

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra antropologie a zdravovědy

Diplomová práce

Bc. Marie Dostálová

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Subjektivní zdravotní stav a životní styl pedagogů
ZŠ a SŠ na Žďársku

Olomouc 2021

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

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Subjektivní zdravotní stav a životní styl pedagogů ZŠ a SŠ na Žďársku“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury. Odevzdaná verze diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné. Souhlasím s prezenčním zpřístupněním diplomové práce ke studijním účelům.

V Olomouci dne

Podpis

Děkuji Mgr. Petru Zemánkovi, Ph.D., za odborné vedení diplomové práce, poskytování rad a materiálových podkladů k práci. Děkuji všem respondentům, kteří se zapojili do mého výzkumu. Především chci ale poděkovat manželovi, rodině a mým nejbližším, za podporu a oporu, kterou mi poskytovali v době mého vysokoškolského studia.

OBSAH

ÚVOD	7
1 CÍL PRÁCE	8
2 TEORETICKÉ POZNATKY	9
2.1 Osobnost pedagoga v edukačních procesech	9
2.1.1 Profesní růst pedagogů	10
2.1.2 Pedagogické způsobilosti a kompetence.....	11
2.1.3 Kdo pedagog je a není.....	12
2.2 Zdraví	13
2.2.1 Definice zdraví	14
2.2.2 Determinanty zdraví.....	15
2.2.3 Podpora zdraví a prevence	17
2.2.3.1 Podpora zdraví.....	17
2.2.4 Prevence	18
2.2.4.1 Primární prevence.....	19
2.2.4.2 Sekundární prevence.....	20
2.2.4.3 Terciární prevence	21
2.2.4.4 Dispenzární péče	21
2.3 Nemoc.....	22
2.3.1 Definice nemoci	22
2.3.2 Nejčastější zdravotní problémy pedagogů	24
2.3.2.1 Problémy pohybového aparátu.....	24

2.3.2.2	Problémy s bolestmi hlavy a migrénami.....	27
2.3.2.3	Problémy dýchací soustavy.....	29
2.3.2.4	Problémy oběhové soustavy.....	33
2.3.2.5	Problémy psychické.....	34
2.4	Životní styl.....	37
2.4.1	Zdravý životní styl.....	40
2.4.1.1	Výživa.....	40
2.4.1.2	Pohybová aktivita.....	43
2.4.1.3	Spánek a odpočinek.....	44
2.5	Výzkumy v oblasti problematiky zdravotního stavu a životního stylu pedagogů.....	45
2.5.1	Zdravotní stav a životní styl pedagogů ve výzkumech České republiky.....	45
2.5.2	Zdravotní stav a životní styl pedagogů v zahraničních výzkumech.....	48
2.6	Literární přehled.....	50
3	METODIKA PRÁCE.....	53
3.1	Metodika výzkumu.....	53
3.1.1	Teoreticko-praktická příprava.....	53
3.1.2	Výzkumné problémy.....	54
3.1.3	Charakteristika výzkumného souboru.....	55
3.1.4	Použitá metoda.....	61
3.1.5	Organizace výzkumu.....	62
4	VÝSLEDKY.....	64
4.1	Vyhodnocení výzkumu.....	64

5 DISKUSE	106
ZÁVĚR	115
Souhrn.....	117
Summary.....	118
REFERENČNÍ SEZNAM.....	119
Seznam použité literatury.....	119
Seznam použitých symbolů a zkratek.....	126
Seznam obrázků.....	127
Seznam tabulek.....	128
Seznam příloh	128

PŘÍLOHY

ÚVOD

V dnešní nelehké době zasažené koronavirem SARS-CoV-2 jsem měla možnost nahlédnout do školství, které je v současné době plné stresu, novinek a vytížených a unavených pedagogů. Pokud bych se na to podívala z pohledu žáka, je to vlastně pohoda. Sedět doma u počítače v pyžamu, vyslechnout si učitele, něco málo si zapsat a tím pro mě moje povinnost končí. Z pozice pedagoga, kterou jsem si v rámci praxí vyzkoušela, je pohled na dnešní školní povinnosti úplně jiný. Úkolem pedagoga je připravit řadu materiálů k výuce, rozvrhnout si online hodiny, naučit se ovládat programy, přes které bude žákům předávat své zkušenosti, vymyslet testování a zkoušení, ověřování znalostí, hodnotit žáky a v neposlední řadě také žáky motivovat. Musím přiznat, že je to opravdu velmi náročná profese, zaujmout, vést, vyučovat, podporovat a korigovat žáky. Ano, toto vše dělal učitel také před pandemií COVID-19, ale bylo to pro něj jaksi snazší. Všem chybí osobní kontakt, jak učitelům, tak žákům. Jaký má vliv tato náročná profese na zdraví pedagogů, jejich osobní život a styl života?

Cílem mé práce bylo zjistit, jaký je subjektivní zdravotní stav a styl života učitelů. Zda se zajímají o své zdraví a jak se výkon takového povolání podepisuje na jejich zdraví, soukromí a způsobu jakým žijí. Zajímalo mě, jestli pedagogové dodržují zdravý životní styl, jak jejich profese ovlivňuje osobní stránku života a jak využívají volný čas.

Práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou. Teoretická část se zaměřuje na poznatky o osobnosti učitele, definici zdraví, definici nemoci a píše o zdravém životním stylu. Praktická část práce se zabývá metodikou výzkumu, analýzou a interpretací výsledků, které byly zjištěny za pomoci kvantitativního výzkumu – nestandardizovaného dotazníku, kdy respondenty byli učitelé základních a středních škol na Žďársku. V praktické části jsem se také snažila zjistit, v jaké míře učitelé postihují zdravotní potíže, zda dbají o své zdraví a navštěvují pravidelně lékaře, jaký je jejich životní styl a jestli jim jejich profese způsobuje stres.

Toto téma je mi velice blízké, protože pracuji jako porodní asistentka s pacientkami s různými diagnózami. Řada diagnóz je zásadně ovlivněna špatným životním stylem, nepravidelným stravováním, nedodržováním pitného režimu, nedostatkem odpočinku, přepínáním se a stresem. Tato diplomová práce tedy slouží k zamyšlení nejen pro pedagogy, ale také pro širokou veřejnost, která žije v uspěchané době. Nemá čas se věnovat svému zdraví, odpočinku a osobnímu životu.

1 CÍL PRÁCE

Hlavním cílem diplomové práce bylo zmapovat prostřednictvím kvantitativního výzkumu nestandardizovaným dotazníkem subjektivní zdravotní stav pedagogů ZŠ a SŠ na Žďársku. Pro výzkumné šetření byly osloveny základní a střední školy v okrese Žďár nad Sázavou, a to prostřednictvím emailové komunikace. Bylo osloveno 59 základních škol, 8 středních škol a 5 gymnázií. Celkem tedy 72 středních a základních škol v okrese Žďár nad Sázavou. Všechny školy s kvantitativním výzkumem souhlasily a byly od nich získány souhlasy s prováděním výzkumného šetření na jejich škole.

V návaznosti na hlavní cíl této diplomové práce byly dále stanoveny 3 dílčí cíle. Dílčími cíli bylo ověřit, jaké subjektivní potíže a chronická onemocnění se nejčastěji vyskytují u pedagogů, zda se učitelé zajímají o svůj zdravotní stav a životní styl a zda se liší zdravotní stav a životní styl pedagogů různých stupňů škol na Žďársku.

Ke splnění hlavního cíle diplomové práce bylo vytvořeno několik hypotéz, které jsou ověřovány výsledky výzkumného šetření. Z dílčích cílů vycházejí výzkumné problémy, které byly zkoncipovány do náležitých výzkumných otázek. Znění zformulovaných hypotéz a výzkumných otázek je uvedeno v podkapitole.

Výzkumné problémy orientované na obsah subjektivního zdraví a životního stylu pedagogů mohou vést ke zkvalitnění přístupu jednotlivých pedagogů, široké veřejnosti i institucí, které poskytují další profesní vzdělávání v této problematice.

2 TEORETICKÉ POZNATKY

Profese pedagoga je pokládána za náročnou a velmi zatěžující profesi pro lidský organismus. Na učitele je v současném edukačním prostředí kladeno spoustu požadavků především ze strany žáků a jejich rodičů, kolegů, řídicích pracovníků, ale i zástupců veřejné společnosti. Tyto požadavky mohou na pedagogy působit nepříznivě, což vede k negativnímu ovlivňování jejich zdraví (Průcha, 2002).

Teoretická část diplomové práce představuje aktuální a dostupné poznatky, které se vztahují k problematice diplomové práce. Je zde charakterizována osobnost učitele v edukačních procesech. Dále se teoretická část zabývá zdravím a nemocemi, které postihují pedagogy. V neposlední řadě se v teoretické části objevuje tematika životního stylu.

2.1 Osobnost pedagoga v edukačních procesech

Pedagog je v Pedagogickém slovníku (1998, s. 270) definován takto: „*Učitel je jeden ze základních činitelů výchovně-vzdělávacího procesu. Je to profesionálně kvalifikovaný pedagogický pracovník spoluzodpovědný za řízení, organizaci a výsledky tohoto procesu*“.

Učitel, přesněji řečeno učitelova osobnost, je klíčovým činitelem v edukačních a výchovných procesech. Pedagog budí u žáků obdiv svým kladným a spravedlivým postojem k nim, svými znalostmi a pracovními dovednostmi, klidem a v neposlední řadě objektivností. Vliv pedagoga nenahradí žádná učebnice, mravní poučování ani soustava trestů. Individuální příklad učitele a jeho kouzlo osobnosti jsou nenahraditelné. Učitel na žáky působí jako vzor či příklad, který se žáci snaží napodobovat. Učitelova osobnost je jedním z nejsilnějších jak kladných, tak i záporných motivačních činitelů učení a chování žáků (Říčan, 2010; Kohoutek, 1996).

Velký vliv při výchovně-vzdělávacích procesech má i autorita pedagoga. Ta je závislá na učitelově společenské a odborné pověsti, na jeho charakterových a morálních vlastnostech, na řídicích schopnostech. Pedagog s obrovskou přirozenou autoritou (oblíbený pedagog) výrazně ovlivňuje žáky. Učitel s malou autoritou (neoblíbený učitel) má na žáky slabý výchovný a edukační vliv. Kvalita a vlastnosti pedagoga do značné míry ovlivňují vztahy ve třídě, ovzduší ve třídě, ale také celkový vztah žáků ke škole. Zda do školy chodí rádi, bez strachu a obav, nebo neradi s obavami, či se škole vyhýbají (Vališová a kol., 2011; Karíková, 1999).

V současné době je výrazně podporován rozvoj nové nauky o osobnosti učitele. Tento vědní obor se nazývá *pedeutologie*. Tato věda uplatňuje při zkoumání osobnosti dva přístupy, přístup normativní a analytický. Normativní přístup vymezuje, jaký by měl pedagog být, aby byl ve své profesi úspěšný, a definuje bezchybný vzor učitele. Analytický přístup zkoumá, jací učitelé doopravdy jsou a jaké mají vlastnosti (Jansa a kol., 2018; Dytrtová, Krhutová, 2009).

2.1.1 Profesní růst pedagogů

Vývoj profese učitelů lze rozdělit do několika etap: volba pedagogické profese, vstup do profese, profesní adaptace, profesní výstup, stabilizace, vyhasínání, předdůchodová etapa a odchod z profese.

Při volbě pedagogické profese by si měl budoucí učitel uvědomit, že jako každé povolání má tato profese pozitivní i negativní stránky. Důležitá je motivace ke studiu učitelství. Tato část profesního růstu je obtížná pro všechny začínající. Člověk si nejprve musí uvědomit, co doopravdy chce. Následuje příprava na přijímací řízení na vysokou školu, poté zvládnutí nátlaku a náročnosti samotného studia. Někdy se mohou objevit i stinné stránky studia, kdy si student říká, že si nevybral správně. Důležité je bojovat a pokračovat. Studium vrcholí závěrečnou zkouškou, která ukazuje, že ze studenta se právě stává pedagog a že tuto profesi zvládne, na základě získaných vědomostí pro start profese.

Následuje vstup do povolání či profesní start. V této fázi se učitel střetává s konfrontací mezi vysokoškolskou přípravou učitele a praxí ve škole. U pedagoga začátečníka se objevuje rozpor mezi znalostmi a zkušenostmi, rozpor mezi osobními snahami mladého začínajícího učitele, jeho pojetím učitelské profese a rozpor koncepce vyučování s koncepcí práce učitelského sboru dané školy. V této etapě rovněž dochází k převzetí sociální pozice v učitelském sboru.

Další etapou pedagogické profese je adaptace čili první kroky v povolání. Je to nejintenzivnější období procesu vlastní identifikace s životním učitelským povoláním. Dochází zde k utváření učitelských rolí, postojů, profesních zájmů, ale i hodnot. Vytvářejí se základy pedagogických zkušeností. Učitel se vyrovnává s odbornými i mimoprofesionálními komplikacemi.

Po dlouhé etapě adaptace následuje její výstup neboli dosažení pedagogické kariéry. Po ní následuje stabilizace v učitelské praxi, migrace. Dochází ke změně v učitelském povolání. Z pedagoga začátečníka se stává zkušený profesionál. Většinou toto období nastává po pěti letech učitelovy práce.

Po dlouholeté praxi a práci v pedagogickém prostředí se může u některých osobností pedagogů objevit fáze vyhasínání, vyhoření. Tuto etapu lze rovněž nazývat jako profesní konzervatismus.

Jestliže pedagog došel v profesním vývoji až sem, nachází se v „předdůchodové“ etapě, která je vyznačována novými hodnotami. Učitel klade větší důraz na zájem o výdělek peněz, přemýšlí do budoucna o výši důchodového příspěvku. Mění se také jeho důraz na hodnoty zdraví, životního stylu a životní pohody. Jsou pro něj důležité interpersonální vztahy nebo dobrý pracovní kolektiv.

Po padesátém roce života je učitel považován za nejzkušenějšího. V tomto období života přibývají některé negativní jevy, jako jsou rezignace, konzervativní postoje učitelů, a především zhoršující se zdravotní stav, ať už po stránce fyzické, tak psychické. Většinou dochází k tomu, že učitel opouští svoji profesní dráhu a vede rozvalu nad celým svým osobním i profesním životem (Průcha, 2017).

2.1.2 Pedagogické způsobilosti a kompetence

K výkonu učitelské profese je nezbytná pedagogická způsobilost. Pedagog, činitel vzdělávacího procesu, je dle Pedagogického slovníku (2009, s. 261): „*Profesionálně kvalifikovaný pedagogický pracovník, spoluzodpovědný za přípravu, řízení, organizaci a výsledky tohoto procesu. K výkonu učitelského povolání je nezbytná jeho pedagogická způsobilost.*“

Z definice je zřejmý důraz na pedagogickou způsobilost. Ta je v současné době považována za nepostradatelný požadavek znalostí a dovedností získaných v procesu vzdělávání. Obvykle se používá jako synonymum pro kvalifikaci a kompetence (Syslová, 2013).

Mezi základní pedagogické způsobilosti řadíme způsobilost plánovací, zde kompetence pedagoga zahrnují plánování vyučovacích hodin, vymezení výukových cílů, výběr učebních činností, volbu vyučovacích metod a výběr materiálně technických prostředků. Další způsobilostí

je způsobilost potřebná k realizaci vyučovací hodiny, aktivní zapojení žáků do učební činnosti během vyučování. Způsobilost řídicí, ta má ve svých rukou správnou organizaci učební činnosti, vzbuzování zájmů o učební předmět a aktivizaci žáků. Dalšími základními pedagogickými způsobilostmi jsou způsobilosti k zajištění příznivého klimatu ve třídě, k udržení kázně ve třídě, diagnostické způsobilosti spojené s kontrolou a hodnocením, autodiagnostické způsobilosti související se sebehodnocením pedagogické činnosti (Spilková, 2010).

Současná společnost vyžaduje nové požadavky na výchovu a vzdělávání v práci učitele. Pedagog by měl rozumět ontogenetickému vývoji žáků, jejich vzdělanostnímu a osobnostnímu rozvoji. Dále by měl umět didakticky transformovat učivo pro danou věkovou skupinu. Důraz se v dnešní společnosti přesouvá na interpersonální kompetence pedagoga, mezi něž řadíme schopnost vytvářet prospěšné klima pro učení, tvořit prospěšné interpersonální vztahy s žáky, empatie, komunikační dovednosti a schopnost týmové práce. Mezi intrapersonální kompetence můžeme zahrnout způsobilost sebereflexe, tedy schopnost analyzovat a hodnotit vlastní pedagogickou praxi, vlastní postoj k žákům, vlastní osobnostní kvality a také způsobilost autoregulace jako schopnost vlastní změny a sebevzdělávání. Učitelé by si navíc měli osvojit problematiku tvorby kurikula, jeho hodnocení, problematiku kvality práce školy, rozvíjení klíčových kompetencí, práci s moderními technologiemi, s nadanými i se znevýhodněnými žáky a spolupráci s dospělými (Průcha, 2017).

Nároky na práci pedagogů se neustále zvyšují v důsledku slábnutí funkce rodiny, nárůstu disciplinárních problémů žáků, záškoláctví, drogové závislosti apod. (Průcha, 2017).

2.1.3 Kdo pedagog je a není

Nároky na pedagogickou profesi jsou v současné době obrovské. Těmto nárokům může čelit jen silná a psychicky vyrovnaná zdravá osobnost. Výuka, výchova a vzdělávací proces jsou činnosti, které jsou schopny během několika měsíců, týdnů či dnů zdravého jedince zcela vyčerpat. Každý profesionál by měl vědět, že si musí rovnoměrně rozvrhnout své síly, aby vydržel po celou dobu vykonávání povolání.

Pedagog není zaměstnanec výkonné jednotky, která za určitý čas vyprodukuje stanovený výkon. Není rodičem žáků, které vyučuje a vychovává. Neprojevuje se tedy u něj působení rodiny. Není jedinou osobou, která zodpovídá za výsledky vyučovacího a výchovného procesu. Není vědeckým pracovníkem či „chodící encyklopedií“.

Učitel je člověk empatický, dovede se vžít do myšlení žáků a rodičů. Jedná se také o člověka odborně a pedagogicky zdatného, který toho mnoho ví, ale taky si umí přiznat, že neví vše. Dokáže k sobě být kritický, především k výsledkům své práce. Dobrý pedagog pociťuje potřebu vstřebávat nové poznatky z oboru a jiných oblastí. Je to člověk, který za největší metu považuje dosáhnout úspěchu při práci s žáky a rodiči.

Pedagogická profese požaduje neobyčejný souhrn vlastností. Pedagog může ve své praxi narazit na nepochopení, konzervatismus kolegů, nadřízených, rodičů žáků, anebo nepochopení vlastní rodiny. Dále na špatné materiální zázemí, zdravotní potíže a zautomatizování, které může směřovat k syndromu vyhoření (Průcha, 2017).

2.2 Zdraví

Zdraví je pro každého člověka ta nejdůležitější hodnota života. Proto je zdraví u většiny z nás stavěno na přední místo v hierarchii hodnot. U některých lidí bývá postavení ke zdraví dáno tím, že ho berou jako samozřejmost, s níž se narodí. Až setkání s opačnou realitou je vede k úvahám, jak je důležité své zdraví chránit, a co to zdraví vůbec je. V dnešní době zasažené COVID-19 si více lidí uvědomuje, jak je zdraví nepostradatelné, vzácné, nesamozřejmé a že je bohatstvím světa. Pokud bychom nebyli zdraví, nemohli bychom si užívat života, chodit do práce, věnovat se své profesi, realizovat se, plnit si svá přání, pomáhat ostatním, uskutečňovat své životní plány, sportovat a usilovat o dosažení sportovních úspěchů, cestovat či založit rodinu. Lze tedy chápat, že zdraví není samo o sobě ideálem života, ale tvoří jednu z podmínek smysluplného života (Švamberk Šauerová, 2018).

2.2.1 Definice zdraví

„Skutečné přátelství je jako pevné zdraví, stěží si uvědomujeme jeho hodnotu, dokud o něj nepříjdem.“ (Charles Caleb Colton, britský kněz a spisovatel)

Halfdan Mahler se o hodnotě zdraví vyjádřil takto: *„Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví není ničím.“* (Machová, 2016, str. 10)

Zdraví se týká všech lidí, proto je velice důležité pečovat o zdraví v rámci celé společnosti. Je nepostradatelným předpokladem pro kvalitní výkon v každé profesi. Avšak pro některá zaměstnání, mezi něž patří i pedagogická profese, je zdraví chápáno jako základní kamen. Aby učitel ve své pedagogické roli v těžkém prostředí, plném stresorů obstál, je nutné, aby byl zdravý po fyzické i psychické stránce. Měl by tedy o své zdraví vytrvale pečovat na všech úrovních.

Individualita zdraví je také dána tím, že zařazuje jak zdraví subjektivní, tak objektivní. Přitom tyto složky nemusí být vždy v rovnováze. Z toho vyplývá, že pokud se člověk cítí zdravě po objektivní stránce, nemusí tomu být i tak po stránce subjektivní a kupodivu to může být i naopak (Švamberk Šauerová, 2018).

V minulosti se zdraví zabývalo pouze biologickou rovinou, to bylo chápáno jako nepřítomnost nemoci, či nějakého onemocnění. V současné době se však přihlíží i na rovinu psychologickou a sociální. Zdraví dnes pojímáme pomocí holistického přístupu, což znamená, že zohledňujeme veškeré působení všech různých faktorů, které mohou zdraví ovlivnit. Zdraví lze také definovat negativně jako absenci nemoci, schopnost vyrovnat se s každodenními aktivitami nebo samozřejmě také pozitivně jako způsobilost k vyrovnanosti osobnosti. Jak již bylo výše zmíněno, zdraví je významným dlouhotrvajícím předpokladem pro přežití v téhle společnosti a světě a zároveň předpokladem pro klidný, plodný a kvalitní lidský život (Benhaim, 2019; Křivohlavý, 2009).

Nejnámější definice pojmu zdraví dle WHO (World Health Organization) pochází z roku 1947: *„Zdraví je stav úplné fyzické, psychické a sociální pohody, a nejen jako nepřítomnost choroby či vady.“*

Roku 1984 WHO upravila definici zdraví takto: *„Zdraví je stav, který na jedné straně umožňuje jedincům i skupinám lidí poznat vlastní cíle a uspokojovat vlastní potřeby a na druhé straně*

reagovat na změny a vyrovnávat se se svým prostředím. Zdraví se tedy chápe jako zdroj každodenního života, a ne jako cíl života.“ (Zacharová, Hermanová, Šrámková, 2007, s. 16)

Zdraví dle Jara Křivohlavého (2009, s. 40) zní: „*Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.*“

Základy pro zdravý život se utvářejí již od narození. Vliv na toto utváření má samozřejmě mnoho faktorů, mezi než řadíme rodinné prostředí, přátelské vztahy, pravidelnou pohybovou aktivitu, dostatek pohybu v přírodě na čerstvém vzduchu a také vyváženou stravu. Pocit zdraví velmi úzce souvisí se subjektivním vnímáním kvality života. *Salutogeneze* neboli působení faktorů, které zdraví posilují, a to ve formě obrany proti nemoci, ale také proti všem možným zdravotnickým rizikům hraje důležitou roli v péči o zdraví všech lidí (Paulík, 2011; Křivohlavý, 2009; Lagrosen, 2020).

Obor ošetřovatelství chápe zdraví jako jeden z hlavních pojmů a jeden ze 4 hlavních koncepcí metaparadigmatu tohoto oboru. Zahrnuje oblast: fyzickou, citovou, kognitivní, spirituální, intelektuální, enviromentální a sociální. Moderní ošetřovatelství, jak již bylo zmíněno výše, také zdůrazňuje filozofii celostního neboli holistického pohledu na zdraví. Holismus chápe tak, že poškození nacházející se v jedné oblasti narušuje zdraví celého organismu (Mastiliaková, 2007).

2.2.2 Determinanty zdraví

Zdraví je ovlivňováno nespočetnou řadou vnějších i vnitřních faktorů, které mohou působit samostatně či společně. Vzájemně se posilují nebo oslabují, nebo se dokonce dokážou navzájem rušit. Tyto faktory společně určují zdravotní stav, pocit spokojenosti a pohody, délku a kvalitu života. S některými faktory už se narodíme, jsou nám dány dědičností nebo je postupně získáváme výchovou. Další determinanty jsou součástí životního prostředí, ve kterém žijeme (Švamberk Šauerová, 2018).

Machová (2015) dělí determinanty na ovlivnitelné (zevní) a neovlivnitelné (vnitřní). Neovlivnitelné získává jedinec od obou rodičů dědičností, mezi takové faktory můžeme zařadit

pohlaví či věk. Genetická výbava je rozhodujícím faktorem, který předurčuje zdravotní stav každého jedince. Genetické dispozice se nedají ovlivnit. Musí se s nimi počítat a podle nich uspořádat způsob života. Ovlivnitelné determinanty představují životní styl, životní prostředí, pracovní prostředí a zdravotnické služby. Machová (2015) uvádí, že genetický základ se podílí na zdraví v 20 %, životní styl v 50 %, socioekonomické prostředí v 20 % a zdravotní péče v 10 % (Machová, Kubátová, 2015).

Dále lze determinanty dělit z hlediska jejich působení na pozitivní a negativní. Kladné napomáhají chránit a posilovat zdraví jedince. Záporné neboli negativní oslabují organismus jedince a vyvolávají tak nemoc či jakoukoliv poruchu zdraví. Mezi další faktory významné pro zdraví jedinců patří fyzikální vlivy, jako je tlak, teplota, hluk, vibrace a elektromagnetické záření. Do chemických vlivů patří kyslík, voda a živiny. Biologické vlivy zahrnují mikroby, viry a parazity. Do sociálních vlivů spadá společenské postavení člověka a jeho životní úroveň. Životní prostředí vytváří životní podmínky jedinců a působí tak na existenci člověka v sociálním prostředí. Životní podmínky a životní prostředí mají vliv na životní styl každého jedince (Machová, Kubátová, 2015).

Determinanty zdraví jsou propojeny velmi složitým komplexem vzájemných vztahů. Jak už bylo výše zmíněno, biologický základ předurčuje dispozice ke vzniku nemocí, vrozených vad, intelektuálních schopností či rozdílů ve zdravotním stavu u mužů a žen. Životní styl je, jinými slovy řečeno, způsob života. O životním stylu mluvíme v souvislosti se způsobem stravování, pohybovými aktivitami, životní úrovní, úrovní vzdělání, nezaměstnanosti, stresem, kouřením, užíváním drogových látek, duševní hygienou a péčí o vlastní zdraví. Životní a pracovní prostředí zahrnují kvalitu ovzduší, vodní zdroje, kvalitu půdy, klimatické podmínky, potravinový řetězec, bydlení, služby nebo dopravu. Péče o zdravotní stav a zdravotnictví je spjata se zdravotní politikou, zdravotním systémem, dostupností zdravotnické péče, úrovní zdravotnictví, financováním zdravotní péče, rozvojem medicíny a lékařské techniky (Švamberk Šauerová, 2018).

2.2.3 Podpora zdraví a prevence

Péče o zdraví je nedílnou součástí podpory a prevence zdraví. Smyslem je posilování tělesné, duševní a sociální pohody. Hlavním činitelem v péči o zdraví je sám člověk. Nejsou to přístroje či technické vybavení nemocnic a dalších zdravotních služeb (Machová, Kubátová, 2015).

2.2.3.1 Podpora zdraví

Podporou zdraví se rozumí jakékoliv úsilí jedince o zvýšení celkové úrovně zdraví. Každý organismus se může v daných podmínkách a v každé době chovat úplně odlišně. Pokud má organismus malou odolnost, může dojít k nemoci, ale také nemusí, budou-li nároky na prostředí také nízké. Lze tedy mluvit o tzv. minimálním zdraví. O lidech s takovouto úrovní zdravotního stavu mluvíme jako o „skleníkových kytkách“. Na druhé straně existuje i maximální úroveň zdravotního stavu. Jedinec s takovouto úrovní se dokáže vypořádat s vysokými nároky prostředí. Z tohoto pojetí zdraví vychází koncepce podpory, posilování zdraví – health promotion. Hlavními činiteli v péči o zdraví jsou lidé a společnost. Jde především o to, jak lidé žijí, jak jsou schopni se na zdraví podílet, jaké vytvářejí podmínky pro život. Mezi další činitele, kteří se podílejí na podpoře zdraví, jsou například finanční prostředky, materiální a technické vybavení zdravotnických služeb.

Posilování zdraví se odehrává za účasti jednotlivých občanů, skupin, komunit, organizací a společnosti jako celku. Jedinec sám za sebe může podporovat zdraví přijetím zdravého životního stylu a také péčí o životní prostředí, ve kterém žije. Společenské posilování zdraví utváří podmínky k realizaci zdravého životního stylu jednotlivců a podmínky pro ochranu životního prostředí. Pod tyto podmínky lze zařadit péči o životní úroveň, vytváření pracovních příležitostí a míst, vytváření sportovních příležitostí a aktivit. Stát v této oblasti plní také svou roli a to tím, že by měl šířit informace o dobrých vztazích ke zdraví a také podporovat společnost ve vzdělávání v této oblasti. Čevela (2009) uvádí, že: *„Podpora zdraví je soustava činností politických, ekonomických, technologických, výchovných, jejichž cílem je chránit zdraví, prodlužovat aktivní život a zabezpečovat zdravý vývoj nových generací.“*

V kanadské Ottawě byla roku 1986 uspořádána mezinárodní konference, na níž byla schválena Ottawská charta. Ottawská charta začlenila podporu zdraví do sociálně medicínských, politických

a občanských aktivit jako nástroj v péči o zdraví. Podpora zdraví nebyla pochopena jako pouhá změna ve zdravotnictví, ale také se jedná o posilování, upevňování, podporu nebo rozvoj zdraví za účasti občanů, skupin, organizací a celé společnosti. Jejím úkolem je rozšířit možnosti lidí v ochraně, posilování svého zdraví a v rozvoji či realizaci zdravého životního stylu.

Podpora zdraví vychází z několika základních předpokladů. Zaměřuje se na populaci jako celek a na podmínky její existence více než na jednotlivé skupiny. Věnuje se především novým opatřením, která podporují determinanty zdraví i nemoci. Využívá různé metody a postupy vedoucí ke spolupráci. Usiluje o účast společnosti. Podporuje zdravotnický personál a pracovníky v dalším rozvoji a plném uplatnění podpory zdraví.

Důležitou roli v posilování zdraví mají ženy. Žena formuluje úroveň zdraví celé rodiny, zejména ve výživě rodiny, péči o děti a vytváření jejich hygienických návyků a vztahu ke zdraví. Proto velmi záleží na vzdělanosti, informovanosti a hodnotové orientaci žen. Ten, kdo si váží svého zdravotního stavu, váží si sebe i ostatních a je ochoten pro své zdraví a zdraví společnosti něco dělat (Čevela, 2009; Lagrosen, 2020).

2.2.4 Prevence

Prevence je úzce spjata s podporou a posilováním zdraví. Snahou prevence je předcházet poškození zdraví, nemocem, komplikacím a následkům chorob. Téma odpovědnosti za zdraví, důležitost podpory zdraví a prevence se objevuje také ve výchově ke zdraví. Výchova ke zdraví je tedy nedílnou součástí podpory zdraví společnosti a jednou z priorit základního vzdělávání žáků a studentů. Tato výchova je zakotvena ve vzdělávacích programech na všech stupních škol (Čeledová, Čevela, 2010).

Prevence se provádí jednotlivě nebo na úrovni celé společnosti. Rozlišit prevenci od posilování zdraví umožňuje jejich různé zaměření. Odlišnost daných pojmů je více zřejmá v teorii než v praxi. Podpora je vnímána jako aktivita pro zdraví. Zahrnuje prevenci, zdravotní výchovu, komunitní aktivity a tvorbu kladného prostředí. Termín podpora zdraví je obecnější než prevence.

Preventivní činnosti máme dvojího charakteru. První jsou obecné, nespecifické, zaměřené na posilování zdravého způsobu života a na utváření kvalitního příznivého prostředí pro celou

společnost. Ty druhé jsou specifické, profylaktické, zaměřené na preventivní opatření. Taková opatření zahrnují očkování, změny v životosprávě, rizikové jedince.

Dále prevenci členíme z hlediska časového úseku na:

- Primární prevenci
- Sekundární prevenci
- Terciární prevenci
- Dispenzární péči

2.2.4.1 Primární prevence

Dle MŠMT (2010) je „*primární prevence výchova ke zdravému životnímu stylu a k rozvoji pozitivního sociálního chování a rozvoji psychosociálních dovedností a zvládnání zátěžových situací osobnosti.*“

Primární prevence, též hygienická prevence či prevence první fáze má chránit a posilovat zdraví nebo zabraňovat vzniku nemocí a chorob. Její protektivní opatření jsou komplexní. Jsou zaměřené jak zdravotně, tak sociálně. Primární zdravotní prevence je orientována na ochranu životních a pracovních podmínek, na prosazování zdravého životního stylu a na zdravotní opatření. Zdravotnictví se na primární péči podílí prostřednictvím preventivního lékařství, činnostmi ochrany veřejného zdraví a výchovou ke zdraví. Úsek ochrany veřejného zdraví má za úkol se uplatňovat hlavně v ochraně životního prostředí, komunální hygieně, výživě dětí a dorostu, práci dospělých a v neposlední řadě v epidemiologických oblastech. Orgány ochrany veřejného zdraví vykonávají odbornou kontrolu nad dodržováním hygienických norem, epidemiologických požadavků ve všech etapách lidského života. Epidemiologie je základem metodologie výzkumu ve zdravotnictví, je ceněna v medicíně založené na důkazech, neboť pomáhá rozeznat rizikové determinanty pro přenos nemocí. V dnešní době je nejnovější konstruktivní, či tvůrčí prevence. Ta má za cíl především pomáhat utvářet pozitivní zdraví. Pozitivní zdraví se uskutečňuje ve fázi, kdy nemoc ještě nevznikla. Je spojováno s racionální výživou, tělesnou aktivitou a duševní hygienou (Sikorová, 2012; Čeledová, Čvela, 2010).

Zdravý životní styl je základním způsobem prevence vzniku civilizačních chorob (vysoký krevní tlak, arterioskleróza, obezita, cukrovka, rakovina plic nebo tlustého střeva, bolesti zad, osteoporóza, alergie, poruchy oběhového a dýchacího systému). V současné době u nás systém primární prevence není v dostatečném množství a odpovídající kvalitě realizován. Je tedy na každém z nás, aby se o svoje zdraví ve vhodné míře začal starat sám, a to aktivním způsobem života, správným stravováním, pravidelnou relaxací a odpovědným přístupem k preventivním prohlídkám (Sikorová, 2012; Paprštejnová a kol., 2011).

Součástí primární prevence a její nedílnou součástí je i očkování. V České republice je očkování upravováno pomocí očkovacího kalendáře. Ten je dán vyhláškou o očkování schválenou ministerstvem zdravotnictví (Vyhláška ministerstva zdravotnictví č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů). Očkování proti infekčním nemocem je členěno na pravidelné očkování. **Pravidelné očkování** zahrnuje očkování proti TBC, záškrtu, tetanu, dávivému kašli, virové hepatitidě B, proti onemocněním vyvolaných virem Haemophilus influenzae, zarděnkám, spalničkám a pneumokokovým nákazám. Dalším je **očkování zvláštní**, to zahrnuje očkování proti virové hepatitidě B a A, proti vzteklině. Dále **očkování při úrazech, poraněních, nehojících se ranách a před některými léčebnými výkony** jako tetanus či vztekлина. Pak také **očkování provedené na přání fyzické osoby**, mezi ně řadíme například klíšťovou encefalitidu. V současné době nakažené nemocí COVID-19 nás nejvíce s touto problematikou spojuje **očkování mimořádné**, jde o očkování fyzických osob k prevenci onemocnění při mimořádných událostech. Je to téma velice diskutabilní a ještě neuzavřené.

2.2.4.2 Sekundární prevence

Cílem sekundární prevence je zabránit nepříznivým následkům již vzniklé choroby, jejím komplikacím, nezvratným změnám, invaliditě nebo smrti. Významným způsobem této prevence je včasné a správné stanovení diagnózy a také účinná léčba.

Důležitým pilířem sekundární péče jsou preventivní prohlídky. V rámci preventivní prohlídky lékař zjišťuje potřebné informace o aktuálním stavu a zdravotních rizicích klienta. Je provedeno klinické vyšetření, veškerá potřebná laboratorní vyšetření k diagnostice a terapii. Sekundární prevence je také zaměřena na zachycení prekanceróz, zhoubných novotvarů a dispenzarizaci.

Takovouto péči nazýváme onkologickou prevencí. Ukazatelem úspěšnosti sekundární prevence je pokles mortality (Sikorová, 2012; Čeledová, Čevela, 2010).

V ČR je vydaná vyhláška upravující preventivní prohlídky (Vyhláška o preventivních prohlídkách č. 70/2012 Sb. ze dne 29. února 2012). Tato vyhláška stanovuje druh preventivní prohlídky, její poskytovatele (všeobecní praktičtí lékaři, praktičtí lékaři pro děti a dorost, stomatologové, gynekologové), obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek.

2.2.4.3 Terciární prevence

Terciární péče představuje rehabilitaci. Můžeme ji nazvat návratnou péčí. Má za cíl obnovit ztracené nebo omezené činnosti organismu tak, aby se jedinec mohl znovu vrátit do své obvyklé role, mohl plnit povinnosti v pracovním procesu, zvládl se o sebe postarat a byl soběstačný. Navazuje na předchozí léčebnou péči v případě, že nedošlo k uzdravení jedince. Rehabilitace se uplatňuje u nemocných lidí již od počátku jejich choroby. Zaměřuje se na osoby zdravotně postižené, chce zmírnit jejich zdravotní znevýhodnění. Rozpoznáváme rehabilitační péči léčebnou, pracovní, pedagogickou a sociální (Sikorová, 2012; Farkašová a kol., 2006; Čeledová, Čevela, 2010).

2.2.4.4 Dispenzární péče

V dispenzární péči neboli dispenzarizaci jde o významnou preventivní metodu zdravotní péče. Smyslem a cílem dispenzarizace je upevňovat a rozvíjet zdraví, předcházet negativním důsledkům poruch zdraví, prodlužovat aktivní věk, oddalovat či zabraňovat vzniku nesoběstačnosti, invalidity a předčasné mortality.

Dispenzární péči poskytují lékaři v časových rozmezích, které vyžaduje zdravotní stav klienta, nejméně jednou za rok. Každý pacient je do dispenzární péče zařazen dle stanovených odborných kritérií registrujícím lékařem. Ten odpovídá za účelnost a koordinaci dispenzarizace. Dispenzární péče může být poskytována zdravým, ohroženým a nemocným klientům v dětství do jednoho roku života, vybraným dětem od jednoho roku, mladistvým, těhotným ženám od zjištění gravidity, ženám užívající hormonální či nitroděložní antikoncepci a klientům ohroženým závažným onemocněním (Čeledová, Čevela, 2010).

Dispenzární péče je dána Vyhláškou č. 39/2012 Sb. o dispenzární péči, která byla schválena Ministerstvem zdravotnictví České republiky. Vyhláška se zabývá poskytovateli provádějící dispenzární péči a nemocemi, u nichž se poskytuje dispenzární péče.

2.3 Nemoc

Člověk, který se necítí zdravý, je považován za nemocného. Mezník mezi zdravím a nemocí je pomalý a pozvolný. Zdraví si člověk většinou neuvědomuje, za to nemoc na sebe strhává obrovskou pozornost (Zvírotsky, 2014).

2.3.1 Definice nemoci

Tak jako zdraví je i nemoc definována více pojmy. Nemoc, chorobu, onemocnění lze definovat jako patologický stav těla a mysli, který je projevem změny funkcí buněk, ale i morfologickým poškozením buněk, tkání a orgánů.

Normativní definice nemoc definuje jako takový stav, který nemocnému způsobuje subjektivní potíže. Normativní definice z pohledu lékařského nepokrývá všechna onemocnění, jako je hypertenze či některá nádorová onemocnění. Tato definice je vhodná pouze pro některá stadia nemocí.

Funkcionalistická definice zdraví a nemoci uvádí, že některé funkce organismu jsou fyziologické a některé už patologické. Neberou ohled na to, zda způsobují jedinci subjektivní potíže. Největším problémem tohoto přístupu je obtížnost stanovení „normálnosti“ funkce organismu, neboť u většiny lidí je přesun z normálního stavu hodnot do stavu patologického velmi plynulý.

Nemoc, porucha zdraví je kapacita vlastností organismu, které redukuje možnosti vyrovnávat se v průběhu života s vnějšími a vnitřními nároky životního prostředí. Nemoc je také poškození adaptace člověka, selhání adaptivních mechanismů na určité podmínky prostředí. Lze ji také chápat jako negaci zdraví, která představuje poruchu celistvosti a jednoty organismu i prostředí.

Označení nemocí, choroby či onemocnění mělo a stále má ve společnosti nejrůznější příčiny a následky. Řadíme k nim povinnost nebo nutnost podrobit se omezením k ochraně ostatních, povinnost nemocného jedince usilovat o změny svého zdravotního stavu, přijmout snížení

společenského statusu, právo na úlevy po dobu nemoci a na soucit, právo na podporu nemocného, jako je zajištění financování léčby, zásada povinnosti první pomoci, sociální podpora, invalidní důchod a přizpůsobení prostoru handicapovaným (Čeledová, Čevela, 2010).

Nemoc můžeme chápat jako subjektivní a individuální zkušenost každého člověka s chorobou. Nemoc a její problémy souvisejí s chováním, postoji, myšlením a typem psychických reakcí nemocného jedince. I když se pojmy nemoc a choroba používají jako synonyma, mají v některé literatuře odlišný význam. Choroba ukazuje objektivní a definovatelný proces vyznačující se patologií a patofyziologií. Nemoc je oproti tomu děj subjektivní a prožitek souboru okolností spojený s chorobou. Při léčbě chorob subjektivního charakteru s pomocí nejmodernějších technologií, poznatků z vědeckých výzkumů a psychologie dochází k větší úspěšnosti léčby.

Dle časového průběhu můžeme nemoc dělit na akutní a chronickou. Akutní choroba má jednu příčinu vzniku, specifický počátek, identifikovatelné příznaky, které jdou často léčit jednoduchou biologickou intervencí, jako jsou léky či chirurgický zákrok. Při či po chirurgickém výkonu se často u akutních chorob užívá i intervence psychosociální. Akutní choroba je zpravidla léčitelná nebo úplně vyléčitelná. Chronická choroba má více příčin vzniku, nespecifický počátek, nestabilní výčet symptomů. Definice chronické choroby je velice objektivní. Vyléčení je typické pouze pro pacienty s mírným průběhem, u pacientů s těžkým či mírně těžkým stupněm choroby je choroba nevyléčitelná. Průběh u chronických chorob se rozděluje na zhoršení nebo nové vzplanutí nemoci (*exacerbace*), přechodné vymizení příznaků nemoci (*remise*) a vzestupné zeslabení, úpadek schopností (*progresivní degenerace*). V terapii a léčbě takovéto choroby se uplatňuje jak biologická, tak psychosociální intervence. V léčbě chronických chorob jsou uváděny tři cíle: 1. zvládnutí, 2. management a 3. zmírnění choroby.

Chronické choroby lze členit na několik druhů. Prvním typem jsou choroby ohrožující život jedince. Mezi takové řadíme rychle rostoucí nádorové novotvary, akutní infarkt myokardu či CMP (cévní mozková příhoda). Léčba u životně ohrožujících chorob musí být včasná, tedy emergentní, často krátkodobá. Využívá i psychosociální podpory a psychoterapie. Druhý typ zařazuje choroby závažné, ale zřídka ohrožující život klienta. Jedná se o diabetes mellitus 2. typu, hypertenzi, či osteoartritidu. Léčba není tak akutní jako u chronických chorob 1. typu, zdravotnický personál používá biopsychosociální terapii. Třetím typem jsou onemocnění progresivní. Ty zahrnují Parkinsonovu chorobu, lupus, revmatoidní artritidu, roztroušenou

sklerózu a další. Léčba se shoduje s předchozím typem onemocnění. Choroby, které nejsou život ohrožující, mají nestálý průběh a řadíme je mezi čtvrtý typ. Jsou často náročné na zvládnání. Patří sem třeba chronický únavový syndrom. Léčba u takového typu je biopsychosociální, dlouhodobá. Orientuje se na prevenci, zmírnění symptomů a zvládnání relapsů (Raudenská, Javůrková, 2011).

2.3.2 Nejčastější zdravotní problémy pedagogů

Každá profese má svá pozitiva a negativa. Proto se zdravotní potíže a řada onemocnění vyskytují i u pedagogických pracovníků. Pedagogické povolání si nejčastěji spojujeme s bolestmi zad, psychickými problémy, častými bolestmi hlavy a s bolestmi dolních končetin.

Papršteinová a kolektiv (2011) uvádí, že učitelská profese je svázána se zdravotními riziky. Neboť pedagogové jsou vystavováni nadměrné profesní psychické a sensorické zátěži, pracují dlouhodobě v jedné pozici (dlouhodobé stání). Bylo také prokázáno zvýšené riziko infekcí, poruch hlasivek a nadměrná expozice hluku. Vztahy mezi psychosociálními faktory v práci a zdravotními stavy pedagogů se zabývala řada studií. Autoři těchto studií prokázali u učitelů ve srovnání s běžnou populací významně častější výskyt onemocnění, která souvisejí s expozicí nadměrnému stresu. Byl také uveden výskyt nemocí duševních, především depresí a vyhoření, srdečně cévních onemocnění a některých nádorových, zejména karcinomů prsu a endometria. Nemoci pohybového aparátu patří k onemocněním, která svou vysokou prevalencí vedou k nejčastějším příčinám pracovní neschopnosti a taky k předčasnému odchodu do důchodu u řady učitelů (Papršteinová a kol., 2011).

2.3.2.1 Problémy pohybového aparátu

Jde o jednu z nejrozšířenějších skupin nemocí, která se vyskytuje u lidské populace. Navrátil (2017) ve své knize uvádí, že právě 30 % populace prodělá některou z vážných forem postižení pohybového aparátu, z toho 3 % nemocných mají trvalé následky do budoucího života. V některých případech může také dojít k situaci, že se daný nemocný o sebe už nedokáže postarat. Ale to jsou ty nejméně vážnější případy. V profesi pedagoga jde především o bolesti kloubů, zad či svalů.

Některé teorie uplatňují názor, že bolesti zad jsou daní za vzpřímenou polohu těla jedince. Toto tvrzení však neodpovídá epidemiologickému zjištění, které uvádí, že v zemích, kde lidé nejsou zasaženi novodobou technikou, je výskyt bolestí zad daleko nižší. Bolesti zad mají nepříznivý dopad na trpícího jedince, ale rovněž na celou společnost (Rokyta, 2009).

Ze společenského hlediska tyto nemoci postihují skupiny lidí v produktivním věku a výjimkou není ani mládež. Přestože je etiologie onemocnění pohybového aparátu mnohdy nejasná, počet rizikových faktorů je vysoký. Můžeme mezi ně zařadit stres, obezitu, porušený pohybový stereotyp, svalovou slabost či chybné dietní návyky. Většinu onemocnění pohybového aparátu lze rozpoznat z anamnézy, subjektivními obtížemi nemocného a přímým vyšetřením od lékaře (Navrátil, 2017; Gabani, 2021).

Bolest a ztuhlost zad

Na bolest zad si během života stěžuje každý z nás. Nejčastěji se bolest objevuje v oblasti dolních zad, někdy může být přítomna i bolest hýždí. Bolest a ztuhlost zad se zhoršuje v klidovém režimu, při pohybu a cvičení se bolest může uvolnit a jedinec se tak cítí lépe. Bolest zad dokonce probudí jedince z tvrdého spánku, donutí ho vstávat brzy z postele a rozhybat si celé tělo. Ranní ztuhlost zad trvá u každého jinak dlouhou dobu, může nás obtěžovat i více než 2 hodiny. Úlevu od bolesti zad můžeme pozorovat po cvičení, pohybové aktivitě či po užití léků nesteroidních antiflogistik, antirevmatik (Levitová, Hušáková, 2018).

Bolesti zad většinou souvisí s páteří. Říká se, že páteř je naší podporou života. Dělí se na krční páteř, hrudní obratle, hrudní páteř, bederní páteř, křížovou kost a kostrč. Každá část páteře má svůj význam a její porucha má svůj symbol. Nejčastějšími příčinami bolestí zad a jejich ztuhlostí je strach, zmatek, nerozhodnost, přetěžování, nadměrná zátěž, malá sebedůvěra, nejistoty, strach z kariéry a pracovního místa, ztráty síly, nevyrovnanost a sebeobviňování. Všechny tyto příčiny mohou být spojené s pedagogickou profesí. Proto spousta pedagogů udává problémy se zády (Vávrová, 2019).

Artritida

Revmatoidní artritida je kloubní onemocnění, vyskytující se častěji u žen než u mužů. Obvykle se projevuje ve středním věku, ale výjimečně se může vyskytnout u starších lidí, nebo dokonce u dětí. Zvýšené riziko revmatoidní artritidy existuje u jedinců, jejichž rodinní příslušníci jsou

onemocněním postižení. Doklad o dědičnosti revmatoidní artritidy neexistuje. Ke vzniku revmatoidní artritidy mohou být náchylnější víc kuřáci než nekuřáci. Zánětlivě toto onemocnění postihuje klouby malé (klouby ruky, zápěstí a hlezenní kloub), avšak může se objevit i u kloubů velkých (kyčle, kolena). Začátek projevů tohoto onemocnění může být nenápadný, například ranní ztuhlostí kloubů. Až po delší době se projeví zduření a silné bolesti (Vránová, 2019).

Při artritidě dochází k poškození chrupavky, i kosti pod ní a k destrukci i deformaci kloubu. Nejčastěji bývá zánětem postizen kloub kyčelní, většinou se začne projevovat bolestí v třísle. V tomto případě nelze při vyšetření lékařem otok kloubu poznat pohmatem ani pohledem. Mnohdy se ale mohou projevit nepříjemné problémy s hybností a chůzí. U jedince se může objevit kulhavost. Zánět kolenního kloubu bývá doprovázen bolestí a otokem, který je pohmatem i pohledem zřejmý. Stejně jako u kyčelního kloubu může dojít ke komplikacím s chůzí. Na horních končetinách se takovýto zánět nejčastěji projevuje v oblasti ramenního kloubu. Rameno bývá bolestivé na pohmat, pohyb, ale v některých případech i v klidu (Levitová, Hušáková, 2018).

K vyléčení potíží s artritidou pomáhá pravidelné lehké cvičení, ale důležitý je pro klouby i odpočinek. Měli bychom si hlídat jídelníček či užívat kyselinu listovou (Vránová, 2019).

Vyšetření pohybového systému

Při vyšetření pohybových problémů se lékař zaměřuje na začátek obtíží, na rychlost jejich nástupu, v jakém místě se bolest objevuje (klouby, svaly, svalové úpony, páteř a měkké tkáně). Dále na charakter bolesti, zda je trvalá nebo pouze na dotek, vyskytuje-li se při pohybové aktivitě. Sleduje vazbu obtíží na denní dobu, chlad, teplo, migraci. Z osobní anamnézy lékaře nejvíc zajímá námaha nemocného, úrazy, charakter práce, skladba stravy, nápoje, užívané léky. Při objektivním vyšetření si všimá jeho tělesné hmotnosti, rozvoje svalů, pohybové koordinace, typu chůze a běžných pohybových funkcí, jako je sedání, vstávání a oblékání.

Na kloubech lékař sleduje změnu tvaru, zduření, deformaci, změnu barev a teploty kůže, bolestivost, praskoty a stavy okolních tkání. U svalů sledujeme celkový stav, atrofii či hypertrofii, svalový tonus, bolestivost. U páteře, která je nejčastější příčinou onemocnění zad, pozorujeme její tvar, pohyblivost (rotace, úklon, předklon, záklon) a bolestivost při poklepu (Navrátil, 2017; Levitová, Hušáková, 2018).

2.3.2.2 Problémy s bolestmi hlavy a migrénami

Rozlišujeme dva druhy bolestí hlavy, primární a sekundární. Primární bolesti hlavy nejsou pouhým následkem poruch, ale tvoří osobitou symptomatiku. Řadíme je mezi reversibilní poruchy vnímání bolesti uvnitř lebky. Rozlišujeme tenzní bolesti hlavy, migrény s aurou nebo bez aury a klustrové bolesti hlavy (záchvatovité bodavé a palčivé bolesti hlavy v jarních nebo podzimních obdobích či v určitých denních hodinách). Sekundární bolesti hlavy mají především organické příčiny. Tyto bolesti jsou známkou výskytu tumoru v hlavě, krvácení do mozku, cévních poškozeních, očních problémů, zranění a operací. Bolesti hlavy jsou jedny z nejčastějších poruch lidského tělesného schématu.

Morschitzky (2007) uvádí, že tři čtvrtiny obyvatel trápí jednou nebo vícekrát za rok bolesti hlavy. Dle rozsáhlého průzkumu v Německu trpí 73,4 % německého obyvatelstva občasnými bolestmi hlavy, migrénami 27,5 % a 38,3 % obyvatel trpí tenzními bolestmi hlavy (Morschitzky, 2007).

Bolesti hlavy jsou především psychosomatického původu. Faktory, které bolest hlavy vyvolávají, jsou stres, tlak okolí, velká psychická i fyzická zátěž, úzkosti a strachy. Většinou lidem zabere na bolest hlavy lék, ale tím neodstraní původní psychickou příčinu, proto se bolest hlavy často navrácí. Pokud se bolesti opakují v různých frekvencích a intenzitách, může dojít ke vzniku migrén, které jsou komplikovanější než pouhá bolest hlavy. Ve většině případů bolest hlavy začíná tím, že na sebe jedinec vyvíjí nátlak a věci se mu pak nedaří tak, jak by chtěl.

Vránová (2019) doporučuje při bolestech hlavy eliminovat stres, odstranit ze svého života co nejvíce tlak z okolí a společnosti, dopřát si svobodu a volnost. Jedinci trpící těmito problémy by se měli naučit pracovat s úzkostí a strachem. Dále také doporučuje cviky na uvolnění a meditaci (Vránová, 2019).

Tenzní bolesti hlavy

Tento typ bolesti hlavy je ve společnosti nejhojnější a během života zasáhne minimálně jednou každého jedince. Tenzní bolesti hlavy vznikají v souvislosti se stresem a únavou. Bolest bývá spojována též s úzkostí, depresí, hněvem, ale také se spasmem (stah) a tenzí (tlak) v místě pokožky hlavy a svalů krku. Tenzní bolesti se obvykle objevují na obou stranách hlavy a šíje. Nemocní popisují bolest jako čelenku či opasek pevně omotaný kolem hlavy. Tenzní bolest hlavy není spojována s nevolnostmi, zvracením a fotofobií. Tenzní bolesti hlavy se dříve vysvětlovali

napětím svalstva na čele a šíji, avšak křečovitě napětí svalstva může být také následkem pouhé bolesti hlavy.

Typické projevy tenzní bolesti:

- Bolest trvá od 30 minut do 7 dnů.
- Charakteristicky je bolest tupá, tlaková a stahová.
- Intenzita bolesti může být mírná až střední.
- Pacienta bolí celá hlava.
- Nezhoršuje se při chůzi do schodů nebo při obtížných aktivitách.

Těmito bolestmi trpí 15–20 % obyvatel, častěji se projevují u žen než u mužů (Morschitzky, 2007; Rokyta, 2009).

Migréna

Morschitzky (2007) ve své knize uvádí, že migrénami trpí 8–12% obyvatel. Ženy třikrát častěji než muži. Rozlišuje dva typy migrén, a to migrénu bez aury anebo s aurou. To znamená, buď s předcházejícími neurologickými příznaky záchvatu (prodromy) nebo bez nich. Mezi prodromy můžeme zařadit únavu, nesoustředěnost, precitlivělost na světlo a zvuky. Pacienti také často udávají ztuhnutí a napětí svalstva. Bolest hlavy postihuje pouze jednu polovinu hlavy. Je pulzující povahy a trvá od 2 do 72 hodin.

Záchvaty migrén začínají během dospívání, zmírňují se v graviditě nebo úplně vymizí v pozdním věku. Faktory, které podporují vznik migrén jsou u pacientů odlišné. Tymián, čokoláda, sýr, kvasnice a banány jsou pokrmy podporující vznik migrén. Největším psychologickým faktorem pro vznik migrény je stres. Migréna se často objevuje na konci stresového období, což může být období víkendu, začátek prázdnin nebo dovolené (Morschitzky, 2007; Rokyta, 2009; Vávrová, 2019).

Migréna s aurou

Aura trvá nejvýše hodinu. Nejhojnějším neurologickým předznamením je vizuální aura, což je zraková porucha v podobě mžitek a světelných záblesků rozestupujících se k zornému poli. U některých jedinců může dojít k výpadku zorného pole, rozmazanému vidění. Vzácně může být migréna s aurou doprovázena dvojitým viděním. Na auru navazuje bolest hlavy, která je doprovázena zvracením a nevolnostmi. V průběhu migrény se může u pacientů projevit pocit euforie či neovladatelná chuť na jídlo, fotofobie, fonofobie a motání hlavy. Při fyzické aktivitě se migréna ještě zhoršuje (Rokyta, 2009).

Migréna bez aury

Migréna bez aury je založena na pulzujících bolestech hlavy, které většinou bez léčby trvají 4–72 hodin. Od tenzní bolesti hlavy můžeme tento typ migrény odlišit charakteristickým omezením bolesti pouze na jednu polovinu hlavy. Intenzita bolesti je při takovéto migréně středně vysoká až vysoká. I při této migréně se bolest zhoršuje v době fyzické aktivity. Bolest doprovází nevolnosti, zvracení a fotofobie (Morschitzky, 2007; Rokyta, 2009).

Léčba migrén

V první řadě je důležitá životospráva, dostatek spánku a odpočinku, omezení alkoholu. Je taky vhodné doplňovat vitamíny, především B komplex, hořčík, zinek a draslík. Na epicentrum bolesti je vhodné přikládat stroužky česneku. Pomáhají také bylinky, jako je máta, majoránka a dobromysl (Vávrová, 2019).

2.3.2.3 Problémy dýchací soustavy

Alergie

Alergie postihují prakticky třetinu populace a jsou zařazované mezi skupinu civilizačních chorob s největším dopadem na kvalitu života jedince. Téma prevence se v tomto případě považuje za velmi aktuální, žádoucí a nevyhnutelné. Mezi jedince, které postihuje alergie nejvíce, zařazujeme děti, ale patří jsem i mládež, dospělí a senioři. V průběhu předešlých několika let výrazně vzrostl počet alergických pacientů. Příčiny nárůstu alergií se přikládají ke sníženému kontaktu s mikroorganismy, změnám osídlení střeva, kůže a dýchacích cest, odchylkách ve výživě, stravování a znečištění životního prostředí (Novotná, Novák, 2012).

Alergii řadíme mezi chorobné stavy, jejichž podstatou je hypersenzitivní reakce vyvolaná alergenem cizorodé povahy. Je tedy způsobená nesprávnou aktivací protilátek skupiny imunoglobulinu E pod vlivem určitého alergenu. Alergie je prudká lokální nebo systémová reakce na alergeny. Mezi některé lokální příznaky řadíme zduření nosní sliznice (alergická rýma), ekzém, vyrážku (kopřivka), bolesti v uších, zhoršení sluchu, dušnost a dechovou nedostatečnost, otoky očí (alergický zánět spojivek), zarudnutí a svědění kůže. Systémová reakce se nazývá anafylaxe, která může vyvolat kožní reakce, zúžení průdušek, otoky, hypotenzi a taktéž smrt. Spektrum projevů alergií je tedy velmi široké, od rýmy až po anafylaktický šok, který je život ohrožujícím stavem. Avšak někteří jedinci jsou přecitlivělí i na běžné neškodné látky, jako je prach, pyl nebo některé potraviny. Mimo alergenů okolního prostředí mohou být alergické reakce způsobené i některými léky (Vávrová, 2019).

Obranyschopnost představuje způsobilost bránit se vetřelcům, kteří napadají organismus jedince. Uzavírá organismus člověka před nebezpečím a rizikem. Imunita při alergiích hraje také velkou roli. Abychom měli výbornou imunitu, musíme mít přiměřenou obranu a chránit se před zbytečnými starostmi. Vlastní obranyschopnost narušujeme přijímáním nezdravých negativních zpráv, zapojováním se do nezdravých debat, vnímáním bolestí a negativních stránek života. Nemyslíme sami na sebe a na svůj život. Většina alergií nastupuje při kontaktu se strachem.

Léčba alergií

Při onemocnění alergiemi je důležité si zachovávat duševní hygienu, pravidelně chodit do přírody na čerstvý vzduch, cvičit, snažit se o zdravou a vyváženou stravu, dostatečně spát a odpočívat. Dalšími podpůrnými prostředky pro zlepšení alergií je odkyselení organismu a posílení imunity. Na jaře je dobré podstoupit detoxikaci celého organismu, v létě zase doplňovat stravu o ovoce a zeleninu (Vávrová, 2019).

Dalším typem léčby alergií je eliminace styku s alergenem. Jde o základ léčby a je potřeba se o to vždy pokusit. Při pylové alergii je třeba omezit pobyt v přírodě, kde se příslušné pyly vyskytují. Alergik na domácí prach by ve svém bytě či domě neměl mít koberce, závěsy, plyšové hračky a podobné zásoby těchto alergenů. Při alergii na zvířata je prvním krokem odstranění domácího mazlíčka z domácího prostředí alergika. Eliminace potravinových alergenů bývá snadná, ale pouze v případě alergií na běžné potraviny (Klíma, 2016).

Farmakoterapie je dalším možným způsobem léčby alergií. V léčbě alergických onemocnění se používají antihistaminika. Jde o léky, které tlumí účinek alergické reakce. Pokud je pacient užívá pravidelně, jejich účinek je vyšší než při příležitostném užití. Antihistaminik máme několik druhů (Klíma, 2016).

Astma

Astma patří mezi chronická onemocnění s dlouhodobým nepříznivým vlivem na celou osobnost jedince. Astma je druhou nejčastější nemocí, která je diagnostikována na oddělení alergologie a klinické imunologie v České republice. Astma, přesněji řečeno bronchiální astma, je možné považovat za model psychosomatických poruch zdraví. Astma je ovlivňováno tak velkým množstvím faktorů, že je obtížné jej chápat jednoduše jako pouhý somatický nebo psychologický jev. V Norsku byl prováděn výzkum na dvojčatech, který ukazuje, že právě 75 % příčin astmatu je možné vysvětlit dědičnými vlivy. Vztahy mezi dědičností a faktory prostředí v záležitosti astma bronchiale pozorovali také ve Finsku. Tato studie ukazuje, že v rodině, kde jeden z rodičů měl astma, je celkem 87 % náchylnosti k astmatu dědičného původu. Avšak u dětí s astmatem, kde ani jeden rodič neměl diagnostikováno astma, je možné si nemoc vysvětlit jako působení vnějších faktorů prostředí (Faleide, 2010).

Pokud hovoříme o astmatu, máme na mysli onemocnění alergického původu, které je charakterizováno záchvatovitým dýcháním, jež je doprovázeno hvízdavým dýcháním. Alergen vyvolává zánětlivou reakci dýchacích cest. Po střetu s alergenem (prach, pyl, plísně) se uvolní histamin, a způsobí tak náhlý bronchospasmus, tedy zúžení průdušek. Zúžení průdušek doprovází edém sliznic, který ztěžuje výdech. Dochází ke zvýšené tvorbě hlenu. Dýchání je stále namáhavější. Při astmatu se zvyšuje nitrohruční tlak a vážne žilní návrat. Subjektivně může pacient při tomto stavu udávat pocit zúžení hrudníku, návaly kašle, či dýchavičnost. Dušnost se většinou objevuje při velké fyzické námaze nebo v nočních hodinách. Při velkém emočním vypětí, při smíchu či pláči, mohou přicházet záchvaty kašle. Kašel může být rovněž projevem kontaktu se srstí zvířete nebo se objevuje při vystavení jedince prašnému ovzduší (Nováková, 2011; Vávrová, 2019).

Mezi nejvíce vyskytované příčiny astmatu bronchiale můžeme zařadit chronické záněty průdušek, které zvyšují reaktivitu dýchacích cest na podněty, jako jsou zevní vlivy, infekce,

emoce a fyzická zátěž. Významný je také vliv psychiky. Astma je spojováno s pocitem potlačení, ale může mít i více psychických příčin. Jedinec se neumí uvolnit a nadechnout. Má na sebe přehnané nároky a neumí dát věcem volný spád. Vše je propojeno s potlačením emocí, jedinec tak nemůže dýchat sám za sebe, potlačuje v sobě pláč a necítí se svobodný (Vávrová, 2019).

Vyšetření při astmatu

Při vyšetření a zjišťování diagnózy astmatu lékař nejvíce přihlíží na anamnézu jedince. Zajímá ho, jaký je jeho životní styl, předchozí onemocnění, zda se u něj v rodině či práci objevují nějaké stresory a stresová zátěž. Za negativní považuje také kouření. Důležitý je i výskyt astmatu v rodině. Lékař dále vyšetřuje pohledem a poslechem, kde se zaměřuje na oslabené dýchání s prodlouženým výdechem, pískoty, vrzoty. Při vyšetření mu může být nápomocen spirometr, bronchodilatační test, rentgen plic, alergologické a imunologické vyšetření (Nováková, 2011).

Léčba astmatu

Hlavním cílem léčby je potlačení zánětů dýchacích cest a minimalizace exacerbací. Farmakologie pomáhá k zastavení astmatického záchvatu, či slouží preventivě. Nejčastěji se užívají léky inhalační. Velký důraz se klade na režimová opatření, mezi něž řadíme zvlhčený vzduch, omezování spouštěcích faktorů, inhalaci, dechovou gymnastiku, pobyty u moře a v jeskyních, akupunkturu, jógu, či psychoterapii (Nováková, 2011).

Při léčbě astmatu bychom si měli položit otázku, zda nepracujeme a nežijeme v prostředí plném hluku, křiku nebo naopak v dusivém tichu. Dalším faktorem astmatu je strach přijímat proces života, odmítání přijímat život naplno takový, jaký je. V našem osobním i pracovním životě se mohou se často objevovat prohry, ty také nepřidávají, co se vzplanutí této nemoci týče (Vávrová, 2019).

Míčkování je jedna z účinných metod při léčbě astmatu. Při této metodě dochází k usnadnění nádechu a zadržetí výdechu. Míčkování vede k protažení, k relaxaci a posiluje hrudní, krční, pánevní svaly, svaly páteře a pletence ramenního. Směřuje také k uvolnění svaloviny průdušek a k relaxaci bránice. Výsledkem této metody je zvýšení vitální kapacity plic a omezení dechových problémů jedince (Nováková, 2011).

2.3.2.4 Problémy oběhové soustavy

Hypertenze

Hypertenze neboli vysoký krevní tlak je pro naše tělo velice nebezpečný stav. Jde o stav, kdy se tlak opakovaně nebo na delší dobu zvýší nad hodnotu 140/90 mm Hg. Fyziologická hodnota krevního tlaku dospělého člověka je 120/80 mm Hg. Krevní tlak můžeme chápat jako sílu, kterou působí krev na stěny cév. Hodnotu krevního tlaku zjišťujeme pomocí tonometru. Při měření získáváme dvě hodnoty. Vyšší číslo představuje systolický tlak, ten vzniká při stahu srdce. Ukazuje nám, v jakém stavu se nachází naše tepny. Většinou jeho hodnota stoupá s přibývajícím věkem, neboť u starších lidí stěny cév ztrácí pružnost. Nižší hodnota je zaznamenávána při uvolňování srdečního svalu. Tato hodnota představuje tlak diastolický (Vávrová, 2019).

V dospělé populaci je hypertenzí postižena asi třetina obyvatel, z toho dvě třetiny o své chorobě vědí a pouze polovina z nich je správně léčena. Vysoký krevní tlak dělíme na primární a sekundární. Primární hypertenze nemá žádnou příčinu a vyskytuje se u 90 % všech hypertenzních pacientů. Sekundární vysoký tlak je projevem vedlejší příčiny. Mezi příčiny primárního vysokého tlaku řadíme vysoký cholesterol, rodinnou anamnézu, obezitu, stravu, kouření, stres, nadměrný příjem soli a nedostatek hořčíku (Dean, 2016; Sovová, 2008).

Dr. Batmanghelidj ve své knize *Your Body's Many Cries for Water* píše, že dehydratace má velký vliv na vysoký krevní tlak. Když je tělo dehydratované, snaží se stažením všech cév udržet vodu v těle, a to vede k hypertenzi. Dehydratace je běžný jev ve společnosti, protože spousta lidí nedodržuje pitný režim (Dean, 2016).

Naše tělo může upozorňovat na vysoký krevní tlak bolestí hlavy, únavou, poruchami spánku, bolestí na hrudníku, bušením srdce, zvýšenou tepovou frekvencí, poruchami vidění, krvácením z nosu, závratěmi, otoky kotníků (Vávrová, 2019).

Léčba hypertenze

Několik let před tím, než vznikly léky, byla strava při léčbě vysokého krevního tlaku na prvním místě. Strava dokáže tlak snížit díky kombinaci hubnutí a zvýšenému množství minerálů a vitamínů (vitamín C a D, draslík, koenzym Q10, kyselina listová, vápník), které jsou pro regulaci tlaku důležité. Je vhodné do jídelníčku přidat omega-3 nenasycené mastné kyseliny,

protože pravidelný přísun těchto kyselin také snižuje krevní tlak. Každý člověk s diagnózou hypertenze by se měl ve svém životě zastavit, uklidnit své tělo i mysl (Vávrová, 2019).

Dále se při léčbě vysokého krevního tlaku doporučuje upravit daná režimová opatření. Omezit či vypustit kouření, upravit tělesnou hmotnost, omezit příjem soli, zvýšit fyzickou aktivitu a upravit příjem alkoholu. Při léčbě medikamentosní se krevní tlak léčí pomocí léků (diuretika, beta-blokátory, ACE-inhibitory,...). O farmakologické léčbě by měl vždy rozhodovat lékař (Špinar, Vítovec, 2007).

2.3.2.5 Problémy psychické

Narušený spánek, nespavost

Každý člověk občas nespí či ho trápí nespavost. Jsou to většinou ti lidé, kteří neumějí řešit své potíže a problémy. Nespavost je spojována se strachem, stresem, provinilostí a nedůvěrou. Nespavost chápeme jako stav, který narušuje naši kvalitu života, kvalitu spánku, kvalitu denního fungování, denní rituály a aktivity. Nespavost může mít několik podob. Je to časná nespavost, kdy daný jedinec nemůže usnout, převaluje se na lůžku a přemýšlí o životě. Střední nespavost zahrnuje časté buzení během noci. Příčinou častého buzení mohou být bolesti, úzkosti, strachy, či děsivé sny. A konečně pozdní nespavost, která je typická brzkým probuzením mezi třetí a pátou hodinou ranní. Příčinou pozdní nespavosti jsou nejčastěji depresivní stavy.

Opakovaná nespavost se u jedinců zakořeňuje, prohlubuje a chronifikuje. To znamená, že je dlouhodobá a její léčení je obtížnější. Příčinou chronifikace je spíše psychické přesvědčení o nespavosti než spánková porucha. Schopnost překonávat nespavost a vyrovnávat se s ní je zcela individuální a souvisí s psychickou kondicí jedince a uměním řešit problémy. Takové to schopnosti jsou vrozené, získané výchovou a zkušenostmi.

Kvalita spánku a psychika člověka spolu úzce souvisejí. Říká se, že nespavost se projeví dříve u člověka psychicky nevyrovnaného, méně psychicky odolného nebo psychicky oslabeného. Lidí s touto poruchou spánku neustále přibývá. Vzdůstá také počet nevyrovnaných a nezralých osobností, které se především neumějí vypořádat se svým životem, sami se sebou či svým okolím.

Mezi příčiny nespavosti můžeme zahrnout duševní poruchy, jako je deprese, neuróza a psychotické stavy. Dále to mohou být problémy se zády, migrény, bolestivé stavy, svědění, problémy se srdcem a cévami, dýchacím traktem či štítnou žlázou. Nespavost se může rovněž objevit v důsledku užívání psychoaktivních látek, drog, alkoholu nebo léků, které způsobují syndrom závislosti a abstinenční příznaky (Borzová, 2009).

Léčba nespavosti

Léčba nespavosti by měla být kauzální. Měla by se odvíjet od příčin nespavosti pacienta. Pokud je příčinou nespavosti bolest, není vhodné nasazovat danému jedinci léky na spaní, ty mu mohou uškodit. Při počátku léčby je vhodné provést důkladný rozbor nespavosti daného jedince, který zahrnuje rozhovor pacienta s lékařem a další potřebná vyšetření. Obecně lze léčbu nespavosti rozdělit na farmakologickou a nefarmakologickou.

Farmakologickou léčbu lékař nasazuje tehdy, když je příčinná léčba nespavosti neúspěšná a nefarmakologické metody nepřinášejí dostatečný efekt lepšího spánku. Pokud se lékař rozhodne pro léčbu hypnotiky, řídí se typem nespavosti, rychlostí nástupu účinku hypnotika a lékovou anamnézou nemocného.

Nefarmakologická léčba je léčba bez aplikace a podání léků. Při takovéto léčbě nespavosti nám může lékař doporučit kognitivně-behaviorální psychoterapii, která se zaměřuje na myšlení a formy chování narušující klidný spánek. Předností této terapie většinou bývá, že u ní nevzniká závislost na lécích, působí na příčiny i důsledky nespavosti a její výsledky jsou dlouhodobé. Dále se v nefarmakologické léčbě nespavosti doporučuje správná spánková hygiena. Ta zahrnuje ideální teplotu prostředí pro spánek, vyvětranou místnost, nehlukné prostředí, před spaním se nepřejídat, nepít alkohol a nekouřit. Nespavcům bychom také mohli doporučit teplou sprchu či vanu, horký nápoj před spaním v podobě kakaa nebo mléka s medem a využívání relaxačních technik jako je řízené dýchání, jóga nebo pouhá pravidelná relaxace (Borzová, 2009).

Deprese

„Deprese postihuje na světě ročně asi sto milionů lidí.“

„Deprese je daleko nejčastějším psychiatrickým onemocněním.“

Gotlib et al. (1993)

„Deprese byla nazvána běžným onemocněním našeho emocionálního života, tak jako jim je v jiném pohledu nachlazení nebo rýma.“

Siang-Yang Tan a John Ortberg, Jr. (1955)

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) bychom mohli depresi považovat za poměrně nejrozšířenější nemoc na naší planetě. Je prokázáno, že každý z nás má v životě alespoň jednu nevídanou příležitost propuknutí deprese nebo je svědkem, že touto nemocí trpí někdo blízký. Deprese není neobyčejný stav. Odborné články a publikace uvádějí, že 20–25 % lidí prožívá v určitou chvíli příznaky deprese bez ohledu na rasu, stát nebo kontinent. Statistiky ukazují, že ženy jsou v této problematice zasaženy mnohem více než muži. Dále nás statistiky informují o tom, že je výskyt deprese čím dál častější. Počet lidí trpících depresí se několikanásobně zvyšuje. Mnozí se domnívají, že tento nárůst souvisí s moderním způsobem života lidí (Křivohlavý, 2013, s. 13).

Člověka prožívajícího depresi doprovází řada nepříjemných pocitů. Takový člověk se cítí opuštěný, smutný, vyčerpaný, unavený, nespokojený a nešťastný. Je přesvědčen o tom, že mu lidé v jeho okolí nerozumějí. Tito lidé se zase na danou osobu dívají jako na člověka lhostejného, nespolečenského, nemluvného, netečného a unaříkaného (Křivohlavý, 2013).

Příznaků deprese je nespočetně mnoho. Které příznaky jsou však pro depresi nejdůležitější? Mezi nejpodstatnější znaky deprese většina odborníků zařazuje depresivní náladu, snížený zájem o život, sníženou chuť k jídlu, myšlenky na sebevraždu, nesoustředěnost, nespavost, sníženou pohyblivost a sebevědomí. Tělesné příznaky nejsou těmi nejtypičtějším a nejvýznamnějším projevy deprese. Většinou nejsou rozhodující při diagnostice tohoto psychického onemocnění. Depresivní člověk si může stěžovat na bolest hlavy, bušení srdce a bolesti žaludku, jako je zácpa, průjem či nadýmaní. Dále ho může obtěžovat časté nucení na močení, frigidita, poruchy srdečního rytmu, celková slabost, sucho v ústech, ztráta životní energie a elánu. Aby byla u člověka diagnostikována deprese, musí se u něj projevovat alespoň pět znaků, projevů či příznaků, které jsou výše zmíněné (Křivohlavý, 2013).

„Dnes – daleko častěji nežli kdykoliv dříve – jsme vystaveni vlivům, které nás přesvědčují, že vše bude marné a nic na světě se nezmění.“

Martin P. Seligman (Křivohlavý, 2013)

Deprese má negativní vliv na celkový zdravotní stav jedince. Negativní vlivy deprese byly prokázány u pacientů s koronárním onemocněním, rakovinou, AIDS, Alzheimerovou chorobou, u pacientek s komplikacemi v průběhu porodu nebo při potratech. U pacientů, kteří trpí depresí, je průběžně oslabována funkce imunitního systému. Imunitní systém kontroluje to, aby nedocházelo k dalšímu zhoršování zdravotního stavu jedince. Sociální opora může také negativně ovlivňovat působení deprese na zdravotní stav jedince. Sociální oporou se rozumí kontakt jedince s rodinou, přáteli a známými. Zhoršení projevů deprese vede většinou k ochuzení a oslabení vzájemných mezilidských vztahů. A tímto se vliv deprese projeví ještě výrazněji na procesu dalších onemocnění jedince (Křivohlavý, 2013, s. 148 – 149).

Léčba deprese

Při léčbě deprese se nejčastěji užívá léčba psychoterapií. Co si představíme pod pojmem psychoterapie? V nejjednodušším případě se psychoterapií rozumí použití psychických prostředků v řešení dané situace či nemoci u depresivního jedince. Psychické prostředky obvykle představují sociální kontakt, mezilidské vztahy, sociální komunikaci nebo mimoslovní formu sdělování. Je prokázáno, že tyto prostředky opravdu pozitivně ovlivňují léčbu depresivních pacientů.

Při léčbě deprese psychoterapií se střetáváme se dvěma odlišnými přístupy a postupy léčby. První vychází z poznatků Sigmunda Freuda. Jedná se o psychoanalýzu, dynamickou a hlubinou psychoterapii. Druhá je postavena na výsledcích kognitivních procesů a sociální interakce. Jde tedy o kognitivně-behaviorální psychoterapii. Vedle uvedených forem psychoterapie je možné léčit depresi a pomáhat lidem klasickou duchovní péčí. Ta má v kultuře tisíciletou tradici (Křivohlavý, 2013).

2.4 Životní styl

Životní styl lze vyjádřit jako soubor poměrně ustálených každodenních zvyklostí a vzorců chování člověka, které prokazatelně pozitivně ovlivňují jeho celkové zdraví. To, jakým způsobem života žijeme, ovlivňuje naše zdraví až z 60 %. Životní prostředí má vliv až 20 %. Zdravotní péče a dědičnost se podílejí na zdraví člověka každá 10 %. Životní styl je tedy podstatnou determinantou zdraví jedince. Jde o faktor, který je preventabilní. Je ho možné

ovlivňovat prostřednictvím výchovy, správně zacílenými preventivními programy a také projekty realizovanými v raném dětství ve školním prostředí.

Zdravý životní styl můžeme také chápat jako systém opakujících se životních činností, vztahů a zvyklostí charakteristických pro daného jedince, které se shromažďují do určitých oblastí. Mezi tyto oblasti bychom mohli zahrnout pracovní styl, osobní, rodinný a partnerský život, způsob a podmínky bydlení, způsob stravování, schopnost regenerace tělesných a duševních sil a aktivity ve volném čase.

Každý člověk si aktivně utváří svůj životní styl, který je řízen dosahováním stanovených cílů a potřeb charakterizujících osobnost jedince. Životní styl je ovlivňován nespočetnou řadou faktorů, jako je věk a pohlaví člověka, místo, kde se jedinec utváří a kde žije, vzdělání, zaměstnání, koníčky, zájmy, schopnosti, zdravotní stav, rodinný stav, materiální zabezpečení a životní zkušenosti. Toto vše, se zrcadlí v životě jedince, ve výběru přátel, v upřednostňování zálib a aktivit.

Zdravý životní styl je potřeba chápat holisticky, tedy celostně. Neměli bychom od sebe oddělovat zdraví tělesné, psychické a sociální. Všechny tyto složky na sebe neustále působí a navzájem se ovlivňují. Z toho vyplývá, že pokud není jedna složka životního stylu v pořádku, nemohou být v pořádku ani ty ostatní (Švamberk Šauerová, 2018).

Životní styl můžeme pojmut rovněž jako prevenci životních problémů a nepříjemností. To lze chápat jako dočasný cíl sám o sobě osvojit si nové schopnosti, dovednosti a zkušenosti (moduly), které je pak možné využít při řešení konkrétních životních problémů. První modul oslovuje vnitřní svět jedince. Jedná se o schopnost uvědomovat si vlastní emoce a emoce ostatních. To znamená, zesilovat a zeslabovat své negativní emoce mezi které patří strach, zlost, závit, pocit křivdy. Dále je žádoucí posilovat pozitivní emoce, jako je radost z práce, ze života a radost z úspěchů druhých. Je potřeba své emoce udržovat pod stálou kontrolou vědomí.

Další modul, který je také důležitý pro náš životní styl je modul společenského chování. Ve společnosti je potřeba být taktní, což znamená vžít se do situace druhých a podle toho s nimi jednat. Dále je potřebná ohleduplnost a úcta k druhým lidem, protože v každém člověku je kapka dobrého, pro kterou si ho můžeme vážít. Úcta k lidem zahrnuje i úctu k jejich práci. Mimo to má velký vliv ve společnosti estetičnost. Je vhodné, aby byl jedinec upravený, protože zanedbaný

zevnějšek člověka není vhodný pro navazování vztahů. V neposlední řadě je potřeba značné dávky smyslu pro humor. Humor a smích nám pomáhá přenést se přes mnoho úskalí a nepříjemnosti života.

Pomoc druhým je dalším modulem. Proč jsme vlastně na světě? Proto, abychom nežili jen sami pro sebe, ale abychom byli schopní pomáhat druhým. Již od narození, po celé své dětství až do školních let jsme přijímali pomoc od druhých. Ať už se jednalo o péči rodičů, výchovné působení učitelů, podporu a pomoc přátel. Je na čase, abychom tento dluh začali splácet. Pomoc může mít mnoho podob, ať se jedná o přímou pomoc s realizací nějakého úkolu, finanční nebo věcnou pomoc, psychickou podporu a povzbuzení, předávání rad a potřebných informací. Pomáhat lidem má pro nás pozitivní zpětné účinky. Pomocí se nám vrací vděčnost a uspokojení. Naše sobectví zeslabuje a přestáváme myslet pouze na sebe. A tím náš život dostává vyšší smysl.

Umění aktivně odpočívat má velký vliv na náš zdravý životní styl. Odpočinek lze rozdělit na aktivní a pasivní. Ten pasivní můžeme definovat jako nečinnost, ospalou malátnost, chaotické myšlení, polehávání, sledování televize a dalších médií. Dá se říct, že u pasivních forem odpočinku napůl spíme. Aktivní odpočinek označuje bdělost, radostnou aktivitu, určitý druh činnosti, který nás naplňuje radostí a spokojeností. Lidé, kteří pracují u počítače, by měli pro aktivní odpočinek využívat protažení, cvičení, procházku v přírodě a lehké domácí práce. Kdo pracuje fyzicky, je vhodné mu doporučit relaxaci nebo aby si udělal odpolední siestu.

Optimismus a dobré naladění je vnitřní hnací silou člověka, která dokáže vynést jedince z bláta do oblak. Je dobré věřit, že vše zlé se jednou v dobré obrátí. A to je v oblasti životního stylu důležitý úkol. Vědci tvrdí, že optimisté se dožívají delšího věku. Je to tím, že optimisté a lidé pozitivně ladění mají ve své hlavě pouze pozitivní emoce. Kdežto pesimisté jsou naplněni černými myšlenkami, a ještě černějšími pocity. Jak se říká, všechno má svou lepší i horší stránku. Nicméně optimisté vidí vše lepší a světlejší, a to je pro správný životní styl to posilující (Suchý, Náhlovský, 2012).

2.4.1 Zdravý životní styl

Hlavním pilířem zdravého životního stylu je zdravá životospráva. Zdravá životospráva zahrnuje pravidelný denní režim, zdravý způsob výživy, dostatek pohybové aktivity, dodržování zásad osobní hygieny, ochranu před nakažlivými nemocemi, odpovědné sexuální, pracovní, partnerské a rodičovské chování, psychickou odolnost vůči škodlivým vlivům a závislostem, úsilí o psychickou pohodu, úsilí o pohodu v mezilidských vztazích, ochranu životního prostředí a co nejmenší styk s nezdravými látkami.

Správné principy zdravého životního stylu lze také shrnout jako schopnost vyhnout se kouření, působení škodlivých látek a rizikovým faktorům, či omezit konzumaci alkoholu. Dále bychom se měli snažit o dostatečnou pohybovou aktivitu, dostatek spánku, racionální výživu a být v pozitivní pohodě (Velemínský, 2017).

2.4.1.1 Výživa

Vlivem současných informačních technologií má řada lidí nejasnosti v tom, co si pod pojmem zdravá výživa představit. Z toho vyplývá, že v současné době není lehké se v otázkách zdravé výživy orientovat. Ne vždy nám jsou k dispozici validní vědecké výzkumy obsahující ověřené informace. Často je naše společnost ovlivňována reklamami a informacemi, které nám podsouvají nesprávná tvrzení. Ta mají poté spíše ničící potenciál (Hřivnová, 2013; Kraus, 2015).

Základní zvyklosti správné životosprávy se týkají pestrosti stravy, snižování množství cukrů, tuků a kuchyňské soli ve stravě. Naopak je třeba zvyšovat příjem syrové zeleniny a ovoce. Mezi součást zdravé životosprávy můžeme zařadit i dostatečný příjem tekutin. Dále sem patří i psychohygienická doporučení, která upozorňují na důležitost estetické úpravy jídla. V této oblasti lidé leckdy chybují, protože se řada z nich ve stravování odbývá, a tak jedí ve spěchu. Neumějí si na jídlo udělat čas. Často vynechávají snídani a oběd, což se může postupem času projevit podrážděností a sníženou výkonností v osobním a pracovním životě. Podobným způsobem se projevuje i nedostatečný příjem tekutin (Zvírotský, 2014).

2.4.1.1.1 Základní složky výživy

Základními složkami potravy jsou sacharidy (cukry), lipidy (tuky) a proteiny (bílkoviny). Správná a vyvážená strava by měla obsahovat 60 % sacharidů, 25 % lipidů a 15 % proteinů.

Každá samostatná potravina obsahuje poměry těchto zmíněných složek a vodu. Dále mezi základní složky řadíme minerální látky včetně stopových prvků a vitamínů. Potrava rostlinného původu by měla tvořit 2/3 a 1/3 by měla být tvořena potravou živočišného původu (Rokyta, 2016).

Sacharidy

Cukry jsou zdrojem energie pro lidský organismus. Denní energetický příjem cukrů by měl být cca 60 %. Tato denní dávka závisí na fyzické aktivitě a věku jedince. Avšak dnešní spotřeba cukrů je spíše nadměrná. Roční konzumace sacharidů se z hodnoty 5 kg, která byla uváděna v 18. století, v období 2. světové války zvýšila téměř na 50 kg. Tato hodnota spotřeby cukru lidským organismem vydržela až do roku 1980.

U obyvatel s vysokou konzumací cukru se vyskytuje více zdravotních problémů než u ostatních. Omezení příjmů sacharidů na 10 % celkového příjmu kalorií snižuje riziko nadváhy, obezity a kazivost zubů. Snižování příjmu cukru by nemělo nikomu ublížit. Cukr je obsažen v mléce, mléčných výrobcích, ovoci, medu, bramborech, kukuřici a obilovinách.

Špatné zdraví a životní styl nemá na svědomí cukr, ale nedostatečná fyzická aktivita. Protože nízká fyzická aktivita snižuje schopnost metabolizovat cukr, což je jedna z příčin výše zmíněné nadváhy, obezity a řady metabolických chorob. Nedostatečná fyzická aktivita má dopad na chuť k jídlu a příjem energie. Jedinci se sedavým způsobem života mívají více neregulovatelnou chuť k jídlu a snadněji přijímají více kalorií, než kolik jsou schopni spálit. Z toho vyplývá, že nedostatek fyzické aktivity negativně ovlivňuje naše zdraví, a to především metabolismus sacharidů (Clark, 2020).

Proteiny

Bílkoviny jsou stavebními kameny lidského organismu. Jsou součástí enzymů a hormonů, zajišťují transport látek a jsou zdrojem energie. Potřeba proteinů je ve skutečnosti potřebou aminokyselin. Tyto aminokyseliny tělo používá pro tvorbu svalové tkáně. Po konzumaci bílkovin začíná proces trávení v žaludku a pokračuje ve střevě. V těch se bílkoviny štěpí na aminokyseliny, které se postupně vstřebávají, putují do jater, potom do krve a jejím prostřednictvím do svalů.

U dospělého jedince by měl být denní příjem bílkoviny 0,8–1,0 g na kilogram hmotnosti za den. Energetický příjem bílkovin za den by měl být cca 10 až 15 %. V potravě přijímáme proteiny původu rostlinného a živočišného. Bílkoviny jsou obsaženy v mléce, vejcích, mase, rybách, sóji, obilovinách, luštěninách, těstovinách a bramborech (Clark, 2020; Rokyta, 2016).

Při nedostatečném příjmu bílkovin se může objevit rozvoj obezity, cukrovky a zhoršená imunita. Naopak nadměrný příjem proteinů může zapříčinit poškození ledvin nebo demineralizaci kostí (Clark, 2020; Sharma a kol., 2018).

Lipidy

Tuky taktéž patří k nezbytné složce potravy každého jedince. Stavební jednotkou lipidů jsou mastné kyseliny. Jsou nejbohatším zdrojem energie v potravě a nositelem látek nezbytných pro chod organismu, mezi něž řadíme esenciální mastné kyseliny a vitamíny A, E, D, K rozpustné v tucích. Lipidy také vyvolávají pocit plnosti.

Denní příjem lipidů by neměl přesahovat 25 % energetického příjmu. Doporučená denní dávka tuků by měla být přibližně 60–80 g. Avšak průměrný člověk v dnešní době zvládne zkonsumovat denně zhruba 120 g tuku (Kunová, 2011; Čeledová, Čevela, 2010).

Experti na zdravou výživu dříve nabádali k tomu, aby lidé jedli méně tuků. Dnes je tomu tak, že doporučují, aby v potravě převládaly správné druhy tuků. Také nestanovují přesnou hranici pro celkové kalorie přijaté v tucích. Ve všeobecné americké dietní směrnici pro rok 2015 až 2020 diabetologové doporučují především omezit příjem tuhých nenasycených mastných kyselin (sádlo, pevné margaríny) a osvojit si zdravé stravovací návyky. Dále nabádají k užívání měkkých mastných kyselin (roztíratelné margaríny, olivový olej a řepkový olej).

Mezi tuky, které mají pozitivní vliv na zdraví můžeme zařadit mandle, vlašské ořechy a řadu dalších druhů ořechů. Ořechy nás chrání zejména před srdečně-cévními onemocněními. Mezi další zdravé tuky patří například avokádo, chia semínka, lněná semínka, arašídové máslo, losos, tuňák, olejnaté ryby a olivový olej, který je spojován s nízkým rizikem vzniku rakoviny (Clark, 2020).

2.4.1.1.2 Pitný režim

Pitný režim je důležitý. Ovlivňuje celou škálu pochodů v lidském těle, jako je soustředění, celkový výkon, detoxikace organismu, trávení, pružnost kůže a správná hydratace buněk organismu (Pourová, Jakešová, 2019).

Pro odpovídající hydrataci organismu nestačí pouze příjem tekutin, ale zásadní je i složení stravy. Dospělý jedinec by měl vypít 2 až 3 litry tekutin za den. Optimální potřeba tekutin se však liší u osob se sedavým zaměstnáním, u intenzivně fyzicky pracujících nebo u sportovců.

Základem pitného režimu je čirá, pramenitá voda. Voda je i zdrojem minerálních látek. Pitný režim lze doplnit o zeleninové a ovocné šťávy, bylinkové i zelené čaje. Doporučuje se úplně omezit či vynechat alkoholové nápoje, kávu a silné odvary z čajů. Nejlepší je si rozdělit denní dávku tekutin do menších dávek na celý den.

Při nedostatku tekutin se může člověk cítit malátný, ospalý a unavený. Dehydratace se může také projevit bolestí hlavy, suchou kůží, acetonovým zápachem z úst, slabým močením nebo zvýšenou tělesnou teplotou (Čeledová, Čevela, 2010; Pourová, Jakešová, 2019).

2.4.1.2 Pohybová aktivita

Pohyb patří k významným faktorům ovlivňujícím aktuální i budoucí kvalitu života a zdravotní stav člověka. Z hlediska zdravotního stavu je potřeba podporovat pohybovou aktivitu populace. Jedna možnost, jak ovlivnit celkovou pohybovou aktivitu je podle řady autorů vhodné vytvoření podmínek prostředí. Pozitivní vliv pravidelné pohybové aktivity na zdravotní a psychickou stránku člověka je dlouhodobě plně uznáván. Výhody pohybu se týkají prevence aterosklerózy, ischemické choroby srdeční, hypertenze, diabetu, obezity, některých typů rakoviny, funkcí ledvin, depresivních stavů a dalších civilizačních chorob. Je také diskutován pozitivní vliv pohybové aktivity na délku života. Vědci zastávají názor, že pro podporu pohybu nestačí zmiňovat pouze benefity, ale také by se měly zdůrazňovat negativní dopady na zdraví v důsledku pohybové inaktivity. Za součást pohybového komplexu je považována jakákoliv volnočasová pohybová aktivita, tělesná cvičení, sport a pracovní pohybová aktivita (Neuls, Frömel, 2016; Robín, 2018).

Pokud bychom uvažovali nad ideální pohybovou aktivitou u pedagogů, je nutno se zamyslet, jaká je zátěž pedagogické profese. Zvolené aktivity by měly být v rovnováze fyzické, psychické a emocionální zátěže. Nejvhodnější je propojení fyzických aktivit spolu se zájmy daného jedince. Pokud člověk nemá v oblibě sportovní aktivitu, může pro pohybovou aktivitu spojit například turistiku nebo cykloturistiku spolu s poznáváním kultury a historických památek či využití zahradničení a chalupaření, při nichž je fyzická námaha spojená s relaxací a odpočinkem (Švamberk Šauerová, 2018).

Správně vykonaná pohybová aktivita zapojuje rovnoměrně všechny svalové skupiny. Ty mají pozitivní vliv na emocionální ladění člověka. Při pravidelné pohybové aktivitě dochází ke zmírnění depresí a úpravě náladovosti. Pozitivní změny mohou také snížit bolest, zlepšit náladu, navodit pocit radosti a spokojenosti (Pastucha, 2014).

Pohybová aktivita, sport, cvičení byly a nadále jsou významnými atributy životního stylu člověka. Lze také zmínit, že sportovní činnost se mění s věkem, pohlavím, kulturním prostředím, sociálními atributy. Je podmíněna socio-demografickými a psychickými vlastnostmi jedinců (Rychtecký, Tilinger, 2017).

2.4.1.3 Spánek a odpočinek

Spánek a odpočinek řadíme mezi základní potřeby každého člověka, které jsou nezbytným předpokladem pro zachování, udržení a obnovu tělesného a duševního zdraví. Spánek můžeme charakterizovat jako minimální fyzickou aktivitu, různý stupeň vědomí, změnu fyziologických funkcí organismu a sníženou odpověď na vnější podněty. Kdežto odpočinek je definován jako klidová relaxace bez emočního stresu, uvolnění napětí a úzkosti.

Spánek lze považovat za cyklický děj, dělicí se na dvě fáze, které se mezi sebou střídají (za noc přibližně čtyřikrát až šestkrát). REM fáze je pomalá fáze spánku s nepravidelnou frekvencí pulzu a dechu. U člověka se v této fázi mohou objevovat svalové záškuby a rychlé pohyby očního bulbu. Z této fáze se člověk probouzí. Druhou fází je non-REM fáze, v níž dochází k poklesu krevního tlaku, pomalému a pravidelnému dýchání, snížení svalového tonu a k aktivním snům. Tato fáze je vhodná k regeneraci psychických funkcí. Probuzení z této fáze je nefyziologické, neboť jedinec nedosáhne potřebné regenerace organismu.

Mezi faktory, které ovlivňují kvalitu spánku, bychom mohli zahrnout věk, nemoc, bolest, pohyb a aktivitu, stravování, pitný režim, způsob života, stres, strach, úzkost, pracovní problémy, finanční tíseň, narušené mezilidské vztahy, nevhodné prostředí pro spánek.

Pro kvalitní spánek každého člověka je důležitá spánková a odpočinková hygiena. Jedná se o přehled obecných doporučení pro ty jedince, kteří mají problémy s kvalitním spánkem a odpočinkem. Pokud si chceme uchovat kvalitní spánek, měli bychom dodržovat pár pravidel. Naše ložnice by měla být klidná, útulná, tichá a dostatečně zatemněná. Je vhodné věnovat pár minut ráno i večer cvičení a protažení. Před spánkem bychom neměli pít alkohol, silnou kávu či silný černý čaj a měli bychom dbát na dostatečný pitný režim během dne. V odpoledních a večerních hodinách nekouřit, jíst lehce stravitelnou stravu. Důležité také je se naučit potlačovat negativní myšlenky narušující spánek.

Potřebná délka spánku by měla být okolo osmi hodin denně, tato hodnota je však považována za velmi individuální. U lidí s velmi hlubokým spánkem stačí k spánkovému odpočinku dokonce méně hodin, než je uvedeno výše. Potřeba spánku se také mění s věkem. U lidí ve vyšší věkové kategorii se spánková doba zkracuje a přibývá u nich více spánkových poruch (Kelnarová a kol., 2016).

2.5 Výzkumy v oblasti problematiky zdravotního stavu a životního stylu pedagogů

Zdravotnímu stavu a životnímu stylu učitelů se věnuje celá řada odborníků od lékařů přes psychology, sociology až po samotné pedagogy. Výzkumů je tedy nespočet, a proto jsem se zaměřila pouze na několik výzkumných šetření, která se svým zaměřením dotýkají tematiky mé diplomové práce. Pracovně jsem je rozdělila na výzkumy v České republice a výzkumy zahraniční.

2.5.1 Zdravotní stav a životní styl pedagogů ve výzkumech České republiky

Z tuzemských šetření bych jako reprezentanta uvedla výzkum s názvem „*Pohybové aktivity a životospráva jako indikátory životního stylu učitelů.*“ Cílem výzkumu bylo sledování názorů a postojů učitelů středních škol k pohybovým aktivitám a sportu ve vybraných indikátorech

aktivního životního stylu, dále pak výzkum sledoval denní režim a životosprávu učitelů včetně některých rizikových negativních faktorů ovlivňujících zdravotní stav člověka.

Výzkum se uskutečnil v roce 2010 účastí 999 respondentů – učitelů středních škol (48 % mužů a 52 % žen). Pro výzkumné šetření této studie byla použita metoda dotazování, která zahrnovala názor pedagogů na sport a pohybové aktivity, názor na životosprávu a denní režim pedagogů, rizikové faktory v jejich životě a identifikační údaje.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že většina respondentů považuje pohybové aktivity za důležité v životě člověka (více jak 90 % souboru), zařazení do aktivního životního stylu ovšem uvedlo jen 80 % respondentů. Z hlediska pohlaví význam pohybové aktivity pro zdravý životní styl silněji vnímají ženy a učitelé s aprobací tělesné výchovy.

Charakteristiky životosprávy byly sledovány v determinantech pravidelnosti denního režimu, spánku a stravování. Výsledky tohoto výzkumu vykazují víceméně pravidelnost sledovaných faktorů životního stylu u 60-80 % respondentů. Problematika spánku nebo stravování ukazuje oproti dennímu režimu (39,6 %) vždy u poloviny šetřených učitelů pravidelnost, naopak nepravidelnost je méně častá. Za negativní v oblasti životního stylu lze považovat zjištění požívání alkoholu u více jak 20 % zkoumaného vzorku a pravidelné kouření u téměř 15 % dotazovaných respondentů.

Jako další bych uvedla výzkum s názvem „*Zdravotní stav a životní styl učitelů různých stupňů škol.*“ Tato studie se zaměřila na hodnocení percepce rizik vyplývajících z pozitivní rodinné anamnézy a z konkrétního životního stylu daného respondenta. Dále byl hodnocen životní styl, negativní návyky a kvalita života učitelů. Zjišťován byl taktéž způsob trávení volného času, míra pohybové aktivity a různé možnosti relaxace.

Výzkum probíhal ve spolupráci s Ústavou hygieny a preventivním lékařstvím LF UK v Hradci Králové a Fakultou zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Byla provedena dotazníková studie prostřednictvím anonymního dotazování zaměřeného na zjištění zdravotního stavu a životního stylu učitelů různých stupňů škol u náhodně vybraného vzorku zástupců učitelské profese. V rámci epidemiologické studie byly získány údaje od celkem 484 respondentů.

Z pohledu hodnocení svého zdraví se učitelé většinou cítili dobře či průměrně a mezi jednotlivými skupinami nebyla zjištěna statistická významnost. Z chronických onemocnění se u pedagogů v dotazníkovém šetření nejčastěji vyskytovaly nemoci pohybového aparátu (13,4 %) a onemocnění srdce a cév (8 %).

Co se týče negativních faktorů životního stylu, bylo mezi respondenty 12,3 % aktuálních kuřáků (7 % pravidelných a 5,3 % příležitostných), 15,2 % bývalých kuřáků a 72,6 % nekuřáků. Co se týče konzumace alkoholu, nepatří pedagogičtí pracovníci mezi rizikovou skupinu konzumentů. Dále studie nepotvrdila užívání léků na uklidnění či prášků na spaní. Většina respondentů (84,5 %) uvedla, že takové preparáty neužívá. Necelých 13 % přiznalo jejich občasnou konzumaci a pouze 2,7 % respondentů užívá hypnotika a sedativa pravidelně. Co se týče pohybové aktivity, hodnotili respondenti svoji mimopracovní pohybovou aktivitu jako průměrnou (48 %) až nízkou (34 %).

Z výzkumu vyplývá, že sledování zdravotního stavu učitelů a péče o něj jsou velmi důležité, a to nejen pro ně, ale i jako podpora zdravého životního stylu, potažmo zdraví žáků a studentů jim svěřených do péče a vzdělávání.

Jako poslední bych uvedla výzkum „*Syndrom vyhoření a životní styl učitelů českých základních škol*.“ Tato studie se snažila zjistit míru vyhoření u učitelů základních škol, identifikovat hlavní zdroje vyhoření a jejich souvislost s životním stylem. Jednalo se o osmítýdenní dotazníkové šetření konající se na přelomu let 2016/2017. Bylo zaměřené na zjištění dat o anamnéze, výkonu profese a životním stylu učitele. Dále byly použity psychologické dotazníky zaměřené na symptomy vyhoření, deprese a mechanismy zvládnání stresu. Výsledný zkoumaný vzorek tvořilo 2394 učitelů, z toho 15 % mužů a 85 % žen.

Výsledky tohoto výzkumu přinášejí informace, že necelá polovina (46,7 %) respondentů se necítí být ohrožena syndromem vyhořením, třetina (34,90 %) uvedla „spíše ano“ a 18,3 % pedagogů se domnívá, že jsou určitě ohroženi syndromem vyhoření. Učitelé, kteří věnují svůj volný čas koníčkům a rodině, dosahují výrazně nižší míry vyhoření. Z výzkumu taktéž vyplývá, že dalším ukazatelem míry vyhoření je kvalita a délka spánku. Ti z pedagogů, kteří uváděli, že jejich spánek není dostatečně dlouhý a odpočinkový, měli mnohem vyšší míru vyhoření. K vyšší míře

vyhoření také přispívá každodenní konzumace alkoholu, zatímco na opačné straně pomyslné škály jsou abstinence a dodržování pitného režimu. Posledním faktorem, který rovněž hraje podstatnou roli v této problematice, se ukázalo být, uvědomování si důležitosti dodržování zdravého životního stylu. Výzkum tedy dokazuje, že ti učitelé, kteří se domnívají, že dodržují zdravý životní styl, mají také nejnižší míru vyhoření.

2.5.2 Zdravotní stav a životní styl pedagogů v zahraničních výzkumech

První zahraniční výzkumný článek z roku 2014 se zabývá zdravotním stavem a chováním mezi pedagogy a studenty pedagogiky. Cílem této zahraniční studie bylo především analyzovat sociální a individuální determinanty zdravého chování. Byly hodnoceny následující faktory: výživa, fyzická aktivita a kouření.

Průzkum byl proveden u 298 studentů státních a soukromých univerzit v Poznani a u 342 učitelů na základních a středních školách ve Velkopolské provincii v Polsku. Přesněji bylo do výzkumu zařazeno 126 studentů tělesné výchovy, 172 studentů pedagogiky, 95 učitelů tělesné výchovy a 247 učitelů dalších předmětů. K posouzení výživy a kouření byl použit autorův dotazník a dále Mezinárodní dotazník o fyzické aktivitě (IPAQ), který sloužil k hodnocení fyzické aktivity respondentů. Sebeúčinnost byla hodnocena prostřednictvím Health Locus of Control Scale (MHCL).

Byly zjištěny významné rozdíly mezi jednotlivými skupinami respondentů. Studenti pedagogiky častěji kouří cigarety než učitelé jiných předmětů. U studentů pedagogiky byly také zjištěny nejhorší stravovací návyky. Z toho vyplývá, že ostatní učitelé, učitelé tělesné výchovy a studenti tělesné výchovy mají lepší výživové návyky a stravování než studenti pedagogiky. Avšak studenti tělesné výchovy mají pozitivnější vztah ke zdravé výživě než učitelé jiných předmětů. Studenti tělesné výchovy mají nejvyšší skóre ve fyzické aktivitě. Fyzická aktivita se značně liší u studentů pedagogiky a učitelů ostatních předmětů.

Analýza ukazuje, že studované skupiny současných i budoucích pedagogů mají různorodé názory na problematiku zdraví. Z toho lze vydedukovat, že respondenti mají v této problematice různé vzdělávací potřeby. Byly zaznamenány generační rozdíly mezi studenty a učiteli, a to vlivem

zhoršujícího se zdravotního chování (zejména kouření). Všichni učitelé jsou odpovědní za výchovu ke zdraví, a proto by měli být záměrně zapojeni (i během studia) do aktivit podporujících dovednosti související se zdravím. Tyto dovednosti jim umožní být efektivnějšími vzory pro studenty a také kompetentněji vytvářet vlastní zdravotní potenciál. Propagační a intervenční programy by mohly využívat ke zvýšení psychosociálních dovedností a kompetencí sociálně-kognitivní strategie.

Jako další zahraniční studii bych chtěla uvést výzkum, který probíhal v iránském Isfahanu v roce 2010 a byl publikován roku 2012. Jednalo se o výzkum zaměřený na zdravý životní styl iránských pedagogů.

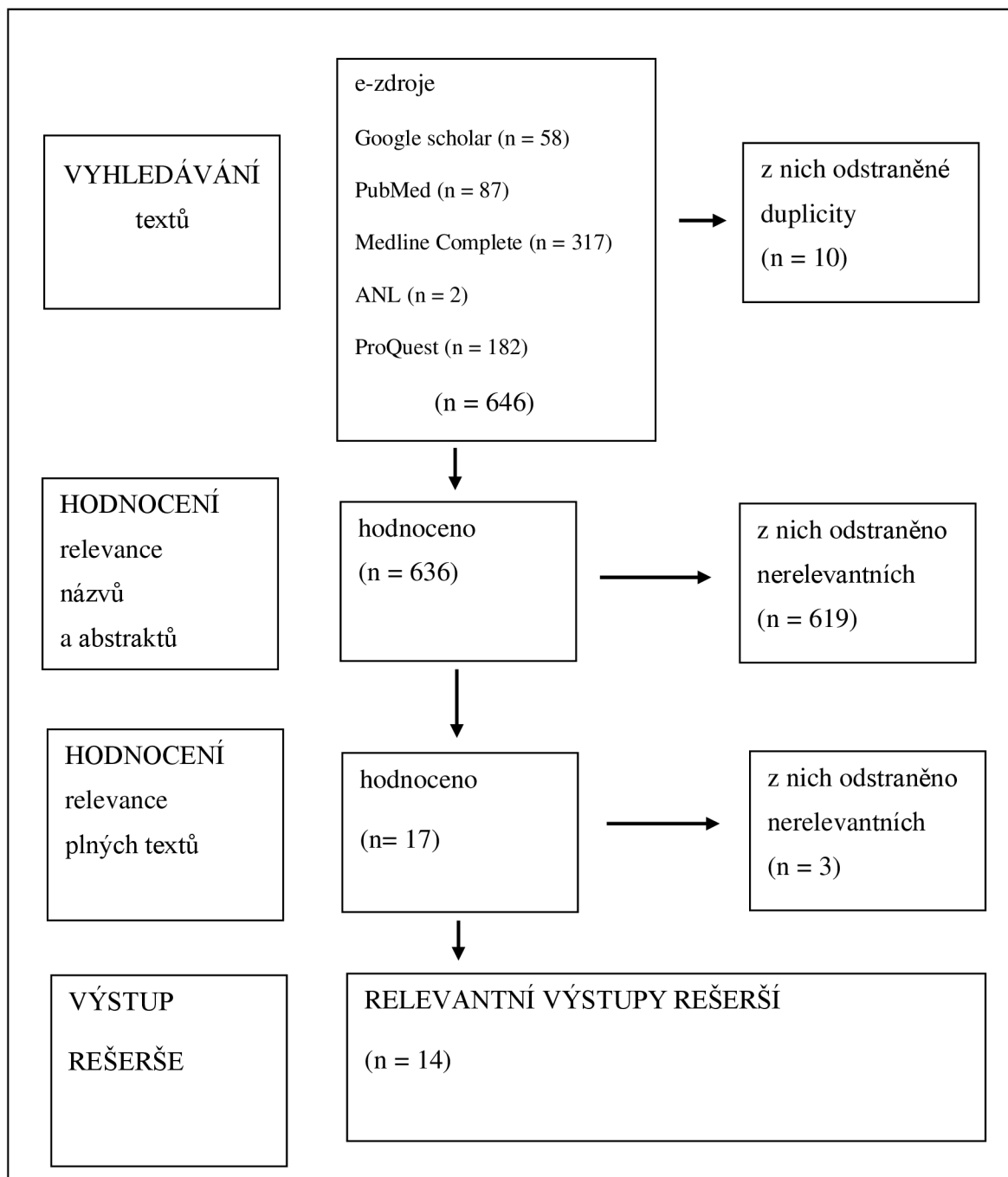
Tato deskriptivně-analytická studie byla provedena na 96 učitelích dívčích škol v provincii Esfahan metodou vícestupňového vzorkování. Nástrojem pro sběr dat byl dvoudílný dotazník sestávající z demografických proměnných (věk, počet členů rodiny, BMI, rodinný stav, úroveň vzdělání, stav zaměstnání a finanční stav) a otázek spojených s hodnocením životního stylu včetně výživy, fyzické aktivity, zvládnání stresu, kouření a údajů o zdravotním stavu.

Z hlediska zdravého životního stylu výsledky studie ukázaly, že celkem 82 učitelů (85,4%) dodržuje zdravý životní styl, 13 učitelů se snaží o dodržování zdravého životního stylu (13,5%) a 1 respondent nežije zdravým životním stylem (1%). Byl také potvrzen vztah mezi věkem a zdravým životním stylem i vztah mezi BMI a zdravým životním stylem.

Vzhledem k relativně vysokým hodnotám položadoucích životního stylu ve zdravé výživě, fyzické aktivitě a zvládnání stresu, by bylo velmi efektivní do budoucna zařadit do vzdělávání učitelů problematiku zdravého životního stylu a zdraví celkově.

2.6 Literární přehled

Postupový diagram



Obrázek 1 Postupový diagram (zdroj: vlastní výzkum)

Mapující rešeršní otázky byly formulovány v tomto znění:

„Jaké jsou dostupné informace o zdravotním stavu a životním stylu pedagogů na školách?“

„Jaké jsou dostupné informace o zdravotním stavu pedagogů základních a středních škol?“

„Jaké jsou dostupné informace o životním stylu učitelů vyučujících na základních školách?“

„Jaké jsou dostupné informace o životním stylu učitelů středních škol a gymnázií?“

K rešerším v českém jazyce byl uplatněn soubor primárních hesel:

P (participant): učitel, pedagog, vyučující

Co (concept): zdravotní stav, životní styl

Co (context): základní škola, střední škola, gymnázium

Ten byl postupně rozšiřován o tato synonyma a příbuzné pojmy:

P: učitel OR učitelka OR vyučující OR pedagog OR kantor OR profesor OR vychovatel

Co: zdravotní stav, životní styl

Co: základní škola OR střední škola OR gymnázium OR škola

Pro vyhledávání v anglickém jazyce byla uplatněna tato primární hesla:

P: teacher, pedagogue,

Co: health condition, lifestyle

Co: primary school, high school, grammar school

Ta byla rozšířena o synonyma a příbuzné pojmy:

P: teacher OR pedagogue OR schoolteacher OR master OR schoolmaster OR mentor

Co: health condition OR health status OR lifestyle OR style of life

Co: primary school OR elementary school OR secondary school OR high school OR grammar school OR school

Uplatněné elektronické zdroje

Vyhledávání bylo provedeno v prostředí elektronických zdrojů: Google Scholar, PubMed, Medline Complete, ANL a ProQuest.

Období realizace a limitace rešerší

Jednotlivé rešerše byly provedeny v období září 2020 až prosinec 2020. Uplatněna byla tato omezení/limitace výstupů: publikační období za posledních deset let (2010-2020), plný text, anglický jazyk, bez: knih, bakalářských a diplomových prací.

3 METODIKA PRÁCE

V praktické části diplomové práce komplexně popisuji, shrnuji a charakterizuji problematiku výzkumu, který je nepostradatelnou součástí diplomové práce. Výzkumné šetření navazuje na předchozí část diplomové práce, která obsahuje teoretické poznatky (viz 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 hlavním cílem bylo zmapovat subjektivní zdravotní stav a životní styl pedagogů ZŠ a SŠ na Žďársku, pojednávají následující kapitoly.

3.1.1 Teoreticko-praktická příprava

Teoretickým podkladem pro zpracování diplomové práce a realizaci výzkumného šetření byla celá řada informačních zdrojů, jak tuzemských, tak zahraničních. K tomu jsem využila zdrojů tištěných a elektronických. V menší míře jsem také čerpala z věrohodných elektronických zdrojů. Teoretická příprava diplomové práce byla založena na studiu odborných publikací, vztahujících se k problematice osobnosti učitele, zdraví, nemoci, prevenci, zdravotních problémů a onemocněních postihující pedagogy. V neposlední řadě se týkaly problematiky životního stylu jako takového. Cenným pramenem informací při tvorbě teoretické i praktické části byly moje osobní profesní zkušenosti porodní asistentky, a to zejména v oblasti zdraví a nemoci. Dalšími pomocnými informacemi mi byly vědomosti získané z předchozího bakalářského studia. Důraz jsem kladla na validitu a aktuálnost všech použitých informací.

Příprava praktické části byla zaměřena zejména na korektní přípravu dotazníkového šetření z oblasti subjektivního zdravotního stavu a životního stylu pedagogů. Správný dotazník by měl splňovat daná pravidla, požadavky a zásady, mezi něž patří validita, reliabilita a praktičnost.

Chráska (2016, s. 169–170) ve své publikaci uvádí přehled nejdůležitějších pravidel, zásad a požadavků na tvorbu dotazníku. Pro správně sestavený dotazník je důležité dodržet jeho jasnost, srozumitelnost a stručnost. Položky by měly být jednoznačně formulovány a zjišťovat od respondentů pouze nezbytné údaje. Řazení jednotlivých položek by mělo vyhovovat z psychologického hlediska, nikoliv z logického hlediska. Nejdůležitější položky je vhodné umísťovat ve střední části dotazníku. Měl by být konstruovaný tak, aby bylo možné získané údaje snadno třídit, tabelovat a zpracovávat. Neměl by být rozsáhlý. V úvodu dotazníku by měl být respondentům vysvětlen smysl a potřeba prováděného šetření. Dále je důležité respondentům dávat jasné pokyny k vyplnění dotazníku, vyplňování by nemělo být příliš náročné.

3.1.2 Výzkumné problémy

Na základě hlavního cíle diplomové práce (viz kapitola 1) byly stanoveny dílčí cíle, výzkumné problémy a hypotézy.

Dílčí cíl č. 1

Porovnat, zda se liší zdravotní stav a životní styl pedagogů různých stupňů škol v okrese Žďár nad Sázavou.

Výzkumný problém č. 1

Existuje rozdíl mezi zdravotním stavem a životním stylem pedagogů základních a středních škol na Žďánsku?

Hypotéza č. 1

Subjektivní zdravotní stav a životní styl pedagogů základních škol a středních škol v okrese Žďár nad Sázavou se bude lišit.

Dílčí cíl č. 2

Zjistit, jaké subjektivní potíže a chronická onemocnění se nejčastěji vyskytují u pedagogů.

Výzkumný problém č. 2

Existuje rozdíl v četnosti výskytu zdravotních potíží u učitelů s dlouholetou praxí a učitelů začínajících?

Hypotéza č. 2

Učitelé s delší dobou pedagogické praxe budou mít více zdravotních potíží než začínající učitelé.

Dílčí cíl č. 3

Zjistit, zda se učitelé zajímají o svůj zdravotní stav a životní styl.

Výzkumný problém č. 3

Existuje rozdíl v míře zájmu pedagogů o životní styl a subjektivní zdravotní stav?

Hypotéza č. 3:

Učitelé se o svůj zdravotní stav zajímají více než o životní styl.

3.1.3 Charakteristika výzkumného souboru

Existuje řada způsobů, jak vybírat respondenty, tak aby reprezentovali danou skupinou. Společným znakem těchto výběrů je to, že rozhodnutí musí být objektivní, což je zajištěno náhodností (Chráška, 2016).

Skupinový výběr respondentů se využívá tam, kde jsou respondenti uspořádání do určitých skupin v kraji či okrese. Skupinový výběr je při pedagogických výzkumech velmi oblíbený pro svou snadnou proveditelnost. U takového výběru nezáleží na velikosti skupin, ale na počtu respondentů (Chráška, 2016).

V této nelehké době, zasažené šířením koronaviru SARS CoV-2. byla volba tohoto výběru na prvním místě. Proto jsem se na základě svých požadavků k diplomové práci a výše uvedených poznatků rozhodla pro skupinový výběr respondentů. Jednalo se o skupiny pedagogů základních škol a středních škol v okrese Žďár nad Sázavou. Bylo osloveno 59 základních škol, 8 středních škol a 5 gymnázií. Celkem tedy 72 středních a základních škol v okrese Žďár nad Sázavou.

Oslovené střední školy a gymnázia

- Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická Žďár nad Sázavou
- Střední škola obchodní a služeb SČMSD
- Střední odborná škola Jana Tiraye Velká Bíteš
- Střední odborná škola Nové Město na Moravě
- Střední škola gastronomická Adolpha Kolpinga
- Vyšší odborná a Střední průmyslová škola Žďár nad Sázavou
- Hotelová škola a Obchodní akademie Světlá a Střední škola řemesel a služeb Velké Meziříčí
- Vyšší odborná škola a Střední odborná škola zemědělsko-technická Bystřice nad Pernštejnem
- Gymnázium Velké Meziříčí
- Gymnázium Vincence Makovského se sportovními třídami Nové Město na Moravě
- Gymnázium Žďár nad Sázavou
- Gymnázium Bystřice nad Pernštejnem
- Biskupské gymnázium Žďár nad Sázavou

Oslovené základní školy

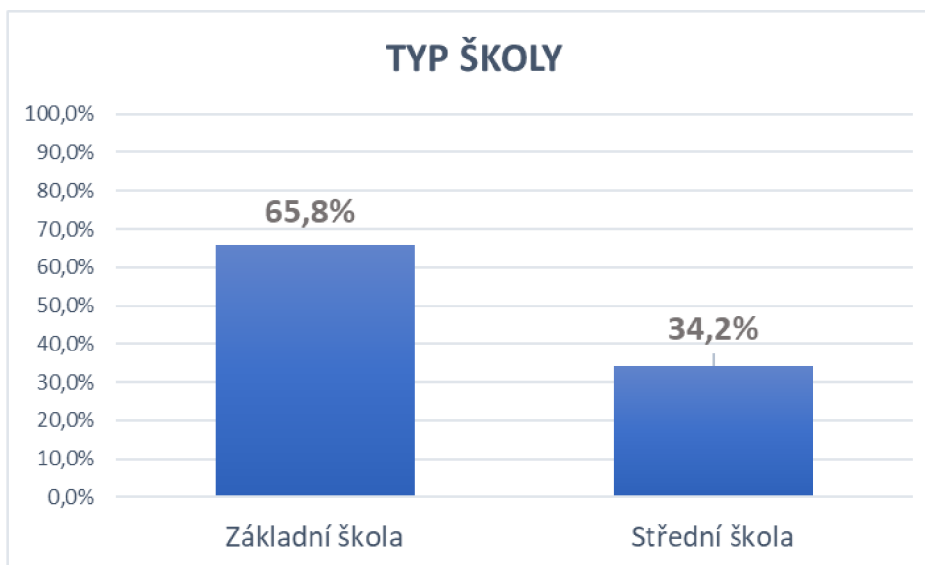
- Základní škola Bystřice nad Pernštejnem, Tyršova 106
- Základní škola Velké Meziříčí, Školní 2055
- Základní škola Rozsochy
- Základní škola Bystřice n. P., Nádražní 615
- Základní škola Velké Meziříčí, Sokolovská 470/13
- Základní škola Nížkov
- Základní škola Žďár nad Sázavou, Švermova 4
- Základní škola a Praktická škola Nové Město na Moravě
- Základní škola Velké Meziříčí, Oslavická 1800/20
- Základní škola Nové Město na Moravě, Vratislavovo náměstí 124
- Základní škola T.G.Masaryka
- Základní škola Lavičky
- Základní škola a Praktická škola Velká Bíteš
- Základní škola Měřín
- Základní škola Žďár nad Sázavou, Komenského 6
- Základní škola Žďár nad Sázavou, Palachova 2189/35

- Základní škola Nové Město na Moravě, Leandra Čecha 860
- Základní škola Velká Bíteš
- Základní škola Bobrová
- Základní škola Žďár nad Sázavou, Komenského 2
- Základní škola Hany Benešové Bory
- Základní škola Dolní Rožinka
- Základní škola Velká Losenice
- Základní škola Řečice
- Základní škola Unčín
- Základní škola Polnička
- Základní škola Velké Meziříčí, Lhotky 42
- Základní škola Velké Meziříčí, Mostišťe 50
- Základní škola Nová Ves u Nového Města na Moravě
- Základní škola Radešínská Svratka
- Základní škola Jimramov
- Základní škola Sněžné
- Základní škola Hamry nad Sázavou
- Základní škola Dobrá Voda
- Základní škola Křižanov
- Základní škola Herálec
- Základní škola Radostín nad Oslavou
- Základní škola Strážek
- Základní škola Prosetín
- Základní Fryšava pod Žákovou horou
- Základní škola Moravec
- Základní škola Křídla
- Základní škola Štěpánov nad Svratkou
- Základní škola Bohdalov
- Základní škola při dětské psychiatrické léčebně Velká Bíteš
- Základní škola Křoví
- Základní škola Nové Veselí
- Základní škola Bohdalec
- Základní škola Dolní Heřmanice
- Základní škola Osová Bítýška
- Základní škola Radňovice
- Základní škola Rožná
- Základní škola Sázava
- Základní škola Škrdlovce
- Základní škola Tasov
- Základní škola Věcov
- Základní škola Zubří
- Základní škola Světnov
- Základní škola Vír

Základní výzkumný soubor tvoří 114 učitelů ze základních a středních škol v okrese Žďár nad Sázavou. 75 respondentů tj. 65,8 %, tvoří pedagogové základních škol; 34,2 %, tj. 39 respondentů, je ze středních škol (viz obrázek 2, str. 58).

Vymezení základního souboru dle zastoupení typu školy (zdroj: vlastní výzkum)

Vyhodnocení otázky č. 26: Na kterém stupni školy vyučujete?



Obrázek 2 Grafické zobrazení otázky č. 26 (zdroj: vlastní výzkum)

N = 114

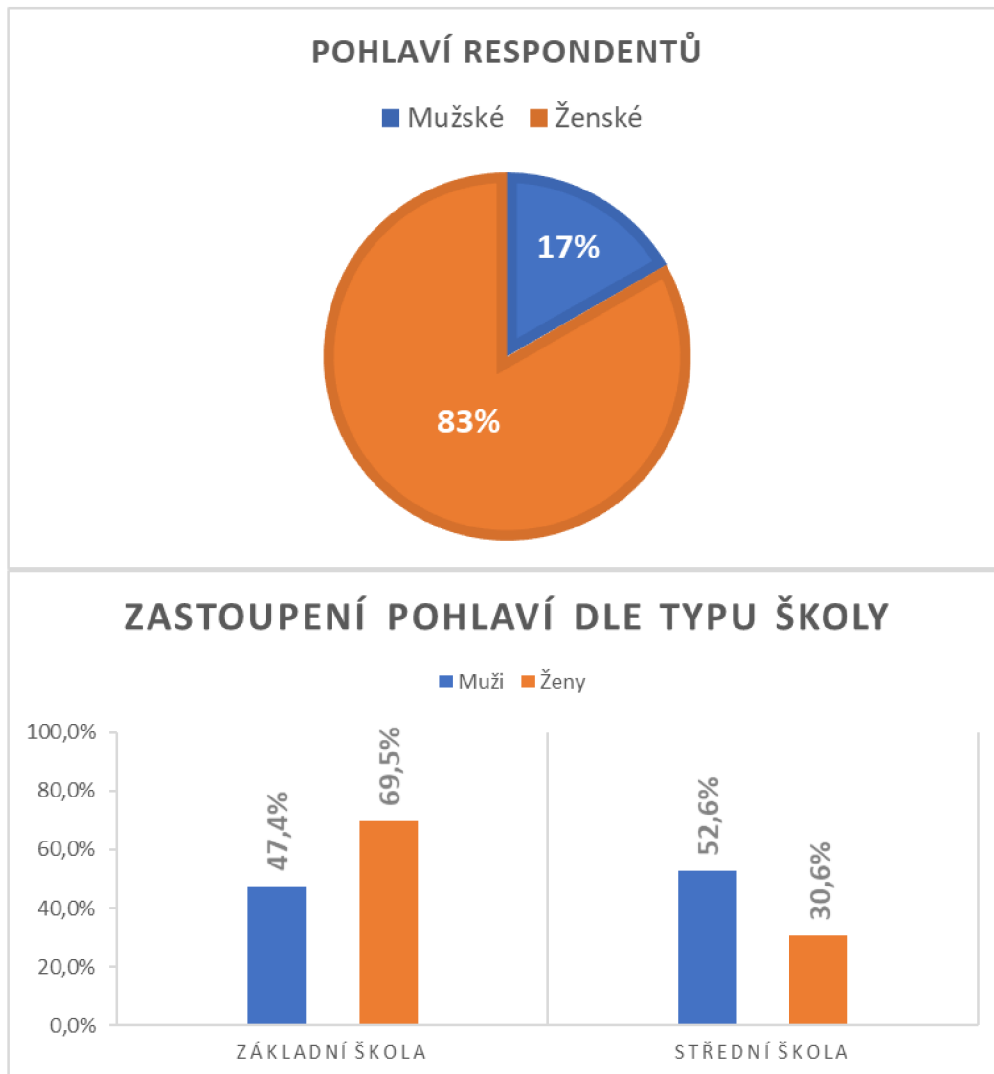
Pro účely výzkumu bylo zapotřebí, aby respondenti uváděli v rámci dotazníkového šetření údaje, které se vztahovaly k jejich pohlaví, věku a délce jejich odpracované pedagogické praxe.

Co se týče pohlaví, výzkumného šetření se zúčastnilo 83,3 % žen, tj. 95 respondentek. Mužů se zúčastnilo pouhých 16,7 %, což činí 19 respondentů. Z těchto údajů je patrný vliv feminizace učitelské profese (viz obrázek 3, str. 59).

Pokud se zaměříme na zastoupení učitelů a učitelek na jednotlivých školách, nejvíce žen z dotazníkového šetření pracuje na základní škole a to 66, tj. 69,5 %. Nejvíce mužů pracuje taktéž na základních školách, a to 9 (47,7 %) z celkového počtu zastoupení mužů. Na středních školách pracuje 29 respondentek, tj. 30,6 %, respondentů pak 10, tj. 52,6 %, jak vyplývá z výzkumného šetření (viz obrázek 3, str. 59)

Vymezení základního souboru podle pohlaví (zdroj: vlastní výzkum)

Vyhodnocení otázky č. 23: Jaké je Vaše pohlaví?



Obrázek 3 Grafické zobrazení otázky č. 23 (zdroj: vlastní výzkum)

N = 114

Výzkumný vzorek tvořili učitelé s věkem v rozmezí 22 až 65 let. Poté byli rozděleni podle věkové kategorie do 5 skupin. Do výzkumu se zapojilo 16 respondentů ve věku do 30 let, což činí 14 %, v kategorii 31 až 40 let je 27 respondentů, tj. 23,7 %, 38 respondentů s 33,3 % tvoří kategorii od 41 do 50 let, čtvrtou kategorií od 51 do 60 let tvoří 26 respondentů, tj. 22,8 %, zbylých 6,1 % s počtem 7 respondentů spadá do věkové kategorie 61 a více let. Nejvíce zastoupenou skupinou jsou tedy učitelé středního věku. Naopak nejmenší zastoupení bylo ve věkové kategorii 61 a více. Kategorie učitelů mezi 31 až 40 lety a skupina učitelů 51 až 60 let byly téměř vyrovnány v počtu respondentů, jejich rozdíl zastoupení byl odlišný jedním respondentem (viz tabulka 1, str. 60).

Vymezení základního souboru podle věku (zdroj: vlastní výzkum)

Vyhodnocení otázky č. 24: Jaký je Váš věk?

Tabulka 1 Vyhodnocení otázky č. 24 (zdroj: vlastní výzkum)

Věk v letech	do 30	31 – 40	41 – 50	51 – 60	61 a více
Věk v %	14	23,7	33,3	22,8	6,1

N = 114

Vymezení základního souboru podle délky pedagogické praxe (zdroj: vlastní výzkum)

Vyhodnocení otázky č. 25: Jaká je délka Vaší profesní praxe?

Z tabulky 2 (str. 61) vyplývá, že výzkumný vzorek tvořilo celkem 20 (17,5 %) respondentů s praxí do 5 let a 94 (82,5 %) s praxí více než 5 let. U mužů byli 3 respondenti, to je 15,8 %, v pedagogické praxi do 5 let a 16 (84,2 %) s praxí více než 5 let. Ženské zastoupení tvořilo 17 (17,9 %) žen do 5 let praxe a 78 (82,1 %) žen s praxí nad 5 let.

Tabulka 2 Vyhodnocení otázky č. 25 (zdroj: vlastní výzkum)

Délka profesní praxe	Muži	Ženy	Celkem
Do 5 let	3 (15,8 %)	17 (17,9 %)	20 (17,5 %)
Více než 5 let	16 (84,2 %)	78 (82,1 %)	94 (82,5 %)
Celkem	19 (100 %)	95 (100 %)	114 (100 %)

N = 114

3.1.4 Použitá metoda

Pro dosažení cílů, zodpovězení výzkumných problémů, hypotéz a získání údajů ve výzkumné části diplomové práce bylo provedeno kvantitativní výzkumné šetření. Pro kvantitativní výzkum je typické, že pracuje s číselnými údaji, hledá množství, rozsah, míru i frekvenci výskytu jevů. Se získanými číselnými údaji můžeme matematicky nadále pracovat. Je možné je počítat, vypočítávat aritmetický průměr, vyjadřovat je v procentech či používat další metody matematické statistiky. Hlavním cílem kvantitativních výzkumných šetření je rozřídění údajů a vysvětlení důvodů existence nebo změn jevů.

Výzkumnou metodou sběru dat byla zvolena metoda dotazování pomocí nestandardizovaného dotazníku vlastní konstrukce. Pro dotazníkové šetření byl vyhotoven dotazník obsahující 26 otázek týkajících se dané pedagogické problematiky. Tato kombinace se zdála pro výzkum tohoto typu vhodná zejména proto, aby nebyli respondenti omezováni. V dotazníku jsme volili otázky otevřené, uzavřené, polouzavřené a výčtové. Dotazník zahrnoval 2 položky demografické, z toho 1 byla otevřená, 1 položku výčtovou, kde měli respondenti možnost zvolit více odpovědí, počet odpovědí přitom nebyl omezen. U výčtové otázky mohli respondenti doplnit možnost další, která v předem stanovených možnostech nebyla uvedena. Dále dotazník obsahoval 3 položky polouzavřené a 20 položek uzavřených. Z uzavřených položek bylo použito 6 dichotomických položek a 14 položek polytomických. Při konstrukci dotazníku jsme navazovali na odbornou literaturu vztahující se k problematice výzkumných metod a na teoretické části diplomové práce. Bylo snahou dodržet základní požadavky pro konstrukci dotazníku.

Chráska (2016) definuje dotazník takto: „*Samotný dotazník je soustava předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaná osoba (respondent) odpovídá písemně.*“

Dotazníková metoda umožňuje získávat v krátkém čase velké množství informací. Má však svoje klady i zápory. Výhodné je, že výzkumník nemůže respondenty přímo ovlivňovat při zodpovídání jednotlivých dotazníkových otázek. Nevýhodou je, že stanovené položky nelze upřesňovat, proto by měly být dotazníky formulovány jednoznačně a srozumitelně, aby výsledky byly validní a použitelné. Dotazníkovému šetření bývá často vytýkáno, že nezjišťuje skutečné informace od respondentů, jací jsou, ale jen jak sami sebe vidí nebo by chtěli být viděni společností.

3.1.5 Organizace výzkumu

Výzkumné šetření bylo připravováno od července roku 2020 postupným sestavováním dotazníku. Samotný výzkum probíhal v měsících září–prosinec 2020 na internetové stránce Survio.com. Před realizací vlastního výzkumu na začátku měsíce září byli osloveni prostřednictvím e-mailové komunikace vedoucí pracovníci základních a středních škol, byli seznámeni s problematikou připraveného výzkumného šetření a požádáni o spolupráci. Všichni ředitelé vyjádřili prostřednictvím e-mailu souhlas s prováděním výzkumu na školách.

Po souhlasu ředitelů oslovených škol byl respondentům prostřednictvím ředitelů zaslán internetový odkaz na dotazník v e-mailu s průvodním dopisem, ve kterém bylo uvedeno jméno a příjmení autora, účel dotazníkového šetření a respondenti byli také ujištěni o anonymitě zjištěných údajů, které poslouží pouze pro účely výzkumu. Respondenti byli požádáni o vyplnění dotazníku. Vyplněný dotazník respondenti uložili na internetové stránce Survio.com, kde byl dotazník vytvořen a kde se zjištěné údaje z dotazníku ukládaly a shromažďovaly. Průvodní dopis k dotazníku je Přílohou 1. Při rozesílání anonymních dotazníků nebylo počítáno s možností uvádění návratnosti ve výzkumném šetření, neboť rozeslání dotazníků bylo v kompetencích ředitelů. Celkem bylo vyplněno 126 dotazníků, z nichž použitelných do výzkumu bylo 114. Pro neúplnost vyplnění muselo být 12 dotazníků vyřazeno.

Výzkumná šetření pomocí elektronických dotazníků jsou čím dál tím používanějšími i vzhledem k současné epidemiologické situaci COVID-19. Stávají se populárnějšími, zejména pro své výhody, jimiž jsou finanční úspory. Neexistují náklady na tisk a poštovné. Doba odpovědi respondentů je kratší, respondenti mají tendenci velmi rychle reagovat a míra reakcí je vyšší než při výzkumu prováděném v papírové podobě. Respondenti vnímají elektronické dotazníky jako pohodlnější a rychlejší. Nevýhodou elektronického dotazování může být nepřístupnost k internetovému připojení nebo vzhledem k velké četnosti takovýchto výzkumů mohou být respondenti zahlceni a mohou je přesunout do nevyžádané e-mailové korespondence jako spam a zlikvidovat je bez přečtení.

4 VÝSLEDKY

Jednotlivé otázky v dotazníkovém šetření byly sestaveny tak, aby prezentovaly odpovědi na výzkumné otázky (viz kapitola 3.1.2) a jejich zpracováním mohly být řešeny stanovené výzkumné problémy. Byly tedy konstruovány tak, aby se vztahovaly k řešené problematice. Účelem otázek bylo zjistit, zda se pedagogové základních a středních škol v okrese Žďár nad Sázavou zajímají o svůj zdravotní stav a životní styl. Dále jsme se chtěli dozvědět, jaké subjektivní potíže a chronická onemocnění učitele nejvíce trápí.

Výsledky výzkumu je možné prezentovat různými způsoby. Často je využívána textová podoba. Data by měla být zpracována přehledně a organizovaně. Velmi efektivní pro předávání získaných výsledků je vhodné využití grafů, tabulek, map a jiných grafických způsobů (Hendl, 2016).

4.1 Vyhodnocení výzkumu

Po ukončení sběru dat a shromáždění vyplněných dotazníků jsme z nich vyloučili ty, které byly vyplněny nesprávně nebo neúplně. Jednalo se o 12 dotazníků, tudíž pro účely zpracování dat dotazníkového šetření bylo použito 114 dotazníků (viz kapitola 3.1.3).

Před statistickým zpracováním výsledků prostřednictvím počítačového programu Microsoft Excel jsme provedli kategorizaci odpovědí. Při počítačovém zpracování dat jsme následně po kategorizaci odpovědí ještě provedli kódování, při kterém jsme každé položce přiřadili určité číselné označení či kód. Dalším krokem bylo třídění, pomocí něhož jsme zjišťovali, kolik respondentů má společný jeden, dva či více znaků.

Data jsme třídili podle několika třídících znaků, a to podle typu školy, pohlaví, věku a délky profesní praxe. Výsledky byly vyhodnoceny statistickým neparametrickým Kruskal-Walishovým testem s hladinou významnosti $\alpha = 0,05$, a to prostřednictvím online Kruskal-Wallis Test Calculator.

Odpovědi respondentů zobrazujeme pomocí obrázků, kdy je každý obrázek složen ze tří provázaných dílčích grafů, které prezentují vyhodnocení dané otázky. První graf ukazuje celkové vyhodnocení souboru. Další dva doplňující grafy předkládají vyhodnocení dat na základě porovnání odpovědí v závislosti na věku a pohlaví respondentů.

Otázka č. 1 Jak hodnotíte své zdraví (Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako „stav kompletní fyzické, duševní a sociální pohody, a nikoliv pouhé nepřítomnosti nemoci či vady“)?

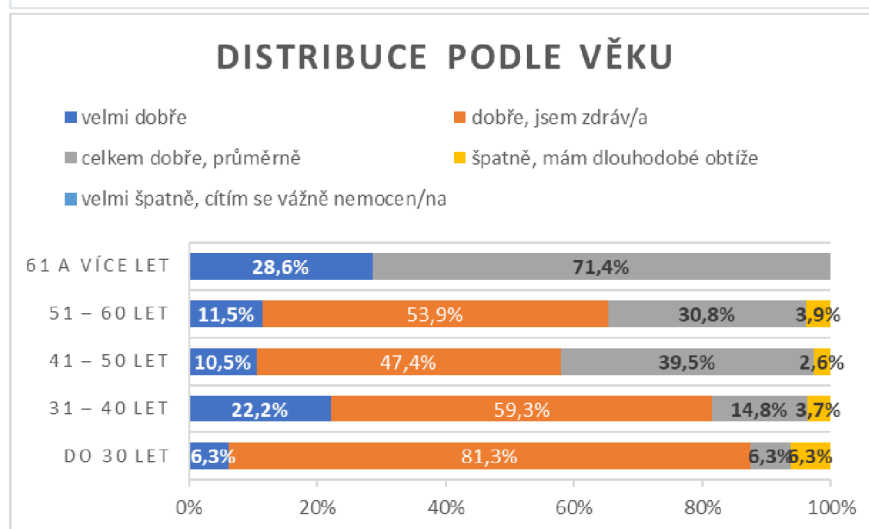
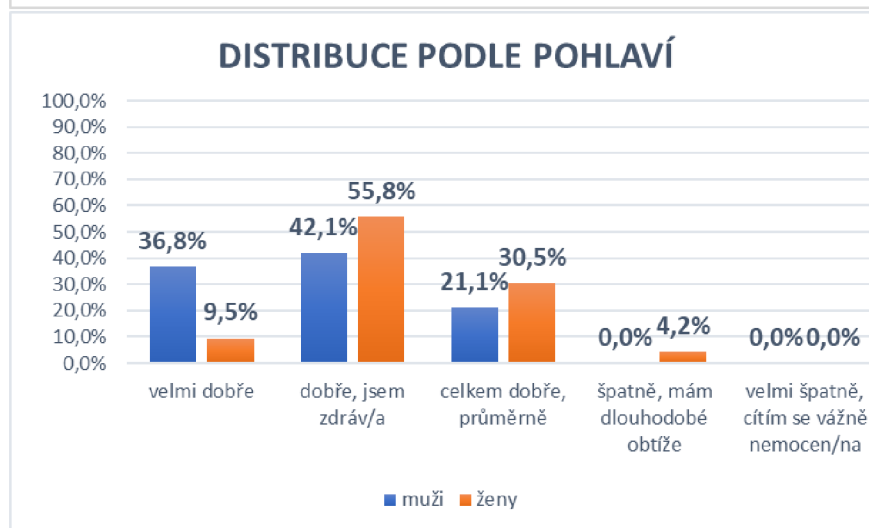
Cílem první otázky bylo zjistit, jak své zdraví subjektivně hodnotí učitelé základních a středních škol na Žďársku, pokud budou brát v potaz definici zdraví dle Světové zdravotnické organizace. Jednalo se o uzavřenou otázku, kdy respondenti volili jednu z pěti níže uvedených možností:

- velmi dobře
- dobře, jsem zdrav/a
- celkem dobře, průměrně
- špatně, mám dlouhodobé obtíže
- velmi špatně, cítím se vážně nemocen/na

Výsledky výzkumu jsou graficky zobrazeny na obrázku 4 (str. 66). Největší četnost získala možnost „dobře, jsem zdrav/a“ (53,5 %). Žádný z respondentů neuvedl, že jeho zdraví je velmi špatné a že se cítí vážně nemocen/na.

Z hlediska pohlaví zaznamenala nejvyšší četnost (55,8 %) u žen odpověď „dobře, jsem zdráva“. Největší četnost této odpovědi byla také u mužů, uvedlo ji 42,1 % respondentů. Z výzkumu vyplývá, že muži hodnotí své zdraví na lepší úrovni než ženy, neboť u mužů se nevyskytovala žádná negativní odpověď na tuto otázku. 4,2 % žen uvedlo, že své zdraví hodnotí špatně kvůli dlouhodobým zdravotním obtížím. Byla zjištěna statistická významnost.

Největší četnosti (81,3 %) spokojenosti se svým zdravím, dosáhla věková kategorie do 30 let. Nespokojenost se svým zdravotním stavem udávali respondenti ve čtyřech věkových kategoriích, a to v kategoriích do 30 let, 31 až 40 let, 41 až 50 let a v kategorii 51 až 60 let.



Obrázek 4 Grafické zobrazení otázky č. 1 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114)

Otázka č. 2 **Kdy jste naposledy navštívil/a lékaře s nějakým zdravotním problémem?**

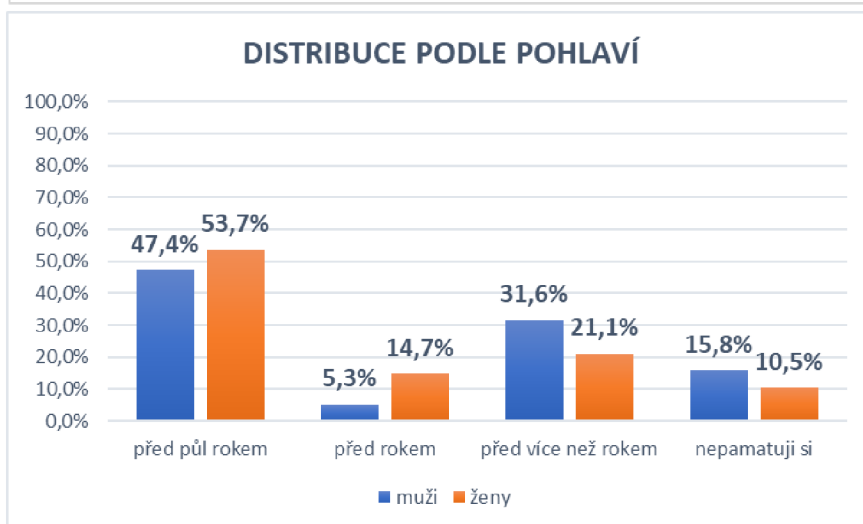
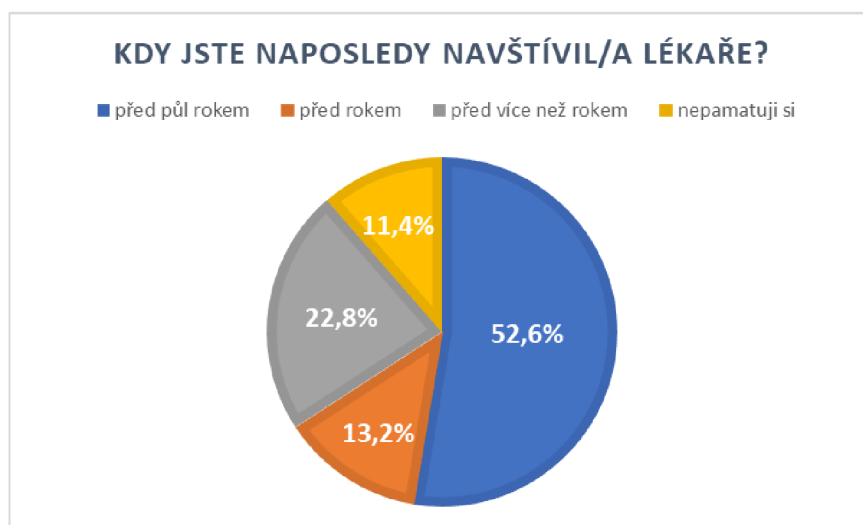
Cílem otázky bylo zjistit, kdy učitelé naposledy vyhledali lékařskou pomoc při zdravotních problémech. Touto otázkou jsme chtěli zjistit, zda učitelé o své zdraví pečují a chtějí ho řešit se svým lékařem, který jim může pomoci zdravotní problémy překonat. Jednalo se o otázku uzavřenou s možností čtyř odpovědí. Možnosti byly jednoznačně definovány a respondenti měli volit pouze jednu z nich:

- před půl rokem
- před rokem
- před více než rokem
- nepamatuji si

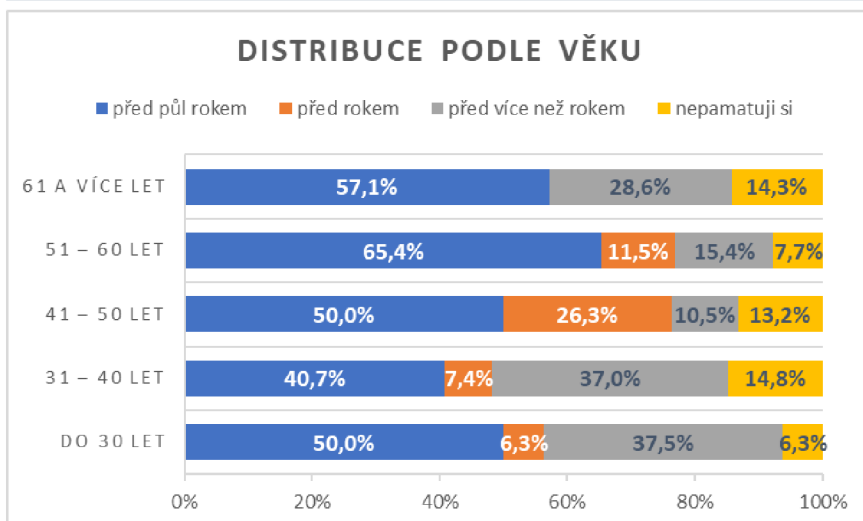
Z následujícího grafického znázornění na obrázku 5 (str. 68) vyplývá, že více než polovina (52,6 %) pedagogů základních a středních škol na Žďársku navštívila lékaře s nějakým zdravotním problémem před půl rokem. 26 (22,8 %) respondentů vyhledalo lékařskou pomoc pro zdravotní problém před více než rokem. 11,4 % pedagogů si již nepamatuje, kdy naposledy navštívili svého lékaře.

Dle pohlaví více navštěvují lékaře se zdravotními problémy ženy než muži, avšak jejich zájem o zdravotní stav je téměř vyrovnaný. Před půl rokem navštívilo 53,7 % žen učitelek lékaře se zdravotními problémy, mužů učitelů bylo 47,4 %, těch, kdo vyhledali lékařskou pomoc před půl rokem.

Distribuce podle věku pedagogů ukazuje, že nejčastěji před půl rokem navštívili lékaře s nějakým zdravotním problémem respondenti ve věku 51 až 60 let, a to 65,4 %. Učitelé ve věku 41 až 50 let a ve věku do 30 let navštívili během půl roku lékaře ve stejné míře četnosti (50,0 %), jak jde vidět na grafickém znázornění.



p = 0,42467



p = 0,58136

Obrázek 5 Grafické zobrazení otázky č. 2 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114)

Otázka č. 3 **Trpíte chronickými obtížemi?**

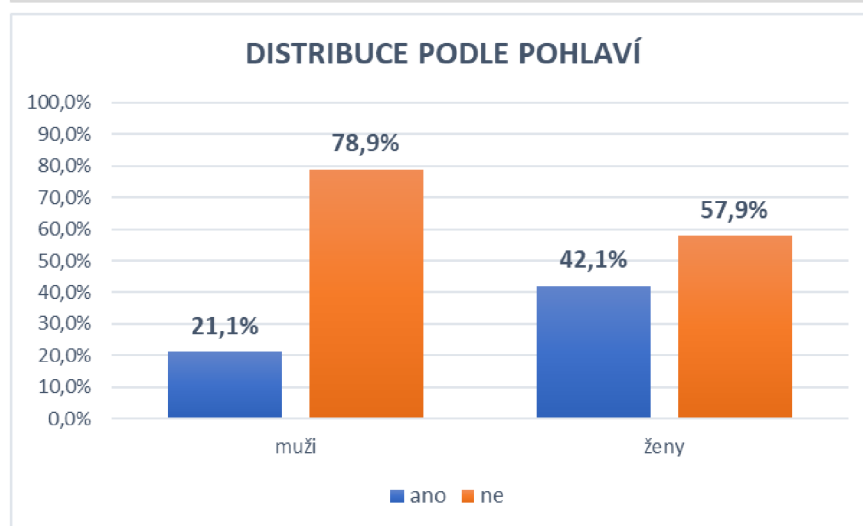
Smyslem otázky bylo odhalit, zda učitelé trpí chronickými obtížemi. Jednalo se o polouzavřenou otázku s možností doplnění vlastní odpovědi, kterou uváděli pouze ti respondenti, kteří odpověděli, že trpí chronickými obtížemi. Ve vlastní odpovědi poté upřesňovali, jaké obtíže je trápí. Volili z níže uvedených možností:

- ano
- ne
- pokud ano, uveďte jaké:

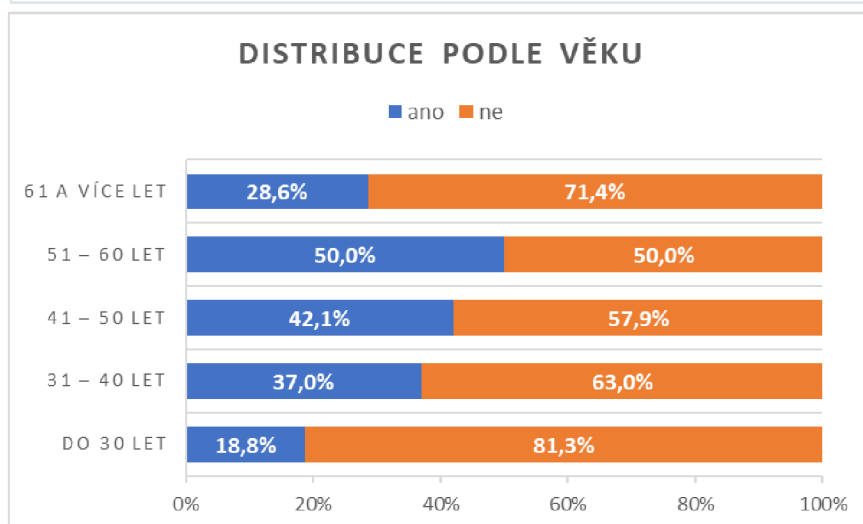
Z celkového počtu respondentů jich 61,4 % (70 respondentů) uvádí, že netrpí chronickými obtížemi. U 38,6 % respondentů se chronické obtíže objevují. Mezi nejčastěji uváděné chronické obtíže respondentů můžeme z dotazníkového šetření zařadit: bolesti zad, kloubů a svalů, bolesti hlavy, hypertenze, diabetes melitus, astma, alergie a únava.

Z hlediska porovnání pohlaví muže ve většině případů (78,9 %) netrápí chronické obtíže. Z grafického znázornění na obrázku 6 (str. 70) dále vyplývá, že ženy více než muži pociťují chronické obtíže a že se u nich objevují.

Výzkumné šetření odhalilo, že nejvíce postiženou věkovou kategorií trpící chronickými obtížemi jsou učitelé ve věku 51 až 60 let. V této věkové kategorii dokonce polovina respondentů uvedla, že je chronické obtíže trápí, a druhá polovina, že žádné chronické obtíže nepociťují. Nejméně trpí chronickými obtížemi pedagogové do 30 let.



$p = 0,14856$



$p = 0,51728$

Obrázek 6 Grafické zobrazení otázky č. 3 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114)

Otázka č. 4 **Bylo vám diagnostikováno některé z níže uvedených onemocnění?**

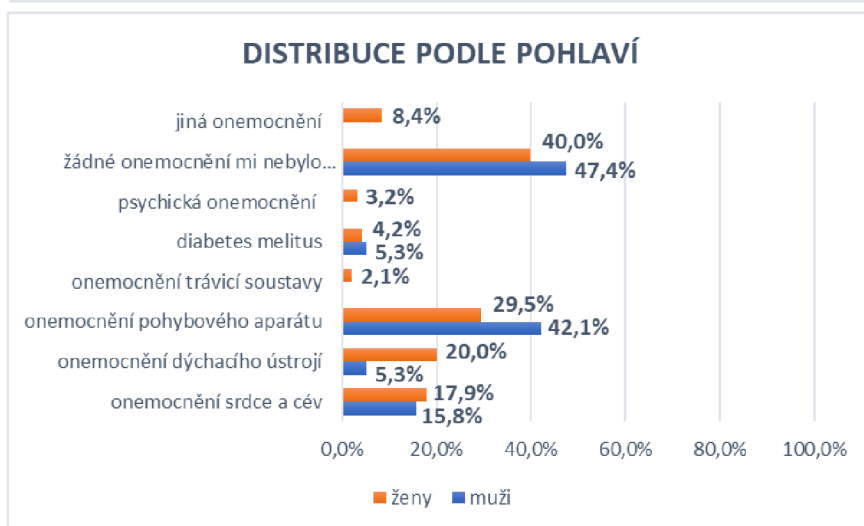
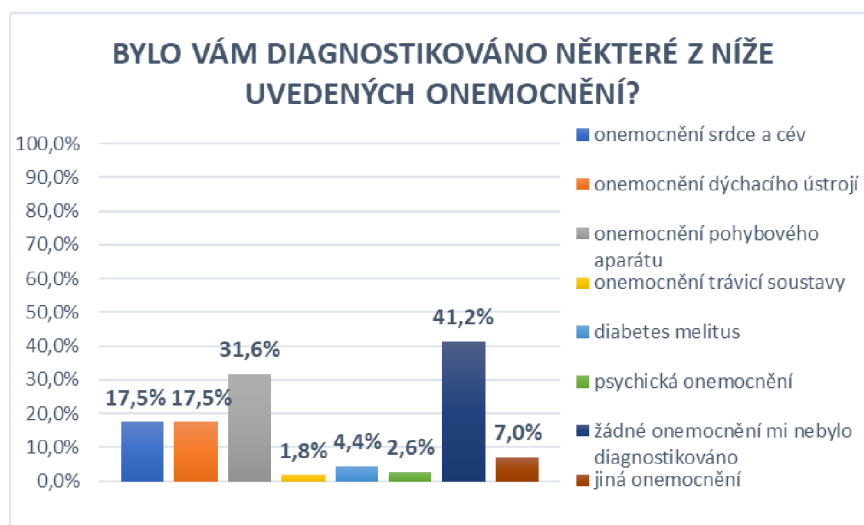
Cílem této výzkumné otázky dotazníkového šetření bylo zjistit, jaké jsou četnosti diagnostikovaných onemocnění, pokud jsou některá diagnostikována, u učitelů středních a základních škol na Žďársku. Jednalo se o polouzavřenou otázku s možností výběru více odpovědí. Pokud respondenti zvolili odpověď „jiná onemocnění“, museli vypsát, jaká jiná onemocnění kromě níže zmíněných jim byla diagnostikována:

- onemocnění srdce a cév (např. vysoký krevní tlak)
- onemocnění dýchacího ústrojí (např. alergie, astma)
- onemocnění pohybového aparátu (např. bolesti kloubů, zad)
- onemocnění trávicí soustavy (např. průjemy, zácpy, vředy)
- diabetes melitus (cukrovka)
- psychická onemocnění (např. poruchy příjmu potravy, poruchy spánku, deprese)
- žádné onemocnění mi nebylo diagnostikováno
- jiná onemocnění

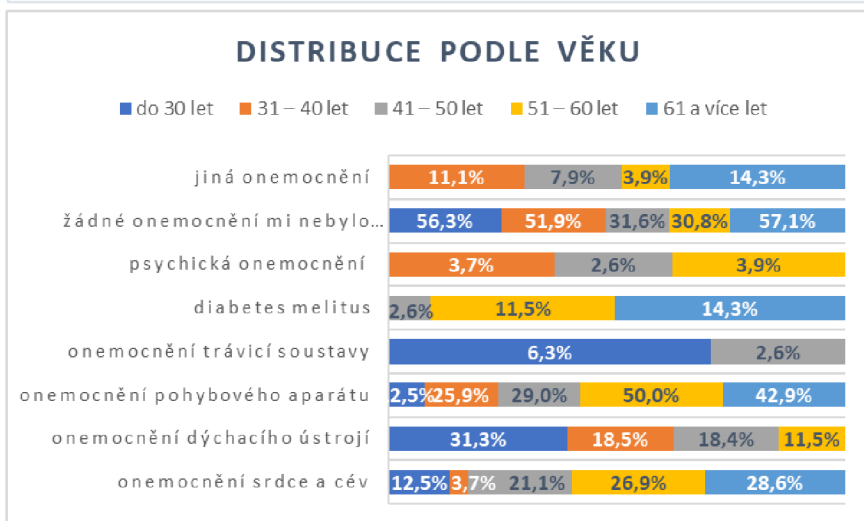
Výsledky výzkumu jsou graficky zobrazeny na obrázku 7 (str. 72). Největší četnost získala možnost „žádné onemocnění mi nebylo diagnostikováno“, a to 41,2 %. Dále z grafického znázornění vyplývá, že 31,6 % učitelům bylo diagnostikováno onemocnění pohybového aparátu. Onemocnění srdce, cév a onemocnění dýchacího ústrojí bylo diagnostikováno 17,5 % respondentů v obou oblastech onemocnění.

Z hlediska pohlaví bylo mužům nejčastěji diagnostikováno onemocnění pohybového aparátu, a to právě u 42,1 % respondentů. Ženám bylo nejčastěji diagnostikováno (29,5 %) taktéž onemocnění pohybového aparátu, dále následovalo v 20 % onemocnění dýchacího ústrojí. U žen ve výzkumu se projevila větší různorodost diagnostikovaných onemocnění než u mužů.

Z grafického znázornění podle distribuce věku vyplývá, že u kategorií ve věku do 30 let, 31 až 40 let a 61 a více let se u více než poloviny respondentů nepotvrdilo žádné diagnostikované onemocnění. Největší četnost v možnosti diagnostikovaných onemocnění z hlediska věkové kategorie se zjistila u učitelů ve věku 51 až 60 let.



p = 0,97574



p = 0,19041

Obrázek 7 Grafické zobrazení otázky č. 4 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114)

Otázka č. 5 Kdy vám bylo diagnostikováno některé z výše uvedených onemocnění?

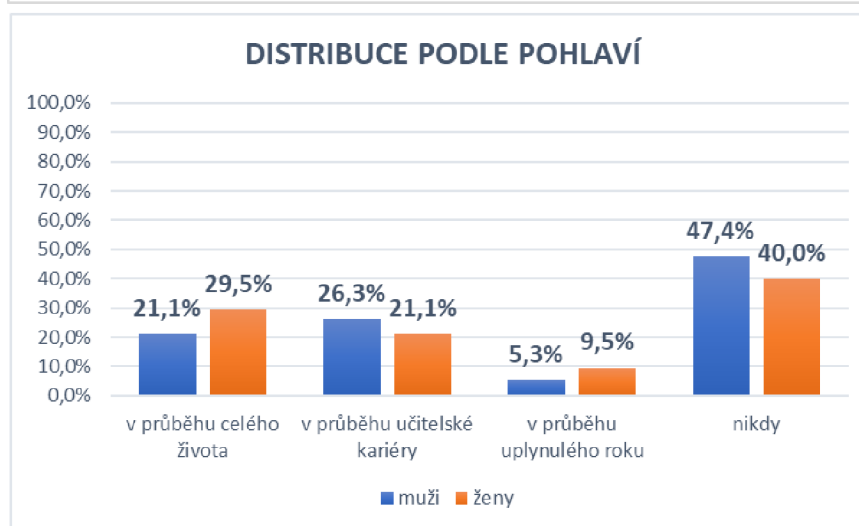
Cílem otázky bylo zjistit, kdy bylo u pedagogů diagnostikováno některé z uvedených onemocnění z předchozí dotazníkové otázky č. 4 (str. 71). Chtěla jsem touto otázkou prozkoumat, kdy se jednotlivá onemocnění u učitelů objevila. Jednalo se o uzavřenou otázku s jednou možností výběru odpovědi:

- v průběhu celého života
- v průběhu učitelské kariéry
- v průběhu uplynulého roku
- nikdy

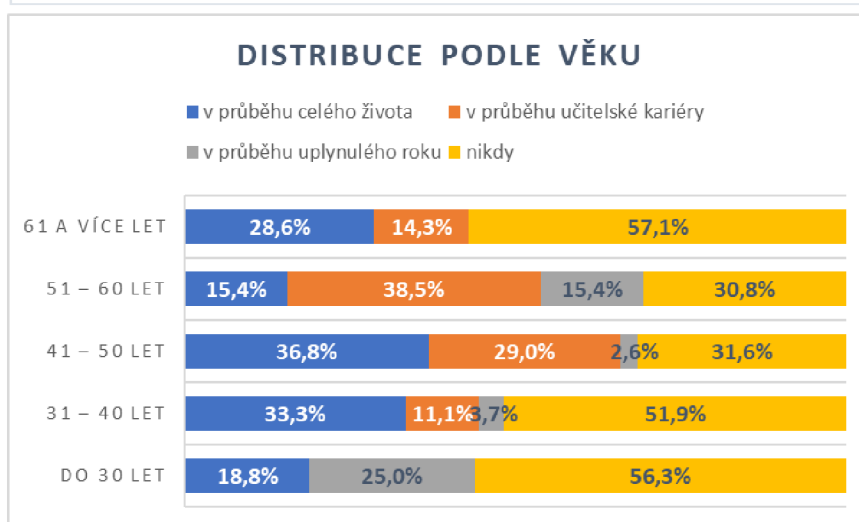
Výsledky výzkumu jsou graficky zobrazeny na obrázku 8 (str. 74). Z celkového počtu respondentů u méně než poloviny (41,2 %) nebylo nikdy diagnostikováno žádné onemocnění. 28,1 % respondentů uvedlo, že jim byla diagnostikována jednotlivá onemocnění z předchozí otázky v průběhu celého života. 21,9 % učitelů a učitelek odpovědělo, že u nich diagnostika onemocnění proběhla v době učitelské kariéry.

V průběhu učitelské kariéry bylo mužům (26,3 %) častěji diagnostikováno některé z výše uvedených onemocnění než ženám (21,1 %). V uplynulém roce u 9,5 % učitelek lékař provedl diagnostiku některého z typu onemocnění z otázky č. 4 (str. 71).

Největší četnosti (38,5 %) diagnostiky onemocnění v průběhu učitelské kariéry dosáhla věková kategorie 51 až 60 let, nejmenší četnost (11,1 %) byla uvedena u věkové kategorie 31 až 40 let. U pedagogů do 30 let nedošlo k diagnostice onemocnění v průběhu učitelské kariéry, dalo by se to připsat tomu, že jejich pedagogická praxe byla teprve započata.



p = 0,54301



p = 0,30346

Obrázek 8 Grafické zobrazení otázky č. 5 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114)

Otázka č. 6 Domníváte se, že dodržíte zásady zdravého životního stylu (souhrn rozhodnutí, která vedou jedince k dosažení úplné fyzické, psychické a sociální pohody)?

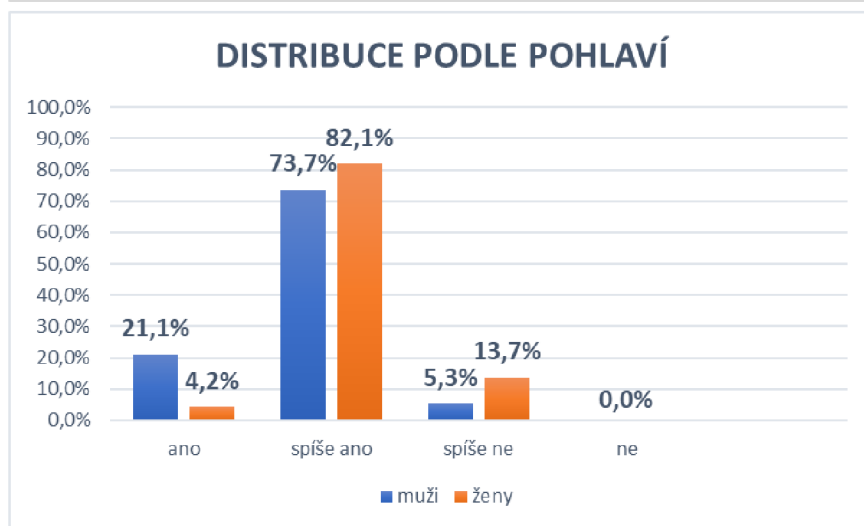
Cílem otázky č. 6 bylo zjistit, zda se učitelé středních a základních škol na Žďársku domnívají, že dodržují zásady zdravého životního stylu podle definice uvedené v závorce. Jednalo se o uzavřenou otázku s jednou možností volby odpovědi:

- ano
- spíše ano
- spíše ne
- ne

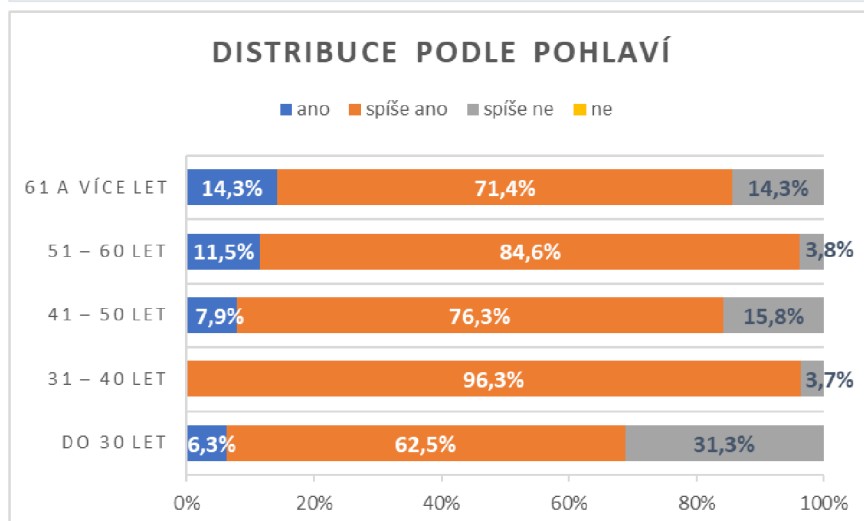
Výsledky výzkumu jsou graficky zobrazeny na obrázku 9 (str. 76). Z výsledků vyplynulo, že se téměř všichni učitelé nějakým způsobem domnívají, že dodržují zásady zdravého životního stylu. Odpověď „ano“ uvedlo 7,0 % učitelů a učitelek, odpověď „spíše ano“ 80,7 % respondentů. Zbylá část pedagogů (12,3 %) odpověděla, že zásady spíše nedodrží. Žádný z pedagogů nevedl odpověď „ne“.

Z hlediska pohlaví získaly největší četnost ženy (82,1 %) v možnosti odpovědi „spíše ano“.

Jak je z grafu patrné u všech kategorií posbírala největší četnost odpověď „spíše ano“ (do 30 let – 62,5 %, 31 až 40 let – 96,3 %; 41 až 50 let – 76,3 %, 51 až 60 let – 84,6 %, 61 a více let 71,4 %).



p = 0,12088



p = 0,58962

Obrázek 9 Grafické zobrazení otázky č. 6 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114)

Otázka č. 7 **Jak trávíte svůj volný čas?**

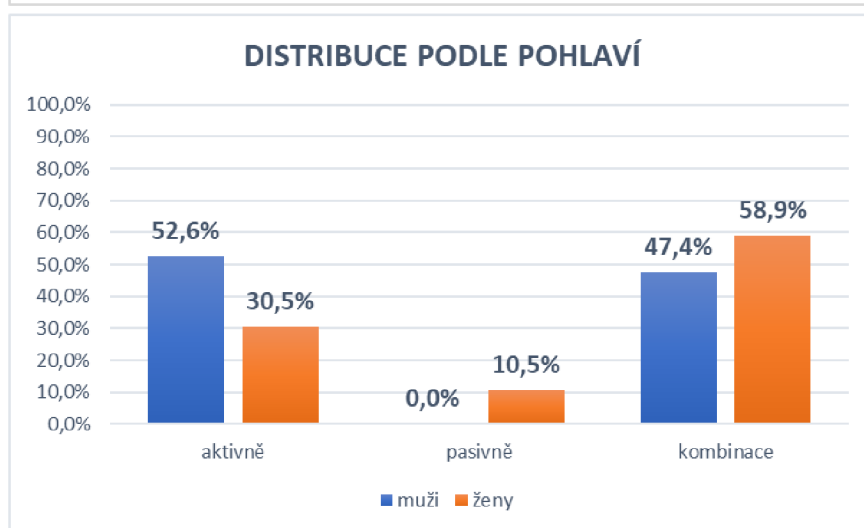
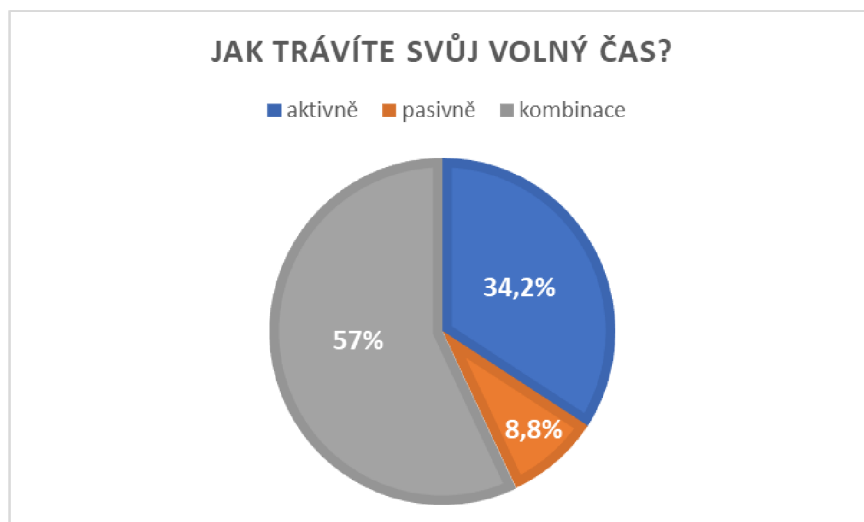
Cílem otázky bylo zjistit, jak pedagogové tráví svůj mimopracovní čas. Zajímalo nás především, jestli ho tráví aktivně, pasivně či kombinací těchto dvou způsobů. Jednalo se o uzavřenou otázku s jednou možností volby odpovědi:

- aktivně (např. sport, procházky, práce na zahradě)
- pasivně (např. sledování TV, četba knih)
- kombinace

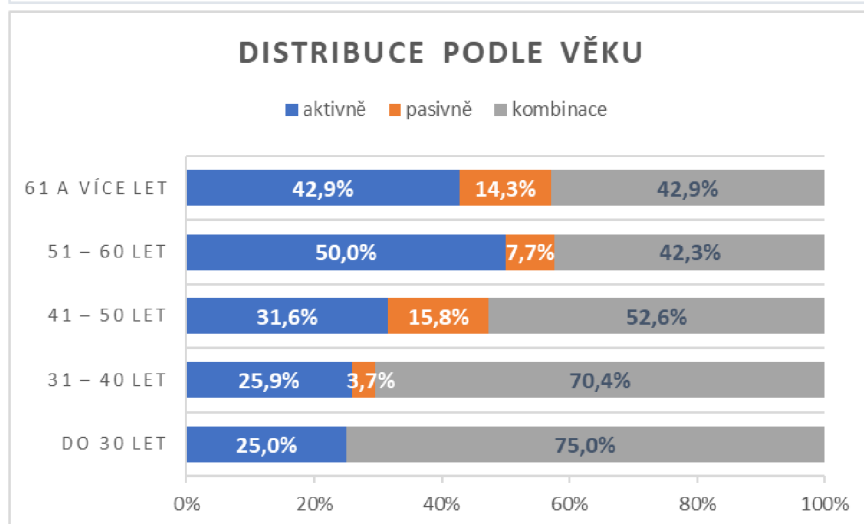
Výsledky výzkumu jsou graficky zobrazeny na obrázku 10 (str. 78). Aktivně tráví volný čas sportem, procházkami a prací na zahradě 34,2 % učitelů a učitelek středních a základních škola v okrese Žďár nad Sázavou. Pasivně svůj volný čas, tj. sledováním televize nebo četbou knih, tráví 8,8 % pedagogů. Kombinaci aktivního a pasivního trávení volného času uvedlo 57 % pedagogů.

Z hlediska pohlaví získala největší četnosti (75,6 %) u žen odpověď kombinující ob varianty trávení volného času. Muži naopak tráví svůj čas více aktivně, a to přesně 52,6 % dotázaných. U mužů se také neobjevila žádná odpověď k pasivnímu trávení času.

Učitelé ve věkové kategorii 51 až 60 let tráví nejvíce (50,0 %) svůj volný čas aktivně ze všech věkových kategorií. Učitelé do 30 let netráví mimopracovní čas pasivně, avšak 75,0 % jej tráví kombinací obou variant. Nejvíce svůj volný čas pasivně tráví věková kategorie 61 a více let (14,3 %).



p = 0,24011



p = 0,2983

Obrázek 10 Grafické zobrazení otázky č. 7 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114)

Otázka č. 8 Kolik hodin denně věnujete trávení volného času?

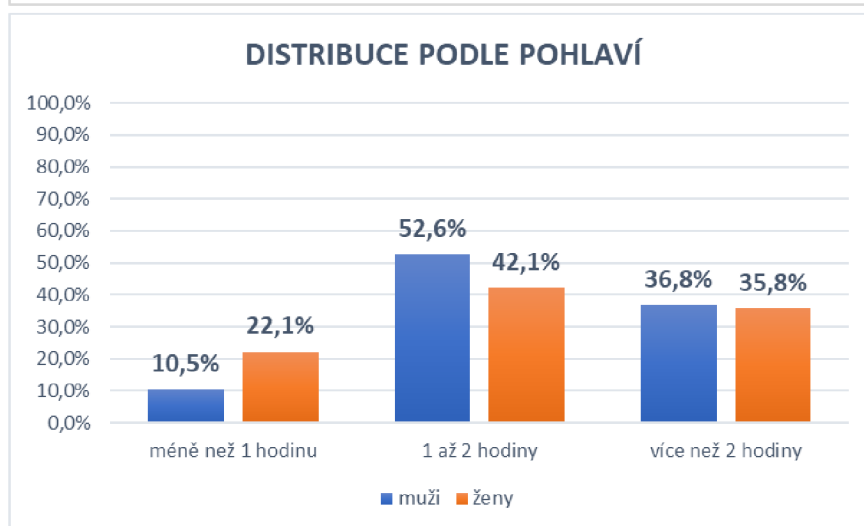
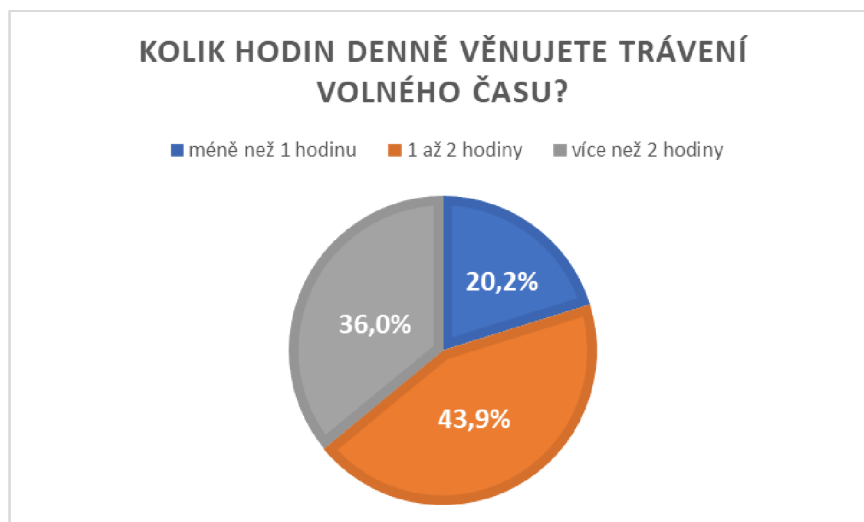
Cílem otázky bylo zjistit, kolik hodin ve svém volném čase se učitelé věnují mimopracovním aktivitám. Tato výzkumná otázka navazuje na předchozí otázku č. 7 (str. 77). Je to taktéž uzavřená otázka s jednou možnou odpovědí:

- méně než 1 hodinu
- 1 až 2 hodiny
- více než 2 hodiny

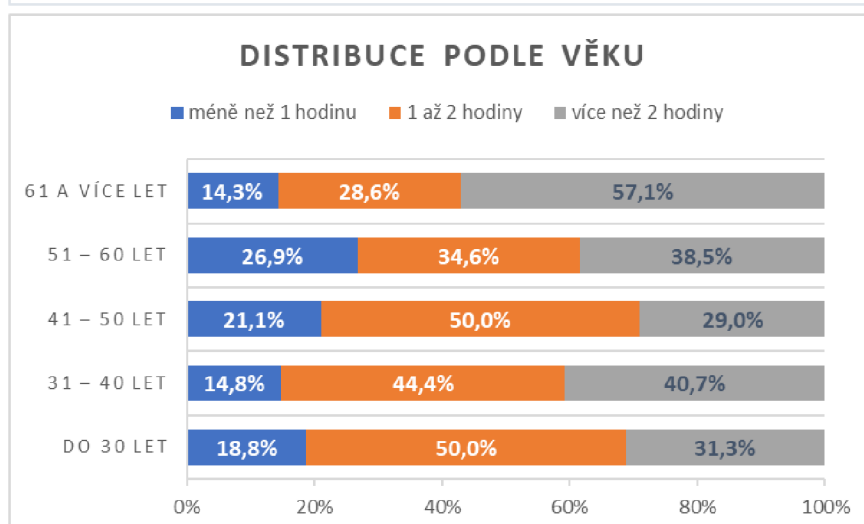
Výsledky výzkumu jsou graficky zpracovány na obrázku 11 (str. 80). Největší četnost získala možnost 1 až 2 hodiny, kterou uvedlo 50 respondentů (43,9 %). Následovala možnost více než 2 hodiny, tu uvedlo o devět respondentů méně (36,0 %) než u možnosti 1 až 2 hodiny. Nejmenší četnosti dosáhla odpověď méně než 1 hodinu (20,2 %).

Z hlediska pohlaví se mimopracovním aktivitám ve svém volném čase více věnují muži než ženy. U odpovědi „více než 2 hodiny“ se muži a ženy téměř shodovali o 1 procento (muži 36,8 %; ženy 35,8 %).

50,0 % respondentů z věkové kategorie do 30 let a 41 až 50 let tráví svůj volný čas v rozmezí 1 až 2 hodin. Nejvíce pedagogů, kteří tráví svým volným časem méně než 1 hodinu, bylo ve věkové kategorii 51 až 60 let.



$p = 0,57109$



$p = 0,76858$

Obrázek 11 Grafické zobrazení otázky č. 8 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114)

Otázka č. 9 Kolik hodin denně průměrně spíte za poslední rok?

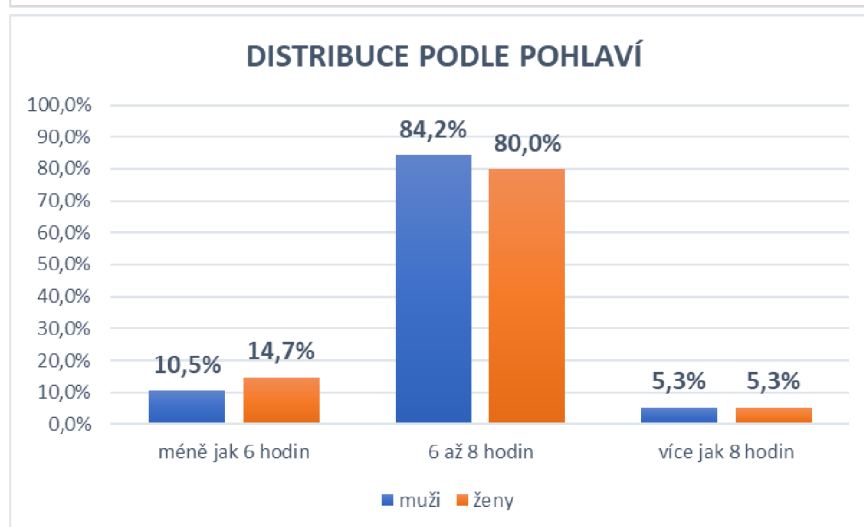
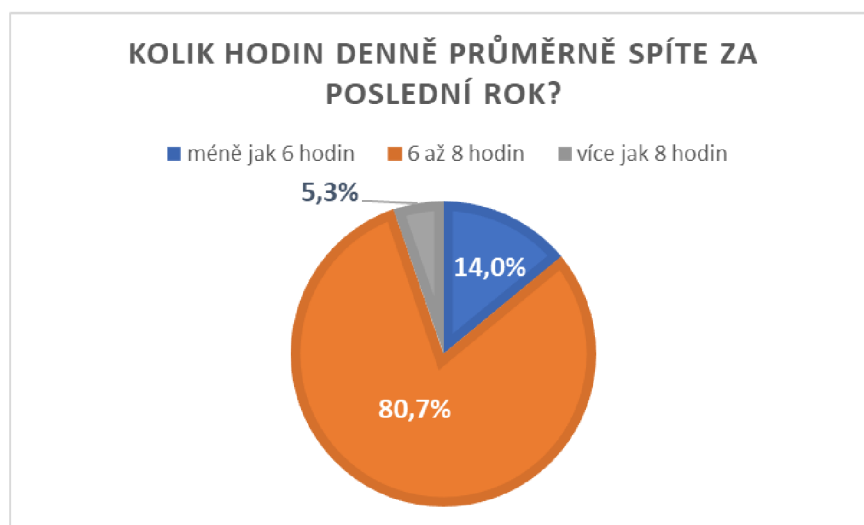
Cílem otázky bylo zjistit, jaká je průměrná doba spánku pedagogů. Jednalo se o uzavřenou otázku, kdy respondenti volili jednu ze tří níže uvedených možností, které byly definovány tak, aby nedocházelo k nesrovnalostem ve výkladu odpovědi:

- méně jak 6 hodin
- 6 až 8 hodin
- více jak 8 hodin

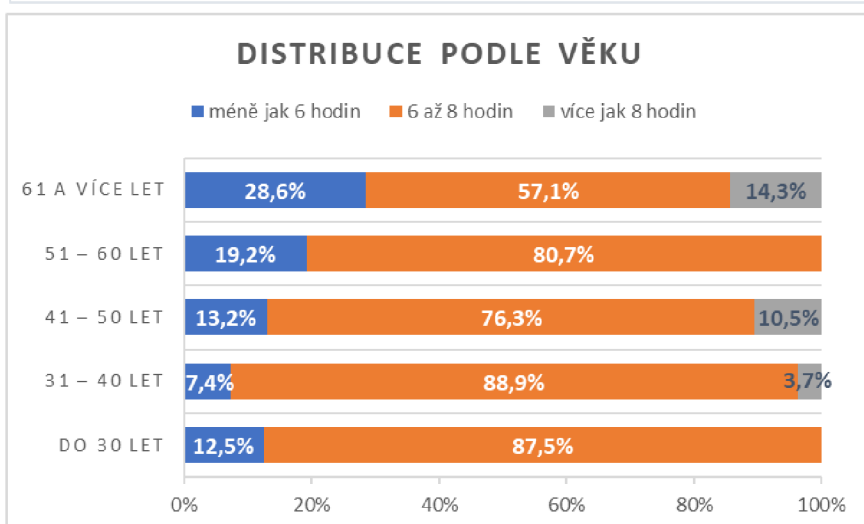
Výsledky výzkumu jsou graficky zobrazeny na obrázku 12 (str. 82). Největší četnosti získala odpověď 6 až 8 hodin (80,7 %), méně jak 6 hodin uvedlo 14,0 % respondentů a více než 8 hodin spí 5,3 % respondentů.

Z hlediska pohlaví vidíme největší četnost u mužů (84,2 %) v možnosti 6 až 8 hodin. Více jak 8 hodin spí stejné procento (5,3 %) mužů i žen.

Více než 8 hodin spánku si „nedopřávají“ respondenti ve věkových kategoriích do 30 let a 51 až 60 let. Největší četnost získala možnost méně jak 6 hodin spánku (28,6 %) ve věkové kategorii 61 a více let.



p = 0,7843



p = 0,85624

Obrázek 12 Grafické zobrazení otázky č. 9 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114)

Otázka č. 10 **Jaká je podle Vašeho mínění kvalita Vašeho spánku?**

Cílem této otázky, týkající se spánku pedagogů, je, jaká je kvalita spánků u učitelů. Tato otázka navazuje na otázku č. 9 (str. 81). Spánek je významný pro odpočinek organismu každého člověka, proto je důležité, zda je spánek klidný či narušený. Jednalo se taktéž o uzavřenou otázku s dvěma možnostmi:

- klidný
- narušený

Výsledky výzkumu jsou graficky zobrazeny na obrázku 13 (str. 84). Z celkového počtu 114 respondentů má 50 respondentů (43,9 %) spánek narušený a 64 (56,1 %) z nich spí klidně.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že z hlediska pohlaví mají ženy (47,4 %) více narušený spánek než muži (26,3 %).

Nejvíce narušený spánek dle věkové kategorie mají učitelé ve věku 51 až 60 let (50,0 %). Nejméně narušený spánek mají učitelé ve věku 61 a více let (28,6 %).

Otázka č. 11 **Užíváte léky na spaní či uklidnění?**

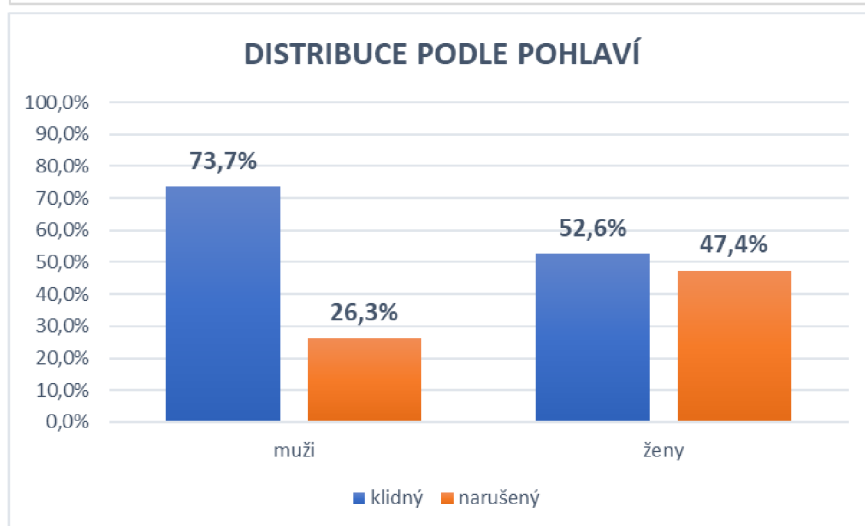
Cílem otázky bylo zjistit, zda učitelé používají na navození spánku či na uklidnění nějaká hypnotika. Byla použita uzavřená otázka s možností jedné odpovědi:

- ano
- ne

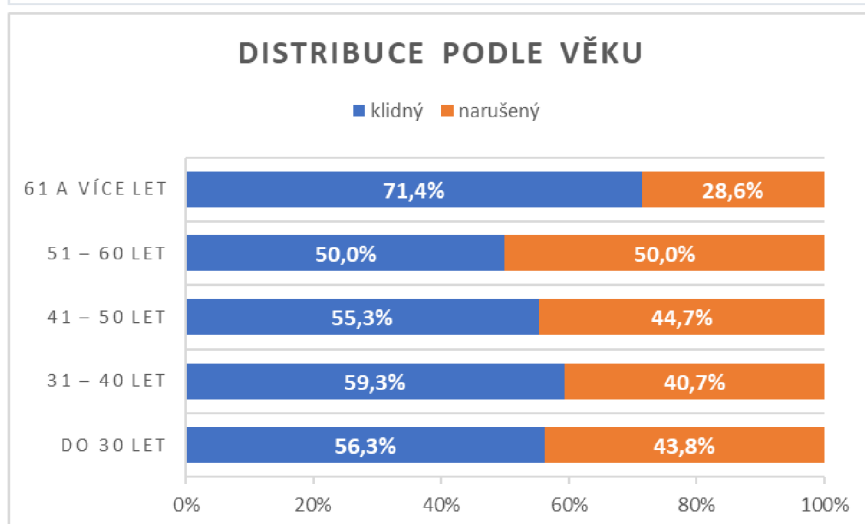
Výsledky výzkumu jsou graficky zobrazeny na obrázku 14 (str. 85). Z celkového počtu respondentů žádné léky na navození spánku neužívá 103 respondentů (90,4 %).

Z pohledu pohlaví léky na spaní či uklidnění užívá 10,5 % žen, mužů jen 5,3 %.

Žádné léky na spaní a uklidnění neužívá věková kategorie 61 a více let. Největší četnost užívání léku na navození spánku a uklidnění se objevila u věkové kategorie 51 až 60 let. Ve výsledcích výzkumu otázky č. 11 se téměř shodovala věková kategorie 31 až 40 let a 41 až 50 let.

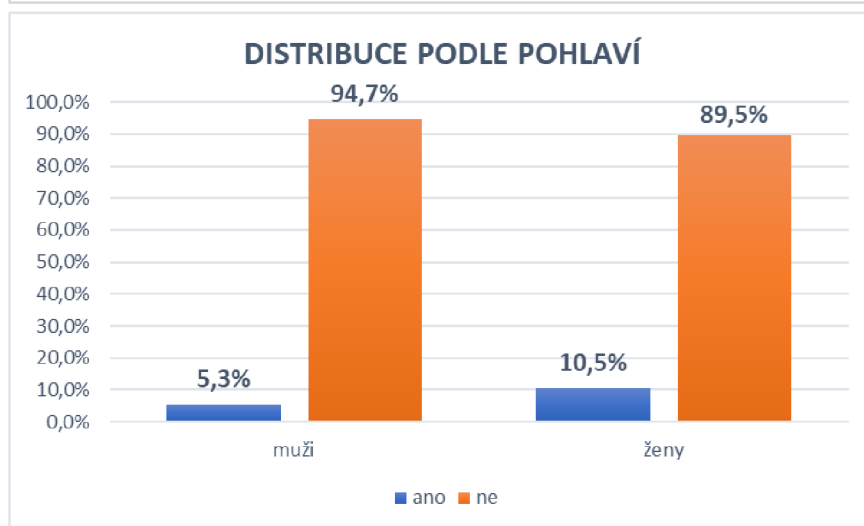


p = 0,14856

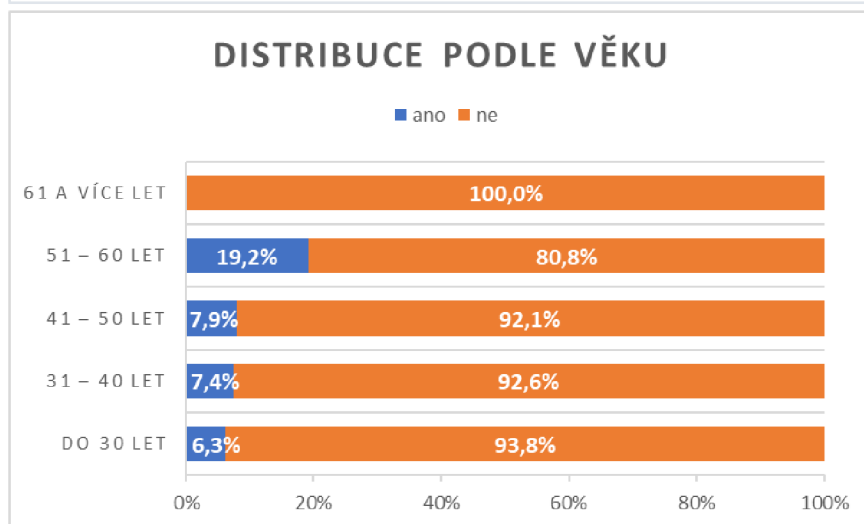


p = 0,92953

Obrázek 13 Grafické zobrazení otázky č. 10 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114)



p = 0,71798



p = 0,90463

Obrázek 14 Grafické zobrazení otázky č. 11 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114)

Otázka č. 12 **Kouříte?**

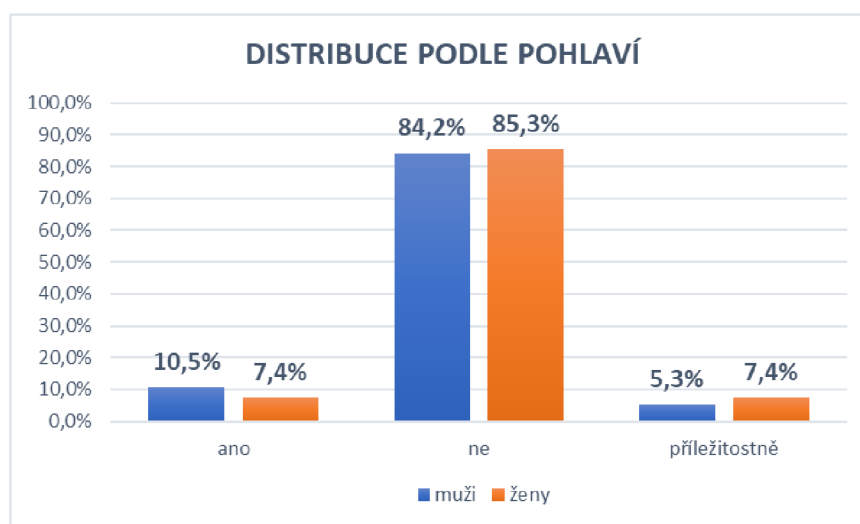
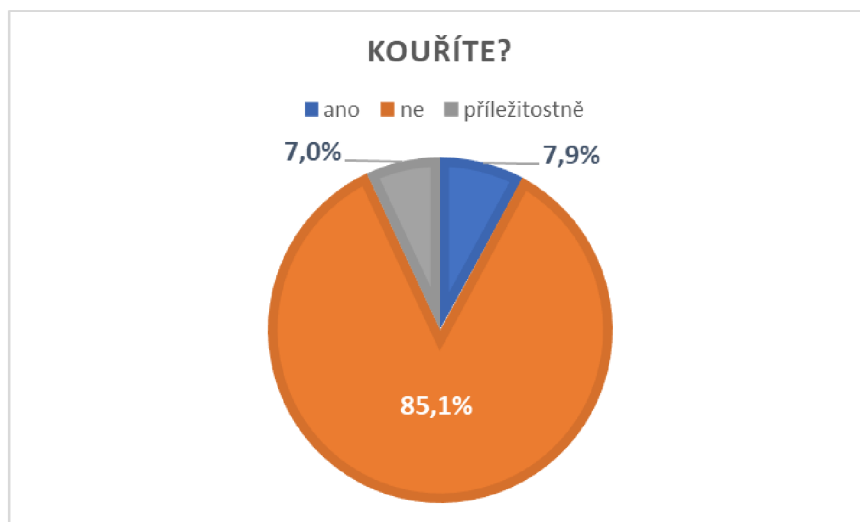
Cílem této výzkumné otázky bylo zjistit, zda učitelé kouří. V případě kladné odpovědi či odpovědi příležitostně měli respondenti doplnit počet vykouřených cigaret za den/příležitost. Jednalo se o polouzavřenou otázku. Učitelé volili ze tří možností:

- ano
- ne
- příležitostně

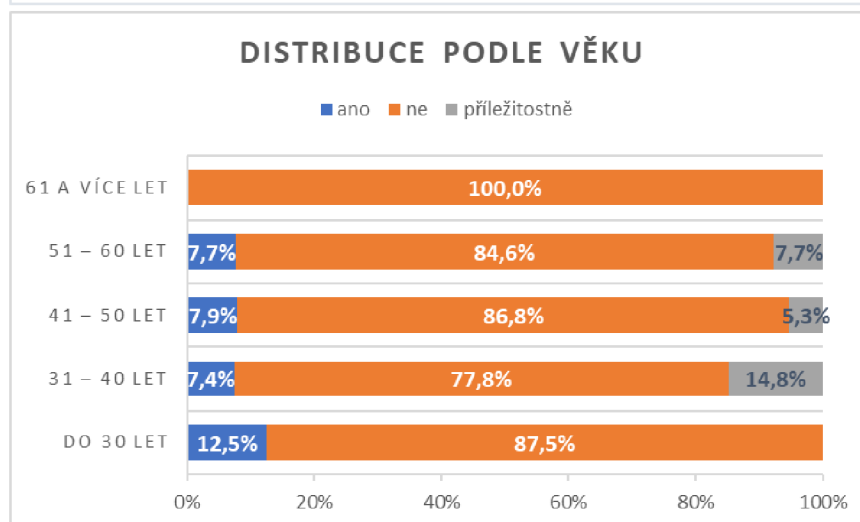
Výsledky výzkumu jsou graficky zobrazeny na obrázku 15 (str. 87). Z celkového počtu respondentů 85,1 % nekouří, příležitostně kouří 7 % učitelů, pravidelně kouří 7,9 % respondentů. Příležitostně pedagogové nejčastěji uváděli počet vykouřených cigaret za příležitost okolo 1 až 2 cigaret. Pravidelní kuřáci z našeho průzkumu vykouří za den mezi 10 až 15 cigaretami.

Z hlediska pohlaví kouří víc muži než ženy, jak je patrné z grafického znázornění na obrázku 15 (str. 87).

Ve věkové kategorii 61 a více let se nevyskytuje žádný pravidelný ani příležitostný kuřák. Věková kategorie, v níž se vyskytuje nejvíce pravidelných kuřáků a příležitostných, jsou učitelé ve věku 31 až 40 let.



p = 0,73797



p = 0,90155

Obrázek 15 Grafické zobrazení otázky č. 12 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114)

Otázka č. 13 **Pijete alkohol?**

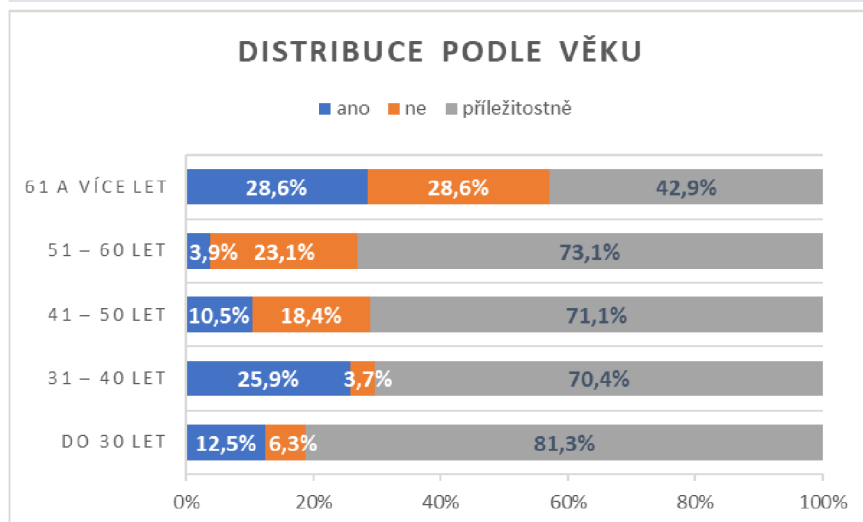
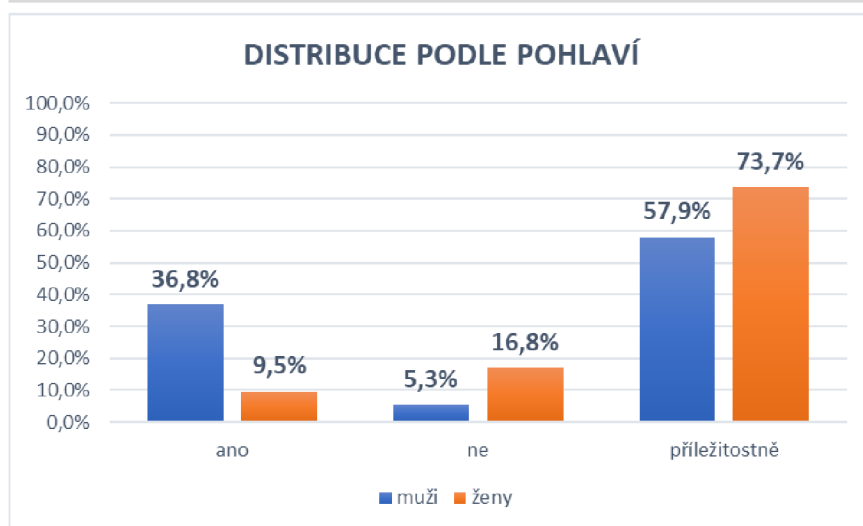
Cílem otázky bylo zjistit, zda učitelé středních a základních škol na Žďársku pijí alkohol. Jednalo se o uzavřenou otázku s možností jedné odpovědi ze tří níže uvedených:

- ano
- ne
- příležitostně

Výsledky výzkumu jsou graficky zobrazeny na obrázku 16 (str. 89). Největší četnost získala možnost příležitostně (71,1 %).

Z hlediska porovnání pohlaví pijí muži (36,8 %) alkohol více než ženy (9,5 %). Ženy pijí více alkohol při příležitostech (73,7 %).

Nejvíce abstinentů (28,6 %) je ve věkové kategorii 61 a více let, dále 23,1 % v kategorii 51 až 60 let a 18,4 % v kategorii do 41 až 50 let.



Obrázek 16 Grafické zobrazení otázky č. 13 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114)

Otázka č. 14 **Kolik tekutin za den vypijete?**

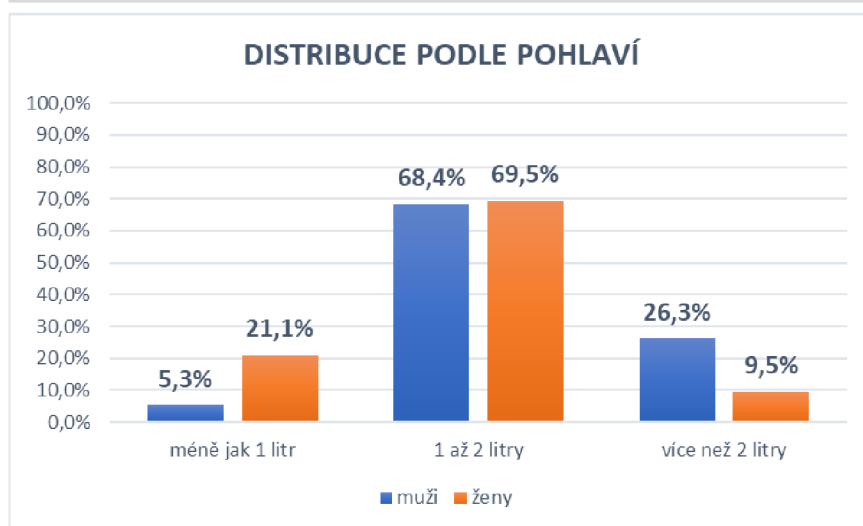
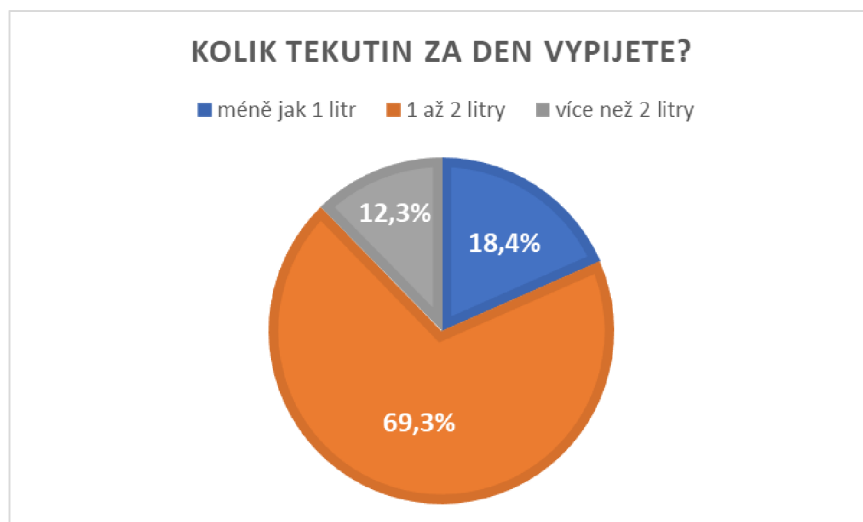
Cílem této otázky bylo zjistit u učitelů množství přijatých tekutin za den. Respektive, jaký je jejich denní příjem tekutin. Jednalo se o otázku uzavřenou s jednou možnou odpovědí ze tří možností:

- méně jak 1 litr
- 1 až 2 litry
- více než 2 litry

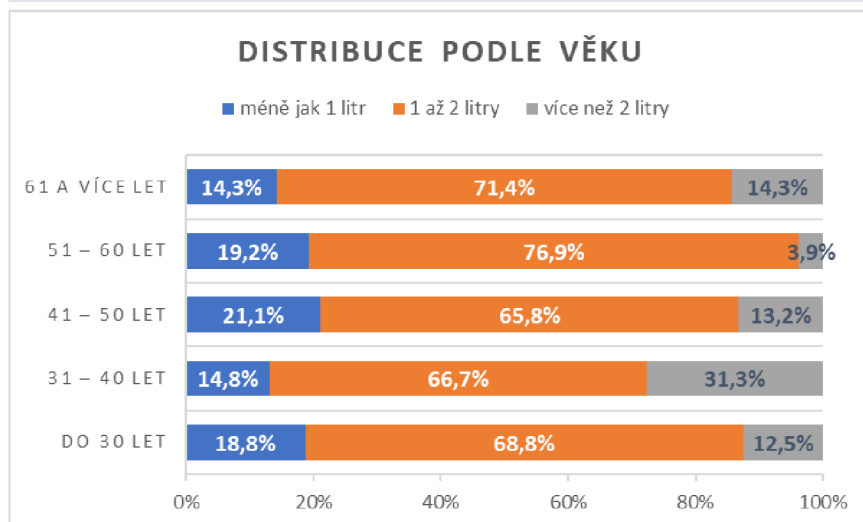
Výsledky výzkumu jsou graficky zobrazeny na obrázku 17 (str. 91). Pouhých 12,3 % učitelů vypije více než 2 litry tekutin za den.

Z hlediska pohlaví muži dodržují pitný režim více než ženy. 21,1 % žen vypije za den méně jak 1 litr tekutin, mužů pouze 5,3 %.

Podle věkové kategorie spatřujeme největší četnost (21,1 %) méně jak 1 litr u kategorie 41 až 50 let. V kategorii 31 až 40 let vypije více než 2 litry tekutin 31,3 % respondentů, což je nejvyšší výskyt.



p = 0,05833



p = 0,89763

Obrázek 17 Grafické zobrazení otázky č. 14 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114)

Otázka č. 15 **Jak se podle Vás stravujete?**

Cílem otázky bylo zjistit, jak učitelé hodnotí své stravování. Byla použita uzavřená otázka s možností jedné odpovědi:

- snažím se stravovat zdravě
- stravuji se tím, co mi chutná
- nepřemýšlím o tom, co jím

Výsledky výzkumu jsou graficky zobrazeny na obrázku 18 (str. 93). Z hlediska celkového vyhodnocení otázky se 55,3 % respondentů snaží jíst zdravě, 39,5 % učitelů se stravuje tím, co jim chutná, a 5,3 % respondentů nepřemýšlí o tom, co si dají na talíř.

Největší četnosti podle pohlaví získali muži s 57,9 % v odpovědi „snažím se stravovat zdravě“.

Sestupně od věkové kategorie 61 a více let (71,4 %) až po věkovou kategorii do 30 let (43,8 %) se snižuje procento u odpovědi „snažím se stravovat zdravě“. Ve věkové kategorii 41 až 50 let je to 10,5 % (největší četnost) respondentů, kteří nepřemýšlí nad tím, co jedí.

Otázka č. 16 **Snídáte?**

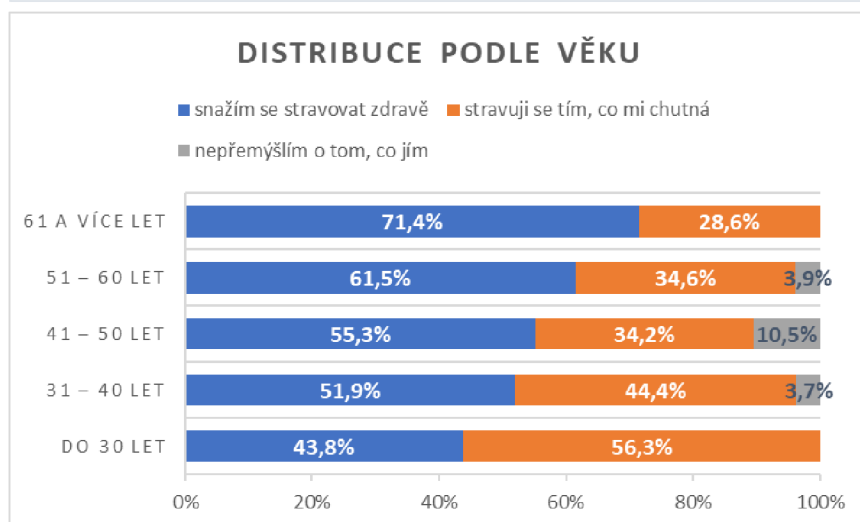
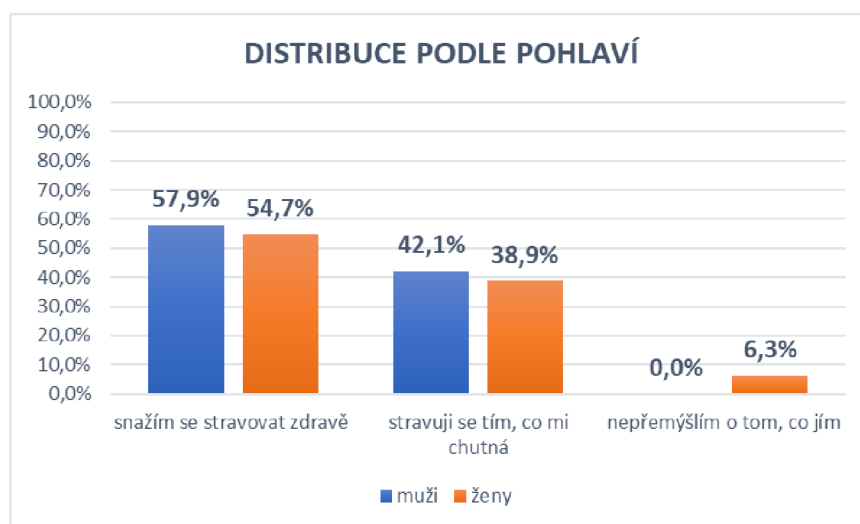
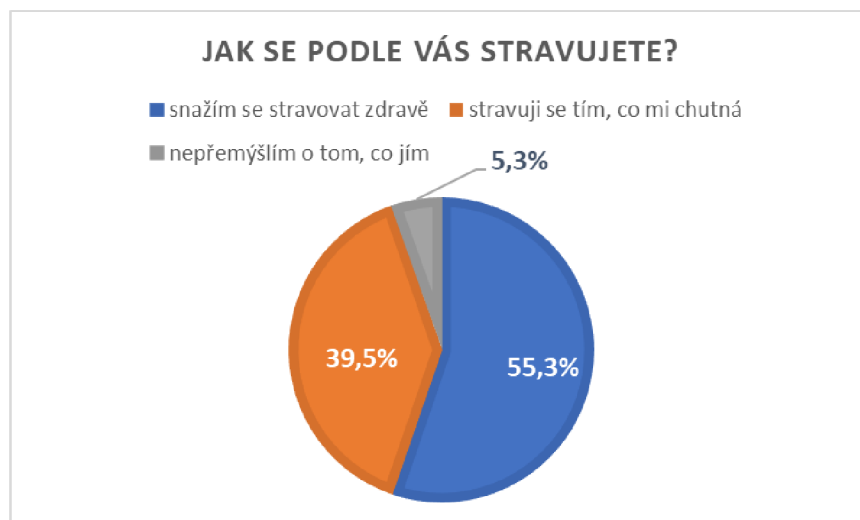
Cílem otázky bylo zjistit, zda učitelé konzumují první jídlo po probuzení. Byla použita uzavřená otázka s možností jedné odpovědi:

- ano
- snídám jen příležitostně
- ne

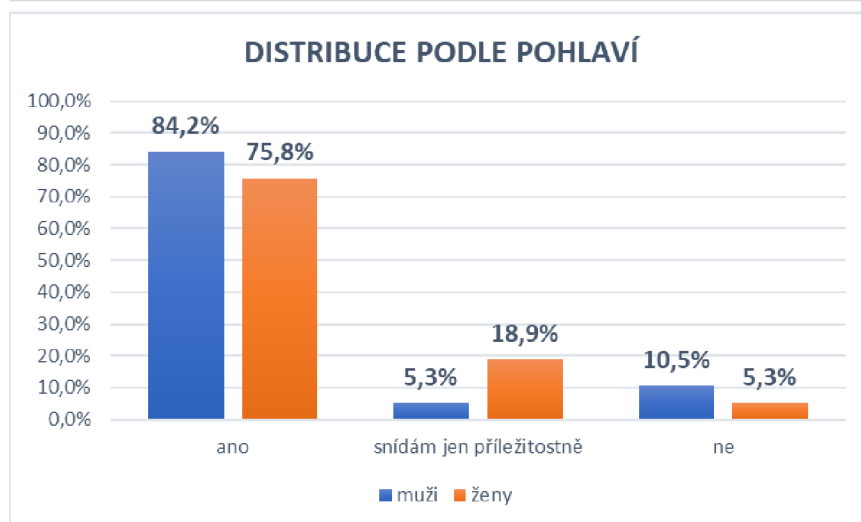
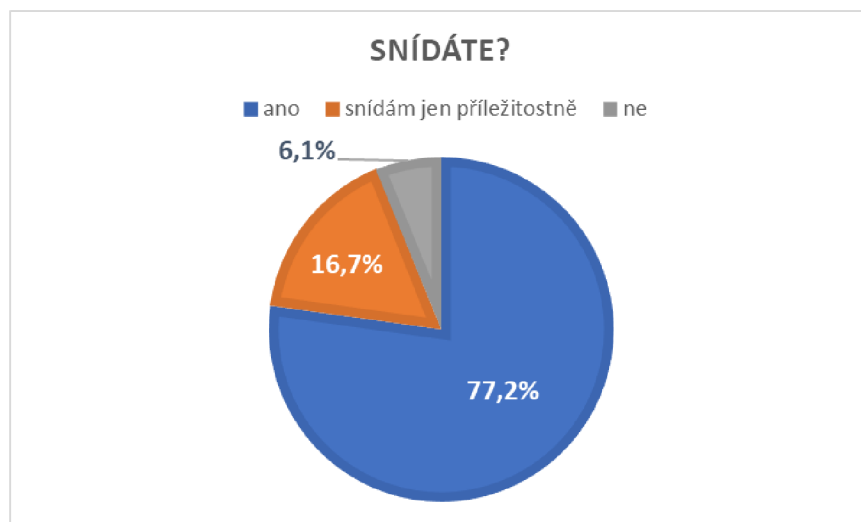
Výsledky výzkumu jsou graficky zobrazeny na obrázku 19 (str. 94). Z hlediska celkového vyhodnocení otázky 77,2 % respondentů snídá, 16,7 % snídá jen příležitostně a 6,1 % respondentů nesnídá.

Největší četnosti podle pohlaví dosáhli muži s 84,2 % v odpovědi ano.

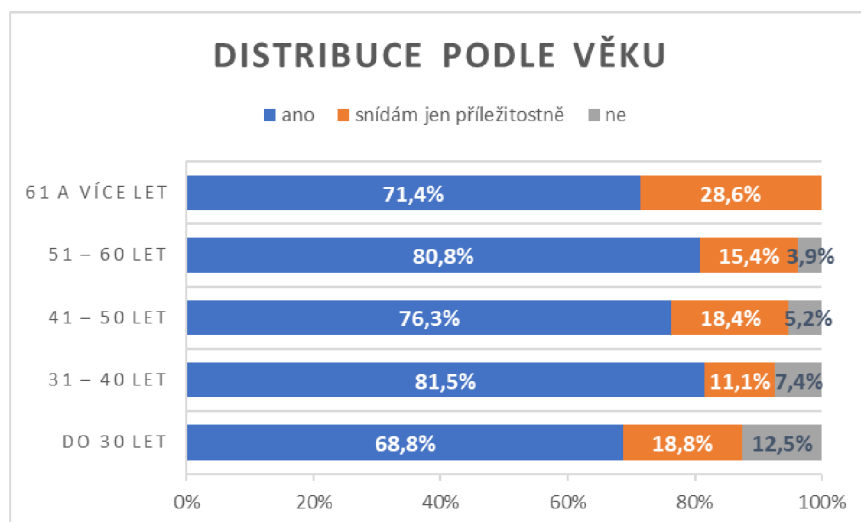
Ve věkové kategorii do 30 let 12,5 % (největší četnost) nikdy nesnídá. Ve věkové kategorii 61 a více učitelé snídají nebo snídají příležitostně, odpověď „ne“ se u této věkové kategorie nevyskytla.



Obrázek 18 Grafické zobrazení otázky č. 15 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114)



p = 0,64552



p = 0,95322

Obrázek 19 Grafické zobrazení otázky č. 16 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114)

Otázka č. 17 **Dodržujete obědové pauzy?**

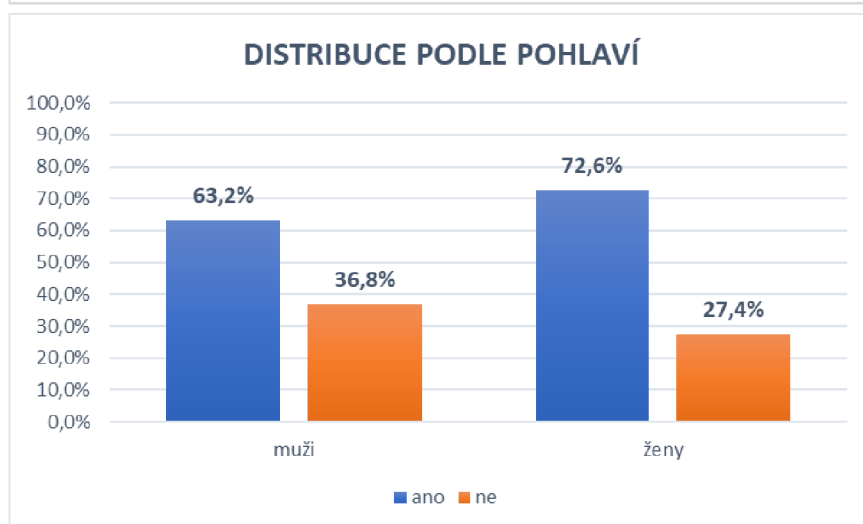
Cílem otázky bylo zjistit, zda učitelé dodržují během pracovní doby obědové přestávky. Jednalo se o uzavřenou otázku s jednou možnou odpovědí:

- ano
- ne

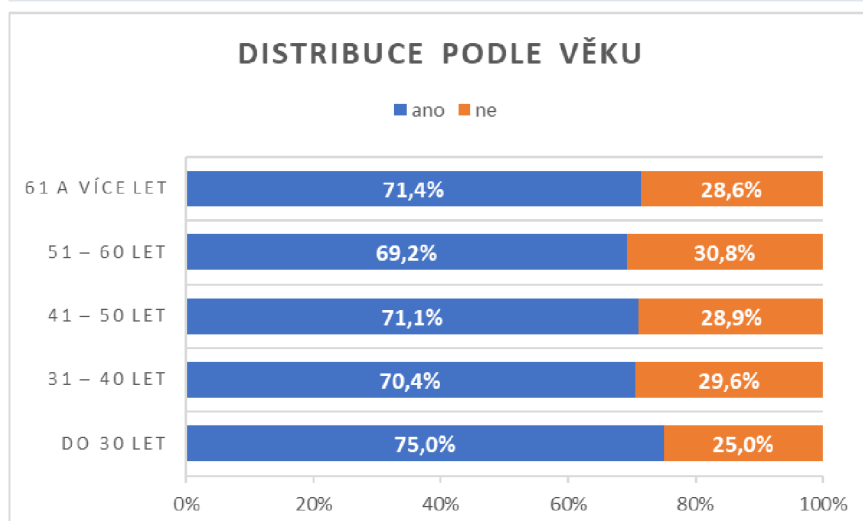
Výsledky výzkumu jsou graficky znázorněny na obrázku 20 (str. 96). Výsledky ukazují poměrně rozdílnou četnost v odpovědích ano a ne. Obědové pauzy dodržuje 71,1 % učitelů. Během pracovní doby nedodržuje obědové pauzy 28,9 % respondentů.

Z hlediska pohlaví obědové pauzy poctivěji dodržují ženy (72,6 %) než muži (63,2 %).

Největší četnosti (75,0 %) získala možnost „ano“ ve věkové kategorii do 30 let. Největší četnosti (25,0 %) dosáhla možnost „ne“ také ve věkové kategorii do 30 let.



p = 0,51564



p = 0,99221

Obrázek 20 Grafické zobrazení otázky č. 17 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114)

Otázka č. 18 **Kolik zeleniny obvykle za den sníte? (1 porce = hrst)**

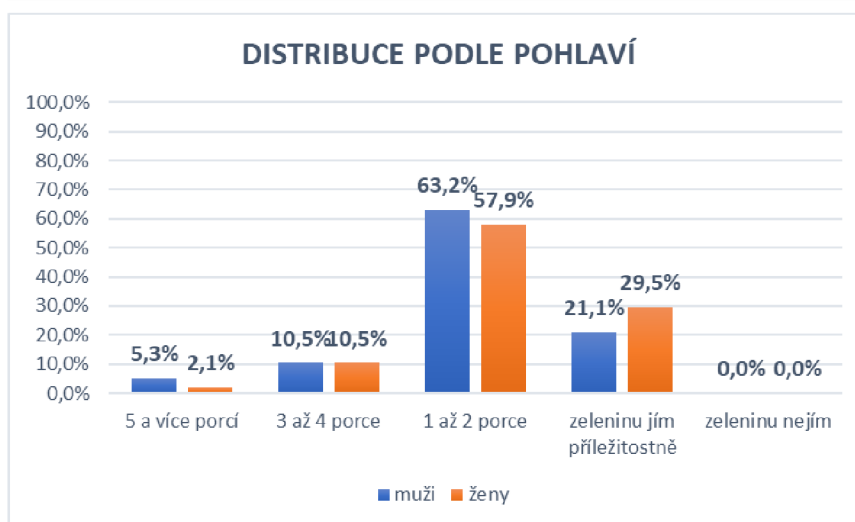
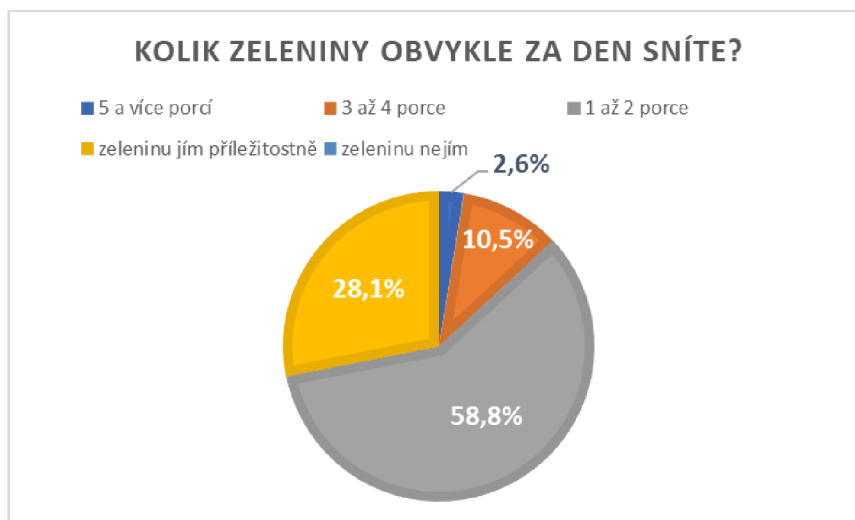
Cílem otázky bylo zjistit, jak často pedagogové zařazují do svého jídelníčku během dne zeleninu. Jednalo se o uzavřenou otázku s možností jedné odpovědi:

- 5 a více porcí
- 3 až 4 porce
- 1 až 2 porce
- zeleninu jím příležitostně
- zeleninu nejím

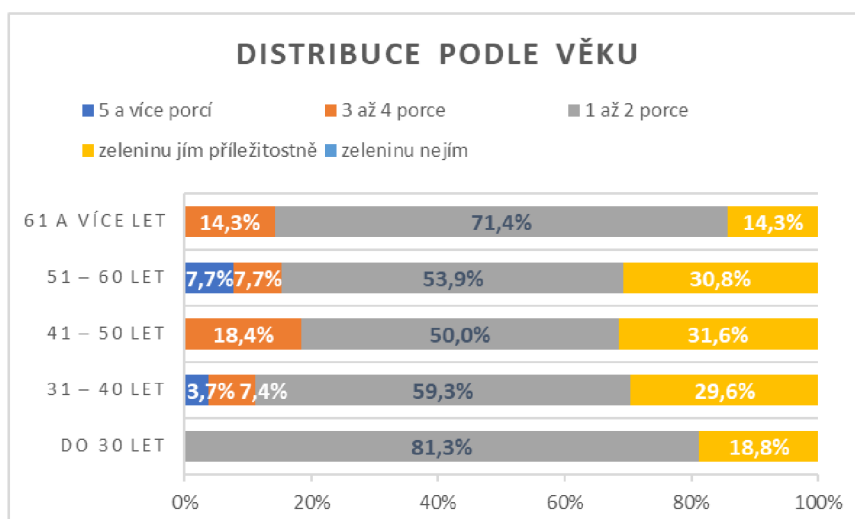
Výsledky výzkumu jsou graficky zobrazeny na obrázku 21 (str. 98). Žádný z respondentů nevedl, že zeleninu nejí. 2,6 % respondentů konzumuje zeleninu v 5 a více porcích za den, 10,5 % respondentů sní denně 3 až 4 porce, 58,8 % učitelů si za den dopřeje 1 až 2 porce zeleniny. Příležitostně zeleninu jí 28,1 % respondentů.

Větší četnost v celkovém počtu porcí zeleniny za den vykazují muži (63,2 %) oproti ženám s 57,9 %.

Nejčastěji uváděli učitelé odpověď „1 až 2 porce“. Z hlediska věkové kategorie nejčastěji uváděla tuto možnost skupina ve věku do 30 let (81,3 %). Zeleninu příležitostně nejvíce konzumuje věková kategorie 41 až 50 let (31,6 %). 5 a více porcí uvedla pouze věková kategorie 31 až 40 let (3,7 %) a 51 až 60 let (7,7 %).



p = 0,49619



p = 0,98362

Obrázek 21 Grafické zobrazení otázky č. 18 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114)

Otázka č. 19 Kolik porcí ovoce obvykle za den sníte? (1 porce = hrst)

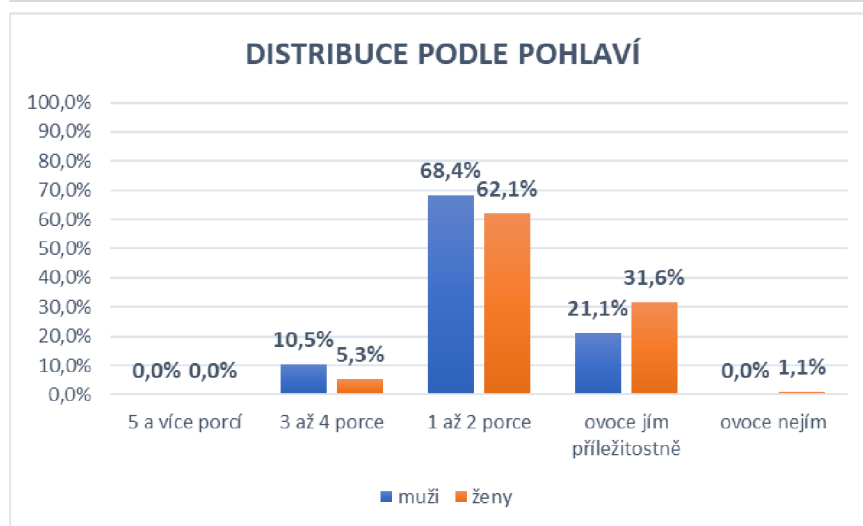
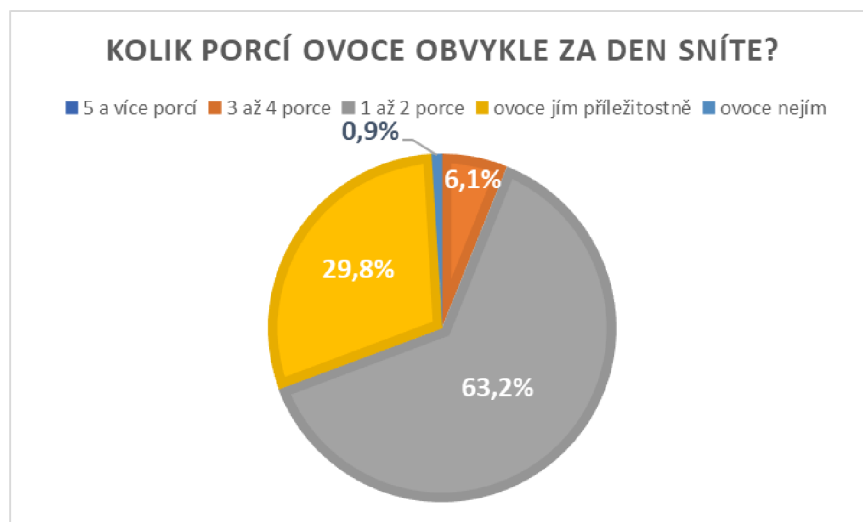
Cílem otázky bylo zjistit, jak často zařazují učitelé do svého jídelníčku ovoce. Odpovídali na uzavřenou otázku s možností jedné odpovědi z pěti níže uvedených:

- 5 a více porcí
- 3 až 4 porce
- 1 až 2 porce
- ovoce jím příležitostně
- ovoce nejím

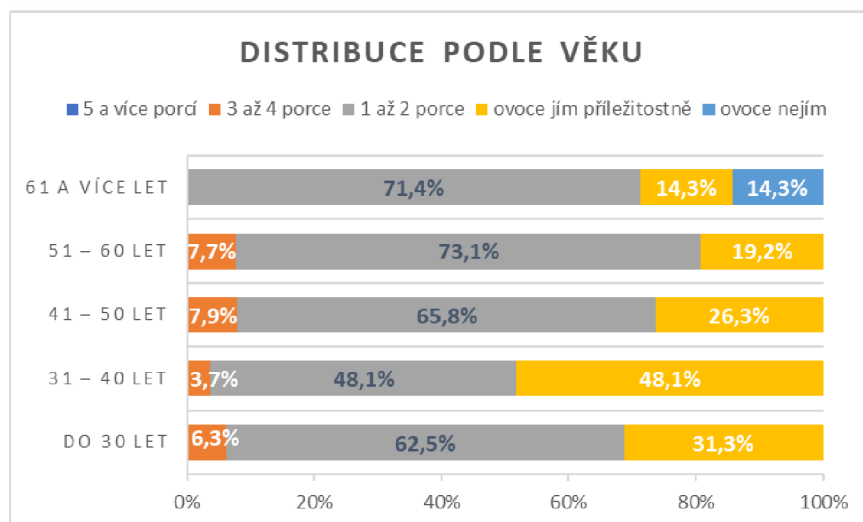
Výsledky výzkumu jsou graficky vidět na obrázku 22 (str. 100). Nejčtenější odpovědí byla volba „1 až 2 porce“ (63,2 %). Ovoce nejí pouze jeden respondent (0,9 %) z celkového počtu respondentů.

Z hlediska pohlaví byla zjištěna větší četnost u mužů (68,4 %) oproti ženám (62,1 %).

Podle věku byla zjištěna největší četnost celkové denní konzumace ovoce v kategorii 51 až 60 let a nejmenší četnost ve věkové kategorii 61 a více let.



p = 0,3119



p = 0,39938

Obrázek 22 Grafické zobrazení otázky č. 19 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114)

Otázka č. 20 **Těší Vás Vaše práce?**

Cílem této výzkumné otázky bylo zjistit, zda pedagogové chodí do práce rádi a zda se do ní těší. Jednalo se opět o otázku uzavřenou s možností jedné odpovědi:

- ano, do práce chodím rád/a
- ne

Výsledky výzkumu jsou graficky zobrazeny na obrázku 23 (str. 102). Touto otázkou bylo zjištěno, že se z celkového počtu 114 respondentů, 108 respondentů (94,7 %) se do práce těší a 6 respondentů (5,3 %) se netěší.

Z hlediska pohlaví chodí do práce více rádi ženy (95,8 %) než muži (89,5 %).

Dle věku nejvíce chodí do práce ráda a těší se do ní věková kategorie do 30 let (100,0 % respondentů). Odpověď „ne“ se nejčastěji objevila u věkové kategorie 61 a více let (14,3 %).

Otázka č. 21 **Jste často ve stresu?**

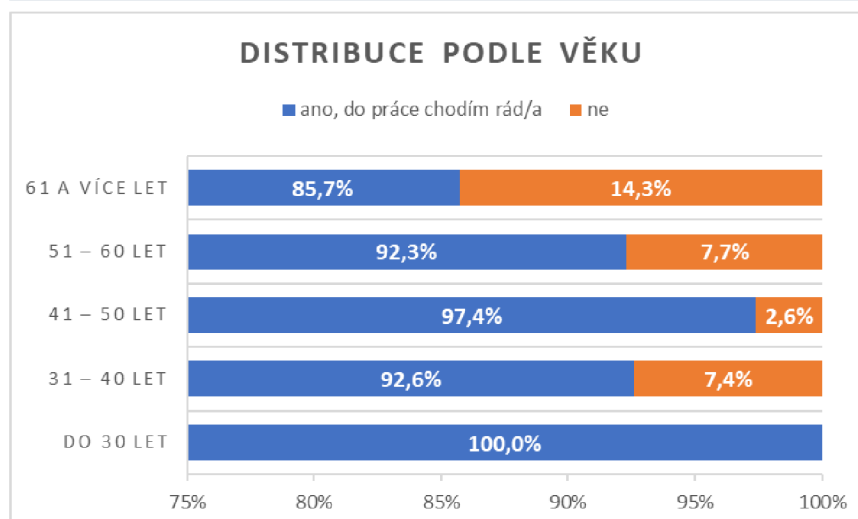
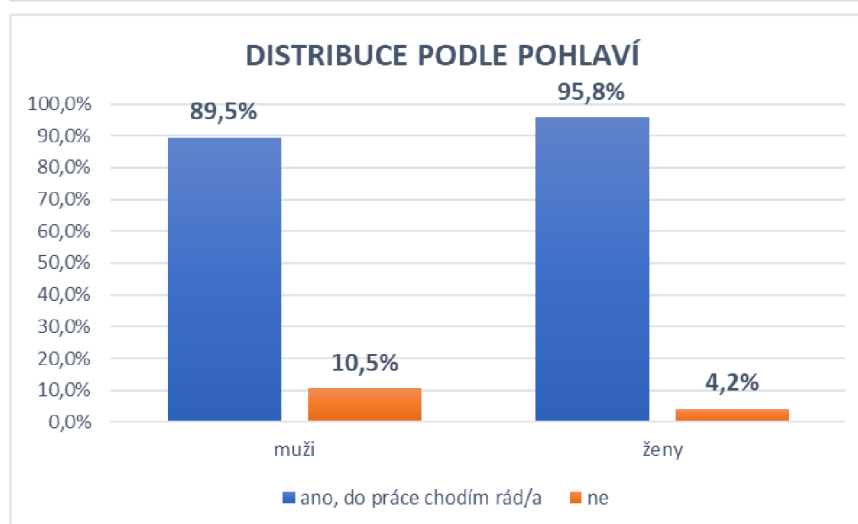
Cílem otázky bylo zjistit, zda se u učitelů často vyskytují situace, které je vedou ke stresu. Jednalo se o uzavřenou otázku s možností jedné odpovědi:

- ano
- ne
- občas

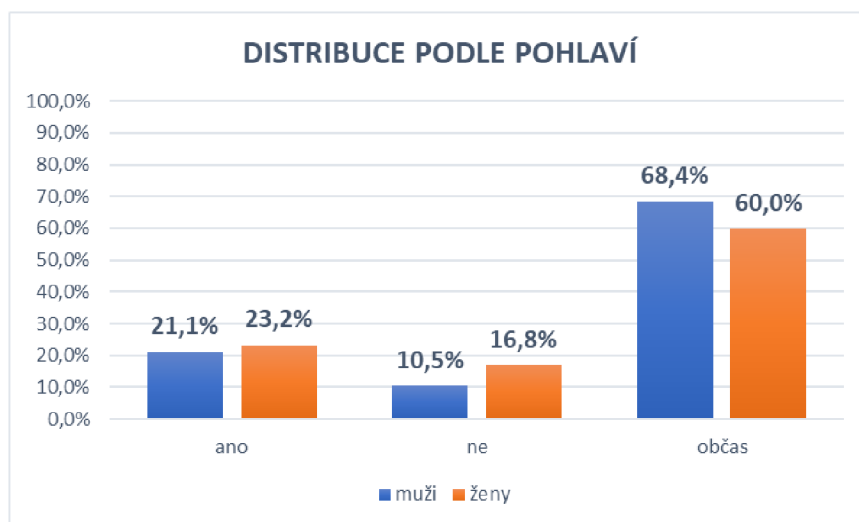
Výsledky výzkumu jsou graficky zobrazeny na obrázku 24 (str. 103). Ve stresu je 22,8 % respondentů. Občas se stres objevuje u 61,4 % respondentů, což je poměrně vysoká četnost výskytu stresových situací u pedagogů.

Z hlediska pohlaví se cítí být v občasném stresu více muži (68,4 %), u žen je to 60,0 %.

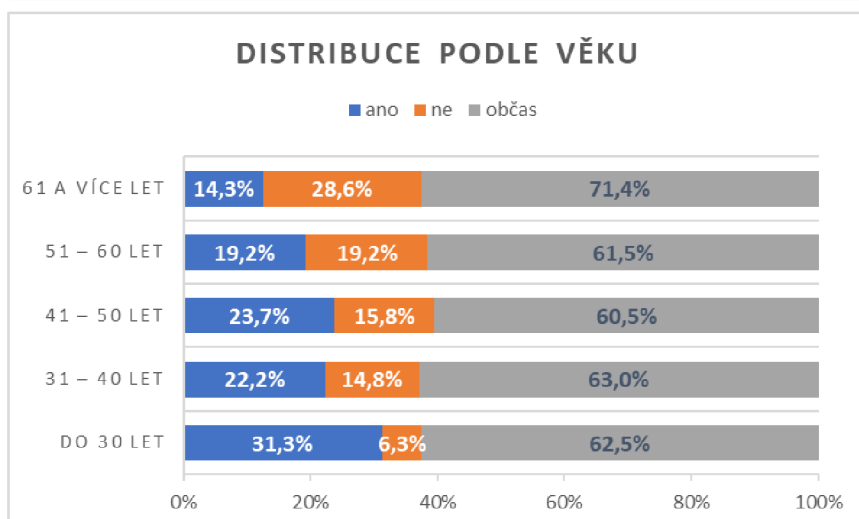
Největší četnost v možnosti odpovědi „ano“ se z hlediska věkové kategorie zjistila u učitelů ve věku do 30 let (31,3 %). U odpovědi „občas“ byla největší četnost (71,4 %) zjištěna ve věkové kategorii 61 a více let. Nejméně stresovaní se cítí učitelé ve věku 61 a více let (28,6 %).



Obrázek 23 Grafické zobrazení otázky č. 20 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114)



p = 0,61579



p = 0,99935

Obrázek 24 Grafické zobrazení otázky č. 21 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114)

Otázka č. 22 **Využíváte relaxačních technik?**

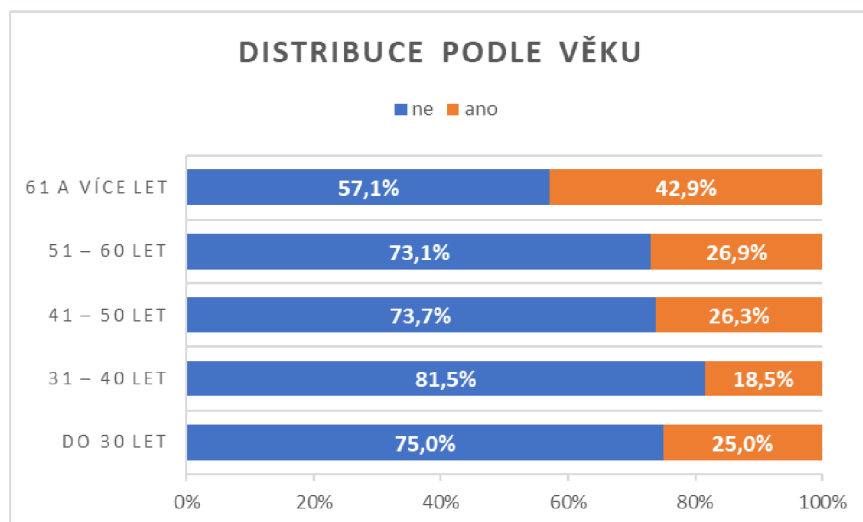
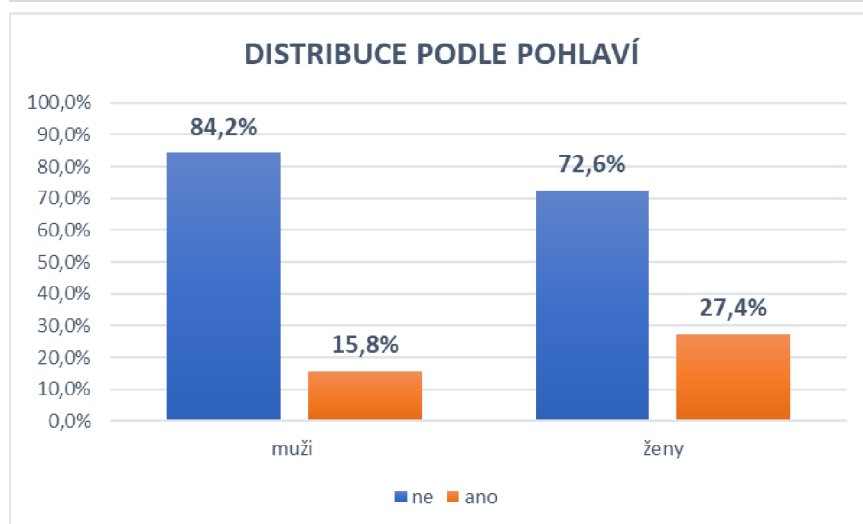
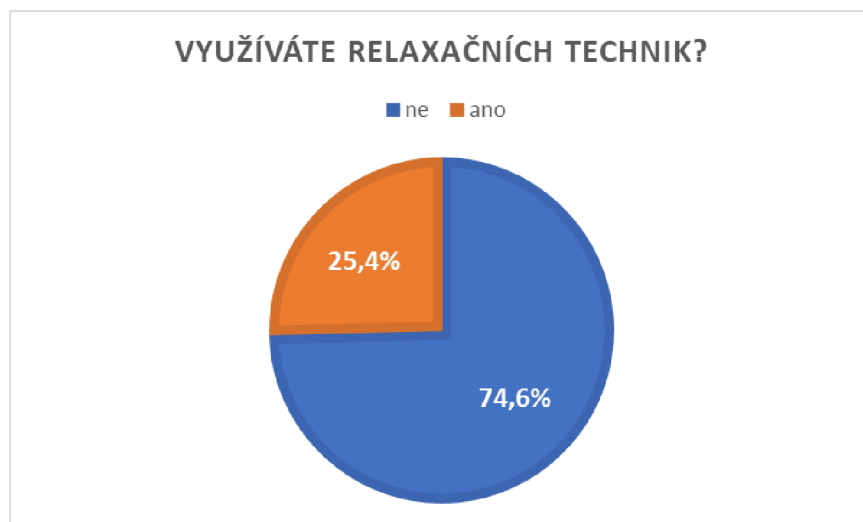
Cílem výzkumné otázky bylo zjistit, zda respondenti využívají relaxační techniky. Jednalo se o uzavřenou otázku s doplněním využívaných relaxačních technik v případě, že vybrali kladnou možnost:

- ano
- ne
- ano, uveďte jaké:

Výsledky výzkumu jsou graficky zobrazeny na obrázku 25 (str. 105). Z grafu vyplývá, že tyto techniky k uvolnění napětí a stresu využívá jenom 25,4 % dotázaných respondentů. Podotázkou byla žádost vypsát, jaké relaxační techniky učitelé užívají. Celkem 10 respondentů uvedlo jako relaxační metodu jógu, 8 zvolilo cvičení a sport, dalších 8 vybralo meditaci a dechová cvičení, 5 zaznačilo procházky v přírodě či práci na zahradě, 3 napsali poslech hudby. Jeden respondent dokonce uvedl užití marihuany, a to ve věkové kategorii do 30 let.

Dle pohlaví ženy (27,4 %) využívají relaxačních technik více než muži (15,8 %).

Největší četnost využívání relaxačních metod byla zaznamenána ve věkové kategorii 61 a více let (42,9 %). Největší četnost v nevyužívání relaxačních metod se objevila u věkové kategorie 31 až 40 let (81,5 %).



Obrázek 25 Grafické zobrazení otázky č. 22 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114)

5 DISKUSE

V této kapitole bych ráda interpretovala výsledky, které byly zjištěny prostřednictvím kvantitativního výzkumného šetření formou dotazníku vlastní tvorby. Do dotazníkového šetření bylo zapojeno 114 respondentů, tedy učitelů a učitelek vyučujících na základních a středních školách v okrese Žďár nad Sázavou. Převážnou většinu respondentů tvořily ženy (83,3 %). Hlavním cílem výzkumné části diplomové práce bylo zjistit, jaký je subjektivní zdravotní stav a životní styl pedagogů ZŠ a SŠ na Žďársku. Na základě hlavního cíle byly také stanoveny dílčí cíle:

- 1. Porovnat, zda se liší zdravotní stav a životní styl pedagogů různých stupňů škol v okrese Žďár nad Sázavou.*
- 2. Zjistit, jaké subjektivní potíže a chronická onemocnění se nejčastěji vyskytují u pedagogů.*
- 3. Zjistit, zda se učitelé zajímají o svůj zdravotní stav a životní styl.*

Hypotéza č. 1

Subjektivní zdravotní stav a životní styl pedagogů základních škol a středních škol v okrese Žďár nad Sázavou se bude lišit.

Subjektivní zdravotní stav pedagogů ZŠ a SŠ

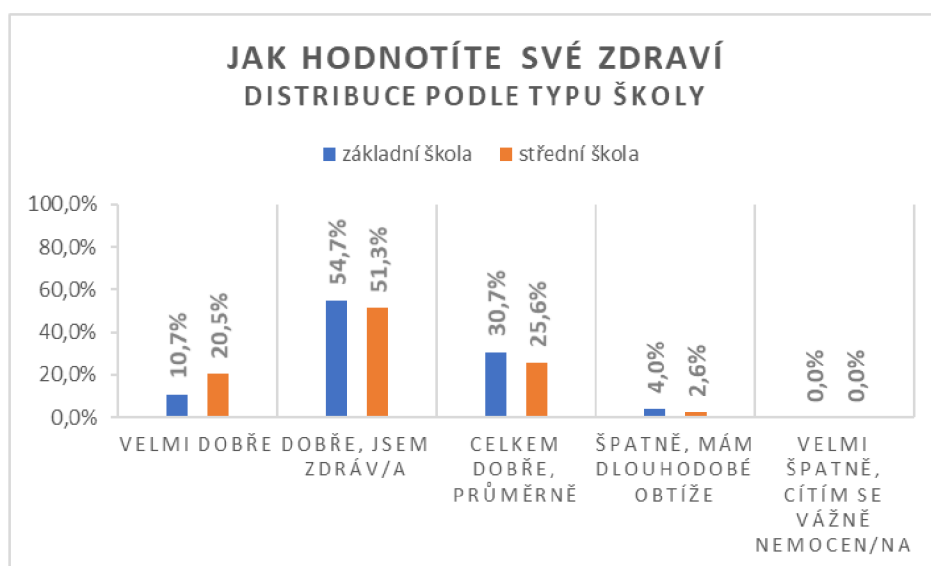
Důkazy, které potvrzují toto tvrzení, je možno nalézt v odpovědích na otázku č. 1, 3, 4 a 5.

V odpovědích na otázku č. 1 se učitelé základních a středních škol v hodnocení svého zdraví dle definice Světové zdravotnické organizace téměř shodovali. Žádný z respondentů nevedl, že je vážně nemocen. Více než 50,0 % respondentů jak ze základních, tak i ze středních škol uvedlo, že se cítí dobře a jsou zdraví.

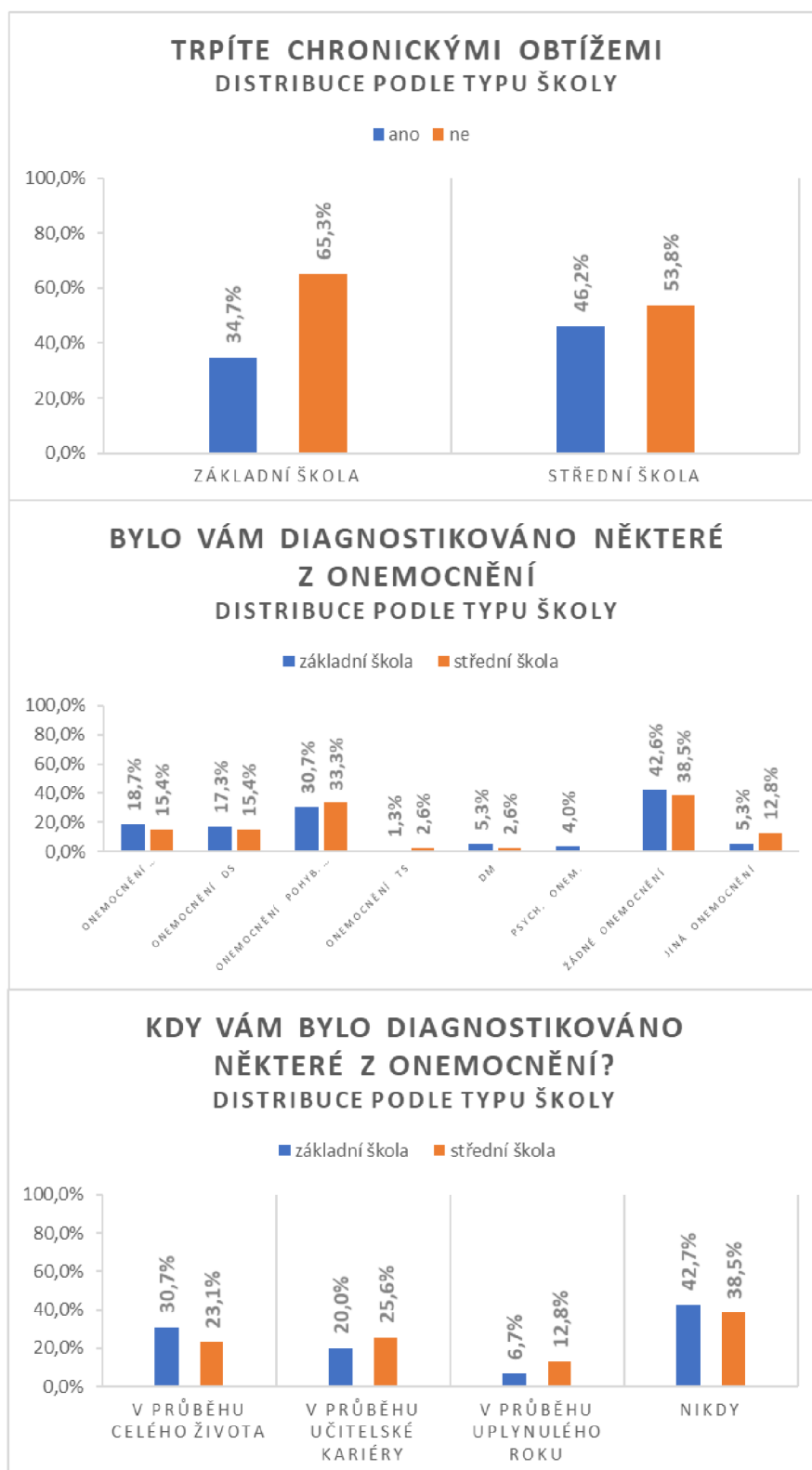
V odpovědích na otázku č. 3, zda trpí chronickými obtížemi, se učitelé různých stupňů škol již lišili. Z výzkumného šetření vyplývá, že učitelé středních škol (46,2 %) trpí více chronickými obtížemi než učitelé na základních školách (34,7 %).

V odpovědích na otázku č. 4 se pedagogové taktéž takřka shodovali. Největší rozdíl byl uveden u odpovědi „jiná onemocnění“. 5,3 % učitelů základních škol a 12,8 % učitelů středních škol uvedlo tuto odpověď. Největší četnosti u této odpovědi byly zaznamenány u odpovědi „onemocnění pohybového aparátu“ a „žádné onemocnění mi nebylo diagnostikováno“.

Poslední otázkou subjektivního zdravotního stavu, která se vztahuje k potvrzení stanovené hypotézy č. 1, je otázka č. 5. Ta se zabývala tím, kdy byla jednotlivá onemocnění pedagogům diagnostikována. V těchto odpovědích se učitelé neshodovali. Učitelům základních škol byla onemocnění diagnostikována nejvíce v průběhu celého života (30,7 %), naopak učitelům středních škol v průběhu učitelské kariéry (25,6 %).



Obrázek 26 Grafické zobrazení otázky č. 1 dle distribuce typu školy (zdroj: vlastní výzkum, N = 114)



Obrázek 27 Grafické zobrazení otázky č. 3, 4, 5 dle distribuce typu školy (zdroj: vlastní výzkum, N = 114)

Životní styl pedagogů ZŠ a SŠ

Sledované faktory životního stylu

Tabulka 3 Sledované faktory životního stylu pedagogů (zdroj: vlastní výzkum, N = 114)

	Základní škola	Střední škola
Domníváte se, že dodržujete zásady zdravého životního stylu?		
Ano	4,0 %	12,8 %
Spíše ano	84,0 %	74,4 %
Spíše ne	12,0 %	12,8 %
Ne	0,0 %	0,0 %
Jak trávíte svůj volný čas?		
Aktivně	34,7 %	33,3 %
Pasivně	12,0 %	2,6 %
Kombinace	53,3 %	64,1 %
Kolik hodin denně věnujete trávení volného času?		
Méně než 1 hodinu	17,3 %	25,6 %
1 až 2 hodiny	45,3 %	41,0 %
Více než 2 hodiny	37,3 %	33,3 %
Kolik hodin denně průměrně spíte za poslední rok?		
Méně jak 6 hodin	12,0 %	18,0 %
6 až 8 hodin	84,0 %	74,4 %
Více jak 8 hodin	4,0 %	7,7 %
Jaká je podle Vašeho mínění kvalita Vašeho spánku?		
Klidný	52,0 %	64,1 %
Narušený	48,0 %	35,9 %

	Základní škola	Střední škola
Kolik tekutin za den vypijete?		
Méně jak 1 litr	17,3 %	20,5 %
1 až 2 litry	72,0 %	64,1 %
Více jak 2 litry	10,7 %	15,4 %
Jak se podle Vás stravujete?		
Snáním se stravovat zdravě	53,3 %	59,0 %
Stravuji se tím, co mi chutná	40 %	38,5 %
Nepřemýšlím o tom, co jím	6,7 %	2,6 %
Snídáte?		
Ano	73,3 %	84,6 %
Snídám jen příležitostně	18,7 %	12,8 %
Ne	8,0 %	2,6 %
Dodržujete obědové pauzy?		
Ano	66,7 %	79,5 %
Ne	33,3 %	20,5 %

Důkazy, které potvrzují toto tvrzení, je možno nalézt v odpovědích na otázku č. 6, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 16 a 17.

Většina respondentů ze základních škol se domnívá, že spíše dodržují zásady zdravého životního stylu. Je tomu tak rovněž u učitelů středních škol.

Učitelé středních škol na Žďársku tráví svůj volný čas aktivně a kombinací obou variant, pouze 2,6 % respondentů z této skupiny uvedlo, že tráví čas pasivně. 12 % respondentů ze základních škol taktéž tráví svůj volný čas pasivně. Trávení volného času více podnikají učitelé základních škol oproti učitelům středních škol, jak je patrné z tabulky 3 (str. 109).

Klidný spánek mají ve větší míře učitelé středních škol (64,1 %) než učitelé základních škol (52 %).

Co se týče stravování a pitného režimu, učitelé středních škol mají lepší stravovací a pitné návyky než učitelé základních škol. Všechny údaje jsou znázorněny v tabulce 3 (str. 109, 110).

Co se týče potvrzení hypotézy, lze říct, že byla téměř potvrzena, jak vyplývá z některých otázek. Avšak v některých odpovědích se učitelé různých stupňů škol značně shodují. Veškeré odpovědi jsou taktéž zobrazeny na obrázcích 26, 27 (str. 107, 108) a v tabulce 3 (str. 109, 110).

Papršteinová a kol. (2011) ve svém výzkumném článku Zdravotní stav a životní styl učitelů různých stupňů škol dospěla k podobnému závěru. Co se týče subjektivního hodnocení zdraví, tak se respondenti většinou cítili dobře či průměrně a mezi jednotlivými skupinami nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly. V mém výzkumném šetření byla zjištěna u této otázky statistická významnost mezi pohlavím ($p = 0,03264$).

Chronické obtíže udávala více než jedna třetina všech dotázaných (34,2 %). Počet opravdu diagnostikovaných nemocí byl ve srovnání se subjektivně vnímanými obtížemi nižší (27,7 %). Z chronických onemocnění se u učitelů nejčastěji vyskytovaly nemoci pohybového aparátu (13,4 %) a onemocnění srdce a cév (8 %). V mém šetření tomu bylo podobně, chronické obtíže udávalo 38,6 % respondentů. Z hlediska výskytu onemocnění bylo u pedagogů taktéž nejčetněji uváděno onemocnění pohybového aparátu, a to u 31,6 % respondentů.

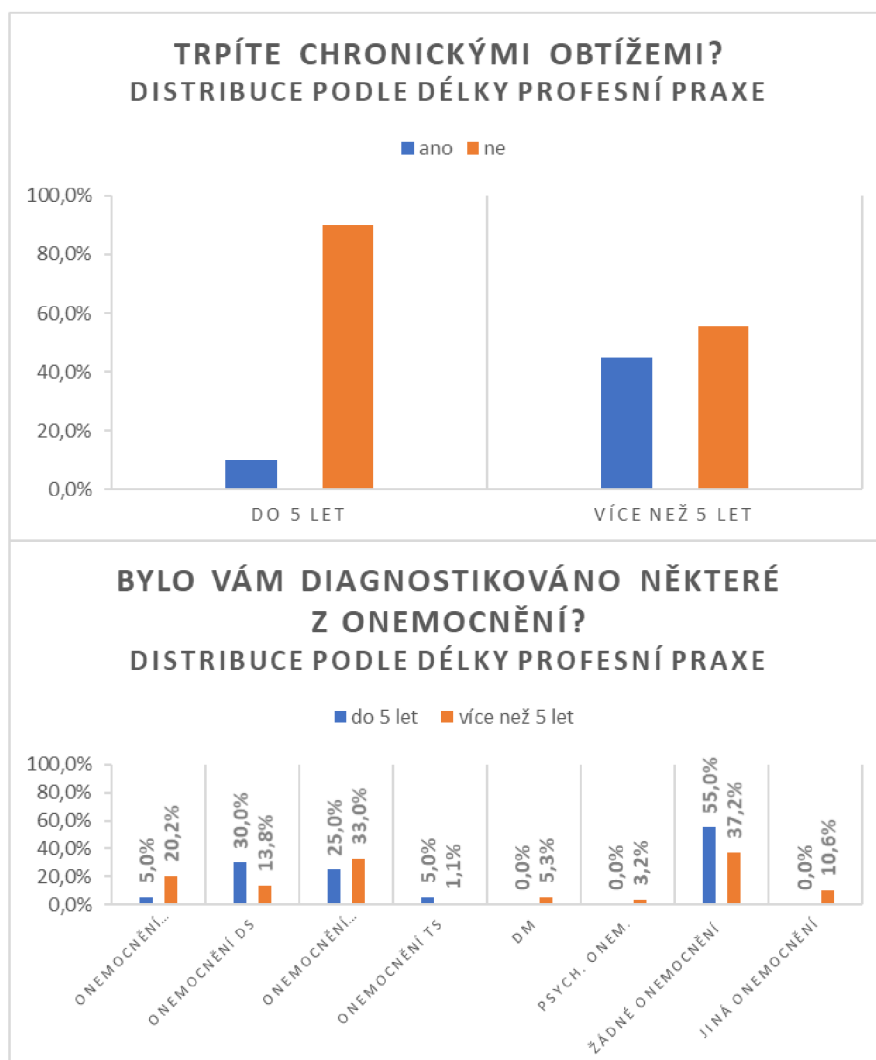
Dále také Papršteinová a kol. (2011) zkoumali faktory ovlivňující životní styl učitelů. Sledovali v provedeném dotazníkovém šetření míru pohybové aktivity, různou zájmovou činnost a dobu sledování televize. Respondenti hodnotili mimopracovní pohybovou aktivitu jako průměrnou (48 %) až nízkou (34 %). 11 % učitelů považovalo svoji pohybovou aktivitu za velmi nízkou a pouze 6 % za vysokou. V dotazníkovém šetření vlastního výzkumu bylo zjištěno, že pasivně tráví svůj volný čas pouze 8,8 % respondentů a že jen 20,2 % respondentů věnuje svému volnému času méně než 1 hodinu.

Hypotéza č. 2

Učitelé s delší dobou pedagogické praxe budou mít více zdravotních potíží než začínající učitelé.

Tato hypotéza byla potvrzena. 44,6 % učitelů s delší dobou praxe uvedlo, že trpí chronickými obtížemi. Pedagogové s profesní praxí do 5 let tuto odpověď uvedli pouze v 10,0 %. Dále učitelům s kratší dobou praxe bylo diagnostikováno mnohem méně onemocnění než učitelům

s delší praxí. Žádné onemocnění nebylo nikdy diagnostikováno 55,0 % respondentů s délkou praxe do 5 let, u učitelů s délkou praxe více než 5 let to bylo 37,2 %. Co se týče větší rozmanitosti diagnostikovaných onemocnění, ta byla taktéž potvrzena u pedagogů s delší dobou praxe. Můžeme říct, že jejich zastoupení bylo ve všech odpovědích, tedy se u nich objevují onemocnění srdce a cév, onemocnění dýchacího ústrojí, pohybového aparátu, trávicí soustavy, diabetes melitus, psychická a jiná onemocnění. U pedagogů s kratší dobou profesní praxe se objevují pouze onemocnění srdce a cév, dýchacího ústrojí, pohybového aparátu a trávicí soustavy. Porovnání s výzkumem od Papršteinové a kol. nelze provést, protože autoři v tomto výzkumu neporovnávali závislost délky praxe na jednotlivá onemocnění a obtíže.



Obrázek 28 Grafické zobrazení otázky č. 3, 4 dle distribuce délky praxe (zdroj: vlastní výzkum, N = 114)

Hypotéza č. 3

Učitelé se o svůj zdravotní stav zajímají více než o životní styl.

Souvislost mezi zdravotním stavem a životním stylem je blízká. Pokud dodržujeme zásady zdravého životního stylu, mělo by se to projevit i na našem zdravotním stavu. Zájem o zdravotní stav lze posoudit z otázky č. 2, která zjišťovala, kdy učitelé naposledy s nějakým problémem navštívili lékaře. Více než polovina respondentů z celkové počtu uvedla, že navštívili lékaře s nějakým problémem před půl rokem. Z této odpovědi tedy vyplývá, že pokud se u učitelů objeví nějaké obtíže navštěvují lékaře. Je tedy zřejmé, že se o svůj zdravotní stav zajímají.

Zájem o životní styl bychom mohli dokázat otázkami o negativních faktorech životního stylu jako je kouření, pití alkoholu a užívání léku na spaní. Z celkového počtu respondentů (114) právě 85,1 % jsou nekuřáci. Alkohol pijí učitelé ve velké míře pouze příležitostně (71,1 %) a léky na spaní či uklidnění používá pouze 9,6 % respondentů z celkového počtu dotazovaných. Lze tedy konstatovat, že zájem o životní styl a jeho dodržování se učitelům na Žďársku daří.

Hypotéza nebyla potvrzena. Pedagogové ZŠ a SŠ v okrese Žďár nad Sázavou mají stejný zájem jak o zdraví, tak o životní styl. Je dobře, že hypotéza nebyla potvrzena, protože, jak je již výše zmíněno, propojení obou zkoumaných je velice důležité.

Papršteinová a kol. (2011) taktéž zkoumali negativní vlivy životního stylu. Co se týče kouření, dospěli ke stejnému závěru, tedy že většina pedagogů (72,6 %) jsou nekuřáci. U pití alkoholu se zaměřili na jednotlivé druhy alkoholu (pivo, víno a destiláty), kdežto já jsem se ve svém výzkumu zaměřila na pití alkoholu obecně. Užívání léků Papršteinová a kol. (2011) zkoumali obdobně, akorát do odpovědí zahrnuli užití léku na spaní „*občas*“, což považuji za dobré. Já zkoumala pouze to, zda léky užívají či ne. Ve výsledcích obou výzkumů jsme se téměř shodovali.

Tabulka 4 Porovnání negativních faktorů životního stylu dvou výzkumů

	Papršteinová a kol. (2011)	Dostálová (2021)
Kouříte?		
Ano	7 % (34)	7,9 % (9)
Příležitostně	5,3 % (26)	7 % (8)
Ne	72,6 % (351)	85,1 % (97)
Bývalý kuřák	15,2 % (73)	nebylo zkoumáno
Užíváte léky na spaní či uklidnění?		
Ano	2,7 % (13)	9,6 % (11)
Ne	84,5 % (409)	90,4 % (103)
Občas	12,8 % (62)	nebylo zkoumáno

ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá subjektivním zdravotním stavem a životním stylem pedagogů ZŠ a SŠ na Žďársku. V teoretické části je práce zaměřena na osobnost pedagoga, jeho profesní růst, způsobilost a kompetence. Dále je zpracována oblast zdraví, její definice, determinanty a také podpora zdraví a prevence. Třetí oblast pojednává o nemoci a nejčastějších zdravotních problémech, které učitelskou profesi provázejí. Je zde také popsán životní styl, se zaměřením na výživu, pohybovou aktivitu, spánek a odpočinek. V závěru jsou prezentovány tuzemské a zahraniční výzkumy týkající se problematiky zdravotního stavu a životního stylu pedagogů.

Na teoretickou část navazuje metodika práce, v níž je řešena problematika výzkumu. Pro docílení hlavního cíle a zodpovězení výzkumných problémů a hypotéz bylo použito kvantitativní výzkumné šetření. Technikou sběru dat byl dotazník vlastní tvorby, který obsahoval 26 otázek týkajících se problematiky práce. Do dotazníkového šetření bylo osloveno celkem 72 středních a základních škol v okrese Žďár nad Sázavou.

Hlavním cílem diplomové práce bylo zmapovat subjektivní zdravotní stav a životní styl pedagogů ZŠ a SŠ na Žďársku. Na základě hlavního cíle byly formulovány dílčí cíle, a to konkrétně – porovnat, zda se liší zdravotní stav a životní styl pedagogů různých stupňů škol v okrese Žďár nad Sázavou. Zjistit, jaké subjektivní potíže a chronická onemocnění se nejčastěji vyskytují u pedagogů a objevit, zda se učitelé zajímají o svůj zdravotní stav a životní styl.

Na základě dílčích cílů byly formulovány tři hypotézy. První hypotéza předpokládala, že se subjektivní zdravotní stav a životní styl pedagogů základních škol a středních škol v okrese Žďár nad Sázavou bude lišit. Hypotéza byla v některých otázkách potvrzena a v některých vyvrácena. Druhá hypotéza předpokládala, že učitelé s delší dobou pedagogické praxe budou mít více zdravotních potíží než začínající učitelé. Tato hypotéza byla potvrzena. Učitelé s profesní praxí více než 5 let mají více zdravotních potíží. Na závěr bylo předpokládáno, že se učitelé o svůj zdravotní stav zajímají více než o životní styl. Tato hypotéza nebyla potvrzena. Učitelé se zajímají o svůj zdravotní stav a životní styl ve stejné míře.

Dle dosažených dat výzkumného šetření se domnívám, že zvolená metoda a technika výzkumu byla vyhovující a hlavní cíl této práce byl splněn. Pedagogové ze Žďárska i ostatních okresů mohou do výsledků nahlédnout a zjistit, co by bylo vhodné ještě zlepšit pro upevnění svého zdravotního stavu a posílení dodržování zdravých zásad životního stylu.

SOUHRN

Diplomová práce s názvem „Subjektivní zdravotní stav a životní styl pedagogů ZŠ a SŠ na Žďársku“ se v úvodní části teoretických poznatků zaměřuje na osobnost pedagoga, definici zdraví a nemoci. Další kapitoly se zabývají zdravotními problémy pedagogů, se kterými se musí učitelé potýkat. Poslední kapitola je věnována životnímu stylu, především stravě, pohybové aktivitě, spánku a odpočinku.

Praktická část je věnována kvantitativnímu výzkumu, který byl realizován prostřednictvím dotazníkového šetření. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 114 respondentů. Výzkumný vzorek tvořili pedagogičtí pracovníci základních a středních škol v okrese Žďár nad Sázavou.

Výzkumné šetření především zjišťuje, jaké zdravotní potíže se u pedagogů vyskytují, zda navštěvují lékaře se zdravotními obtížemi, jaký je jejich životní styl a zda dodržují zásady zdravého životního stylu. Výsledky jsou porovnávány z hlediska pohlaví, věku, délky praxe a typu školy, na níž respondenti vyučují.

Klíčová slova: učitel, zdraví, zdravotní stav, nemoc, životní styl

SUMMARY

Thesis entitled "The subjective health status and lifestyle of primary and secondary school teachers in the Žďár region" focuses on the personality of the teacher, the definition of health and disease in the introductory section of the theoretical part. The next chapters deal with health problems which the teachers experience. The last chapter is devoted to a lifestyle, mainly to diet, physical activities, sleep and rest.

The practical part is devoted to quantitative research, which was realized by using a questionnaire survey. The questionnaire survey was attended by the total number of 114 respondents. The research sample consisted of primary and secondary pedagogical staff in the district of Žďár nad Sázavou.

The results of the research mainly depict the health problems teachers face, whether they visit doctors with their health problems, what is their lifestyle and whether they follow the principles of a healthy lifestyle. The results are subsequently compared in terms of gender, age, length of practice and the type of school where the respondents teach.

Keywords: teacher, health, health status, disease, lifestyle

REFERENČNÍ SEZNAM

Seznam použité literatury

BENHAIM, Paul. 2019. *Konopí: zdraví na dosah: holistická kuchařka*. 2. vydání. Přeložil Kateřina ORLOVÁ. Frýdek-Místek: Alpress. Klokán (Alpress). ISBN 978-80-7633-093-1.

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

CLARK, Nancy. 2020. *Sportovní výživa: stravovací plán, potravinové doplňky, strava před výkonem i po něm, specifické výživové potřeby, hubnutí bez hladovění, recepty*. 4. vydání. Přeložil René SOUČEK, přeložil Monika SOUČKOVÁ. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-1030-8.

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

ČEVELA, Rostislav, Libuše ČELEDOVÁ a Hynek DOLANSKÝ. 2009. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2860-5.

DEAN, Carolyn. 2016. *Zázrak jménem hořčik: trpíte pocity úzkosti, migrénami, bolí vás záda? Zkuste hořčik!* Přeložil Jan KOZÁK. V Brně: Jota. Populárně naučná. ISBN 978-80-7462-998-3.

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

FALEIDE, Asbjørn O., Lilleba B. LIAN a Eyolf Klæboe FALEIDE. 2010. *Vliv psychiky na zdraví: soudobá psychosomatika*. Praha: Grada, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2864-3.

FARKAŠOVÁ, Dana a kol. 2006. *Výskum v ošetrovateľstve*. 2. vydání. Slovensko: Osveta. ISBN 978-80-806-3228-6.

HENDL, Jan. 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. 4. vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

HŘIVNOVÁ, Michaela 2013. *Základní aspekty výživy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244.

CHRÁSKA, Miroslav. 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2. vydání. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5326-3.

JANSA, Petr. 2018. *Pedagogika sportu*. 2. vydání. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3986-4.

KARÍKOVÁ, Soňa. 1999. *Osobnost učitele*. Univ. Mateja Bela - Pedag. Fakulta. ISBN 978-80-805-5239-8.

KELNAROVÁ, Jarmila, Dominika BABÁKOVÁ, Martina CAHOVÁ, et al. 2016. *Ošetrovatelství pro střední zdravotnické školy - 2. ročník*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5331-7.

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

KOHOUTEK, Rudolf a kol. 1996. *Základy pedagogické psychologie*. Brno: Cerm. ISBN 80-85867-94-X.

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

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

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2013. *Jak zvládat depresi*. 3. vydání. Praha: Grada. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-4774-3.

LEVITOVÁ, Andrea a Markéta HUŠÁKOVÁ. 2018. *Bechtěrevova nemoc: návod na aktivní život a průvodce cvičením*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-2008-6.

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

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. 2007. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2. vydání. V Brně: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-457-3.

MORSCHITZKY, Hans a Sigrid SATOR. 2007. *Když duše mluví řečí těla: stručný přehled psychosomatiky*. Praha: Portál. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-7367-218-8.

MŠMT (5.11.2010). *Metodické doporučení k primární prevenci rizikového chování u dětí, žáků a studentů ve školách a školských zařízeních*. Staženo 8.1.2021 z <http://www.msmt.cz/socialni-programy/metodicke-doporuceni-k-primarni-prevenci-rizikoveho-chovani>

NAVRÁTIL, Leoš. 2017. *Vnitřní lékařství pro nelékařské zdravotnické obory*. 2. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0210-5.

NEULS, Filip a Karel FRÖMEL. 2016. *Pohybová aktivita a sportovní preference adolescentek*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5090-2.

NOVÁKOVÁ, Iva. 2011. *Zdravotní nauka 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3709-6.

NOVOTNÁ, Bronislava a Jiří NOVÁK. 2012. *Alergie a astma: v těhotenství: prevence v dětství*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4390-5.

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

POUROVÁ, Veronika a Andrea JAKEŠOVÁ. 2019. *O výživě*. Praha: Pointa. ISBN 978-80-88335-68-9.

PRŮCHA, Jan. 2002. *Učitel: současné poznatky o profesi*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-621-7.

PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. 1998. *Pedagogický slovník*. 2. vydání. Praha: Portál. ISBN 80-7178-252-1.

PRŮCHA, Jan. 2017. *Moderní pedagogika*. Šesté, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1228-7.

RAUDENSKÁ, Jaroslava a Alena JAVŮRKOVÁ. 2011. *Lékařská psychologie ve zdravotnictví*. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2223-8.

ROKYTA, Richard. 2009. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3012-7.

RUBÍN, Lukáš. 2018. *Pohybová aktivita a tělesná zdatnost českých adolescentů v kontextu zastavěného prostředí: Physical activity and physical fitness of Czech adolescents in the context of the built environment*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5451-1.

RYCHTECKÝ, Antonín a Pavel TILINGER. 2017. *Životní styl české mládeže: pohybová aktivita, standardy a normy motorické výkonnosti*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3746-4.

ŘÍČAN, Pavel. 2010. *Psychologie osobnosti: obor v pohybu*. 6. vydání, V Grada Publishing 2. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-3133-9.

SHARMA, Sangita a kol. 2018. *Klinická výživa a dietologie: v kostce*. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0228-0.

SIKOROVÁ, Lucie. 2012. *Dětská sestra v primární a komunitní péči*. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3592-4.

SOVOVÁ, Eliška. 2008. *100+1 otázek a odpovědí o krevním tlaku: syndrom obstrukční spánkové apnoe, jak správně měřit krevní tlak, nebezpečí hypertenze*. Praha: Grada. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-2281-8.

SPILKOVÁ, Vladimíra a Anna TOMKOVÁ. 2010. *Kvalita učitele a profesní standard*. Praha: Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7290-496-9.

SUCHÝ, Jiří a Pavel NÁHLOVSKÝ. 2012. *Životní koučování a sebekoučování: klíč k pozitivním změnám a osobní spokojenosti*. Praha: Grada. Poradce pro praxi. ISBN 978-80-247-4010-2.

SYSLOVÁ, Zora. 2013. *Profesní kompetence učitele mateřské školy*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-4309-7.

ŠVAMBERK ŠAUEROVÁ, Markéta. 2018. *Techniky osobnostního rozvoje a duševní hygieny učitele*. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-271-0470-3.

VALIŠOVÁ, Alena, Hana KASÍKOVÁ a Miroslav BUREŠ. 2011. *Pedagogika pro učitele*. 2. vydání. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-3357-9.

VELEMÍNSKÝ, Miloš. 2017. *Zdraví a nemoc*. 2. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7394-664-7.

ZACHAROVÁ, Eva, Miroslava HERMANOVÁ a Jaroslava ŠRÁMKOVÁ. 2007. *Zdravotnická psychologie: Teorie a praktická cvičení*. Praha: Grada. 232 s. ISBN 978-80-247-2068-5.

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

Články

GABANI, Flávia Lopes, Arthur Eumann MESAS, Mayara Cristina DA SILVA SANTOS, Alberto Durán GONZÁLEZ a Selma Maffei DE ANDRADE. 2021. *Chronic musculoskeletal pain and occupational aspects among Brazilian teachers*. International Journal of Occupational Safety and Ergonomics, Taylor & Francis & Central Institute for Labour Protection – National Research Institute, 27 (1), 1-7. DOI: 10.1080/10803548.2021.1906030. PMID: 33784956.

Dostupné

z:

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10803548.2021.1906030?journalCode=tose20>

LAGROSEN, Yvonne a Stefan LAGROSEN. 2020. *Gender, quality and health – a study of Swedish secondary school teachers*. International Journal of Workplace Health Management. Emerald Publishing Limited, 13(2), 223-238. DOI: 10.1108/IJWHM-09-2018-0125. ISSN 1753-8351. Dostupné z: <https://www.emerald.com/insight/1753-8351.htm>

LAUDANSKA-KRZEMINSKA, Ida. 2014. *Health behaviours and their determinants among physical education and pedagogy students as well as school teachers – a comparison study*. Acta Universitatis Carolinae. Kinanthropologica. 50(2), 69-78. DOI: 10.14712/23366052.2015.17. ISSN 1212-1428. Dostupné také z: http://www.cupress.cuni.cz/ink2_stat/index.jsp?include=AUC_detail&id=89&zalozka=0&predkl=0

PAPRŠTEINOVÁ, M., J. ŠMEJKALOVÁ, L. HODÁČOVÁ a E. ČERMÁKOVÁ. 2011. *Zdravotní stav a životní styl učitelů různých stupňů škol*. Pedagogika [online]. LXI, 164-174 [cit. 2021-01-09]. ISSN 2336-2189. Dostupné z: <http://pages.pdf.cuni.cz/pedagogika>

PIRZADEH Asiyeh, Gholamreza SHARIFIRAD, Aziz KAMRAN. 2012. Healthy lifestyle in teachers. Journal of Education Health Promotion. 1(46), 1-12. PMID: 23555149. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3577411/#!po=70.8333>

POKORNÁ, Jitka a Petr JANSÁ. 2010. *Pohybové aktivity a životospráva jako indikátory životního stylu učitelů*. Studia kinanthropologica [online]. 11(2), 83-93 [cit. 2020-09-09]. ISSN 1213-2101. Dostupné z: <http://www.pf.jcu.cz/stru/katedry/tv/studiaka.html>

PTÁČEK, Radek, Martina VŇUKOVÁ, Jiří RABOCH, Irena SMETÁČKOVÁ, Pavel HARSA a Lucie ŠVANDOVÁ. 2018. *Syndrom vyhoření a životní styl učitelů českých základních škol*. Česká a slovenská psychiatrie. 114(5), 199-204. ISSN 1212-0383. Dostupné také z: <http://www.cspsychiatr.cz/archiv.php>

Vyhlášky

Vyhláška č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů.

In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2006, Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-537>

Vyhláška č. 70/2012 Sb. Vyhláška o preventivních prohlídkách. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-70>

Vyhláška č. 39/2012 Sb., o dispensární péči. In: *Sbírka zákonů České republiky*. 2012, Dostupný z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-39>

Seznam použitých symbolů a zkratek

% = procento

a kol. = a kolektiv

AIDS = Acquired Immune Deficiency Syndrome, syndrom získaného selhání imunity

BMI = Body Mass Index

CMP = cévní mozková příhoda

COVID-19 = Coronavirus disease 2019

č. = číslo

DM = diabetes melitus

DS = dýchací soustava

et al. = a jiní

g = gram

kg = kilogram

LF UK = Lékařská fakulta Univerzity Karlovy

mm Hg = torr, milimetr rtuťového sloupce

MŠMT ČR = Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy České republiky

OR = nebo

REM = Rapid eye movement, rychlé pohyby očí

s. = strana

SARS-CoV-2 = Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus

Sb. = sbírka

SŠ = střední škola

TBC = tuberkulóza

tj. = to je

TS = trávicí soustava

TV = televize

WHO = World Health Organization, Světová zdravotnická organizace

ZŠ = základní škola

Seznam obrázků

Obrázek 1 Postupový diagram (zdroj: vlastní výzkum).....	50
Obrázek 2 Grafické zobrazení otázky č. 26 (zdroj: vlastní výzkum)	58
Obrázek 3 Grafické zobrazení otázky č. 23 (zdroj: vlastní výzkum)	59
Obrázek 4 Grafické zobrazení otázky č. 1 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114).....	66
Obrázek 5 Grafické zobrazení otázky č. 2 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114).....	68
Obrázek 6 Grafické zobrazení otázky č. 3 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114).....	70
Obrázek 7 Grafické zobrazení otázky č. 4 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114).....	72
Obrázek 8 Grafické zobrazení otázky č. 5 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114).....	74
Obrázek 9 Grafické zobrazení otázky č. 6 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114).....	76
Obrázek 10 Grafické zobrazení otázky č. 7 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114).....	78
Obrázek 11 Grafické zobrazení otázky č. 8 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114).....	80
Obrázek 12 Grafické zobrazení otázky č. 9 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114).....	82
Obrázek 13 Grafické zobrazení otázky č. 10 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114).....	84
Obrázek 14 Grafické zobrazení otázky č. 11 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114).....	85
Obrázek 15 Grafické zobrazení otázky č. 12 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114).....	87
Obrázek 16 Grafické zobrazení otázky č. 13 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114).....	89
Obrázek 17 Grafické zobrazení otázky č. 14 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114).....	91
Obrázek 18 Grafické zobrazení otázky č. 15 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114).....	93
Obrázek 19 Grafické zobrazení otázky č. 16 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114).....	94
Obrázek 20 Grafické zobrazení otázky č. 17 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114).....	96
Obrázek 21 Grafické zobrazení otázky č. 18 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114).....	98
Obrázek 22 Grafické zobrazení otázky č. 19 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114).....	100
Obrázek 23 Grafické zobrazení otázky č. 20 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114).....	102

Obrázek 24 Grafické zobrazení otázky č. 21 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114).....	103
Obrázek 25 Grafické zobrazení otázky č. 22 (zdroj: vlastní výzkum, N = 114).....	105
Obrázek 26 Grafické zobrazení otázky č. 1 dle distribuce typu školy (zdroj: vlastní výzkum, N = 114).....	107
Obrázek 27 Grafické zobrazení otázky č. 3, 4, 5 dle distribuce typu školy (zdroj: vlastní výzkum, N = 114).....	108
Obrázek 28 Grafické zobrazení otázky č. 3, 4 dle distribuce délky praxe (zdroj: vlastní výzkum, N = 114).....	112

Seznam tabulek

Tabulka 1 Vyhodnocení otázky č. 24 (zdroj: vlastní výzkum)	60
Tabulka 2 Vyhodnocení otázky č. 25 (zdroj: vlastní výzkum)	61
Tabulka 3 Sledované faktory životního stylu pedagogů (zdroj: vlastní výzkum, N = 114)	109
Tabulka 4 Porovnání negativních faktorů životního stylu dvou výzkumů	114

Seznam příloh

Příloha 1 Ukázka průvodního dopisu.....	129
Příloha 2 Ukázka dotazníku v elektronické podobě	130

Příloha 1 Ukázka průvodního dopisu

Vážená paní ředitelko,

Vážený pane řediteli,

Obracím se na Vás s prosbou o umožnění dotazníkového šetření na Vaší škole. Jmenuji se Marie Dostálová a jsem studentkou navazujícího magisterského studia oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy na Univerzitě Palackého v Olomouci.

Zpracovávám diplomovou práci na téma Subjektivní zdravotní stav a životní styl pedagogů ZŠ a SŠ na Žďársku, a proto bych Vás touto cestou chtěla požádat o možnost vyplnění dotazníku Vašimi pedagogickými pracovníky. Vzhledem k situaci COVID-19 posílám pouze elektronickou verzi dotazníku a zde odkaz na ni: <https://www.surveio.com/survey/d/O2X2J5F7G9X9Z1K2U>

Předem děkuji za kladné vyřízení, čas, ochotu a spolupráci podílet se na výzkumu.

S pozdravem

Bc. Marie Dostálová, studentka 2. ročníku Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy, navazující magisterské studium

Příloha 2 Ukázka dotazníku v elektronické podobě

Vážená paní učitelko, vážený pane učiteli,

Jmenuji se Marie Kučerová a jsem studentkou 1. ročníku kombinovaného studijního oboru Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

Ráda bych Vás touto cestou požádala o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé diplomové práce na téma „Subjektivní zdravotní stav a životní styl pedagogů ZŠ a SŠ na Žďársku“, Vaše odpovědi jsou pro mne velmi důležité a vzácné, poslouží mi jako materiály k vypracování výzkumné části diplomové práce.

Vyplněním tohoto dotazníku dáváte souhlas se zpracováním Vašich odpovědí. Dotazník je zcela anonymní. Vámi zvolené odpovědi prosím zakroužkujte.

Předem děkuji za vyplnění.

1. Jak hodnotíte své zdraví (Světová zdravotnická organizace definuje zdraví jako „stav kompletní fyzické, duševní a sociální pohody a nikoliv pouhé nepřítomnosti nemoci či vady.“)?

- a) velmi dobře
- b) dobře, jsem zdrav/a
- c) celkem dobře, průměrně
- d) špatně, mám dlouhodobé obtíže
- e) velmi špatně, cítím se vážně nemocen/na

2. Kdy jste naposledy navštívila lékaře s nějakým zdravotním problémem?

- a) před půl rokem
- b) před rokem
- c) před více než rokem
- d) nepamatuji si

3. Trpíte chronickými obtížemi?

- a) ano
- b) ne

pokud ano, uveďte jaké:

4. Bylo vám diagnostikováno některé z níže uvedených onemocnění? (možnost výběru více odpovědí)

- a) onemocnění srdce a cév (např. vysoký krevní tlak)
- b) onemocnění dýchacího ústrojí (např. alergie, astma)
- c) onemocnění pohybového aparátu (např. bolesti kloubů, zad)
- d) onemocnění trávicí soustavy (např. průjemy, zácpy, vředy)
- e) diabetes melitus (cukrovka)
- f) psychická onemocnění (např. poruchy příjmu potravy, poruchy spánku, deprese)
- g) jiná onemocnění
- h) žádné onemocnění mi nebylo diagnostikováno

5. Kdy vám bylo diagnostikováno některé z výše uvedených onemocnění?

- a) v průběhu celého života
- b) v průběhu učitelské kariéry
- c) v průběhu uplynulého roku
- d) nikdy

6. Domníváte se, že dodržujete zásady zdravého životního stylu (*souhrn rozhodnutí, která vedou jedince k dosažení úplné fyzické, psychické a sociální pohody*)?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) ne

7. Jak trávíte svůj volný čas?

- a) aktivně (např. sport, procházky, práce na zahradě)
- b) pasivně (např. sledování TV, četba knih)
- c) kombinace

8. Kolik hodin denně věnujete trávení volného času?

- a) méně než 1 hodinu
- b) 1 až 2 hodiny
- c) více než 2 hodiny

9. Kolik hodin denně průměrně spíte za poslední rok?

- a) méně jak 6 hodin
- b) 6 až 8 hodin
- c) více jak 8 hodin

10. Jaká je podle Vašeho mínění kvalita Vašeho spánku?

- a) klidný
- b) narušený

11. Užíváte léky na spaní či uklidnění?

- a) ano
- b) ne

12. Kouříte?

- a) ne
- b) ano (uvedte počet vykouřených cigaret za den):
- c) příležitostně (uvedte počet vykouřených cigaret při dané příležitosti):

13. Pijete alkohol?

- a) ano
- b) ne
- c) příležitostně

14. Kolik tekutin za den vypijete?

- a) méně jak 1 litr
- b) 1 až 2 litry
- c) více jak 2 litry

15. Jak se podle Vás stravujete?

- a) snažím se stravovat zdravě (pestré, vyvážené a pravidelné stravování)
- b) stravuji se tím, co mi chutná
- c) nepřemýšlím o tom, co jím

16. Snídáte?

- a) ano
- b) snídám jen příležitostně
- c) nesnídám

17. Dodržujete obědové pauzy?

- a) ano
- b) ne

18. Kolik zeleniny obvykle za den sníte? (1 porce = hrst)

- a) 5 a více porcí
- b) 3 až 4 porce
- c) 1 až 2 porce
- d) zeleninu jím příležitostně
- e) zeleninu nejím

19. Kolik porcí ovoce obvykle za den sníte? (1 porce = hrst)

- a) 5 a více porcí
- b) 3 až 4 porce
- c) 1 až 2 porce
- d) ovoce jím příležitostně
- e) ovoce nejím

20. Těší Vás Vaše práce?

- a) ano, do práce chodím rád/a
- b) ne

21. Jste často ve stresu?

- a) ano
- b) ne
- c) občas

22. Využíváte relaxačních technik?

- a) ne
- b) ano, uveďte jaké:

23. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) ženské
- b) mužské

24. Jaký je Váš věk?

.....

25. Jaká je délka Vaší profesní praxe?

- a) do 5 let
- b) více než 5 let

26. Na kterém stupni školy vyučujete?

- a) základní škola
- b) gymnázium
- c) střední škola

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Marie Dostálová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	Mgr. Petr Zemánek, Ph.D.
Rok obhajoby:	2021

Název práce:	Subjektivní zdravotní stav a životní styl pedagogů ZŠ a SŠ na Žďársku
Název v angličtině:	The subjective health status and lifestyle of the primary and secondary school teachers in the district of Žďár region
Anotace práce:	Diplomová práce se zabývá subjektivním zdravotním stavem a životním stylem pedagogů ZŠ a SŠ na Žďársku. Teoretická část pojednává o osobnosti pedagoga, zdraví, nemoci a životním stylu. Praktická část analyzuje data z kvantitativního výzkumu, který byl realizován technikou dotazníku. Respondenty byli učitelé základních a středních škol okresu Žďár nad Sázavou. Hlavním cílem bylo zjistit, jak učitelé subjektivně hodnotí svůj zdravotní stav a jak dodržují zásady zdravého životního stylu.
Klíčová slova:	učitel, zdraví, zdravotní stav, nemoc, životní styl

Anotace v angličtině:	The thesis deals with the subjective health status and lifestyle of primary and secondary school teachers in the Žďár region. The theoretical part deals with the personality of the teacher, health, diseases, and a lifestyle. The practical part analyzes the data of quantitative research which was realized by using the questionnaire technique. The respondents were teachers of primary and secondary schools in the Žďár region. The main aim was to find out how teachers subjectively evaluate their health status and how they follow the principles of a healthy lifestyle.
Klíčová slova v angličtině:	teacher, health, health status, disease, lifestyle
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1 Ukázka průvodního dopisu Příloha 2 Ukázka dotazníku v elektronické podobě
Rozsah práce:	128
Jazyk práce:	Český