

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra antropologie a zdravovědy

Diplomová práce

Bc. Darina Klapsiová

Učitelství odborných předmětů pro zdravotnické školy

Subjektivní zdravotní stav a životní styl pedagogických pracovníků v okrese Frýdek-Místek

Olomouc 2018

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

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma „Subjektivní zdravotní stav a životní styl pedagogických pracovníků v okrese Frýdek-Místek“ vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

V Olomouci dne

Podpis

Tímto bych chtěla poděkovat zejména vedoucímu mé diplomové práce, panu Mgr. Petru Zemánkovi, Ph. D., za cenné rady, trpělivost, vstřícnost a čas, který mi při tvorbě této práce věnoval. Velké díky patří rovněž všem respondentům, kteří se na mém dotazníkovém šetření podíleli. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat také své rodině a partnerovi, kteří pro mě byli po celou dobu mého studia velkou oporou.

OBSAH

Úvod.....	6
1 CÍL PRÁCE	7
2 TEORETICKÉ POZNATKY	8
2.1 Zdraví.....	8
2.1.1 Definice zdraví a nemoci	8
2.1.2 Determinanty zdraví	9
2.1.3 Prevence.....	10
2.1.4 Preventivní prohlídky	11
2.1.5 Screeningové programy v ČR.....	13
2.2 Zdravotní potíže pedagogických pracovníků	15
2.2.1 Bolesti zad.....	15
2.2.2 Bolesti hlavy	17
2.2.3 Bolesti dolních končetin	20
2.3 Životní styl.....	21
2.3.1 Strava.....	22
2.3.2 Pohybová aktivita	25
2.3.3 Spánek	27
2.3.4 Kouření	29
2.3.5 Stres	30
2.4 Relaxační techniky	34
3 METODIKA PRÁCE.....	38
3.1 Metodika výzkumu	38
3.2 Teoreticko-praktická příprava	38
3.2.1 Výzkumné problémy	39
3.3 Charakteristika výzkumného souboru	39
3.4 Použitá metoda	43
3.5 Organizace výzkumu	44

4	Výsledky	45
4.1	Předvýzkum	45
4.2	Vyhodnocení výzkumu	45
5	DISKUZE	95
	Závěr	98
	Souhrn	99
	Summary	100
	Referenční seznam.....	101
	Seznam použité literatury	101
	Vyhlášky a zákony	105
	Seznam grafů a tabulek.....	106
	Seznam příloh	108

ÚVOD

„Zdraví je vzácná věc, je to vpravdě jediná věc, která zaslouží, abychom úsilí o ni obětovali nejen čas, pot, námahu, jmění, ale i život; tím spíše, že bez něho se pro nás život stává trápením a strastí. Není-li zdraví, potemní a vyprchají i rozkoš, moudrost, učenost a ctnost“ (Montaigne, 1995).

Téma mé diplomové práce zní „Subjektivní zdravotní stav a životní styl pedagogických pracovníků v okrese Frýdek-Místek“. Tuto problematiku jsem si zvolila částečně kvůli její aktuálnosti a částečně proto, že ve mně toto téma vzbudilo zájem čistě z profesního hlediska všeobecné sestry. Učitelská profese je v současné společnosti jedna z nejrozšířenějších a její významnost je vysoká, jelikož se počty vzdělávajících se lidí v různých druzích škol a formách vzdělávání stále zvyšují. Mimo učitelů vysokých škol v českém školství v současnosti pracuje více než 160 000 učitelů. Jejich pracovní pole je dosti široké a zahrnuje mimo přímou výukovou činnost také mnoho dalších činností. Pracovní zátěž pedagogických pracovníků je tedy vysoká a nároky na vykonávání této profese se neustále zvyšují (Průcha, Veteška, 2012). Pedagogičtí pracovníci tedy vykonávají povolání, které podle mnoha studií patří mezi ta se zvýšenou psychickou zátěží. Tato zátěž, která na pedagoga naléhá permanentně, se může projevat také nepříznivě na jeho zdravotním stavu.

Z mnoha výzkumů také vyplývá, že životní styl Čechů není zrovna příkladný a většina dnešní společnosti upřednostňuje konzumní způsob života, před dodržováním zdravého životního stylu. Udržování tohoto nevhodného směru spolu s nedostatkem pohybu a výskytem rizikového chování jako například kouřením či nadměrnou konzumací alkoholu se také daleko zvyšuje pravděpodobnost vzniku různých zdravotních potíží.

V teoretické části jsem se proto rozhodla zaměřit na definici zdraví a nemoci, prevenci, preventivní prohlídky, screeningové programy České republiky, životní styl, stres a nejčastěji se vyskytující zdravotní potíže u pedagogických pracovníků. V praktické části jsem se pak snažila na skupině respondentů formou dotazníkového šetření zjistit, v jaké míře je určité zdravotní potíže postihují, zdali dbají o své zdraví a navštěvují pravidelně lékaře, jaký je jejich životní styl a zda je jejich práce stresuje. Smyslem této práce je tedy zmapovat míru stresu, celkový životní styl a zdravotní potíže pedagogických pracovníků pracujících v mateřských a základních školách v okrese Frýdek-Místek.

1 CÍL PRÁCE

Hlavním cílem této diplomové práce bylo zmapovat jaký je subjektivní zdravotní stav a životní styl pedagogických pracovníků v okrese Frýdek-Místek. Jelikož je tento kraj poměrně rozsáhlý a s velkým množstvím škol, rozhodla jsem se, že se zaměřím na školy v místě mého bydliště, konkrétně v okolí města Jablunkova. Nakonec se mi podařilo oslovit 7 škol, které s účastí na tomto dotazníkovém šetření souhlasily, za což jim patří obrovský dík. Jednalo se o 3 základní školy, 1 mateřskou školku a 3 školy, ve kterých byla umístěna mateřská i základní škola. Počet pedagogických pracovníků na jednotlivých školách byl v rozmezí 9 až 50 pracovníků. Původním plánem bylo oslovit také školy střední, bohužel s účastí na mém dotazníkovém šetření nesouhlasily.

Na základě hlavního cíle diplomové práce, byly formulovány dílčí cíle, z nichž byly následně formulovány tři pracovní hypotézy, které měly ověřit výsledky dotazníkového šetření na podkladě studia literatury. Přesné znění výzkumných hypotéz je uvedeno v podkapitole 3.2.1 Výzkumné problémy.

Dílčí cíle:

- 1. Zjistit, jaké subjektivní potíže se nejčastěji vyskytují u pedagogické profese.*
- 2. Zjistit, zda je pedagogická profese původcem jejich stresu.*
- 3. Porovnat subjektivní zdravotní stav u učitelů různých stupňů škol.*

2 TEORETICKÉ POZNATKY

V teoretické části je zpracována oblast zdraví, její definice a faktory, které ji ovlivňují. Dále je práce zaměřena také na prevenci, její důležitost, typy preventivních prohlídek a screeningových programů České republiky. Druhá oblast pojednává o nejčastějších zdravotních komplikacích, které učitelskou profesi provází a které jsou řešeny v metodické části diplomové práce. Je zde také popsán životní styl, se svými dimenzemi, a na závěr možnosti a uplatnění relaxačních technik.

2.1 Zdraví

Zdraví je jedním z nejdůležitějších předpokladů pro plnohodnotný, spokojený a kvalitní život každého člověka. Abychom mohli správně připravit a realizovat opatření vedoucí ke zlepšení zdraví, je nutné pojem zdraví správně pochopit. Nejedná se pouze o opatření v rámci rezortu zdravotnictví. Zdraví se týká všech lidí, proto je zde velice důležitý zájem a péče o zdraví v rámci celé společnosti a společně sdílená odpovědnost za zdraví (Holčík, 2012).

Zdraví je nezbytnou podmínkou pro kvalitní výkon v každé profesi. Avšak pro některá povolání, mezi něž patří i učitelská profese, je zdraví základním kamenem. Aby pedagog ve své učitelské roli v náročném prostředí, plném stresorů obstál, je nutné, aby byl zdravý po tělesné i psychické stránce. Měl by tedy o své zdraví soustavně pečovat ve všech jeho rovinách (Švamberk Šauerová, 2018).

2.1.1 Definice zdraví a nemoci

Samotnou definici zdraví je těžké jednoduše a výstižně uchopit, neboť se jedná o složitý pojem, který neobsahuje pouhou charakteristiku organismu, ale je také významnou humánní, individuální i sociální hodnotou. Mezi nejčastěji užívané definice zdraví patří definice světové zdravotnické organizace, která zdraví definuje jako „*stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady*“ (WHO, 1948).

Tato definice obsahuje prvek pozitivního vymezení zdraví (stav úplné duševní, tělesné a sociální pohody) i prvek negativní (nepřítomnost nemoci nebo vady). Definice však již nevynechává, co se myslí pohodou. Zde hraje významnou roli především subjektivní pocit daného jedince. Zdraví tedy obsahuje výraznou objektivní i subjektivní složku a je výsledkem

komplikovaného působení mnoha různých faktorů (Čeledová, Holčík, 2018; Čevela, Čeledová a Dolanský, 2009; Holčík, 2012; Machová, Kubátová a kol., 2015).

Stejně jako zdraví i nemoc lze definovat z mnoha pohledů. Nemoc můžeme označit jako patologický stav organismu nebo mysli, který vzniká v důsledku změny funkcí nebo poškozením buněk, tkání a orgánů. Tento stav vzniká působením vnitřních či zevních podnětů, které narušují správné fungování a rovnováhu organismu. Normativní definice nemoci uvádí, že nemoc je pouze takový stav, který způsobuje člověku subjektivní potíže. Tato definice ale nepokrývá všechny nemoci, neboť některé z nich jedinci žádné subjektivní potíže nezpůsobují – kupříkladu vysoký krevní tlak. Jedná se tedy o poruchu zdraví, která zabraňuje organismu vyrovnat se s určitými nároky zevního i vnitřního prostředí. Samotné vnímání zdraví a nemoci je velice individuální a subjektivní. Vnímání jedince tedy nemusí vždy odpovídat objektivnímu nálezu (Blaxter, 2010; Čeledová, Čevela, 2010; Machová, Kubátová a kol., 2015).

2.1.2 Determinanty zdraví

Jako determinanty zdraví označujeme faktory působící na potenciál zdraví, které ho mohou ovlivňovat jak pozitivně (chránit a posilovat), tak negativně (oslabovat). Jednotlivé faktory se vždy navzájem ovlivňují, ať už na jedince působí přímo, nebo zprostředkovaně.

Můžeme je rozdělit na vnitřní a vnější. Mezi vnitřní determinanty řadíme genetické faktory. Tuto dědičnou výbavu získává každý jedinec již na počátku svého ontogenetického vývoje a sám ji nemůže nijak ovlivnit. Vnější determinanty tvoří tři základní skupiny ovlivňující zdraví, a to konkrétně životní styl, pracovní a životní prostředí a zdravotnické služby.

Na formování zdraví se tedy podílejí zejména tyto činitele:

- *Životní styl (50–60 %)*
- *Životní prostředí (15–20 %)*
- *Genetické predispozice (15–20 %)*
- *Zdravotnické služby (10 %)*

Jak je již patrné z výše uvedeného procentuálního zastoupení, nejvíce ovlivňuje naše zdraví zejména životní styl. Naopak nejméně zdraví člověka ovlivňují zdravotnické služby. Mezi veřejností přesto přetrvává názor, že dobré zdraví se rovná dobré zdravotnictví. A přestože

u zdravotnictví dochází neustále k vědeckému a technologickému rozvoji, samotné zdravotnictví, jako systém dostupné zdravotní péče, ovlivňuje zdraví populace maximálně z 15–20 %. Jedná se tedy o nejvíce přeceňovaný činitel. Jak je patrné, nejvíce si za své zdraví zodpovídá člověk sám, a proto je velice důležité celou společnost informovat a podporovat ji v její cestě ke zdraví (Čevela, Čeladová a Dolanský, 2009; Čeledová, Čevela, 2010; Machová, Kubátová a kol., 2015).

2.1.3 Prevence

S podporou zdraví přichází ruku v ruce prevence. Prevence je činnost, která dopomáhá upevňování zdraví, zabraňuje vzniku onemocnění a vede k prodlužování aktivního života jedince. Hlavním záměrem prevence je tedy předcházet samotnému vzniku onemocnění. Může být prováděna buď u daného jedince, nebo v rámci celé populace (Čevela, Čeladová a Dolanský, 2009).

Preventivní činnosti dělíme na:

1. **Nespecifické (obecné)** – zaměřeny na podporu zdravého životního stylu, snaha o zabezpečení příznivého životního prostředí
2. **Specifické (profylaktické)** – zaměřeny na zabránění vzniku určitého onemocnění, popř. následků tohoto onemocnění (př. očkování)

Podle času prevenci rozlišujeme na 3 základní typy:

1. *Primární*
2. *Sekundární*
3. *Terciální*

Primární prevence

Je zaměřena na ochranu a posílení zdraví. Týká se tedy období, kdy nemoc ještě nevznikla. Obsahuje komplexní, zdravotní a sociální opatření, která jsou orientována na ochranu zdravých životních a pracovních podmínek, zdravý životní styl i na speciální zdravotní opatření (př. očkování). Jedná se tedy o aktivity, jejichž cílem je posílit zdraví a eliminovat rizikové faktory jako např. nekouřit, mýt si ruce, používat bezpečnostní pásy v autě. Ze zdravotnického pohledu se na tomto typu prevence podílí především ochrana veřejného zdraví a výchova

ke zdraví. Jedná se tedy o ochranu životního a pracovního prostředí, komunální hygienu, dodržování hygienických norem a epidemiologických požadavků ve všech oblastech lidského života, podpora racionální výživy, tělesné aktivity a duševní hygieny (Čevela, Čeladová a Dolanský, 2009; Machová, Kubátová a kol., 2015).

Sekundární prevence

Se snaží předcházet nepříznivým následkům již vzniklého onemocnění, jejím komplikacím a nezvratným změnám. Nejdůležitějšími prostředky jsou včasná a správná diagnostika onemocnění a včasná a účinná terapie. Řadíme zde tedy preventivní prohlídky a screeningové preventivní programy (Čevela, Čeladová a Dolanský, 2009; Machová, Kubátová a kol., 2015).

Terciální prevence

Jejím cílem je obnovení omezené nebo ztracené funkce organismu v takové míře, aby byl jedinec schopný plnit své obvyklé role (návrat do pracovního procesu, co největší míra soběstačnosti). Terciální prevenci tedy představuje zejména rehabilitační péče, která je komplexní a uplatňuje se již od počátku onemocnění (Čevela, Čeladová a Dolanský, 2009; Machová, Kubátová a kol., 2015).

V současnosti si již většina společnosti uvědomuje důležitost prevence a rozumí tomu, že je lepší nemocem předcházet, než jimi následně trpět. Přesto některá preventivní opatření veřejnost přijímá neochotně, nebo na ně nedbá. Toto chování souvisí s tím, že zdraví lidé, kteří netrpí žádnými zdravotními potížemi nebo bolestmi, necítí potřebu navštěvovat lékaře. Z tohoto pohledu vyplývá, že lidé často trpí domněnkou, že právě jim daná nemoc nehrozí (Machová, Kubátová a kol., 2015).

2.1.4 Preventivní prohlídky

Prevence je tedy neoddělitelnou složkou zdraví celé populace a měl by se o ni zajímat každý člověk. Preventivní prohlídky jsou vykonávány v pravidelných intervalech u registrujících lékařů primární péče. Tyto prohlídky by lidé měli podstupovat, i přestože se cítí zdraví, jelikož jejich cílem je právě včasná diagnostika závažného onemocnění. Při prohlídce se lékař snaží objevit známky nemoci. Pokud je nemoc stanovena v raném stádiu může být zcela vyléčitelná,

a to i v případě nádorového onemocnění. Hlavním smyslem preventivních prohlídek je tedy objevit známky nemoci v počátečním stádiu, kdy je daná nemoc ještě léčitelná.

Vyhláška č. 70/2012 Sb. O preventivních prohlídkách je zákonnou normou, která vyhrazuje, co jsou preventivní prohlídky, jaké mají intervaly, kdo je provádí a co všechno obsahují. V této práci se zaměříme na preventivní prohlídky, které se provádí u dospělé populace (mzcr.cz, 2013; VZP ČR, 2015).

Druhy preventivních prohlídek:

- a) *všeobecná preventivní prohlídka*
- b) *všeobecná preventivní prohlídka dětí*
- c) *stomatologická preventivní prohlídka*
- d) *gynekologická preventivní prohlídka*

Všeobecná preventivní prohlídka

Provádí ji praktický lékař, u něhož jsme registrovaní vždy jednou za 2 roky. Jejím obsahem by mělo být doplnění anamnézy, včetně sociální, kde se lékař zaměřuje na změny, rizikové faktory, závislostní chování a profesní rizika. V rodinné anamnéze je kladen důraz zejména na výskyt kardiovaskulárních onemocnění, diabetu mellitu, hypertenze a nádorových onemocnění v rodině. Dále kontrola očkování, kompletní fyzikální vyšetření, změření krevního tlaku, výpočet indexu tělesné hmotnosti, orientační vyšetření sluchu a zraku. U osob, které mají familiární výskyt, nebo pokud je zde podezření na onkologické onemocnění lékař provádí dle typu onemocnění – vyšetření kůže, vyšetření per rectum, vyšetření varlat u mužů, a u žen od 25 let klinické vyšetření prsů, spolu s edukací samovyšetření prsů. Na preventivní prohlídku si musí také každý jedinec přinést vzorek moči, který poslouží k vyšetření diagnostickým papírkem. Při první všeobecné prohlídce a poté ve 30, 40, 50 a 60 letech se provádí laboratorní vyšetření koncentrace celkového cholesterolu (spolu s HDL-cholesterolem, LDL-cholesterolem) a triacylglycerolů. Laboratorní vyšetření glykemie se provádí při první prohlídce (přechod od praktického lékaře pro děti a dorost k praktickému lékaři pro dospělé) a od 40 let ve dvouletých intervalech. Od 40 let věku se také provádí vyšetření EKG, a to ve čtyřletých intervalech. Praktický lékař se také podílí na screeningových programech ČR, kde buď

samostatně provádí daná vyšetření, nebo doporučí provedení daného vyšetření u specialisty (mzcr.cz, 2013).

Stomatologická preventivní prohlídka

Podle vyhlášky č. 70/2012 Sb. má každý dospělý jedinec nárok na zubní preventivní prohlídku 1× ročně. V běžné praxi ale stomatologové doporučují prohlídku 2× ročně, kdy se jedná o jednu preventivní prohlídku podle vyhlášky a jednu tzv. pravidelnou prohlídku. Obsahem těchto prohlídek by mělo být vyšetření stavu chrupu, dásní, sliznice a měkkých tkání dutiny ústní, v rámci onkologické prevence stomatolog pátrá po prekancerózách i nádorových projevech v dutině ústní. Součástí by mělo být také poučení o správné hygieně dutiny ústní (mzcr.cz, 2013).

Gynekologická preventivní prohlídka

Na gynekologickou preventivní prohlídku by měla docházet pravidelně 1× ročně každá dívka po dovršení patnáctém roku života. Během této preventivní prohlídky by měla být odebrána a následně každou preventivní prohlídku aktualizována rodinná, osobní i pracovní anamnéza, se zřetelem na rizikové faktory. Dále by měla být gynekologem provedena prohlídka kůže a palpační vyšetření mizních uzlin (v oblasti pohlavních orgánů), vyšetření v zrcadlech a kolposkopické vyšetření (ne u virgo žen), odběr z děložního čípku k laboratornímu vyšetření (ne u virgo žen), palpační bimanuální vyšetření doplněné vyšetřením vaginální ultrazvukovou sondou. Součástí je také poučení o významu preventivní protirakovinné prohlídky, při první prohlídce a dále dle potřeby nácvik samovyšetření prsů. U žen nad 25 let s přítomností rizikových faktorů, či při pozitivní rodinné anamnéze na zhoubný nádor prsů se provádí klinické vyšetření prsů (Vyhláška č. 70/2012 Sb., 2012; mzcr.cz, 2013; VZP ČR, 2015).

2.1.5 Screeningové programy v ČR

Na preventivní prohlídky navazují tzv. screeningové programy, které mají odhalit výskyt onkologických onemocnění v raném stadiu, kdy se u lidí ještě nevyskytují žádné příznaky či potíže.

V České republice každoročně narůstá počet nově diagnostikovaných zhoubných onemocnění. Významná zátěž byla pozorována zejména u tří diagnóz, a to u karcinomu prsu, karcinomu děložního hrdla a kolorektálního karcinomu. Značné procento těchto karcinomů se

nacházelo již v pokročilém stádiu s nepříznivou prognózou na vyléčení. U ostatních vyspělých zemích Evropské unie byly tyto ukazatele výrazně nižší, a to zejména díky celoplošně organizovaným screeningovým programům. Zkušenost z těchto zemí ukazuje, že se díky těmto screeningovým programům zvýší návštěvnost a v dlouhodobé perspektivě dochází se snížení výskytu těchto závažných onemocnění. Z tohoto důvodu Ministerstvo zdravotnictví ČR spolu se zdravotními pojišťovnami vypracovalo projekt s názvem „Systém podpory prevence vybraných nádorových onemocnění v ČR - SCREENINGOVÉ PROGRAMY“, který byl zahájen v lednu roku 2014 a obsahoval tzv. adresné pozvání k účasti na preventivním screeningovém vyšetření a celorepublikovou informační kampaň, jejímž cílem bylo upozorňovat pojištěnce na nutnost pečovat o své zdraví.

Cílové skupiny:

- *Karcinom prsu* (ženy od 45 let do 70 let)
- *Karcinom děložního hrdla* (ženy od 25 let do 70 let)
- *Karcinom kolorekta* (muži a ženy od 50 do 70 let)

V České republice tedy existují tři organizované screeningové programy:

1. *Screening nádorů prsu* (vyšetření prsu prostřednictvím mamografie od 45 let 1 × za dva roky – doporučení k vyšetření vydá praktický lékař, gynekolog)
2. *Screening nádorů tlustého střeva a konečníku* (test na okultní krvácení do stolice od 50 do 55 let 1 × ročně a od 55 let 1 × za dva roky nebo screeningová kolonoskopie 1 × za 10 let – test na okultní krvácení vykoná praktický lékař, gynekolog, doporučení ke kolonoskopii vydá praktický lékař)
3. *Screening nádorů děložního hrdla* (cytologickým vyšetřením stěru z děložního čípku od 15 let 1 × ročně – stěr provádí gynekolog u preventivní prohlídky)

Pro každého člověka by mělo být absolvování preventivních prohlídek a screeningových vyšetření samozřejmostí. Bez aktivní účasti veřejnosti jsou preventivní programy bezcenné (mzcr.cz, 2014; VZP ČR, 2015; zdravotnický portál města Prahy, 2011).

2.2 Zdravotní potíže pedagogických pracovníků

Každá profese má svá specifika. Zdravotní rizika související s výkonem pedagogické profese jsou spojená zejména s velkou psychickou náročností nebo například zátěží pohybového aparátu.

2.2.1 Bolesti zad

Bolesti pohybového aparátu se řadí mezi nejčastěji se vyskytující bolesti. Ve vyspělých zemích dochází již od 50. let 20. století k stálému nárůstu počtu osob trpících touto bolestí. Přestože některé teorie prosazují názor, že bolesti zad jsou daní za vzpřímenou polohu těla, tomuto tvrzení neodpovídají epidemiologická zjištění, která uvádí, že v zemích, kde lidé nejsou zasaženi novodobou technickou civilizací, je výskyt bolestí zad daleko nižší. Tyto bolesti mají negativní dopad nejen na trpícího jedince, ale rovněž na celou společnost. Z ekonomického hlediska jsou bolesti páteře jednou z nejčastějších příčin pracovních neschopností spolu s dlouhodobou invalidizací a velkými výdaji za přímé i nepřímé náklady na léčbu (Rokyta, 2009).

Příčiny

Významný vliv na bolesti zad má tedy soudobá civilizace, komfortní životní styl populace spolu s vysokým životním standardem a snižováním fyzické námahy. Narůstá počet jedinců, kteří pracují v sedavém zaměstnání, přičemž ve svém volném čase zapomínají na zatěžování opěrného systému páteře správným způsobem. V tomto případě trpí nejvíce oblast bederní páteře, kde tito jedinci popisují nejvíce potíží. Další příčinou může být nadváha. Je však mylné domnívat se, že ve všech případech po zhubnutí bolesti páteře odezní. V některých případech se může bolest dokonce zvýšit. Pokud je u jedince maximum nadváhy situováno v břišní oblasti, může u rychlého zhubnutí dojít ke změně těžiště trupu, a tím i ke změně mechanismu zatěžování páteře a dolních končetin, čímž se může změnit i celkový stereotyp chůze. U těchto jedinců se tak může začít překvapivě vyskytovat i bolest kloubů, kterými předtím netrpěli. U rychlé redukce váhy může dojít také ke snížení svalové hmoty v oblasti páteře, čímž dochází také ke zhoršení potíží. Dalšími příčinami vzniku bolesti může být také neustále chybné držení páteře, nevhodná obuv a často opomíjeným faktorem, který bolesti také napomáhá, je psychický stres (Rokyta, 2009; Möhring, 2008).

Klasifikace

Bolesti zad nejčastěji dělíme podle doby trvání potíží na:

- *Akutní* – bolest trvající méně než 6 týdnů
- *Subakutní* – bolest trvající v rozmezí 6–12 týdnů
- *Chronické* – stálé, opakující se bolesti v období delším než 3 měsíce

Diagnostická triáda

V současnosti se k dělení bolestí zad z hlediska diagnostiky využívá diagnostická triáda. Řadí se zde prosté bolesti zad, nervové kořenové bolesti a závažná onemocnění páteře.

Prosté bolesti zad

Tento typ bolesti se nejčastěji vyskytuje u osob v produktivním věku, tedy v rozmezí 20 až 55 roku života. Tito jedinci nemají celkové potíže, bolesti vznikají s pohybem a mají tendenci slábnout, pokud se jedinec nepřetěžuje a má přiměřenou tělesnou aktivitu. Odborně je tento typ bolesti popisován jako nociceptivní, což znamená, že má původ v nociceptorech, což jsou receptory, které jsou umístěny v různých tkáních a umožňují člověku vnímat bolestivé stimuly. Celková prognóza je u tohoto onemocnění velice příznivá, kdy se do 6 týdnů vyléčí 90 % nemocných (Rokyta, 2009).

Nervová kořenová bolest

Toto onemocnění je způsobeno nejčastěji výhřezem disku, stenózou páteřního kanálu nebo jizevnatými změnami v oblasti páteře. Odborně je tato bolest popisována jako neuropatická. Tato bolest je daleko nepříjemnější než u prosté bolesti zad. Je ostrá, pálivá, vystřelující, se známkami nervového dráždění s poruchou svalové síly i citlivosti. Prognóza je zde nepříznivější, kdy se do 6 týdnů uzdraví asi pouze polovina nemocných (Rokyta, 2009).

Závažná onemocnění

V literatuře se nejzávažnější bolesti zad označují jako red flags, neboli červené praporky. Řadí se zde nádorová onemocnění, infekce, záněty a deformity. I přestože jsou bolesti zad v populaci běžné, musí lékař hledat varovné příznaky, které mohou signalizovat závažné onemocnění. V případě bolestí zad se může jednat o věk pod 20 let nebo nad 55 let. Dále pak

bolesti zad v méně typických oblastech, jako například bolest hrudní páteře. Varováním by měl být také stav po úrazu, násilném poranění, pádu bez zjevného poškození páteře, nebo bolest páteře, která se zhoršuje v klidu, v leže, tedy v situacích, kde je mechanická bolest neobvyklá (Rokyta, 2009).

2.2.2 Bolesti hlavy

Bolesti hlavy postihují lidstvo od pradávna. Patří mezi jednu z nejčastějších potíží, se kterou lidé přicházejí k lékaři, a proto představují velice závažnou problematiku. Nejčastěji se jedná o benigní primární bolesti hlavy, avšak s vyšším věkem stoupá i pravděpodobnost výskytu sekundárních bolestí hlavy (Kotas, 2015).

Primární bolesti hlavy

U primárních bolestech hlavy se nevyskytuje žádná strukturální léze nebo jiné organické poškození hlavy. Tyto bolesti tedy nejsou projevem žádného dalšího onemocnění. Jejimi charakteristickými příznaky jsou:

- *Opakující se bolesti hlavy*
- *Relativně neměnný klinický obraz*
- *Provokační faktory, tedy vznik bolesti za určitých podmínek*

Mezi nejčastější primární bolesti hlavy patří migréna a tenzní typ bolesti hlavy, vzácnější je pak cluster headache.

Migréna

Migréna je často se vyskytující chronické onemocnění, které významně zhoršuje kvalitu života člověka a vytváří velkou ekonomickou zátěž pro celou společnost. Celosvětová prevalence se liší země od země. Nejvyšší prevalence tohoto onemocnění je v Evropě a Severní Americe. Výzkumy uvádějí, že se častěji vyskytuje u bělošské rasy, v nejproduktivnějším období života. Migréna se začíná projevovat v dětství, adolescenti nebo během druhé či třetí dekády života. Vznik migrény po 50. roce života není obvyklý. V období před pubertou se o něco více vyskytuje u chlapců než dívek. Naopak s přibližováním dospívání se prevalence u dívek zvýší a zůstane tak už po celý život. Tyto záchvaty migrény jedince značně omezují. Během nich dochází k výraznému snížení nebo znemožnění běžné denní aktivity a pracovní schopnosti (Kotas, 2015).

Klinický obraz

Záchvaty migrény přicházejí v tzv. atakách, kde se rozlišují 4 odlišné fáze, přičemž se u jednotlivých migreniků mohou objevovat pouze některé z nich.

- *Prodromy* – u přibližně 25 % migreniků. Objevují se v průběhu 24 hodin před vznikem migrény. Tito jedinci mohou pociťovat duševní napětí, podrážděnost, přecitlivělost na světlo a pachy, zvýšenou aktivitu, euforii nebo naopak depresi, únavu nebo hlad.
- *Aura* – se vyskytuje asi u 30 % migreniků. Vyvíjí se obvykle během 5–20 minut a netrvá déle než 60 minut. Bolest hlavy obvykle následuje po auře, ale může vzniknout i před nebo během ní. Nejčastější aury jsou zraková, senzitivní, motorická a řečová.

Migréna obvykle začíná pozvolna a bolest dosahuje maxima za 3–4 hodiny. Někteří jedinci ale trpí náhlou bolestí hlavy vrcholící během několika sekund, tato migréna je označována jako *crush migraine*. U migrény nacházíme bezbolestné období, trvající různě dlouhou dobu. Průměrné trvání migrény bez léčby u dospělých je 4–72 hodin. Typická lokalizace bolesti je frontotemporální, ale může se vyskytovat i okcipitálně nebo v oblasti šíje. Vyznačuje se pulzující bolestí hlavy střední až silné intenzity. Mezi doprovodné projevy migrény patří nauzea, zvracení a přecitlivělost na hluk a světlo. Po skončení migrény se spousta migreniků cítí unaveně, někdy je přítomna euforie nebo deprese. Spouštěcím faktorem může být například menstruace, stres, období po stresu, nedostatek nebo nadbytek spánku, alkohol, oslnivé nebo blikající světlo, silný hluk, horko, chlad, hlad a silné vůně (parfémy). Úlevu migrenikům přináší zejména ticho, chlad, temno a spánek (Kotas, 2015).

Cluster headache

Bolesti se průměrně začínají vyskytovat kolem 30. roku života. Vyskytuje se v tzv. cluster periodách. Jedná se o období, kdy záchvaty probíhají prakticky denně, přičemž se vyskytují přibližně 1–8 × za den. Tyto periody trvají několik týdnů až měsíců a jsou odděleny obdobím remise, které trvají několik měsíců až let. Často u pacientů propukají v určitou dobu během dne. Neléčený cluster headache trvá přibližně 15–180 minut. Bolest je výlučně jednostranná, omezená vždy na stejnou stranu, frontotemporálně. Tato bolest je popisována jako vrtavá nebo pálivá s velmi silnou intenzitou. Může ji doprovázet slzení oka, konjunktivální injekce a ipsilaterální

výtok z nozdry. Spouštěčem často bývá alkohol. Pro jedince trpící tímto typem bolesti hlavy přináší úlevu chůze nebo jakákoliv aktivní činnost (Kotas, 2015).

Tenzní typ bolesti hlavy

Toto onemocnění může začít v kterémkoliv věku a vzniká často v odpoledních hodinách. Při neléčení bolest trvá přibližně 30 minut až několik dní. Bolest je zpravidla oboustranně generalizovaná. Vyznačuje se tupou, svíravou nebo tlakovou bolestí hlavy mírné až střední intenzity. Bývá často vyprovokována stresem (Kotas, 2015).

Sekundární bolesti hlavy

Tyto bolesti hlavy jsou způsobeny určitou strukturální lézí nebo organickým onemocněním intra nebo extrakraniálně na hlavě. Dále mohou být také projevem metabolické poruchy nebo podáním či zamezením přísunu nějaké látky. Mezi charakteristické známky, které mohou poukazovat na možnou závažnou sekundární příčinu bolesti hlavy, řadíme:

- *Náhlý vznik velmi silné bolesti hlavy*
- *Bolest hlavy vznikající náhle při fyzické aktivitě*
- *Bolest hlavy, které předcházela úraz hlavy*
- *Nově vzniklá bolest hlavy u osob nad 50 let*
- *Progresivně se zhoršující bolest hlavy*
- *Bolesti hlavy spojené s epileptickými záchvaty, mentálními změnami, ložiskovou symptomatologií, u jedinců s onkologickým onemocněním / HIV onemocněním*
- *Bolest hlavy doprovázená zvýšenou teplotou, meningeálním drážděním nebo zvracením*
- *Bolest hlavy nereagující na léčbu*

Pro správnou diagnostiku bolestí hlavy je významná anamnéza. Stanovení správné diagnózy může často komplikovat to, že jedinec má více typů bolestí hlavy. Při odebrání anamnézy se lékař zaměřuje především na klíčová hlediska bolestí hlavy, mezi něž patří například časový faktor a charakter bolesti, asociované příznaky, vyvolávající (zhoršující) faktory a faktory, které jedinci přinášejí úlevu (Kotas, 2015).

Jak už bylo zmíněno výše, bolesti, které vznikají po 50. roce života jsou většinou sekundární. V tomto případě se jedná zejména o nádory nebo o temporální arteritidu. Při náhlé

prudce nastupující bolesti, která dosahuje maximální intenzity do 60 sekund, se může jednat o arachnoidální krvácení (Kotas, 2015).

2.2.3 Bolesti dolních končetin

Dalším velice častým problémem, který postihuje řadu lidí je bolest dolních končetin. Příčiny mohou být banální, jako například nadměrná námaha končetiny, avšak může se jednat také o projev vážného stavu, při němž může být ohrožena existence celé nohy (*stefajir*, online).

Nejčastějšími příčinami jsou:

1. *Křeče svalů* – jsou doprovázeny silnými bolestmi, avšak většinou se nejedná se o vážný stav. Nejčastější příčinou křečí je nedostatek hořčíku. Pro uvolnění bolesti pomáhají masáže končetiny, eventuálně suplementace hořčíku.
2. *Žilní insuficience* – bývá spojená s pocitem těžkých nohou, bolestivostí a popřípadě otoky končetiny. Většinou zde dochází také ke vzniku varixů, což jsou rozšířené povrchové žíly. Léčba zahrnuje užívání léků a elastických bandáží, nebo kompresních punčoch. U těžké formy může dojít až k vytvoření bércového vředu.
3. *Žilní trombóza* – ke vzniku dochází z důvodu tvorby krevních sraženin v hlubokých žilách dolní končetiny. Projevuje se bolestivostí, otokem, popřípadě také fialovým zabarvením postižené končetiny.
4. *Bakerova cysta* – jedná se o membránou ohraničený útvar, který se tvoří v podkolenní oblasti z důvodu chronického zánětu, který se může vyskytovat u zánětlivých onemocnění kloubů nebo může vzniknout při úrazu kolene.
5. *Ischemická choroba dolních končetin* – typickým příznakem je bolestivost končetin při chůzi, která odezní po zastavení a při odpočinku, tzv. klaudikační bolesti. Tuto bolest způsobuje nedostatečné prokrvení končetiny při námaze, z důvodu onemocnění tepen, při kterém dochází k jejich zúžení vlivem aterosklerózy. Tyto bolesti není radno podceňovat, jelikož při neléčení mohou nejtěžší formy vést až k amputaci dané končetiny.
6. *Polyneuropatie* – poměrně časté onemocnění, při kterém dochází k poškození nervů. Příčina nemusí být přesně známá, ale často se jedná o poškození nervů z důvodu nadměrné konzumace alkoholu, nebo diabetu. Toto onemocnění se projevuje bolestí, pálením či brněním dolní končetiny. Tyto pocity bývají nejsilnější v okrajových částech končetin.

7. *Růže* – infekční onemocnění tkání, které je způsobeno bakterií ze skupiny streptokoků. Projevuje se otokem, zarudnutím a bolestí postižené končetiny.
8. Ploché nohy – tímto termínem se označuje snížení nebo úplné vymizení klenby nožní. Popisujeme tři typy klenby nožní: podélná, příčná a plochá.
9. *Ostruha na patě* – bolesti paty, které vznikají z důvodu vytvoření kostního výrůstku na kosti patní. Vznik ostruh souvisí s přetěžováním paty.
10. *Onemocnění šlach* – vznikají nejčastěji v lýtkové oblasti a bolestivostí připomínají příznaky hluboké žilní trombózy.
11. Úrazy, natažení svalů a zlomeniny (Adamec, 2015; *stefajir*, online).

2.3 Životní styl

Zdraví je jednou z nejcennějších hodnot, kterou máme. Proto by se měl každý člověk snažit zdraví zachovávat a pečovat o něj. Ke zdraví je nutné přistupovat komplexně, neboť jeho jednotlivé součásti se navzájem ovlivňují a působí na sebe. V případě, kdy se řeší pouze část problému, nedochází k uzdravení celého organismu. Nejdůležitější složky zdravého životního stylu jsou

- *Adekvátní příjem živin a energie*
- *Pravidelná pohybová aktivita*
- *Pravidelné kontroly zdravotního stavu*

Na zdravý životní styl jedince působí mnoho vnějších i vnitřních faktorů. Negativní faktory zapříčiňují vznik řady civilizačních onemocnění, naopak protektivní faktory přispívají k udržování zdraví.

Mezi nejčastější negativní faktory patří:

- *Konzumace průmyslově vyráběných potravin*
- *Zvýšený příjem kaloricky bohatých potravin*
- *Nadměrná konzumace jídla a alkoholu*
- *Návykové látky (alkohol, kouření, drogy)*
- *Stres*

- *Nadměrné pracovní zatížení*
- *Nedostatečná pohybová aktivita*
- *Znečištěné prostředí*
- *Neschopnost odpočívat*
- *Negativní myšlení (Švamberk Šauerová, 2018)*

2.3.1 Strava

Z obvodu pasů občanů České republiky by se dalo soudit, že jsme dobře živený národ. Platíme za to ale vysokou cenu v podobě zbytečných nemocí, pracovních neschopností a předčasných úmrtí. Je všeobecně známo, že je česká kuchyně tučná a nezdravá. Máme vyšší spotřebu cukrů, tuků, soli a také jíme příliš často. Tento životní styl vede cestu například k rozvoji ischemické choroby srdeční, centrální mozkové příhodě, diabetu mellitu, hypertenzi, obezitě a některým druhům rakoviny (Diehl, Ludingtonová, Pribiš, 2009).

O tom, že výživa může ovlivnit náš zdravotní stav, ať už pozitivně, nebo negativně, v současné době není pochyb. Jak bylo zmíněno výše, o tom, zda onemocníme některou z civilizačních chorob, rozhoduje mnoho faktorů. Genetickou složku nemůže člověk nijak ovlivnit, naopak své stravování má každý člověk ve svých rukou. Správným stravováním můžeme oddálit vznik aterosklerózy, diabetu 2. typu, nebo například mnoha typů nádorového bujení. V případě, že ke zdravé stravě přidáme ještě pravidelnou pohybovou aktivitu, odložíme cigarety a zbytečný stres, můžeme svůj život žít plnohodnotně podstatně déle (Ford, 2015; Kunová, 2011).

Základní složky výživy

Mezi základní stavební prvky lidského těla patří uhlík, kyslík, vodík a dusík. Všechny tyto složky se do našeho těla dostávají s potravou. Samotné složky výživy pak dělíme na dvě velké skupiny, makronutrienty a mikronutrienty.

Makronutrienty

Do skupiny makronutrientů řadíme sacharidy, lipidy a proteiny, tedy zjednodušeně cukry, tuky a bílkoviny. Navíc je zde zařazena také vláknina, přestože sama o sobě není makronutrientem. Její zařazení zde je ale zasloužené díky její chemické struktuře, jedná se

o polysacharid, a také pro své příznivé účinky pro organismus (Grofová, 2007). Podle oficiálních doporučení by měl zdravý člověk s normální tělesnou hmotností konzumovat 10–20 energetických procent bílkovin, 30–35 energetických procent tuků a 50–60 energetických procent sacharidů (Kunová, 2011).

Proteiny

Neboli bílkoviny, jsou základním stavebním kamenem lidského těla a jsou pro život naprosto nezbytné a nenahraditelné. Plní funkci nositelů biochemických projevů živé hmoty. Slouží ke stavbě a obnově tkání a zabezpečují fungování celého těla, život bez nich tedy není možný. Proteiny jsou tvořené aminokyselinami, jejichž pořadí je u každé bílkoviny unikátní. Tyto aminokyseliny, které jsou pro náš organismus nezbytné, nazýváme esenciální. Jsou nezbytné, protože si je naše tělo neumí samo vytvořit, a proto je odkázáno na jejich příjem s potravou. Těchto esenciálních aminokyselin existuje devět a všechny jsou přítomny například v bílkovinách z mléka, vajec, masa jatečných zvířat, drůbeží, zvěřině a rybách. Tuto skupinu označujeme jako plnohodnotné bílkoviny, a přestože jsou velice hodnotné, jsou často doprovázeny velkým množstvím tuku a cholesterolu. Neplnohodnotné bílkoviny jsou obsaženy v luštěninách, obilovinách, zelenině a bramborách. Při vhodné kombinaci neplnohodnotných bílkovin však můžeme docílit charakteru bílkovin plnohodnotných.

Bílkoviny samotné většinou neplní funkci energetického zdroje. K tomuto se organismus uchyluje až v krajní nouzi. Minimální hranice denního příjmu bílkovin je 0,6 gramů na kilogram váhy daného člověka. Optimálně by však denní příjem bílkovin měl činit 1–1,5 g/kg. V našich podmínkách ovšem člověku nedostatek bílkovin nehrozí. Výjimku tvoří pouze alternativně se stravující jedinci, například vegané, nebo ti, kteří mají neodborně sestavené redukční diety (Grofová, 2007; Kunová, 2011; Piřha, Poledne, 2009).

Lipidy

Neboli tuky, jsou sloučeniny glycerolu a mastných kyselin, které tvoří také velice významnou součást výživy. Jejich význam je následující:

- *Nejbohatší zdroj energie v potravě*
- *Nositel mnoha látek nezbytných pro chod organismu – esenciální mastné kyseliny, vitamíny A, E, D, K rozpustné v tucích*

– *Vyvolávají pocit sytosti*

Rozdělujeme tuky živočišného (mléčný a rybí tuk, sádlo, lůj) a rostlinného původu (oleje). Tomuto dělení převážně odpovídá také rozdělení mastných kyselin podle chemické stavby. Kyseliny s jednoduchými vazbami, které jsou živočišného původu, nazýváme jako nasycené neboli satureované. Naopak rostlinného původu jsou kyseliny nenasycené s jednou nebo více dvojnými vazbami (Grofová, 2007; Kunová, 2011; Piřha, Poledne, 2009).

1. *Nasycené mastné kyseliny* – jsou nejčastěji obsaženy v živočišných tucích a na lidský organismus působí většinou nepříznivě, jelikož zvyšují hladinu cholesterolu v krvi.
2. *Mononenasycené mastné kyseliny* – jsou obsaženy například v olivovém oleji, avokádu a ořích. Tyto nasycené mastné kyseliny jsou zdraví prospěšné, jelikož nemění hladinu celkového cholesterolu, ale snižují jeho nebezpečnou (LDL cholesterol) část a zvyšují zdraví prospěšnou (HDL cholesterol) část.
3. *Polynasycené mastné kyseliny* – jsou pro naše tělo důležité a musíme je přijímat v potravě, protože si je naše tělo neumí vytvořit samo. Většina snižuje hladinu cholesterolu a některé dokonce zabraňují vzniku krevních sraženin. Zdrojem těchto kyselin jsou například rostlinné oleje, kvalitní margaríny a tuk, který je obsažen v rybím mase (Kunová, 2011).
4. *Trans-nenasycené mastné kyseliny* – tvoří výjimku mezi jinak kladně hodnocenými nenasycenými kyselinami. Vznikají při úpravě rostlinných tuků a působí nepříznivě zejména na srdce a cévy (Kunová, 2011, Piřha, Poledne, 2009).

Denně bychom měli přijímat přibližně 60–80 g tuku. Bohužel, průměrný člověk v dnešní době konzumuje denně zhruba 120 g tuku (Kunová, 2011).

Cholesterol – je součástí tuků živočišného původu. Malé množství cholesterolu je důležité, a to zejména pro tvorbu buněčných membrán a hormonů. Avšak jeho denní příjem by neměl být vyšší než 300 mg. Nejvíce cholesterolu se nachází ve vnitřnostech a játrech, dále pak v uzeninách, žloutcích, másle a mase (Kunová, 2011).

Sacharidy

Neboli cukry, tvoří konzumovaným množstvím základní složku potravy a jsou hlavním zdrojem energie. Pokud se přijatá energie nespotřebuje, ukládá se do těla ve formě tuku. Zvýšený příjem jednoduchých cukrů negativně ovlivňuje náš organismus. Způsobuje řadu onemocnění, včetně zubního kazu. Sacharidy členíme na monosacharidy, disacharidy, polysacharidy a rozpustnou vlákninu.

1. *Monosacharidy* – jednoduché sacharidy, mezi hlavní zástupce řadíme zejména glukózu a fruktózu
2. *Disacharidy* – jsou složeny z 2-10 stejných nebo různých monosacharidů. Patří zde například maltóza, laktóza, sacharóza a také sacharidy obsažené v luštěninách
3. *Polysacharidy* – obsahují více než 10 monosacharidů. Řadíme zde například škrob a celulózu

Vláknina – je přirozenou nestravitelnou částí potravy. Jedná se o část stravy, kterou enzymy trávicího ústrojí člověka nedokážou rozložit. Doporučený příjem je až 35 gramů na den (Grofová, 2007; Kunová, 2011; Piňha, Poledne, 2009).

Mikronutrienty

Do skupiny mikronutrientů se řadí minerály, vitamíny a stopové prvky. Přestože tyto látky nepřinášejí tělu chemickou energii, jsou naprosto nezbytné pro fungování ostatních systémů (Grofová, 2007).

2.3.2 Pohybová aktivita

Při úvaze nad tím, které z pohybových aktivit by vhodně ovlivňovaly zdravý životní styl pedagogů, je nutné vycházet z analýzy pracovní zátěže pedagogické profese. Zvolené aktivity by měly vyvažovat jak nedostačující fyzickou zátěž, tak přetížení v psychické a emocionální oblasti. Celkovou odolnost organismu člověka ve svém důsledku zvyšuje pravidelná pohybová aktivita, relaxační cvičení i dodržování denního režimu.

Vhodné je spojení fyzických aktivit spolu se zájmy daného jedince. Pokud jedinec nemá v oblibě žádnou sportovní aktivitu, může pro větší atraktivitu spojit například turistiku nebo cykloturistiku spolu s poznáváním kulturních a historických památek. V České republice je také

velice populární zahradničení a chalupaření, při kterém je vyložena fyzická námaha spojená s relaxací a přírodou (Švamberg Šauerová, 2018).

Správně vykonávaná pohybová aktivita by tedy neměla pouze zapojovat rovnoměrně všechny svalové skupiny, ale je také velice prospěšná pro pozitivní emocionální ladění člověka. Při pravidelně prováděné pohybové aktivitě dochází ke zmenšení depresí a úpravě náladovosti. Příčinou těchto pozitivních změn je, že u fyzicky aktivního jedince dochází ke zvýšené produkci některých nervosvalových transmiterů a modulátorů, které snižují bolest, zlepšují náladu a navozují pocity radosti a spokojenosti (Pastucha a kol., 2014).

Aerobní aktivita

Stackeová (2013) uvádí, že aerobní neboli vytrvalostní aktivita má nezanedbatelný vliv na snížení anxiózy a depresivity. Aerobní aktivita je taková aktivita, při níž jedinec vykonává aktivitu ve své individuální tepové frekvenci, která se drží v aerobním pásu. Tělo je dostatečně zásobováno kyslíkem a dochází při ní ke spalování tukových zásob. Patří zde mnoho různých aktivit, jako například chůze do schodů, aerobic, plavání, bruslení, tanec, cyklistika i jízda na koni.

Anaerobní aktivita

Zato při anaerobní aktivitě se jedinec pohybuje nad tzv. aerobním pásem. Tento typ aktivit je spojen se vzestupem hladiny kyseliny mléčné a se svalovou únavou. Svalová únava pak může trvat i několik dní a vyžaduje dlouhou regeneraci. Řadí se zde zejména kondiční a vytrvalostní cvičení jako například tenis, squash, posilování a sprint.

Jak bylo napsáno výše, mnoho učitelů uvádí jako ideální relaxační pohybovou aktivitu zahradničení. Jedná se o velice vhodnou aktivitu, v případě, že je tato aktivita vhodně střídána s ostatními aktivitami tak, aby nedocházelo k přetěžování jedné konkrétní oblasti. Mezi další vhodné pohybové aktivity patří například jóga, turistika, kdy se pro starší osoby doporučuje turistika na bázi nordic walking, nebo třeba běžkování (Stackeová, 2013; Švamberg Šauerová, 2018).

2.3.3 Spánek

Spánek (řec. hypnos) je nutnou a neoddělitelnou součástí života každého člověka. Je velice důležitý pro potřebnou regeneraci tkání a načerpání fyzické a duševní síly organismu. Jeho potřeba se v průběhu věkových fází člověka mění a je u každého jedince značně individuální. Potřeba spánku u dospělého člověka činí průměrně 7–8 hodin, kdežto například u novorozence zhruba 22 hodin.

Spánek je ovlivňován tzv. cirkadiánními rytmy (střídáním dne a noci) a biologickými hodinami každého jedince (uloženy v hypothalamu). Jejich činnost je potvrzena při rychlém přesunu přes více časových pásem, kdy pak člověku trvá i několik dní, než se jeho spánek přizpůsobí novému řádu dne a noci. Tento stav je často nazýván pásmovou nemocí, přestože se v pravém slova smyslu o nemoc nejedná (Borzová, 2009; Nejedlá, 2015).

Cirkadiánní rytmy

Vývoj planety již odpradáвна provázelo pravidelné střídání světla a tmy. Fyziologické systémy živočichů se tedy vyvíjely v souladu s touto pravidelnou rutinou. Pojem cirkadiánní rytmus zavedl biolog Franz Halberg v roce 1959 k popisu pravidelného rytmu fyziologických funkcí během dne. (Plháková, 2013). Cirkadiánní (diurnální) rytmy jsou tedy vrozené mechanismy s periodou kolem 24 hodin, které u člověka zapříčiňují pravidelné střídání spánku a bdění nebo například kolísání tělesné teploty během dne. Člověk se s nimi už narodí nebo se ihned po narození postupně vyvíjejí. Výzkumy uvádějí, že pravidelným 24hodinovým fluktuacím nepodléhá pouze bdění a spánek, ale také například pozornost, sensorické a kognitivní procesy a mnoho dalších tělesných a duševních projevů. Bylo potvrzeno, že tento vnitřní cirkadiánní rytmus je určen především suprachiasmatickými jádry hypothalamu, které jsou označovány také jako biologické hodiny (Janečková, 2014; Plháková, 2013).

Ultradiánní rytmy

Jejich perioda je kratší než 24 hodin. Řadíme k nim například devadesátiminutové cykly NREM a REM spánku.

Cirkadiánní typy (chronotypy)

Rytmus spánku a bdění je u každého jedince regulován vnitřními biologickými hodinami, přesto ale mezi lidmi existují individuální rozdíly v jejich načasování.

- *Ranní ptáčata* – vstávají brzy ráno, jejich výkonnost vrcholí v dopoledních hodinách a chodí spát brzy.
- *Sovy* – probouzejí se relativně pozdě, výkonnost u nich vrcholí pozdě odpoledne nebo večer a spát chodí pozdě v noci (Plháková, 2013).

Spánkové cykly

Během každého spánku je vystřídáno zhruba 4–5 spánkových cyklů, ve kterých jsou střídány dvě spánkové fáze:

- *Non-REM (ortodoxní)* – tvoří asi 70 % spánku, během ní dochází ke snížení metabolismu, TK, TF, DF, svalového tonu a zúžení zornic. Na EEG křivce jsou viditelné pomalé delta a theta vlny. Během této fáze dochází u člověka k obnovování sil a ukládání nově naučených informací do paměti (Nejedlá, 2015).
- *REM (paradoxní)* – tato fáze je charakteristická tím, že se během ní objevují svalové záškuby, dýchání je nepravidelné s apnoickými pauzami, svalový tonus je vyšší. Na EEG křivce jsou viditelné rychlejší beta vlny. V hypofýze dochází k uvolňování hormonů (STH, TTH, ACTH), aktivita mozkové kůry je na úrovni bdění, člověk sní a pokud se během této fáze probudí, sen si pamatuje. Během této fáze spánku dochází k obnově psychických sil a třídí se zde zážitky (Nejedlá, 2015).

Poruchy spánku

Při pocitu nedostatku spánku je vždy nutné pátrat po vnějších rušivých vlivech, aby nebyl tento nedostatek nesprávně pokládán za příznak nemoci (Nejedlá, 2015).

Insomnie

Neboli nespavost, je porucha spánku způsobená poruchou usínání a/nebo častým probouzením. Příčiny zde mohou být různé, např. hypertenze, bolest, svědění, psychický neklid, stres, srdeční selhání, hyperfunkce štítné žlázy, vnější vlivy, jako například hluk, osvětlení a teplo (Nejedlá, 2015).

Hypersomnie

Neboli nadměrná spavost, projevující se usínáním během dne na kratší dobu – tj. pospáváním. Projevuje se u hypofunkce štítné žlázy a zánětech mozku. Vyskytuje se často u starých lidí (Nejedlá, 2015).

Spánková inverze

Jedná se o obrácený spánkový rytmus – tedy že v noci jedinec bdí a ve dne spí. Častý výskyt je u starých lidí s pokročilou mozkovou aterosklerózou, jaterním selháním (otrava amoniakem), pásmové nemoci a u osob pracujících na směny (Nejedlá, 2015).

Narkolepsie

Jedinec s narkolepsií trpí záchvaty spánku, kdy z plného vědomí upadá do spánku proti své vůli. Tento stav trvá několik vteřin až 10 minut. Záchvat může nastat během jakékoli činnosti a doprovází ho tzv. kataplexie (obrna svalů v oblasti obličeje, šije a dolních končetin) (Nejedlá, 2015).

Somnambulismus

Neboli náměsíčnost. Jedná se o disociaci útlumu motorické a sensorické mozkové kůry. Zatímco sensorický analyzátor spí, motorický analyzátor bdí a umožňuje pohyb. S tímto jevem se častěji setkáváme u dětí (Nejedlá, 2015).

2.3.4 Kouření

Užívání tabáku má dlouhou historii. Původně byl součástí různých náboženských rituálů a obřadů. Do Evropy se dostal až díky Kryštofu Kolumbovi a jeho objevení Ameriky. Zprvu se lidé domnívali, že má léčebné účinky a často ho užívali jako lék při bolesti zubů, nebo proti migréně. K největšímu rozšíření kouření ale došlo až na konci 19. století, kdy se tabák stal přístupnějším. S tímto masivním rozšířením se začaly objevovat také jeho negativní účinky, čímž se problematika kouření dostala do popředí zájmu lékařů (Gilman, Xun, 2006).

Prevalence kouření tabáku v České republice dosahuje hodnoty 28–32 % (Hosák, Hrdlička a Libiger, 2015). Souvislost mezi kouřením a vznikem zhoubných nádorů je nepochybná. Tento zlovyk patří mezi nejvýznamnější preventabilní rizikové faktory, jenž

způsobuje řadu závažných onemocnění a je příčinou předčasného umírání. Každoročně umírá na jeho následky polovina kuřáků, kdy nejčastějšími příčinami úmrtí jsou kardiovaskulární choroby, chronická obstrukční choroba plic a rakovina plic. Vlivem zplodin kouření tabáku se zvyšuje riziko pro vznik mnoho dalších zhoubných nádorů, jako například dutiny ústní, hrtanu, jícnu, žaludku, slinivky břišní, ale také ledvin a močového měchýře (Müllerová, 2014; Žaloudík, 2008).

Kouření tedy způsobuje mnoho závažných onemocnění:

- *Kardiovaskulární onemocnění – až 25 %*
- *Nádorová onemocnění – 30 %*
- *Chronická plicní nemoc – 20 %*
- *Rakovina plic – až 90 %*
- *Další karcinomy dýchacích cest*

Je nutno poznamenat, že kouření neohrožuje pouze samotného kuřáka, ale také další osoby, které setrvávají v prostředí, kde se kouří. Riziko pasivního kouření nelze podceňovat. Lidé, kteří jsou vystaveni pasivnímu kouření, vdechují z prostředí stejné kancerogeny, rozdíl je pouze v jejich koncentraci a čase, který na ně působí. Nebezpečí zde hrozí zejména lidem, kteří jsou pasivnímu kouření vystaveni pravidelně. Existuje mnoho studií, které potvrzují souvislost mezi pasivním kouřením a zvýšeným rizikem vzniku rakoviny průdušek a plic u nekuřáků, kteří byli vystaveni kouření jiných. Pasivnímu kouření je vystaveno přibližně 40 % dospělé nekuřácké populace (Žaloudík, 2008).

2.3.5 Stres

Stres je součástí lidského života již od pradávna. V minulosti se lidé potýkali s hladem, infekčními nemocemi a bojovali s různými agresory. V dnešní době, která je relativně bezpečná, se jedním z největších nepřátel pro člověka stává nadměrný stres, který často souvisí s životem v moderní společnosti a životním stylem daného jedince. Okolí a často i my sami na sebe klademe vysoké, často nepřiměřené nároky. Snažíme se nebo musíme ve všem dosahovat maximálních výsledků, odvádět hodně kvalitní práce, být rychlí, flexibilní, kreativní, komunikativní a mít příjemné vystupování. Kromě toho, že chceme být profesně úspěšní, většina také touží po tom být dobrými partnery, rodiči či přáteli. Každý člověk chce svůj život prožít

plnohodnotně, ovšem dostát tomuto kultu dokonalosti je velice náročné a pro většinu lidí nemožné. Právě z tohoto a mnoha jiných důvodů jsou lidé každý den vystavováni nadměrnému stresu, kdy jim hrozí rozvoj úzkosti a deprese až vznik syndromu vyhoření (Pešek, Práško, 2016).

Definice stresu

Jsou známy různé definice stresu. Obecně lze říci, že stres je stav zatížení organismu, při němž cítíme napětí v těle, ke kterému dochází vlivem různých stresových faktorů. Tyto pocity v člověku mohou vyvolávat různé emoce, které jsou však nejčastěji negativního rázu, jako například úzkost a deprese. Stres vzniká v případě, kdy se lidé dostanou do situací, které vnímají jako ohrožení. Tyto situace nazýváme stresory. Stresory spouštějí stresovou reakci, která organismus člověka přivádí do stavu pohotovosti, čímž se člověk připravuje k boji nebo útěku. V přiměřené míře, tedy pokud máme stres pod kontrolou, je pro člověka velice užitečný a důležitý. Má motivační charakter, vede k lepším výkonům a spokojenosti jedince (Pešek, Práško, 2016; Herman, Doubek, 2008).

Stres je tedy komplexní odpověď organismu na zátěž. Můžeme ho rozdělit do 3 kategorií podle intenzity a působení na:

- *PRESTRES* – pozitivní, vede jedince k větší odolnosti vůči zátěži
- *EUSTRES* – přijatelný, pomáhá jedinci s překonáváním překážek, je spojen s příjemným očekáváním
- *DISTRES* – negativní, je přetěžující, nadmíra distresu vede ke vzniku somatických, psychosomatických nebo psychiatrických onemocnění (Herman, Doubek, 2008).

Stres tedy můžeme dělit na dobrý (eustres), který nám prospívá a špatný (distres), který nám škodí. U eustresu zažíváme především pozitivní emoce, jsme nabuzení a šťastní. Vedou k němu zejména radostné události jako například vykonávání práce, která nás baví, svatba, narození potomka, výhra v loterii. K distresu vedou události, které nám jsou nepříjemné, nebo je nemáme pod kontrolou, jako například přetížení v práci, rozvod, smrt blízké osoby, konflikty v rodině. U tohoto stresu zažíváme zejména negativní emoce jako například zlobu, strach, úzkost a bezmoc. U některých životních událostí může docházet k vzájemnému prožívání eustresu i distresu. Jedná se o situace, kdy jsme potěšeni, ale zároveň máme strach (povýšení v práci,

osamostatnění). Vnímání stresu je zároveň také velmi individuální. Někteří lidé ve stejné stresové situaci zažívají neklid a mnohdy trpí různými psychickými nebo duševními potížemi, zatímco jiní netrpí žádnými potížemi, nýbrž celá situace vzbudí jejich pozornost a berou ji jako výzvu (Pešek, Praško, 2016; Herman, Doubek, 2008).

Stresové situace

Jak už bylo zmíněno výše, existuje celá řada situací vyvolávajících stres. Některé stresové situace představují mimořádné závažné traumatické události, které postihují velké skupiny lidí. Řadíme zde například přírodní katastrofy, válku, jaderné a katastrofické nehody, teroristické útoky a jiné. Tyto situace, které přesahují běžnou lidskou zkušenost, jsou nejintenzivnějším zdrojem stresu. Jako stresové situace jsou vnímány také závažné změny v běžném životě člověka, jako například stěhování, svatba, změna zaměstnání, smrt blízkého člověka a vážné onemocnění. Dalším zdrojem stresu mohou být také každodenní nepříjemnosti jako konflikty, dopravní zácpa, nebo ztráta klíčů. Stresové situace jsou charakterizovány především svou neovlivnitelností a nepředvídatelností (Herman, Doubek, 2008).

Stresory tedy lze zjednodušeně rozdělit na:

- *fyziké* – hluk, nepříjemný zvuk, zápach
- *psychické* – časová tíseň, změny, vzpomínky
- *sociální* – konflikty, úmrtí blízké osoby (Pešek, Praško, 2016)

Psychické reakce na stres

Stresové situace tedy mohou vyvolávat odlišné emoční reakce v rozmezí od veselé nálady až po depresi. Pokud se pro jedince situace jeví sice jako náročná, ale zvladatelná, může ji brát jako výzvu a nijak extrémně se tento problém nepodílí na zhoršení jeho pozitivního myšlení. Avšak pokud je stres dlouhodobý a přetrvává, mohou u jedince vznikat stavy úzkosti, vzteku, sklíčenosti až deprese (Herman, Doubek, 2008).

Úzkost

Úzkost patří mezi nejčastější reakce na stresovou situaci a čas od času jí trpí každý člověk. Tato emoce se člověku jeví jako nepříjemný pocit, který lze také charakterizovat pojmy jako například starost, obava či napětí (Herman, Doubek, 2008).

Apatie a deprese

Častou reakcí na stresovou situaci je rovněž uzavření se do sebe a apatie. Jestliže však je tato situace dlouhodobá, trvalá a pro jedince nezvladatelná může přerůst až v depresi (Herman, Doubek, 2008).

2.3.5.1 Syndrom vyhoření

Syndrom vyhoření vzniká v důsledku dlouhodobého a intenzivního stresu jedince. Jedná se o psychický stav, jenž můžeme charakterizovat vyčerpáním doprovázeným snížením pracovní výkonnosti. Tento syndrom se nejčastěji vyskytuje u osob v tzv. „pomáhajících profesích“ nebo u osob pracujících s lidmi (Pešek, Práško, 2016).

Stres ve škole

Zátěžovými situacemi ve školním prostředí se zabývá mnoho autorů. Jejich výzkumy dokazují, že učitelé trpí vysokou mírou zátěže. Kupříkladu J. Miňhová (2000) ve své knize uvádí, že se u 40 % zkoumaných učitelů základních škol vyskytuje zvýšený neuroticismus.

Mezi nejčastěji uváděné zdroje stresu učitelů řadíme:

- *Žáci s nízkou mírou motivace a špatnými postoji*
- *Nekázeň žáků a rušení při výuce*
- *Nedostačující pracovní podmínky*
- *Časté reorganizace ve škole a změny učebních plánů*
- *Časová tíseň*
- *Konflikty s nadřízenými a kolegy*
- *Nedostatečná image učitelské profese* (Holeček, 2014)

2.4 Relaxační techniky

Přetížení pedagogů v psychické a emocionální oblasti mohou částečně kompenzovat nejen pohybové aktivity, ale je vhodné využívat také relaxační a meditační techniky, které vedou ke zklidnění mysli a vyčištění hlavy (Švamberg Šauerová, 2018).

Slovo relaxace pochází z latinského slova „relaxare“, což ve volném překladu znamená znovu volný. Pojem relaxace označuje uvolnění svalového a psychického napětí. U každého jedince se objevují situace, kdy je vystavován stresu, popřípadě napětí. Abychom tyto situace dokázali adekvátně zvládat, je zapotřebí umět správně odpočívat. Základem relaxačních technik je věnovat se jim pravidelně a po delší dobu. Při vzniku syndromu vyhoření je důležité „zpomalit“ a snažit se dosáhnout klidu a uvolnění. K dosažení uvolnění slouží více typů relaxace.

Typy relaxace můžeme rozdělit následovně:

- *Autogenní trénink*
- *Uvolnění svalů dle Jacobsona*
- *Dechová cvičení*
- *Hypnóza, autohypnóza*
- *Nenáboženská meditace*

V zásadě je jedno, kterou relaxační techniku zvolíme, záleží na individualitě každého jedince. Při pravidelném provozování relaxačních technik by mělo dojít k pocitům duševní svěžesti, klidu a vyrovnanosti, snížení napětí, tepové a dechové frekvence, reflexní činnosti a spotřeby kyslíku, zvýšení prahu vnímání a rozšíření cév (Demlová, 2011; Havas, 2006; Grofová, Černý, 2015).

Níže si popíšeme některé relaxační techniky:

Autogenní trénink

Autogenní trénink patří asi mezi nejznámější uvolňovací techniky. Tuto techniku vyvinul v roce 1932 německý lékař Prof. Dr. J. H. Schultz. Princip této techniky spočívá v tom, že na sebe jedinec působí sám tak, aby dosáhl stavu hlubokého klidu, což je základní předpoklad pro

optimální koncentraci. Tohoto uvolnění jedinec dosáhne šesti základními cviky, které se dají provádět prakticky kdekoli. Již deset minut cvičení denně přináší výsledky. Přesto je vhodné provádění této techniky nejprve konzultovat s lékařem, jelikož toto cvičení může způsobit problémy osobám s nízkým tlakem (Havas, 2006).

- *1. stupeň* – pohodlně si lehněte na zem, nohy dejte lehce od sebe. Paže spočívají volně, bez pocitu napětí vedle těla. Dlaně směřují nahoru. Zavřete oči a soustředte se na jednu paži a představte si, že je těžká. Soustředte se pouze na tuto myšlenku. Každé cvičení končíme návratem – hluboký nádech, výdech, otevřít oči, přitažení paží k tělu a následné protáhnutí. Toto cvičení je možné střídat také s nohama či chodidly.
- *2. stupeň* – tento stupeň slouží k produkci tepla a uvolnění všech cév. Tímto si odpočine krevní oběh a tělo je více zásobeno kyslíkem. Znovu se lehněte na zem jako u minulého cvičení a tentokrát si představte, že je naše paže úplně teplá. Nezapomeňte po každém cvičení na návrat.
- *3. stupeň* – opět již známá pozice, tentokrát se soustředíme na to, že naše srdce bije klidně a pravidelně. Po cvičení nezapomeneme na návrat.
- *4. stupeň* – nezbytnou podmínkou je správné dýchání. Vnímejte pokojně a pravidelně a vnímejte, jak dech proudí vaším tělem.
- *5. stupeň* – tento stupeň je věnován solar plexu. Tento nervový propletenec se nachází mezi prsními bradavkami a pupkem, přesně uprostřed na dolním konci hrudní kosti. Solar plexus vysílá pozitivní energii skoro ke všem orgánům dolní části těla. Představujte si, že váš solar plexus vysílá teplo a ani po tomto cvičení nezapomeňte na návrat.
- *6. stupeň* – při něm si představujte, že je vaše čelo příjemně chladivé. Na konci cvičení opět nezapomeňte na návrat (Havas, 2006).

Autohypnóza

Toto cvičení má velkou efektivitu a není těžké se ho naučit. Základním postupem při autohypnóze pak je:

- *Uvolněte si oblečení a pohodlně si lehněte*
- *Zavřete oči*
- *Pravidelně a klidně dýchejte a uklidněte se*
- *Představujte si, že je vaše tělo těžké jako z olova (jednu část za druhou)*
- *Řekněte si, že tělo máte sice těžké, ale cítíte ho jako úplně lehké*
- *Počítejte od 10 do 0. Představujte si při tom, že scházíte ze schodů a mezitím si pořád opakujte, že na nule upadnete do hlubokého hypnotického spánku*
- *Přestože asi na nule nebudete pociťovat žádnou výraznou změnu, akceptujte, že jste ve velmi sugestivním stavu. Tento stav prohlubujte dále tím, že si budete předříkávat, jak je tento stav hlubší a hlubší.*
- *Poté vyřkněte to, čeho chcete dosáhnout (např. zítra budu dopisovat diplomovou práci plná elánu)*
- *Ukončete hypnózu tím, že v duchu napočítáte do tří. Při vyslovení číslice tři se probudíte.*

Pokud budete zkoušet autohypnózu častěji, půjde to stále lépe (Havas, 2006).

Dechová cvičení

Dech je základem lidského bytí. V józe se dech považuje za nositele životní energie, která do našeho těla proudí zvenku a jeho pomocí se následně tato energie dostává do každé buňky. Dechová cvičení mají široké spektrum pozitivních účinků pro náš organismus. U téměř 90 % lidí jde psychický stav a celkové rozpoložení pomocí dechu cíleně změnit směrem ke klidu a vyrovnanosti. Běžné dýchání je nevědomé, takže cílem dechového cvičení je v první řadě dech znovu uvědomit. Tímto cvičením si můžeme zlepšit náladu, či vytvořit odstup od nepříjemných každodenních otázek. Pokud cvičíme každý den, je to pro naše tělo velice přínosné. Stačí už pravidelné cvičení v rozmezí dvou až čtyř minut (Zylla, Miessner, 2010).

Zde jsou uvedeny některé doporučené rady pro vykonávání správného dechového cvičení:

- *Cvičte na klidném místě, s dostatečným přísunem čerstvého vzduchu*
- *Volné oblečení, pohodlný sed, rovná záda, uvolněná ramena a šíje*
- *Poloha může být i vleže na zádech, chodidla uvolněná, špičky směřují do stran, paže volně podél těla, dlaněmi vzhůru*
- *Zavřete oči, uvolněte víčka*
- *Před začátkem cvičení se je vhodné přibližně desetkrát normálně nadechnout a vydechnout*
- *Soustředte se na svůj dech, naslouchejte mu, ať už je jakýkoli. S touto koncentrací by se měly myšlenky uklidnit. Nechte se zaplavit tichem a klidem*
- *Obličej mějte stále uvolněný, pohybují se pouze části těla potřebná pro roztáhnutí plic*
- *Při poloze vleže si položte jednu dlaň na břicho a druhou na hrudník*
- *Vnímejte, jak s nádechem lehce stoupá nejprve břicho a pak hrudník*
- *S výdechem klesá nejprve hrudník a pak břicho*
- *Klidně a uvolněně se 10 × nadechněte a vydechněte*
- *Během cvičení pozorujte, jak se váš dech s rostoucím uvolněním zpomaluje a prodlužuje*
- *Položte ruce opět podél těla, a ještě pár minut volně ležte a vnímejte svůj normální dech.*

Pravidelné provádění dechových cvičení prohlubuje dech, zklidňuje, osvěžuje a vede k tělesnému a duševnímu uvolnění (Grofová, Černý, 2015; Zylla, Miessner, 2010).

3 METODIKA PRÁCE

V metodice práce se zaměřuji a popisuji problematiku výzkumu, který je nedílnou součástí diplomové práce. Toto výzkumné šetření navazuje na teoretické poznatky, které jsou uvedené v předchozí části nazvané teoretické poznatky.

3.1 Metodika výzkumu

Základní specifika výzkumného šetření:

Základní pojetí: *Kvantitativní výzkum*

Výzkumná metoda: *Dotazování*

Technika sběru dat: *Dotazník*

Hlavním cílem tohoto výzkumného šetření bylo zmapovat subjektivní zdravotní stav a životní styl pedagogických pracovníků v okrese Frýdek-Místek. O jednotlivých částech samotného výzkumného šetření pojednávají následující podkapitoly.

3.2 Teoreticko-praktická příprava

Příprava pro sepsání diplomové práce a realizaci vlastního výzkumu započala již při zadání tématu vlastní diplomové práce. Pro její zpracování jsem využila řadu informačních zdrojů, jak tuzemských, tak i zahraničních. Převážná část teoretické přípravy spočívala ve dlouhodobém studiu odborných publikací a doporučení v oblasti zdraví, nemoci, prevence a životního stylu. Mimo studia odborné literatury v tištěné podobě bylo v menší míře čerpáno také z důvěryhodných elektronických zdrojů. Cenným pramenem informací zejména v oblasti zdraví a nemoci byla má osobní profesní zkušenost všeobecné sestry a vědomosti získané v rámci předchozího bakalářského studia. Praktická příprava byla orientována zejména na správnou přípravu dotazníku k samotnému dotazníkovému šetření.

3.2.1 Výzkumné problémy

Na základě hlavního cíle diplomové práce, který měl za cíl zmapovat subjektivní zdravotní stav a životní styl pedagogických pracovníků v okrese Frýdek-Místek, byly formulovány tyto dílčí cíle:

- 1. Zjistit, jaké subjektivní potíže se nejčastěji vyskytují u pedagogické profese.*
- 2. Zjistit, zda je pedagogická profese původcem jejich stresu.*
- 3. Porovnat subjektivní zdravotní stav u učitelů různých stupňů škol.*

Na základě dílčích cílů byly formulovány následující tři hypotézy:

Hypotéza č. 1:

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

Hypotéza č. 2:

Začínající učitelé pocít'ují větší míru stresu než učitelé s delší dobou praxe.

Hypotéza č. 3:

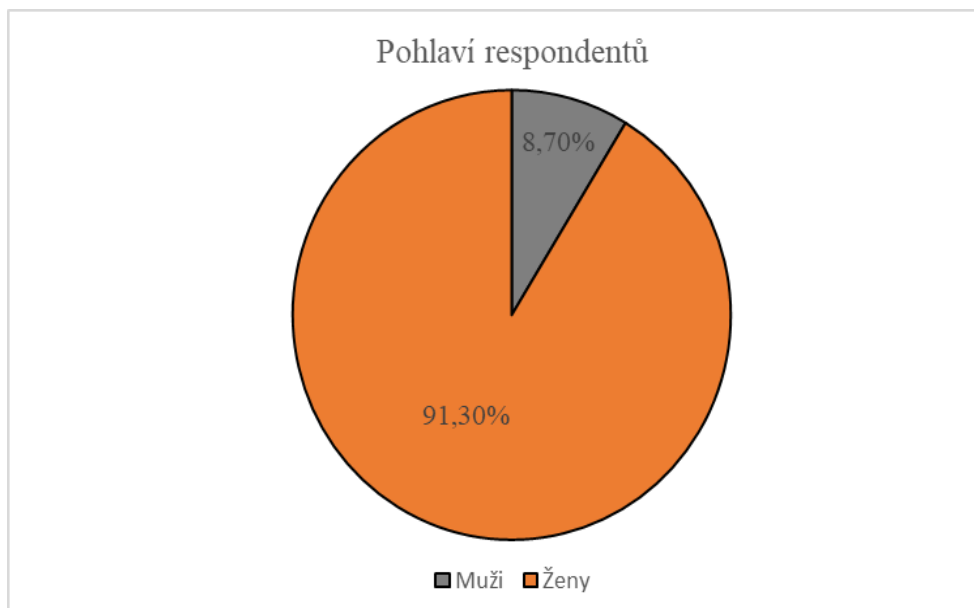
Subjektivní zdravotní stav učitelů různých stupňů škol se bude lišit.

3.3 Charakteristika výzkumného souboru

Základní výzkumný soubor tvoří pedagogičtí pracovníci státních mateřských a základních škol v okrese Frýdek-Místek. Byl proveden záměrný kvótní výběr, tak aby byl dostatečně reprezentativní a náležitě demonstroval a zajišťoval objektivitu výzkumného šetření. Při výběru se výzkumník spoléhá zejména na své vlastní zkušenosti, znalosti a úsudek. Pro kvótní výběr je charakteristické to, že se zvolí určité znaky, podle nichž se výběr orientuje (Chráska, 2007).

Vyhodnocení otázky č. 23

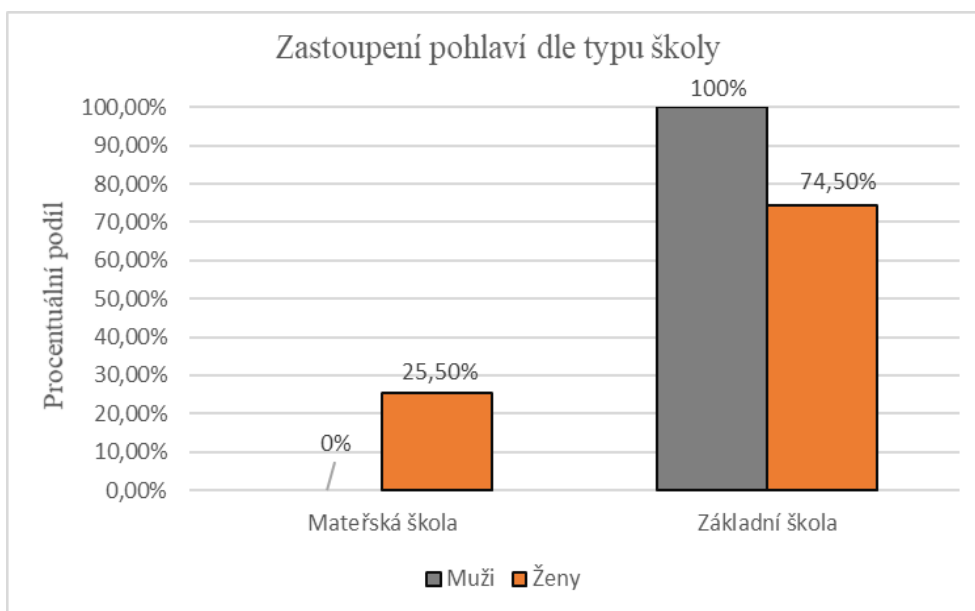
Otázka: Jaké je Vaše pohlaví?



Graf 1 Pohlaví respondentů

N = 103

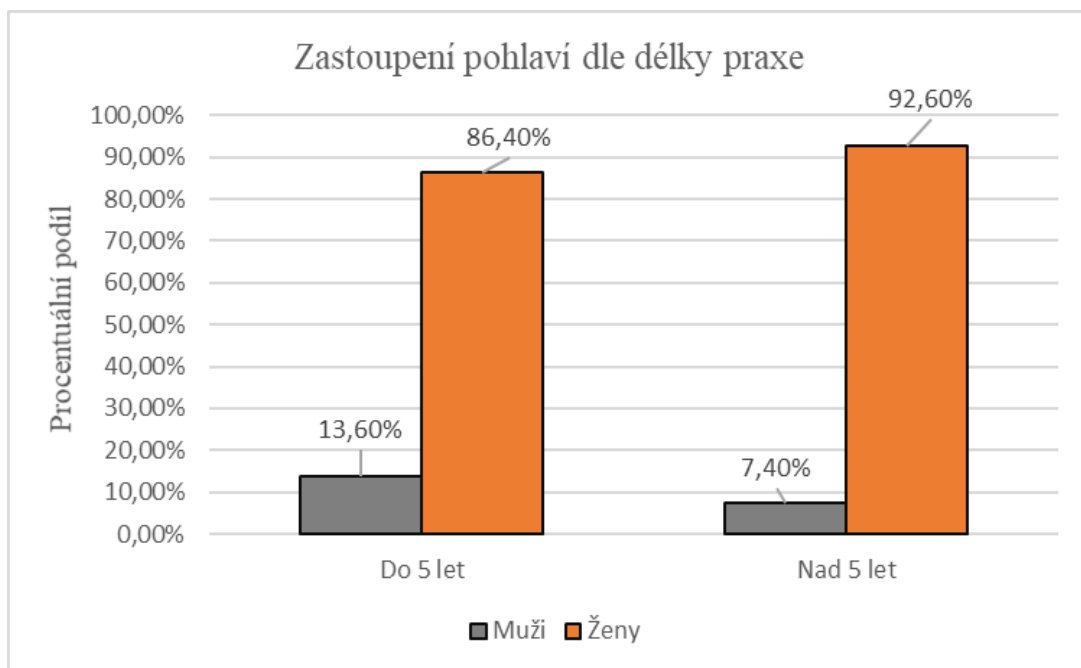
Zdroj: vlastní výzkum



Graf 2 Pohlaví a typ školy

N = 103

Zdroj: vlastní výzkum



Graf 3 Pohlaví a délka praxe

N = 103

Zdroj: vlastní výzkum

Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 103 respondentů. Na grafu 1 můžeme vidět, že výzkumný vzorek tvořilo 9 mužů (8,7 %) a 94 žen (91,3 %). Všechny 9 mužů (100 %) pracovalo na základní škole. Z ženského obsazení pracovalo v mateřské škole 24 (25,5 %) a 70 (74,5 %) na základní škole. Začínající pedagogické pracovníky (tedy do 5 let praxe) tvořili 3 (13,6 %) muži a 19 žen (86,4 %).

Vyhodnocení otázky č. 24

Otázka: Jaký je Váš věk?

Rozmezí let	Muži	Ženy	Celkem
22–30 let	3 (33,3 %)	18 (19,2 %)	21 (20,4 %)
31–40 let	2 (22,2 %)	25 (26,6 %)	27 (26,2 %)
41–50 let	2 (22,2 %)	24 (25,5 %)	26 (25,2 %)
51–62 let	2 (22,2 %)	27 (28,7 %)	29 (28,2 %)
Celkem	9 (100 %)	94 (100 %)	103 (100 %)

Tabulka 1 Věk respondentů

N = 103

Zdroj: vlastní výzkum

Výzkumný vzorek tvořili pedagogičtí pracovníci s věkem v rozmezí 22 až 62 let. Největší zastoupení měla věková kategorie 51–62 let, a to konkrétně 28,2 %. Naopak nejmenší zastoupení bylo ve věkové kategorii 22–30 let, a to 21 (20,4 %) respondentů.

Vyhodnocení otázky č. 25

Otázka: Jaká je délka Vaší pedagogické praxe?

Délka praxe	Muži	Ženy	Celkem
Do 5 let	3 (33,3 %)	19 (20,2 %)	22 (21,4 %)
Nad 5 let	6 (66,7 %)	75 (79,8 %)	81 (78,6 %)
Celkem	9 (100 %)	94 (100 %)	103 (100 %)

Tabulka 2 Délka pedagogické praxe

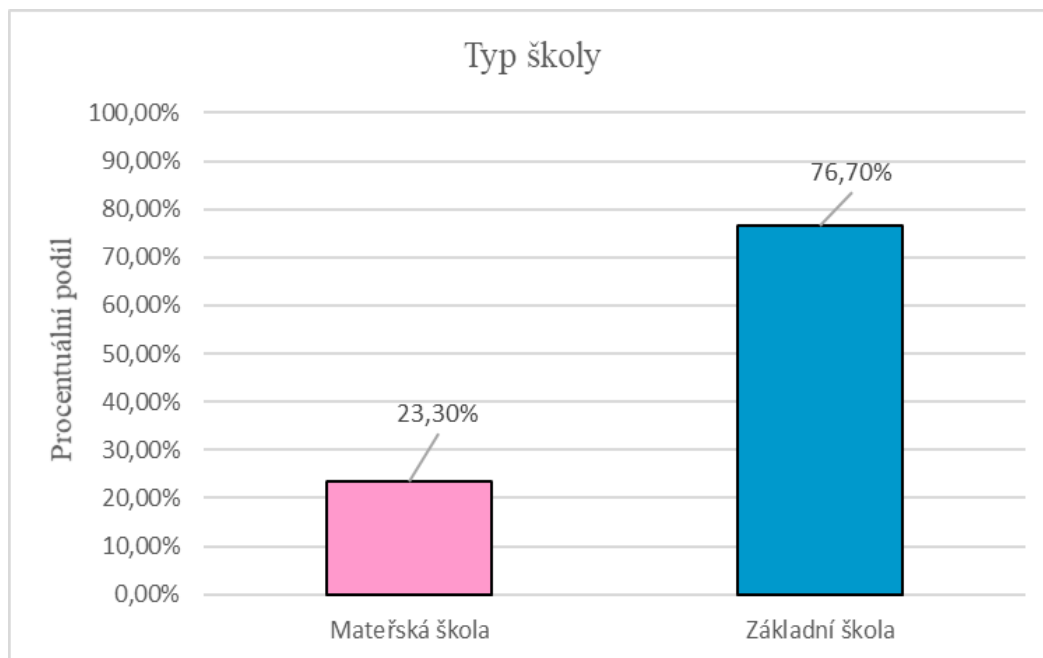
N = 103

Zdroj: vlastní výzkum

V tabulce 2 můžeme vidět, že výzkumný vzorek tvořilo celkem 22 (21,4 %) respondentů s praxí do 5 let a 81 (78,6 %) s praxí nad 5 let. U mužů byli 3 (33,3 %) respondenti pracující do 5 let praxe a 6 (66,7 %) s praxí nad 5 let. Ženské zastoupení tvořilo 19 (20,2 %) žen do 5 let praxe a 75 (79,8 %) žen nad 5 let praxe.

Vyhodnocení otázky č. 26

Otázka: Na kterém stupni školy vyučujete?



Graf 4 Typ školy

N = 103

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 4 nám ukazuje, že v mateřské škole pracuje celkem 24 (23,3 %) respondentů a na základní 79 (76,7 %) respondentů.

3.4 Použitá metoda

Pro dosažení cíle a zodpovězení výzkumných problémů jsem se ve své diplomové práci rozhodla využít kvantitativní výzkumné šetření. Pro dotazníkové šetření jsem sestavila dotazník obsahující 26 otázek, týkajících se dané problematiky. V dotazníku jsem zvolila otázky otevřené, polouzavřené i uzavřené. Tato kombinace se mi zdála pro můj výzkum vhodná zejména proto, aby nebyl respondent nijak omezován.

3.5 Organizace výzkumu

Výzkum byl realizován v měsíci prosinci 2017 a lednu 2018. Již v listopadu jsem začínala kontaktovat vedení škol pomocí e-mailu s prosbou, zdali mi výzkumné šetření na jejich škole umožní. Touto formou mi spolupráci přislíbily dvě základní školy, odmítla jedna střední škola a ostatní se vůbec nevyjádřily. Proto jsem po konečném sestavení dotazníku všechny školy v okolí osobně navštívila. Mým původním plánem bylo do dotazníkového šetření zahrnout i střední školy, bohužel žádná z kontaktovaných škol o zapojení do výzkumu neprojevila zájem, jelikož jsou těmito dotazníky údajně každoročně zahlcováni. Z tohoto důvodu dotazníkové šetření nakonec probíhalo pouze na základních a mateřských školách. Dotazníky v tištěné podobě jsem předala řediteli nebo ředitelce dané školy a domluvila se na termínu vyzvednutí. Ředitelé a ředitelky je pak sami na poradě předali ostatním pedagogům. Tento způsob dotazníkového šetření byl pro mě velice náročný a sběr dat trval dlouhou dobu. Nakonec se mi podařilo dotazníkové šetření uskutečnit na třech základních školách, dvou mateřských školách a dvou školách, na nichž je základní i mateřská škola zároveň. Celkem bylo rozdáno 210 dotazníků, z nichž se jich navrátilo 114. Pro neúplnost vyplnění muselo být 11 dotazníků vyřazeno. návratnost plně vyplněných dotazníků tedy byla 49,05 %. V přílohách této práce naleznete ukázkou nevyplněného a vyplněného dotazníku i žádost o umožnění dotazníkového šetření.

4 VÝSLEDKY

Otázky v dotazníku byly konstruovány tak, aby se vztahovaly k řešené problematice.

4.1 Předvýzkum

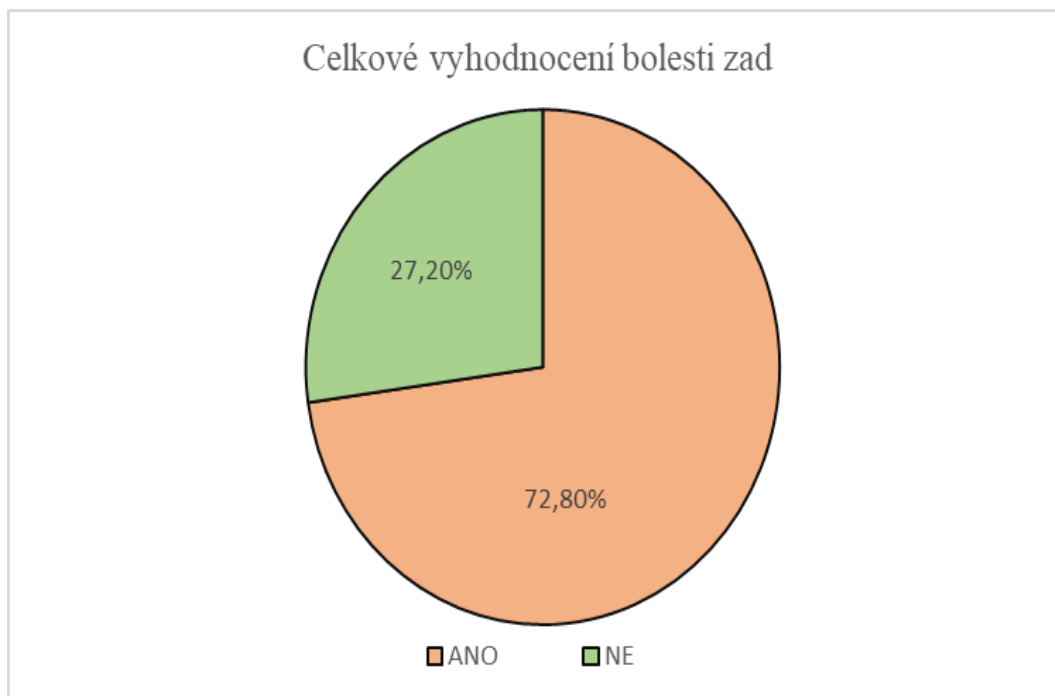
Předvýzkum byl realizován na vzorku 8 respondentů z mého okolí. Jeho cílem bylo zjistit, zda je dotazník pro respondenty srozumitelný a umožnil mi provést korektury před provedením vlastního dotazníkového šetření.

4.2 Vyhodnocení výzkumu

Po shromáždění dotazníků ze všech škol byl každý zkontrolován z hlediska správnosti a následně rozříděn podle dvou třídících znaků. Prvním třídícím znakem byla délka praxe pedagogických pracovníků a druhým bylo na jakém typu školy daný respondent vyučuje. Jednotlivé odpovědi v dotazníku byly zpracovány pomocí počítačového programu Microsoft Excel a následně vyhodnoceny.

Vyhodnocení otázky č. 1

Otázka: Trpíte bolestmi zad?

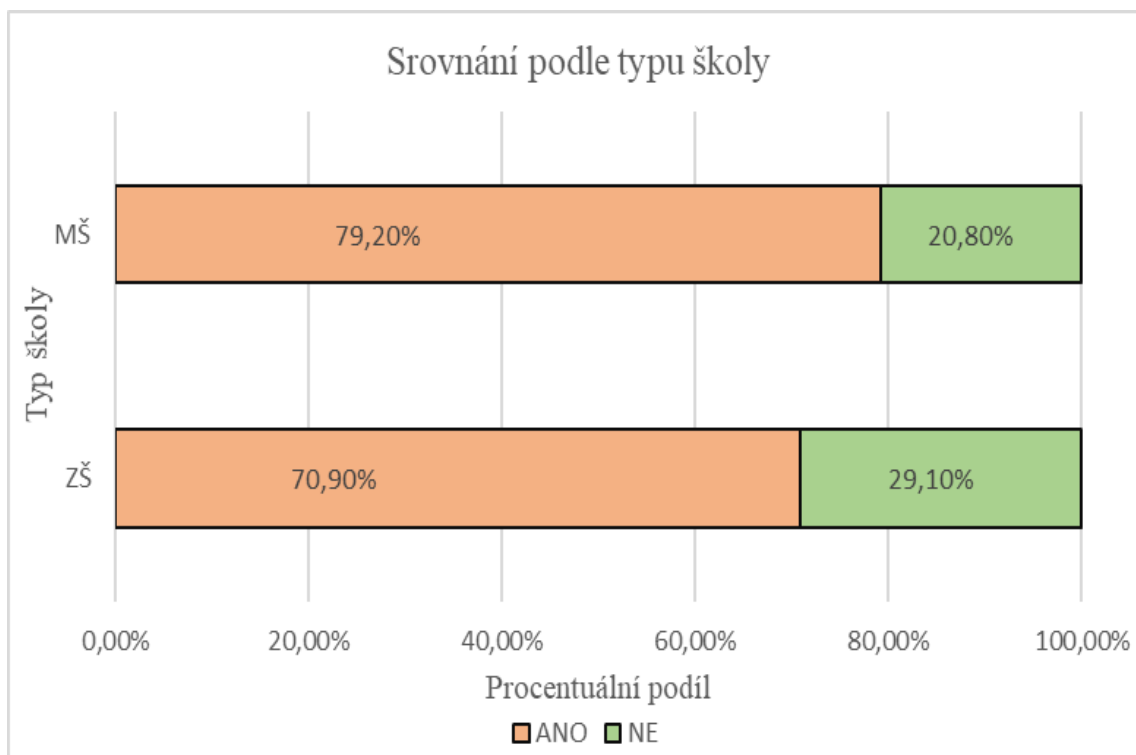


Graf 5 Bolest zad

N = 103

Zdroj: vlastní výzkum

Tato otázka zjišťovala, kolik respondentů trpí bolestmi zad. Z celkového počtu 103 respondentů uvedlo 75 jedinců (72,8 %), že trpí bolestmi zad a 28 (27,2 %), že jimi netrpí.



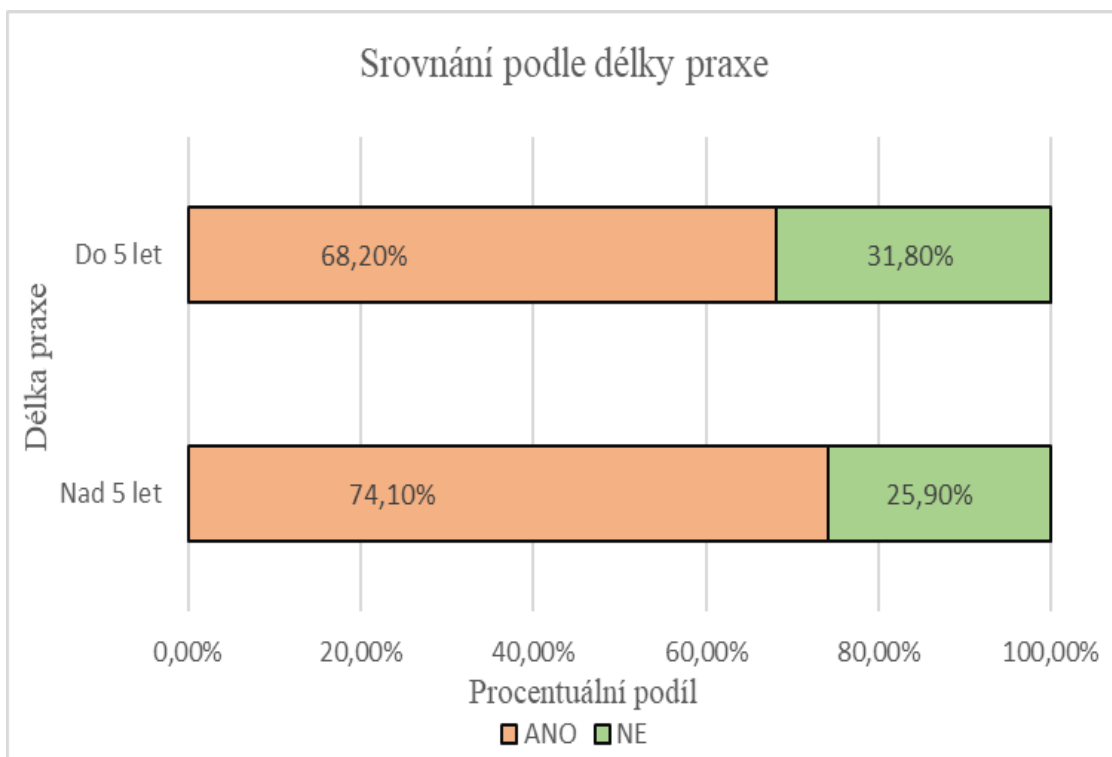
Graf 6 Bolesti zad dle typu školy

N = 103

Zdroj: vlastní výzkum

p = 0,588

Na grafu 6 vidíme rozdělení bolesti zad u pedagogických pracovníků na základních a mateřských školách. Bolestmi zad trpí 19 (79,2 %) pedagogických pracovníků mateřských škol a 56 (70,9 %) pedagogických pracovníků základních škol. Nebyla zjištěna statistická významnost.



Graf 7 Bolesti zad dle délky praxe

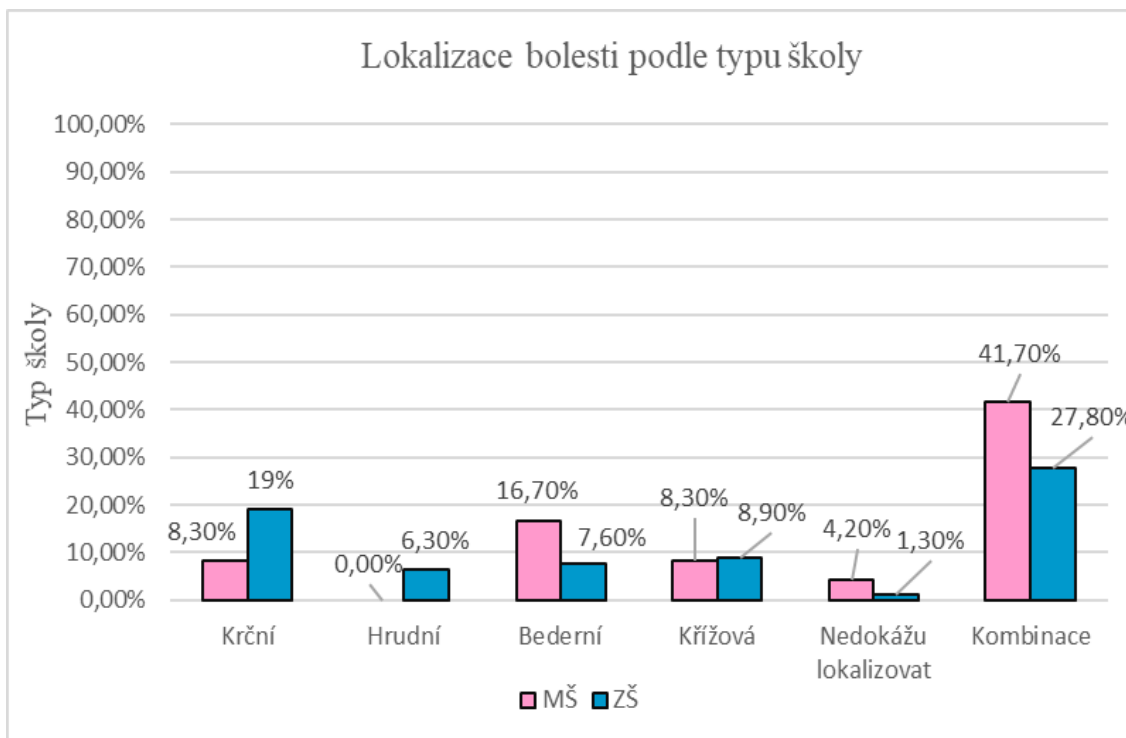
N = 103

Zdroj: vlastní výzkum

p = 0,584

Graf 7 ukazuje, jak často se bolesti zad vyskytují u učitelů do 5 let praxe (68,2 %) a nad 5 let praxe (74,1 %). Nebyla zjištěna statistická významnost.

Lokalizace bolesti zad



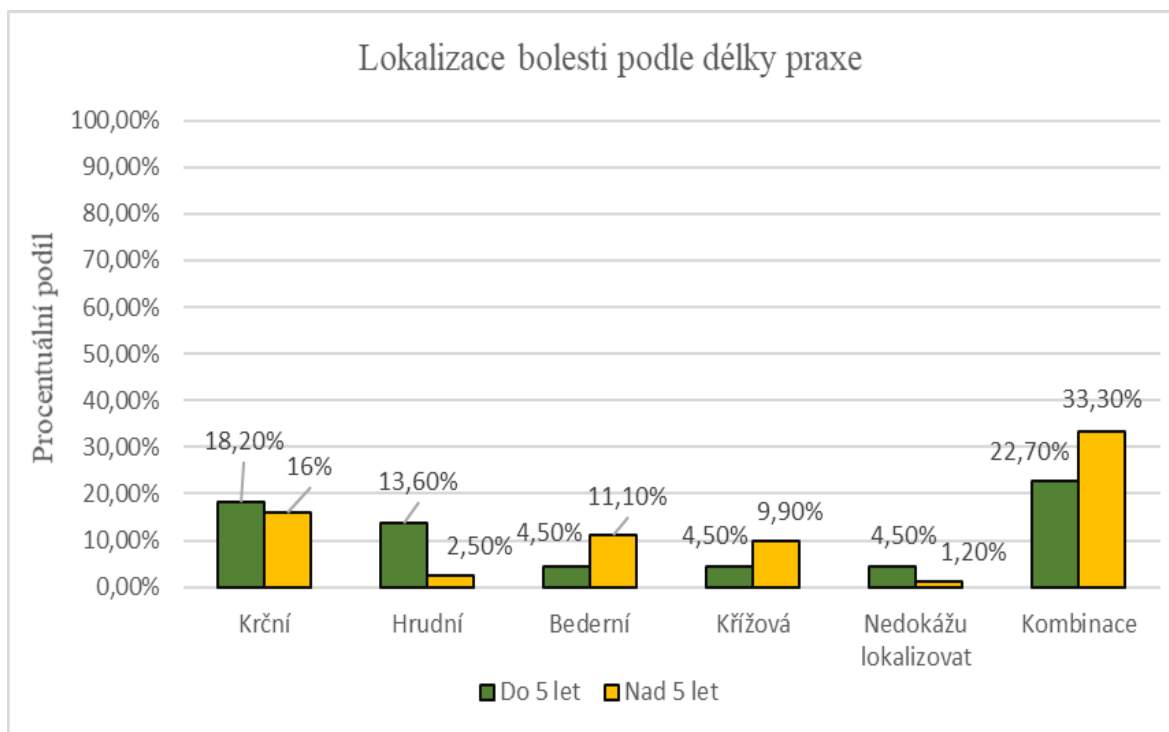
Graf 8 Lokalizace bolesti zad dle typu školy

N = 75

Zdroj: vlastní výzkum

p = 0,289

Graf 8 nám ukazuje, že nejvíce pedagogických pracovníků trpících bolestmi zad uvádělo kombinaci bolesti na různých místech zad (MŠ – 41,7 % a ZŠ – 27,8 %). Druhou nejčastější odpovědí u respondentů ze základních škol byla bolest krční páteře (19 %), následovaná bolestí v oblasti kříže (8,9 %) a bolestí bederní páteře (7,6 %). U respondentů mateřských škol skončila na druhém místě bolest bederní páteře (16,7 %), následovaná krční páteří (8,3 %) spolu s bolestí v křížové oblasti (8,3 %). Za povšimnutí stojí, že nejméně volenou možností (mimo nedokážu lokalizovat) patří oblast hrudní páteře. Tuto možnost nezvolil žádný z respondentů pracujících v mateřské škole, a pouze 6,3 % respondentů učících na základní škole. Nebyla zjištěna statistická významnost.



Graf 9 Lokalizace bolesti zad dle délky praxe

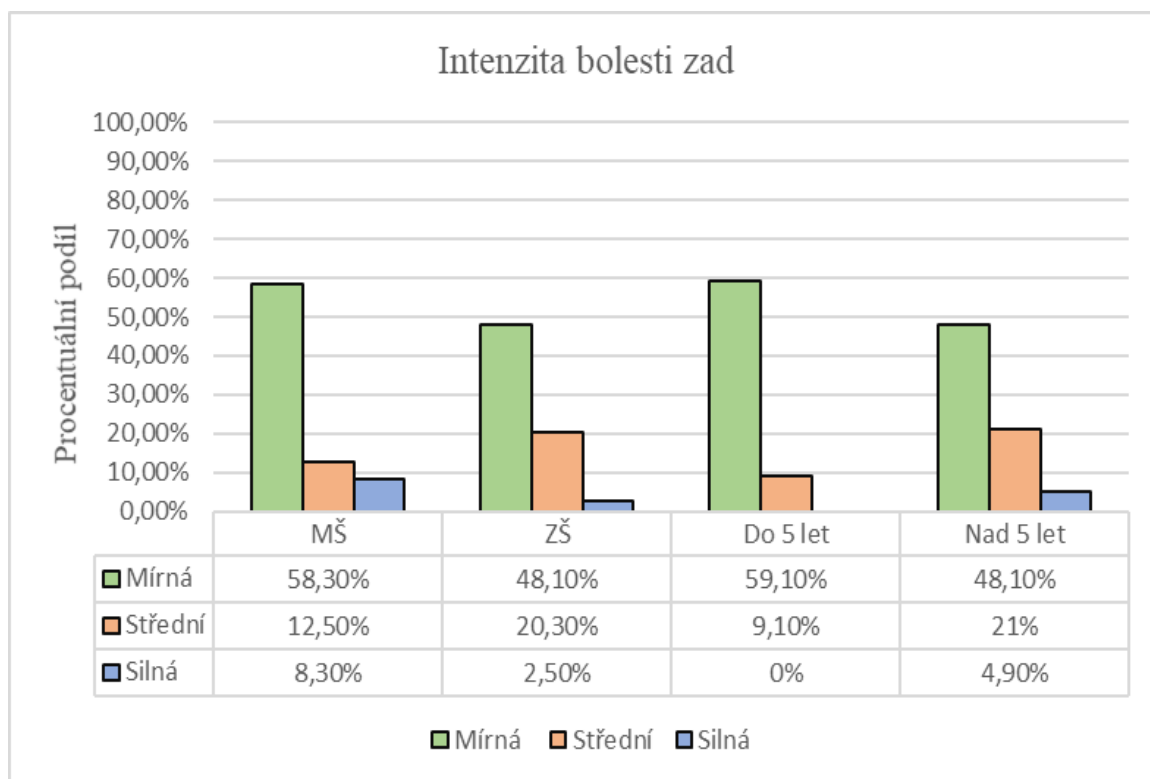
N = 75

Zdroj: vlastní výzkum

p = 0,312

Na grafu 9 můžeme vidět lokalizaci bolesti zad v závislosti na délce praxe respondentů. Nejvyšší četnost opět získala kombinace bolestí (praxe do 5 let – 22,7 %, praxe nad 5 let – 33,3 %). U obou skupin následuje bolest krční páteře (u pedagogických pracovníků do 5 let praxe – 18,2 %, nad 5 let praxe – 16 %). Učitelé do 5 let praxe volili z 13,6 % bolest hrudní páteře a ze 4,5 % oblast bederní a křížovou. Třetí nejvyšší četnost u pedagogických pracovníků nad 5 let praxe získala bolest v oblasti bederní páteře (11,1 %), následovaná křížovou oblastí (9,9 %) a oblastí hrudní (2,5 %). Svou bolest pak nedokáže lokalizovat 1 (4,5 %) pracovník s praxí do 5 let a 1 (1,2 %) pracovník s praxí delší než 5 let. Nebyla zjištěna statistická významnost.

Intenzita bolesti zad



Graf 10 Intenzita bolesti zad

N = 75

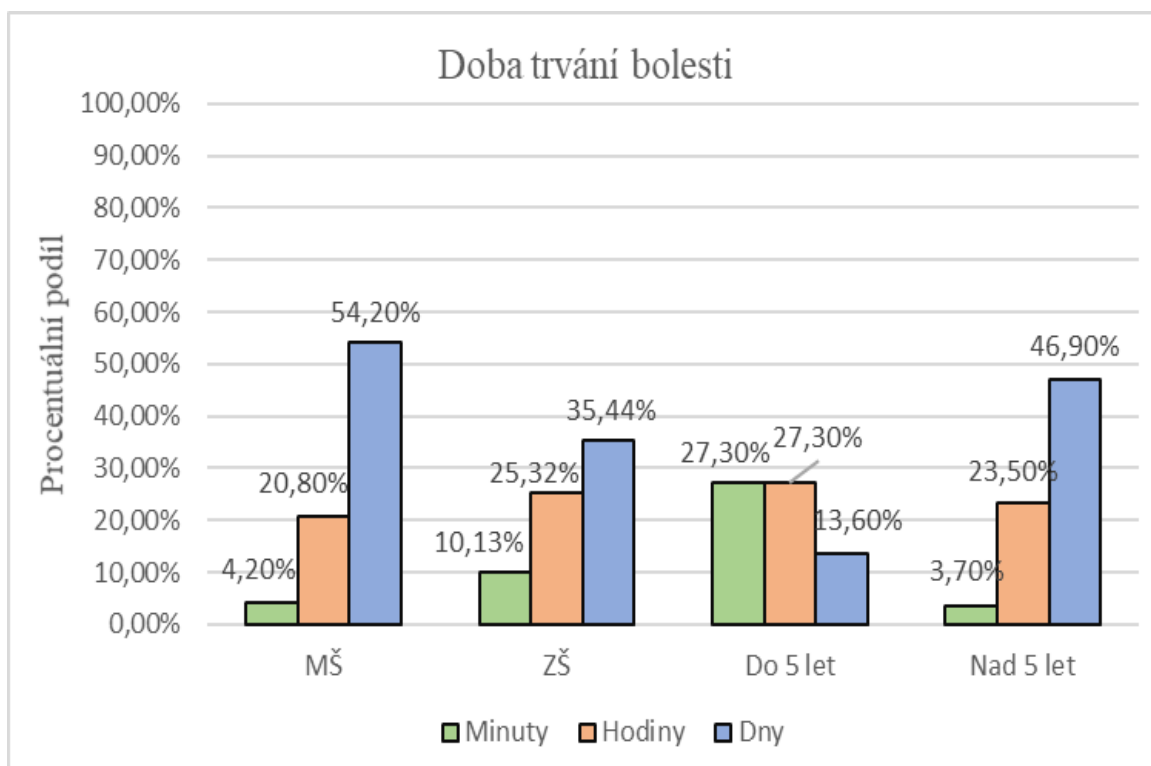
Zdroj: vlastní výzkum

Typ školy $p = 0,870$

Délka praxe $p = 0,178$

Graf 10 znázorňuje, jak respondenti hodnotí intenzitu bolesti zad. Nejvyšší počet respondentů ze všech skupin ohodnotilo svou bolest zad jako mírnou (MŠ – 58,3 %; ZŠ – 48,1 %; praxe do 5 let – 59,1 %; praxe nad 5 let – 48,1 %). Silnou intenzitu bolesti volilo nejméně respondentů (MŠ – 8,3 %; ZŠ – 2,5 %; praxe do 5 let – 0 %; praxe nad 5 let – 4,9 %). Nebyla zjištěna statistická významnost.

Doba trvání bolesti



Graf 11 Doba trvání bolesti zad

N = 75

Zdroj: vlastní výzkum

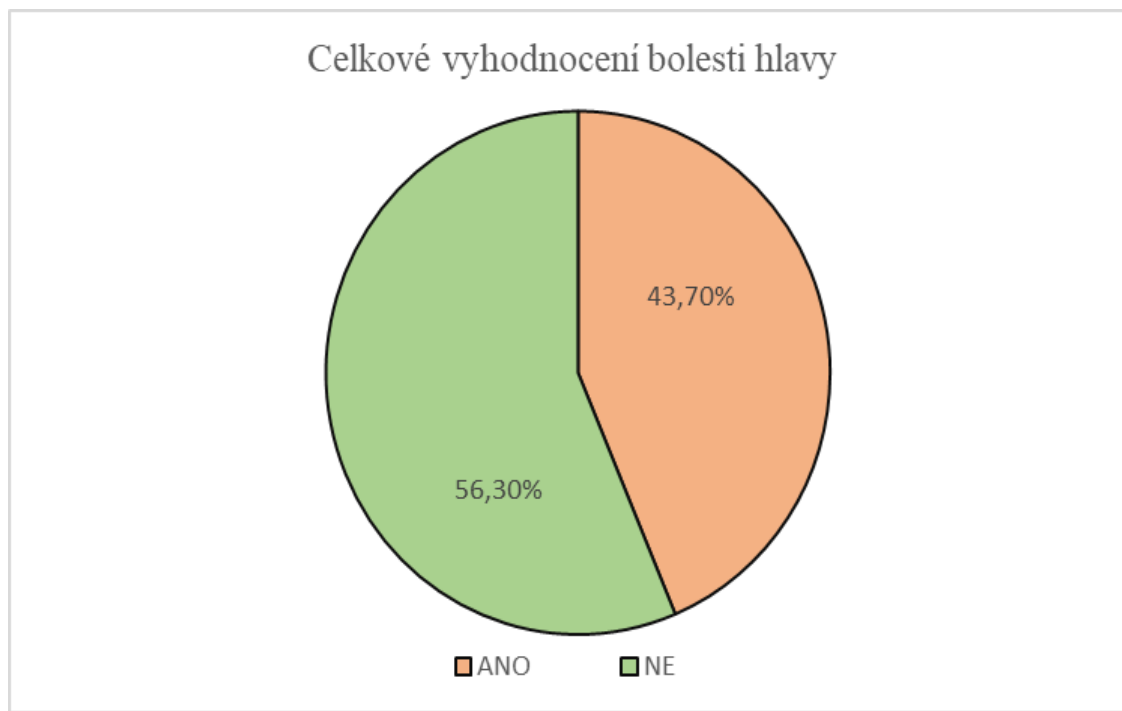
Typ školy $p = 0,309$

Délka praxe $p = 0,012$

Graf 11 zobrazuje odpovědi respondentů na délku trvání bolesti zad. Největší rozdíl zde můžeme pozorovat u pedagogických pracovníků z hlediska délky praxe. Nejvyšší četnost u respondentů s praxí do 5 let získaly minuty (27,3 %) a hodiny (27,3 %). Boolestmi zad trvajících dny trpí pouze 13,6 % respondentů. Naopak respondenti nad 5 let praxe uváděli nejčastěji bolest trvajících dny (46,9 %), pak hodiny (23,50 %) a nakonec minuty (3,7 %). Respondenti mateřských i základních škol nejčastěji volili bolest trvajících dny (MŠ – 54,2 %; ZŠ – 35,44 %), hodiny (MŠ – 20,8 %; ZŠ – 25,32 %) a nakonec minuty (MŠ – 4,2 %; ZŠ – 10,13 %). Statistická významnost zde tedy byla zjištěná v případě délky praxe.

Vyhodnocení otázky č. 2

Otázka: Trpíte bolestmi hlavy? (bez závislosti na menstruačním cyklu)

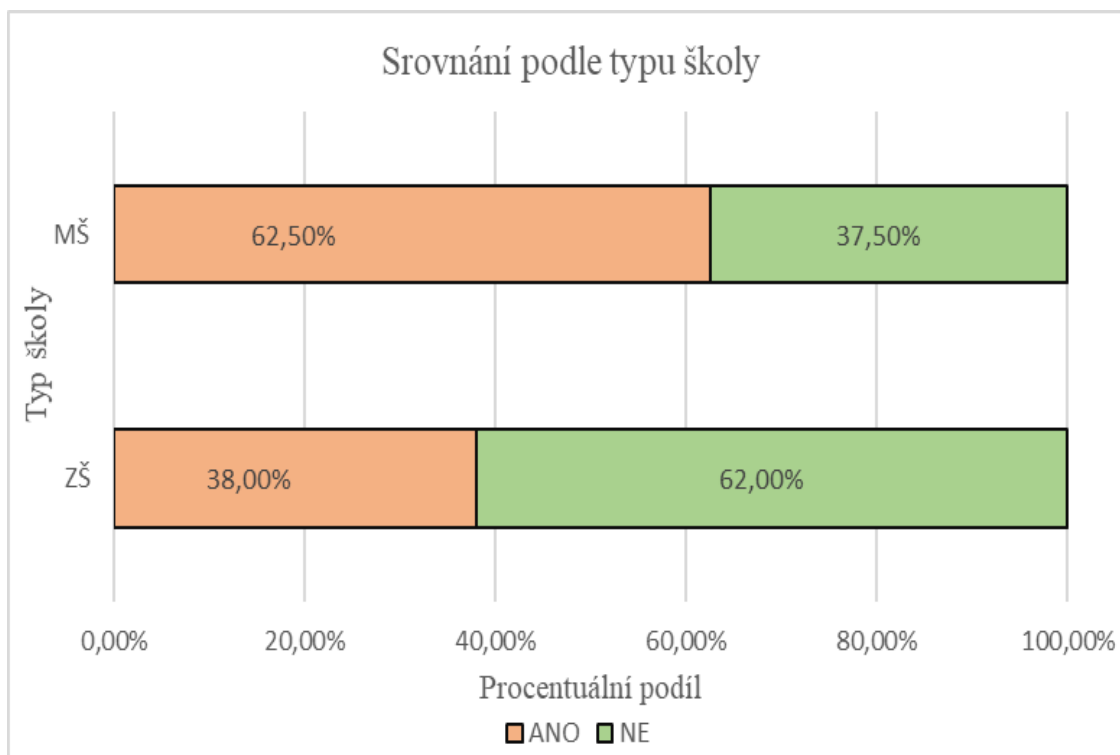


Graf 12 Bolest hlavy

N = 103

Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 12 nám ukazuje, že bolestí hlavy trpí 45 respondentů (43,7 %) a 58 (56,3 %) jimi netrpí.



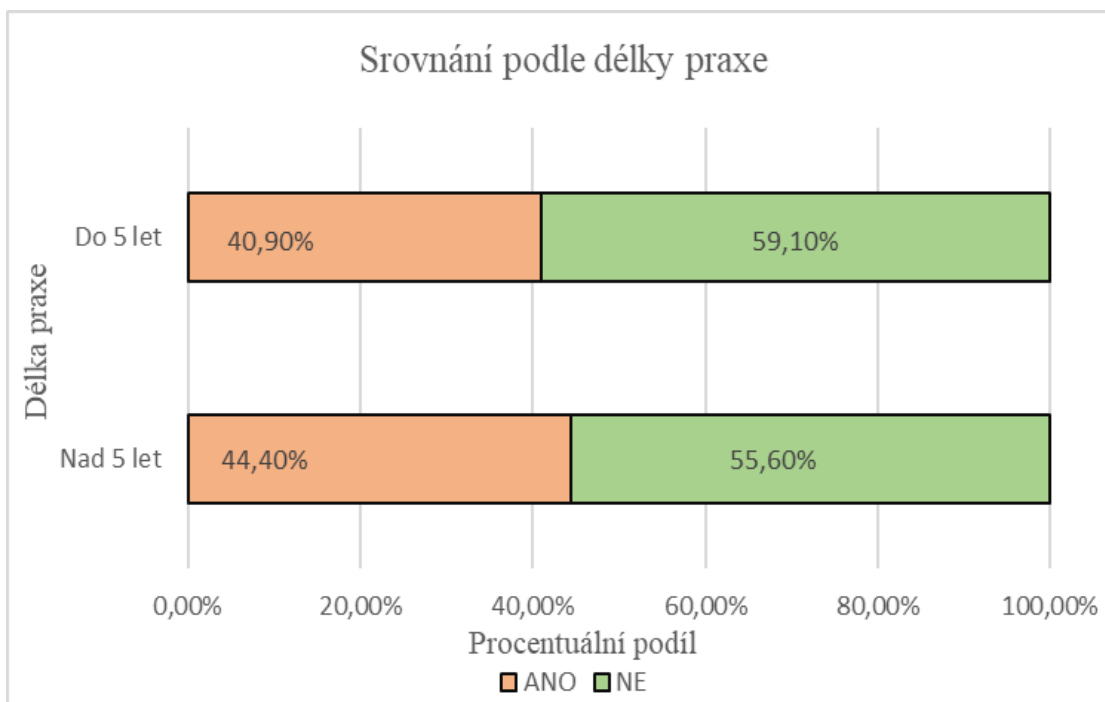
Graf 13 Bolesti hlavy dle typu školy

N = 103

Zdroj: vlastní výzkum

p = 0,080

Na grafu č. 13 vidíme srovnání bolesti hlavy u pedagogů mateřských a základních škol. Bolestí hlavy trpí více pedagogové mateřských škol a to konkrétně 15 (62,5 %). Na základní škole tato bolest postihuje 30 pedagogů (38 %). Nebyla zjištěná statistická významnost.



Graf 14 Bolestí hlavy dle délky praxe

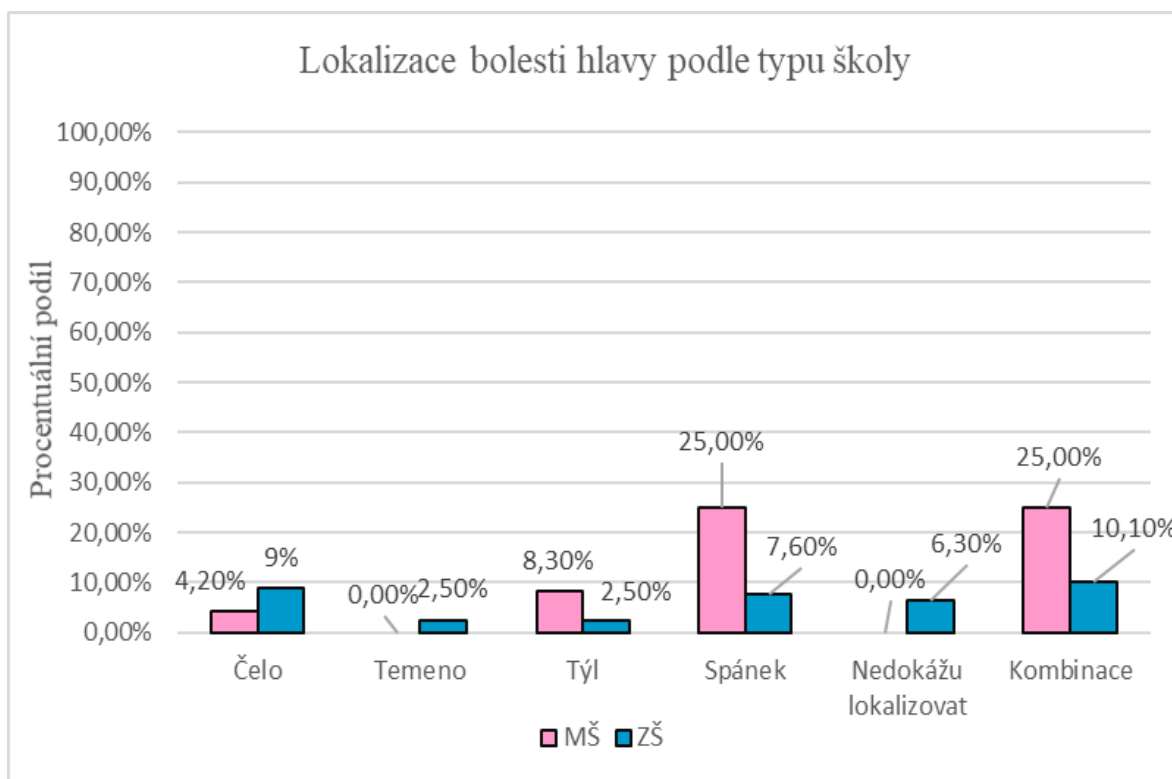
N = 103

Zdroj: vlastní výzkum

p = 0,768

Graf 14 srovnává výskyt bolesti hlavy u pedagogických pracovníků v závislosti na délce praxe. Zde byly výsledky poměrně vyrovnané, kdy bolesti hlavy trpí 9 (40,9 %) respondentů s praxí do 5 let a 36 (44,4 %) respondentů s praxí nad 5 let. Statistická významnost nebyla zjištěná.

Lokalizace bolesti hlavy



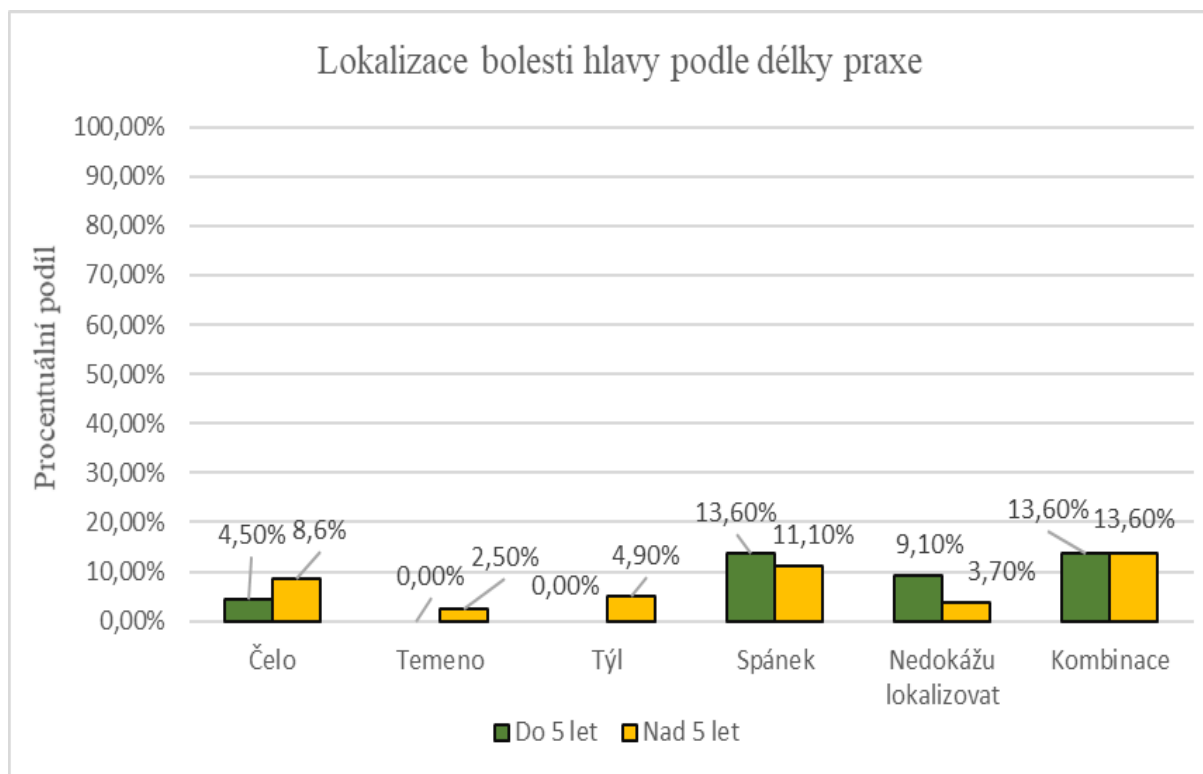
Graf 15 Lokalizace bolesti hlavy dle typu školy

N = 45

Zdroj: vlastní výzkum

p = 0,050

Graf 15 nám znázorňuje lokalizaci bolesti hlavy u respondentů mateřských a základních škol. Pedagogové mateřských škol nejčastěji uváděli bolest spánku 6 (25 %) a kombinaci 6 (25 %), dále pak 2 pracovníci uvedli oblast týlu (8,3 %) a 1 pracovník oblast čela (4,2 %). Naopak u pedagogických pracovníků základních škol se nejčastěji vyskytovala odpověď kombinace bolestí 8 (10,1 %), následovaná bolestí v oblasti čela 7 (9 %) a spánku 6 (7,6 %). Pět pracovníků (6,3 %) bolest nedokáže lokalizovat a dva pracovníci uvedli oblast temena (2,5 %) a dva oblast týlu (2,5 %). V této otázce byla zjištěná statistická významnost.



Graf 16 Lokalizace bolesti hlavy dle délky praxe

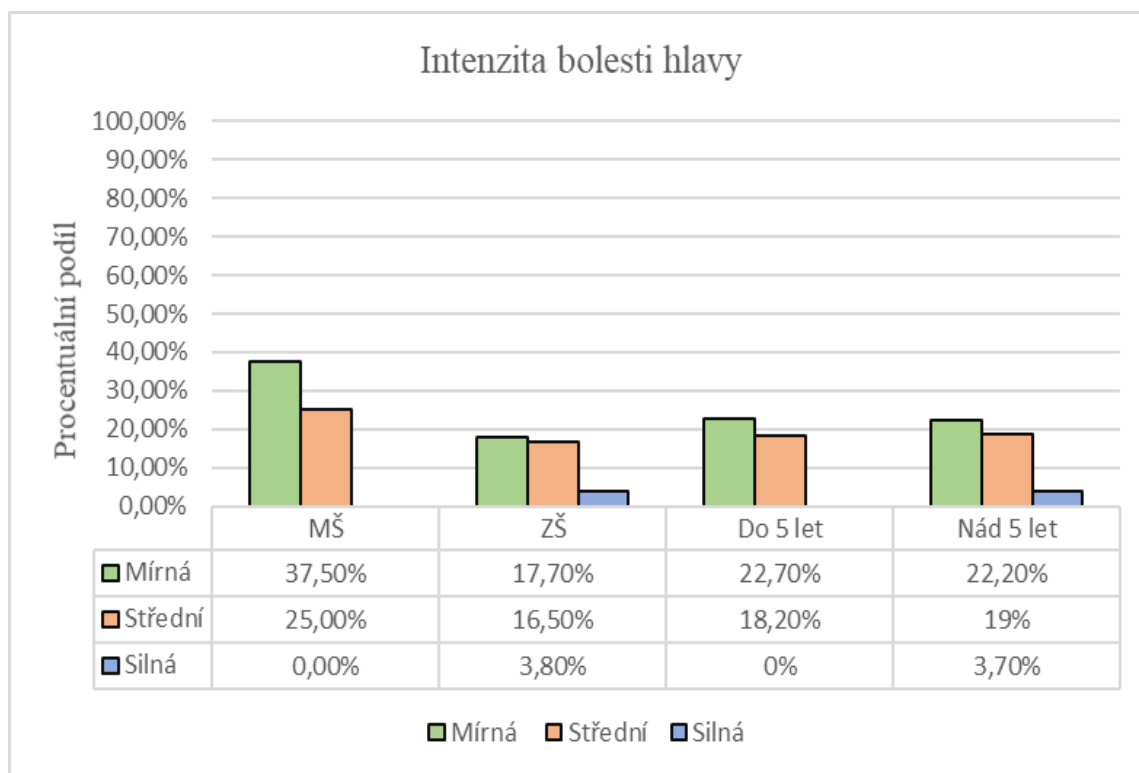
N = 45

Zdroj: vlastní výzkum

p = 0,993

Na tomto grafu můžeme vidět rozdělení lokalizace bolesti hlavy podle délky praxe. U obou skupin respondentů byla nejčastěji volená odpověď kombinace bolestí (13,6 %). U respondentů do 5 let praxe se na prvním místě spolu s kombinací bolestí umístila také bolest v oblasti spánku (13,6 %). Druhá nejčastěji volená odpověď u respondentů s praxí nad 5 let byla oblast spánku (11,1 %), následovaná bolestí v oblasti čela (8,6 %). Nebyla zjištěna statistická významnost.

Intenzita bolesti hlavy



Graf 17 Intenzita bolesti hlavy

N = 45

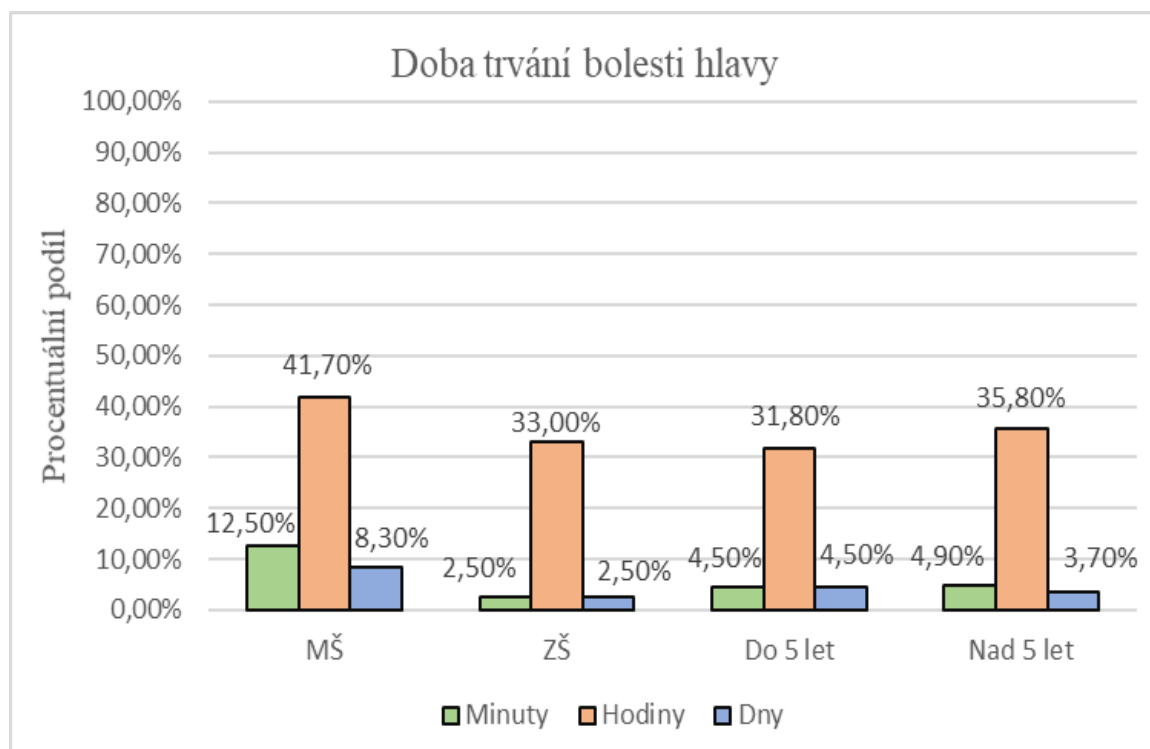
Zdroj: vlastní výzkum

Typ školy $p = 0,183$

Délka praxe $p = 0,676$

Graf č. 17 znázorňuje intenzitu bolesti hlavy. Nejčastěji volenou odpovědí byla mírná intenzita bolesti, kterou zvolilo 9 (37,5 %) pedagogů mateřských škol a 14 (17,7 %) pedagogů vyučujících na základních školách. Při porovnání této otázky z hlediska délky praxe jsou výsledky obdobné. Nejvyšší četnost získala mírná intenzita u respondentů do 5 let praxe (22,7 %) i nad 5 let praxe (22,2 %). Naopak silnou intenzitu bolesti nezvolil žádný respondent do 5 let praxe i pracující v mateřských školách. Tuto odpověď zvolilo pouze 3,7 % pedagogů nad 5 let a 3,8 % pedagogů základních škol. Nebyla zjištěna statistická významnost.

Doba trvání bolesti hlavy



Graf 18 Doba trvání bolesti hlavy

N = 45

Zdroj: vlastní výzkum

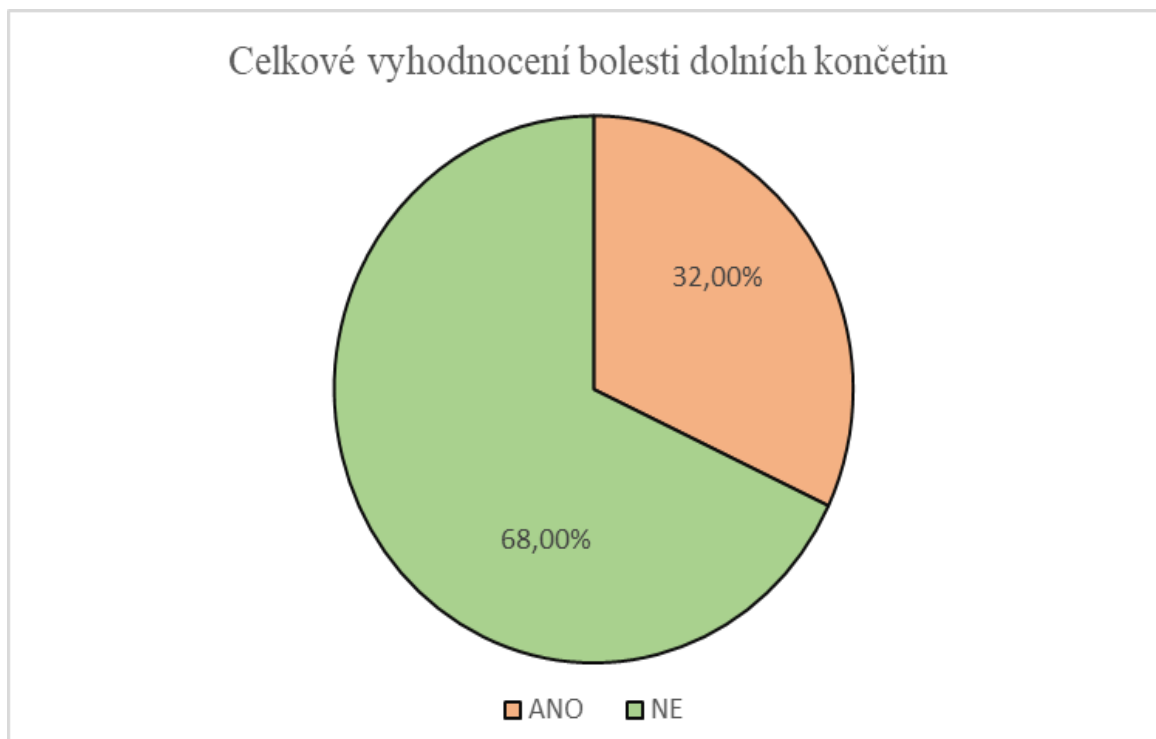
Typ školy $p = 0,117$

Délka praxe $p = 0,802$

Na grafu č. 18 je znázorněna doba trvání bolesti hlavy. Nejčastěji volenou odpovědí zde bylo trvání bolesti po dobu hodin, kterou uvedlo 10 (41,7 %) pedagogů mateřských škol a 26 (33 %) pedagogů základních škol. Z čehož 7 (31,8 %) pedagogů bylo s praxí do 5 let a 29 (35,8 %) s praxí nad 5 let. Statistická významnost nebyla zjištěná.

Vyhodnocení otázky č. 3

Otázka: Trpíte bolestí dolních končetin?

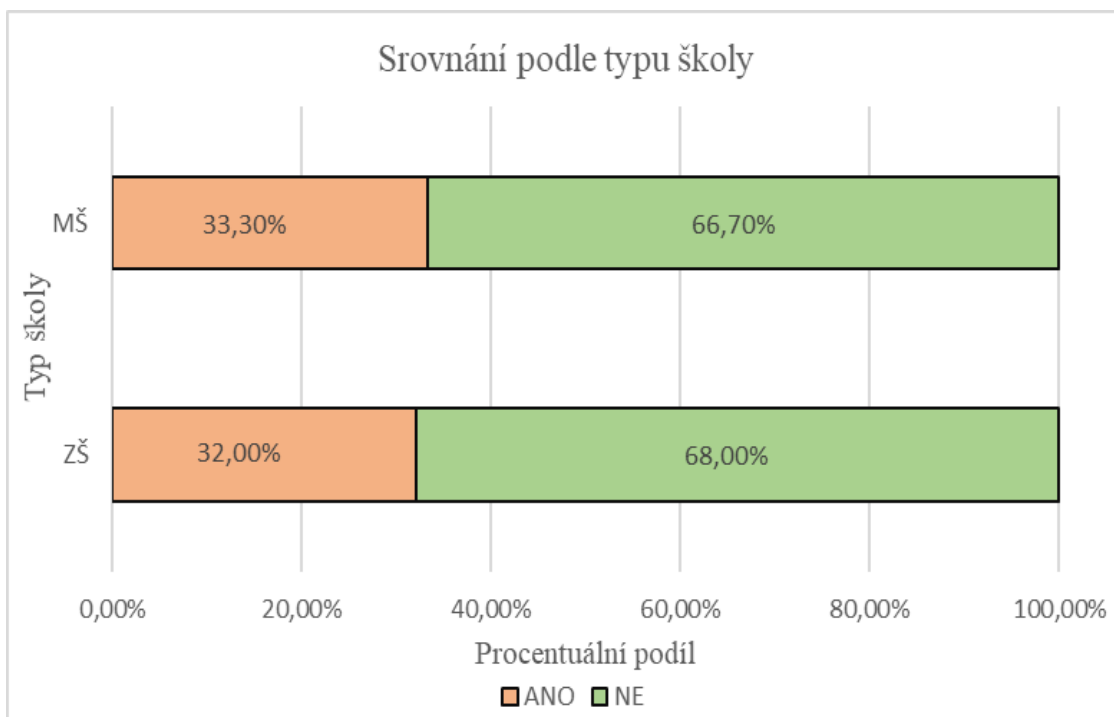


Graf 19 Bolesti DKK

N = 103

Zdroj: vlastní výzkum

Na grafu č. 19 můžeme vidět kolik respondentů trpí bolestí dolních končetin. Touto bolestí trpí 33 (32 %) respondentů.



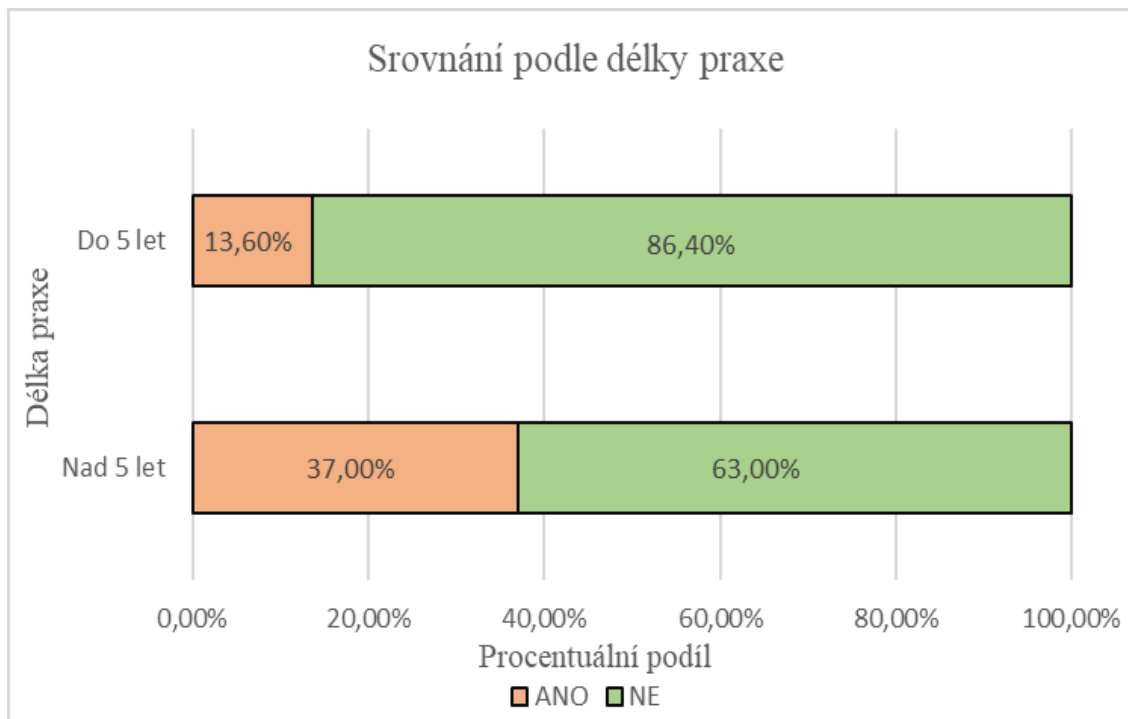
Graf 20 Bolesti DKK dle typu školy

N = 103

Zdroj: vlastní výzkum

p = 0,785

Graf č. 20 nám srovnává bolest dolních končetin u respondentů mateřských a základních škol. Touto bolestí trpí 8 (33,3 %) pedagogických pracovníků mateřských škol a 25 (32 %) pedagogických pracovníků základních škol. Statistická významnost nebyla potvrzená.



Graf 21 Bolestí DKK dle délky praxe

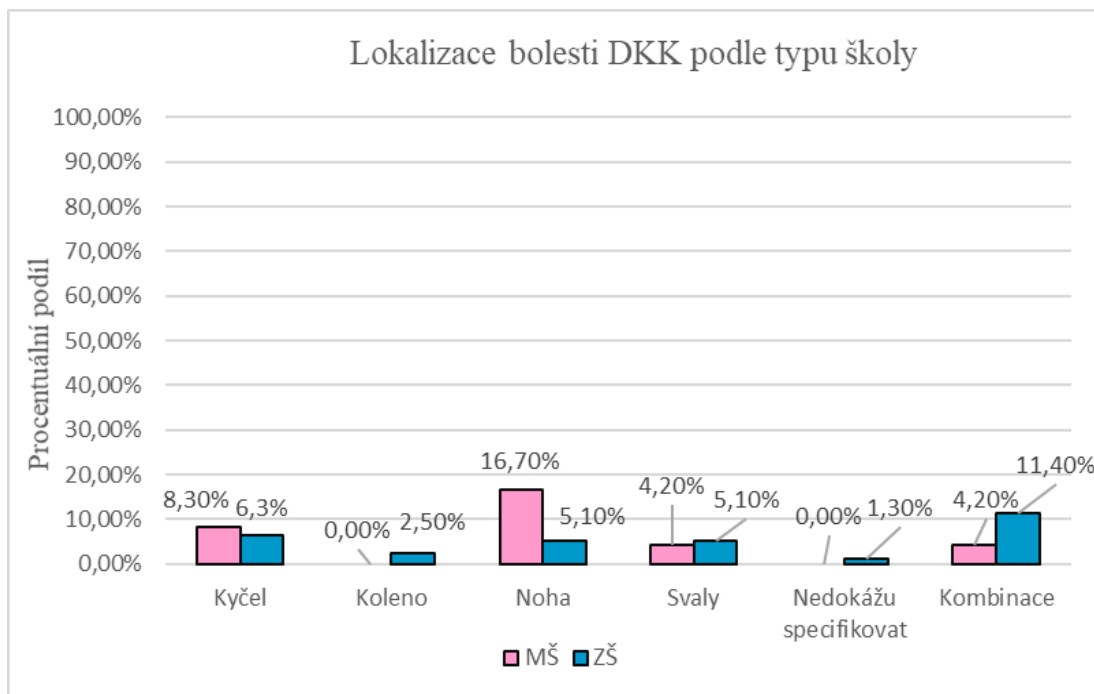
N = 103

Zdroj: vlastní výzkum

p = 0,038

Graf č. 21 nám ukazuje, že bolestí dolních končetin trpí 3 (13,6 %) respondentů do 5 let praxe a 30 (37 %) respondentů s praxí nad 5 let. Byla zde prokázána statistická významnost.

Lokalizace bolesti dolních končetin



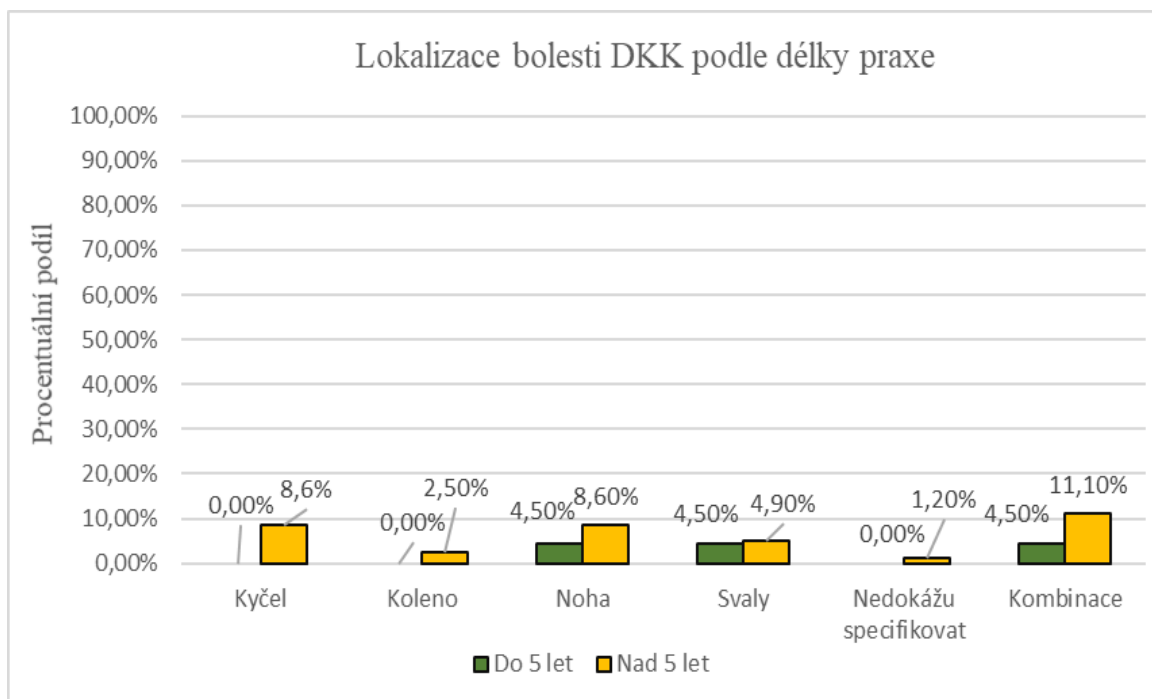
Graf 22 Lokalizace bolesti DKK dle typu školy

N = 33

Zdroj: vlastní výzkum

p = 0,792

Na grafu č. 22 vidíme lokalizaci bolesti dolních končetin, která se vyskytuje u respondentů mateřských a základních škol. Respondenti mateřských škol nejčastěji uváděli bolest nohy 4 (16,7 %). Dále pak bolest kyčle 2 (8,3 %), svalů nohy 1 (4,2 %) a kombinaci 1 (4,2 %). Naopak respondenti základních škol nejčastěji uváděli kombinaci 9 (11,4 %) a kyčel 5 (6,3 %), následovanou bolestí nohy 4 (5,1 %) a svalů nohy 4 (5,1 %). Dva respondenti základních škol dále uvedli bolest kolena (2,5 %) a jeden svou bolest nedokázal lokalizovat (1,3 %). Nebyla zjištěná statistická významnost.



Graf 23 Lokalizace bolesti DKK dle délky praxe

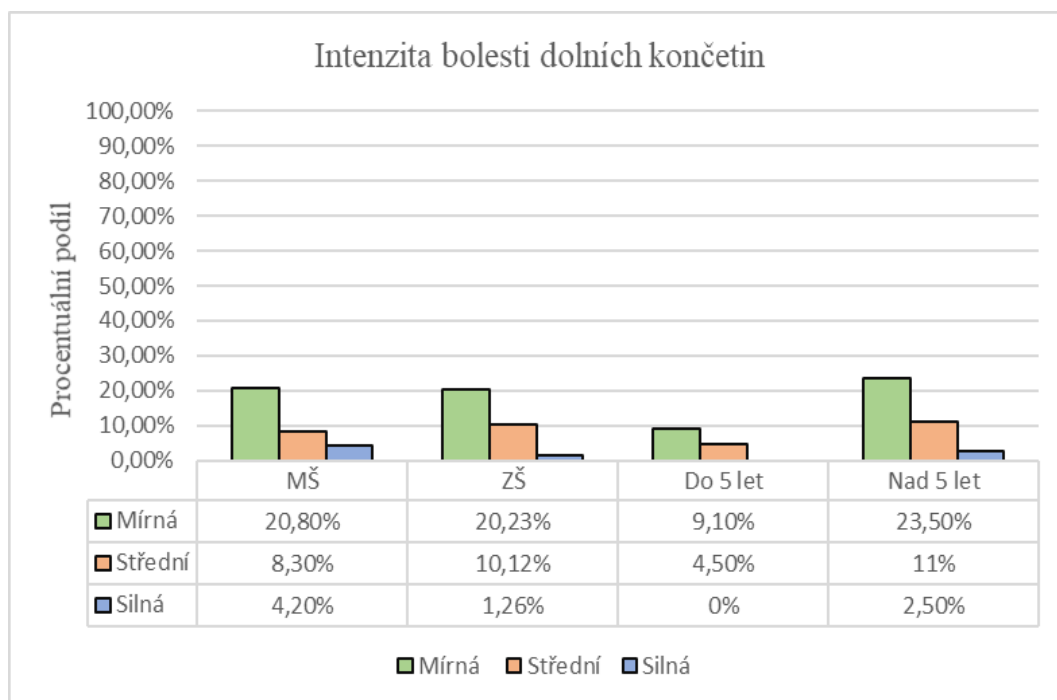
N = 33

Zdroj: vlastní výzkum

p = 0,055

Graf č. 23 znázorňuje, že se více vyskytuje bolest dolních končetin u respondentů s praxí nad 5 let. Tato skupina trpí nejvíce kombinací bolestí dolních končetin 9 (11,1 %), pak bolestí kyčle 7 (8,6 %) a nohy 7 (8,6 %). Čtyři respondenty s praxí nad 5 let pak obtěžují bolesti svalů nohy (4,9 %), dva respondenty bolesti kolene (2,5 %) a jeden (1,2 %) tuto bolest nedokáže lokalizovat. Skupina respondentů do 5 let praxe nejčastěji zvolila bolesti nohy (4,5 %), svalů (4,5 %) a kombinaci (4,5 %). Statistická významnost nebyla potvrzena.

Intenzita bolesti dolních končetin



Graf 24 Intenzita bolesti DKK

N = 33

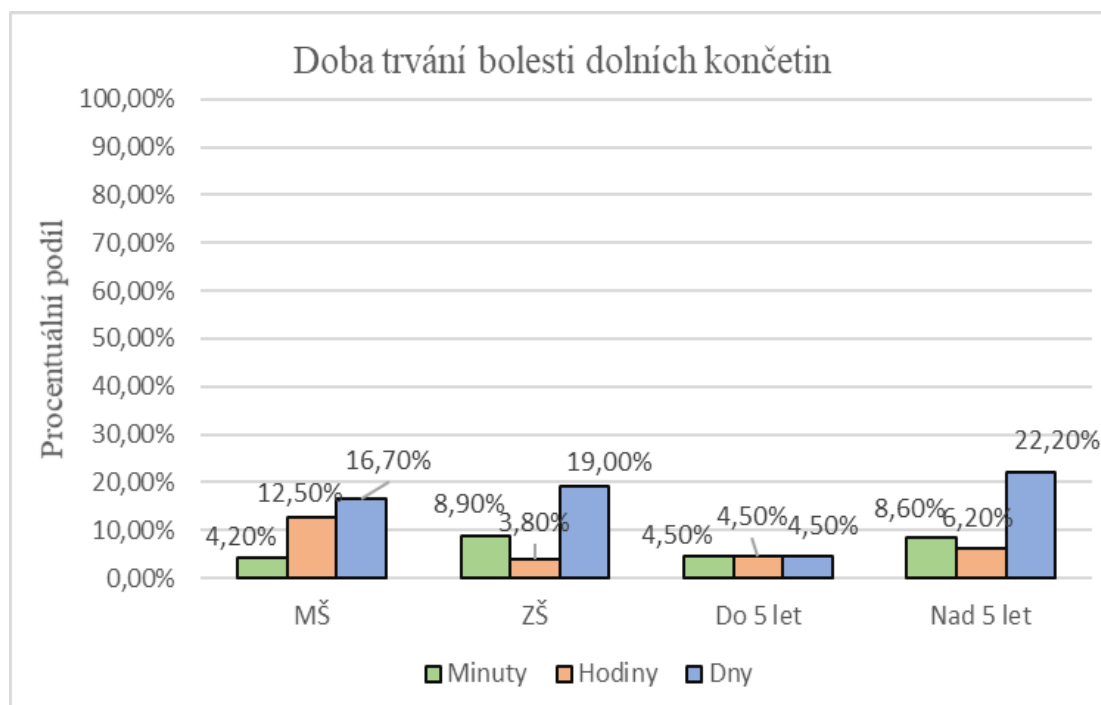
Zdroj: vlastní výzkum

Typ školy $p = 0,787$

Délka praxe $p = 0,039$

Na výše uvedeném grafu č. 24 je zobrazena intenzita bolesti dolních končetin. Při srovnání intenzity bolesti mezi mateřskou školou a základní školou nebyla zjištěna statistická významnost. Nejčastěji volenou odpovědí zde byla bolest mírná (MŠ – 20,8 %, ZŠ – 20,23 %), následovaná bolestí střední (MŠ – 8,3 %, ZŠ – 10,12 %), naopak nejméně volenou odpovědí byla bolest silná (MŠ – 4,2 %, ZŠ – 1,26 %). Při srovnání bolesti dolních končetin mezi skupinou respondentů do 5 let praxe a nad 5 let praxe byla zjištěna statistická významnost. Učitelé s praxí do 5 let volili nejčastěji bolest mírnou (9,1 %), následovala bolest střední (4,5 %) a silnou bolest nezvolil žádný respondent. Respondenti s dobou praxe nad 5 let také zvolili nejčastěji bolest mírnou (23,5 %), následně střední bolest (11 %) a bolest silnou (2,5 %).

Doba trvání bolesti dolních končetin



Graf 25 Doba trvání bolesti DKK

N = 33

Zdroj: vlastní výzkum

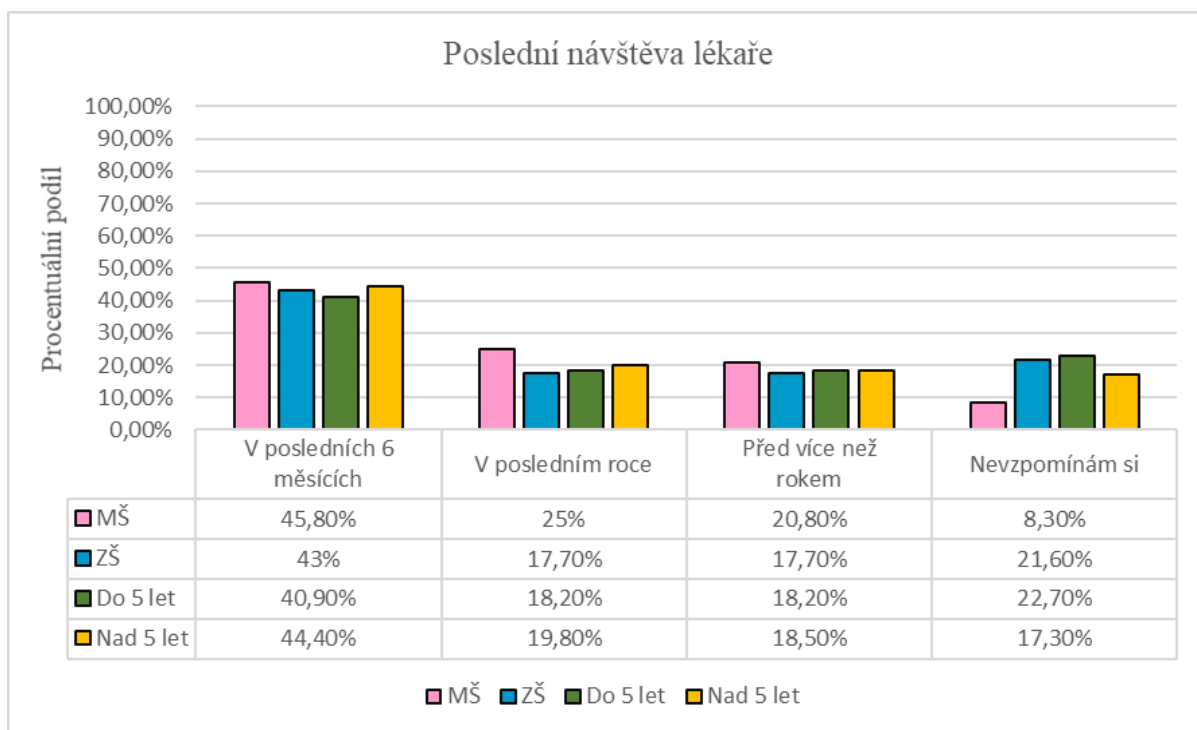
Typ školy $p = 0,793$

Délka praxe $p = 0,032$

Na grafu č. 25 můžeme vidět dobu trvání bolesti dolních končetin. Z hlediska typu školy byly nejčastěji volené odpovědi následovné. Respondenti mateřských škol nejčastěji volili jako dobu trvání dny (16,7 %), pak hodiny (12,5 %) a nakonec minuty (4,2 %). Respondenti základních škol volili nejčastěji dny (19 %), minuty (8,9 %) a hodiny (3,8 %). Zde nebyla zjištěna statistická významnost. Při srovnávání z hlediska délky praxe došlo u pedagogů s praxí do 5 let ke stejnému počtu odpovědí – minuty, hodiny, dny (4,5 %). Naopak učitelé s praxí do 5 let nejvíce trpí bolestmi po dobu dnů (22,2 %), minut (8,6 %) a nakonec hodin (6,2 %). Byla zde zjištěna statistická významnost.

Vyhodnocení otázky č. 4

Otázka: Kdy jste byl/a naposledy u lékaře s nějakým zdravotním problémem?



Graf 26 Doba poslední návštěvy lékaře

N = 103

Zdroj: vlastní výzkum

Typ školy = 0,532

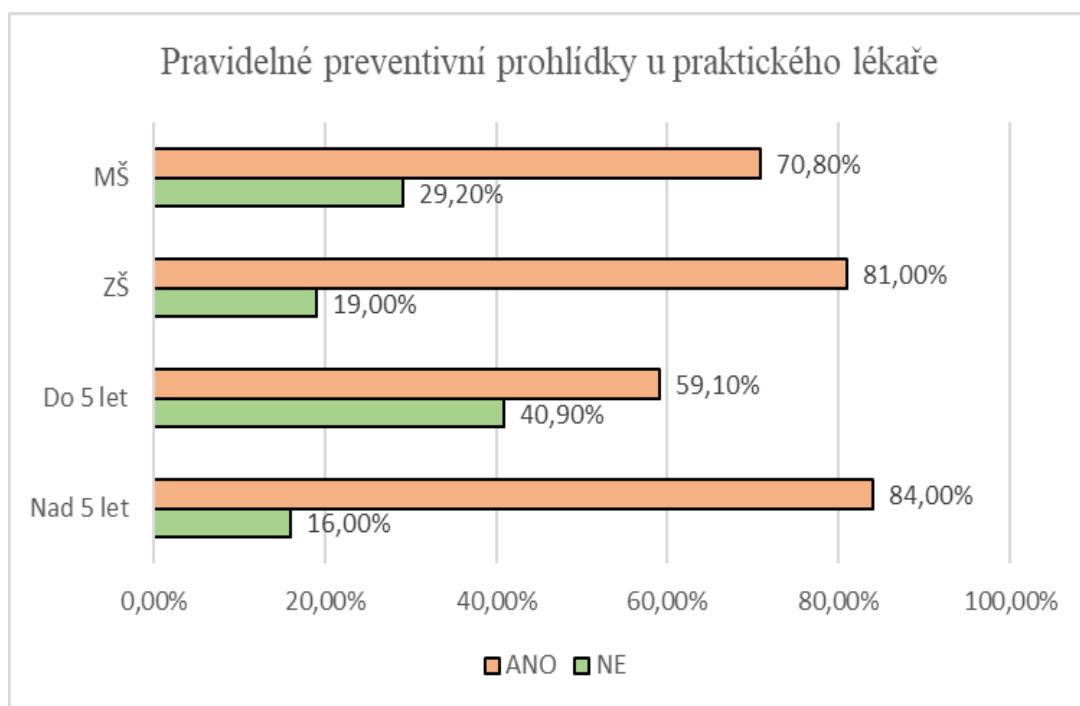
Délka praxe = 0,640

Graf č. 26 nám ukazuje kdy naposledy respondenti vyhledali lékaře s nějakým zdravotním problémem. Nejčastěji volenou odpovědí bylo u všech skupin v posledních 6 měsících. V posledních 6 měsících lékaře vyhledalo 11 (45,8 %) respondentů z mateřských škol, 34 (43 %) respondentů ze základních škol. Z hlediska délky praxe – 9 respondentů s praxí do 5 let (40,9 %), a 36 respondentů s praxí nad 5 let (44,4 %). V posledním roce lékaře vyhledalo 6 (25 %) pedagogů mateřských škol, 14 (17,7 %) pedagogů základních škol. Z čehož 4 (18,2 %) bylo pedagogů do 5 let praxe a 16 (19,8 %) nad 5 let praxe. Před více než rokem lékaře navštívilo 5 (20,8 %) – MŠ, 14 (17,7 %) – ZŠ, 4 (18,2 %) do 5 let praxe a 15 (18,5 %) – nad 5 let praxe). Na dobu, kdy byli naposledy nuceni vyhledat lékaře si nevzpomínají 2 (8,3 %) pedagogové mateřských škol a 17 (21,6 %) pedagogů základních škol. Z hlediska délky praxe si nevzpomíná

5 (22,7 %) pedagogů do 5 let praxe a 14 (17,3 %) učitelů nad 5 let praxe. Nebyla zjištěna statistická významnost.

Vyhodnocení otázky č. 5

Otázka: Chodíte pravidelně na preventivní prohlídky k praktickému lékaři? (1× za 2 roky)



Graf 27 Pravidelné preventivní prohlídky u praktického lékaře

N = 103

Zdroj: vlastní výzkum

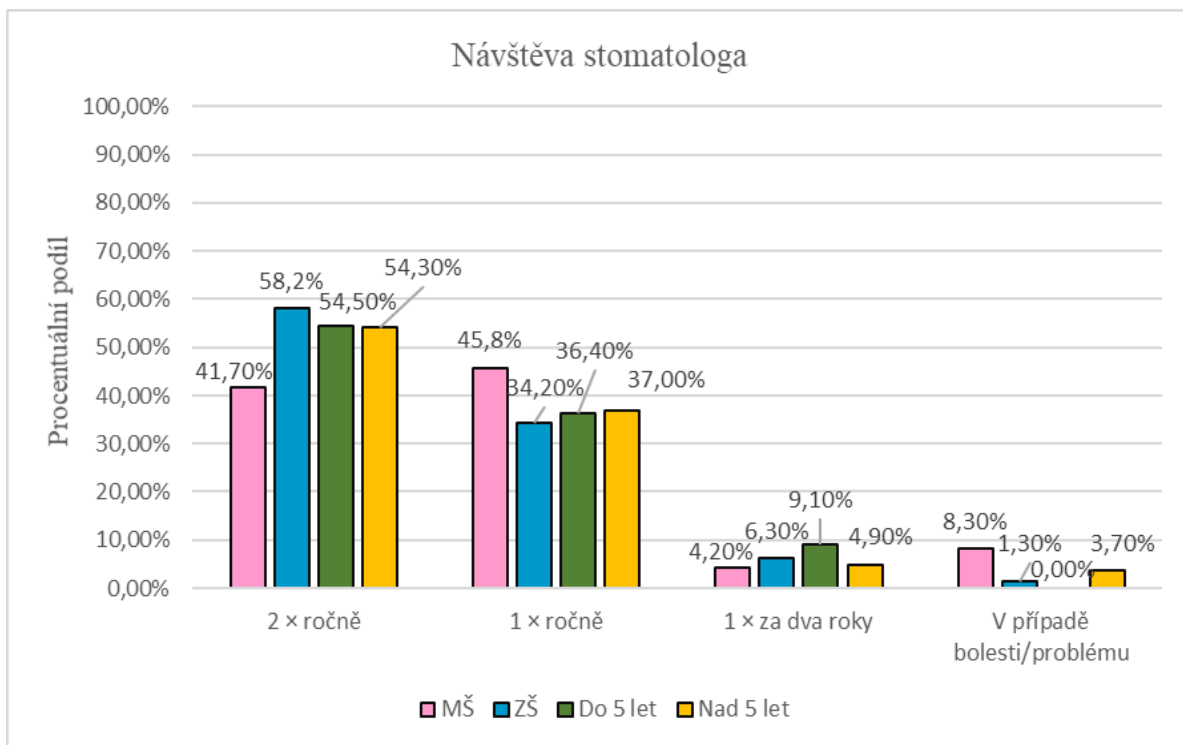
Typ školy $p = 0,080$

Délka praxe $p = 0,012$

Ze 103 respondentů celkem 81 (78,6 %) pravidelně absolvuje preventivní prohlídky jednou za dva roky. Z výše uvedeného grafu je patrné, že nejvíce tyto pravidelné prohlídky zanedbávají pedagogové do 5 let praxe a to až z 40,90 % u dotázaných respondentů. Vzhledem k pedagogům s praxí nad 5 let je to poměrně rozdíl, tato skupina zanedbává preventivní prohlídky z 16 %. U délky praxe tedy byla zjištěna statistická významnost. Na preventivní prohlídky dále nedochází 19 % pedagogů základních škol a 29,2 % pedagogů mateřských škol. Nebyla zjištěna statistická významnost.

Vyhodnocení otázky č. 6

Otázka: Jak často navštívíte stomatologa (zubního lékaře)?



Graf 28 Pravidelní návštěvy stomatologa

N = 103

Zdroj: vlastní výzkum

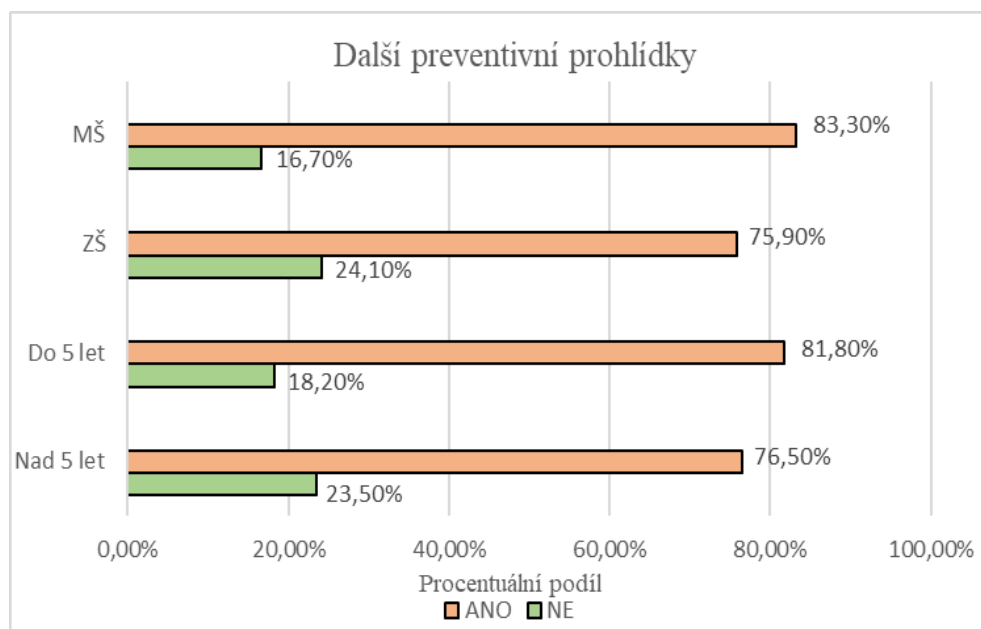
Typ školy $p = 0,239$

Délka praxe $p = 0,978$

Graf 27 nám znázorňuje, jak často respondenti chodí na stomatologické preventivní prohlídky. Největší zastoupení respondentů dodržuje doporučené prohlídky a navštívuje stomatologa 2 × ročně (MŠ – 41,7 %, ZŠ – 58,2 %; praxe do 5 let – 54,5 %, praxe nad 5 let – 54,3 %). Jedenkrát ročně stomatologa navštíví 45,8 % pedagogů mateřské školy a 34,2 % pedagogů základní školy. Z hlediska délky praxe stomatologa jednou ročně navštíví 36,4 % pedagogů s praxí do 5 let a 37 % pedagogů s delší dobou praxe, než je 5 let. Statistická významnost zde nebyla zjištěna.

Vyhodnocení otázky č. 7

Otázka: Chodíte ještě na nějaké další preventivní prohlídky?



Graf 29 Další preventivní prohlídky respondentů

N = 103

Zdroj: vlastní výzkum

Typ školy $p = 0,142$

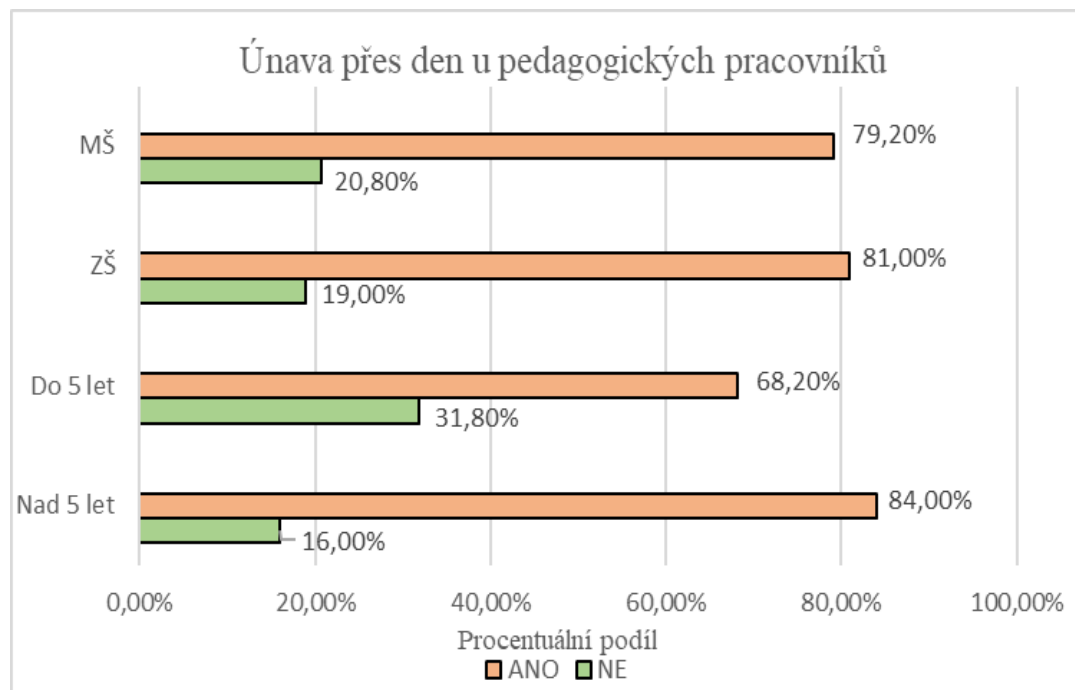
Délka praxe $p = 0,600$

Z grafu 29 je patrné, kolik respondentů dochází ještě i na jiné preventivní prohlídky, než již výše zmíněné u praktického lékaře a stomatologa. Další preventivní prohlídky tedy absolvuje 20 (83,3 %) pedagogů mateřských škol a 60 (75,9 %) pedagogů základních škol. Z hlediska délky praxe se pak jedná o 18 (81,8 %) pedagogů do 5 let praxe a 62 (76,5 %) pedagogů nad 5 let praxe.

Respondenti, kteří absolvují i jiné preventivní prohlídky, měli dopsat o jaké prohlídky se konkrétně jedná. Celkem tedy další preventivní prohlídky absolvuje 80 respondentů dotazníkového šetření. Gynekologickou prohlídku uvedlo 73 respondentů, oční prohlídky 28 respondentů a mammografii 5 respondentek. Dále byly jmenovány – endokrinologie (2 respondenti), interna (2 respondenti), kardiologie (2 respondenti), neurologie (2 respondenti) a alergologie (2 respondenti). Jeden respondent dále uvedl psychologa a 3 respondenti se nevyjádřili vůbec.

Vyhodnocení otázky č. 8

Otázka: Cítíte se během dne unavení?



Graf 30 Denní únava u pedagogických pracovníků

N = 103

Zdroj: vlastní výzkum

Typ školy $p = 0,873$

Délka praxe $p = 0,099$

Na grafu 30 můžeme vidět, že přes den pociťuje únavu 19 (79,2 %) respondentů mateřských škol a 64 (81 %) respondentů základních škol. Z hlediska délky praxe to pak je 15 (68,2 %) respondentů s praxí do 5 let a 68 (84 %) respondentů s praxí nad 5 let. Statistická významnost nebyla zjištěná.

Vyhodnocení otázky č. 9

Otázka: Kolik hodin denně průměrně věnujete spánku?

Počet hodin	MŠ	ZŠ	Do 5 let	Nad 5 let
4 hodiny	4,20 %	1,30 %	0 %	2,50 %
5 hodin	4,20 %	2,50 %	9,10 %	1,20 %
6 hodin	16,70 %	21,50 %	18,20 %	21 %
7 hodin	29,20 %	31,60 %	31,80 %	30,90 %
8 hodin	37,50 %	34,20 %	27,30 %	37 %
9 hodin	8,30 %	5,10 %	0 %	7,40 %
10 hodin	0 %	2,50 %	9,10 %	0 %
11 hodin	0 %	1,30 %	4,50 %	0 %

Tabulka 3 Délka spánku pedagogických pracovníků

N = 103

Zdroj: vlastní výzkum

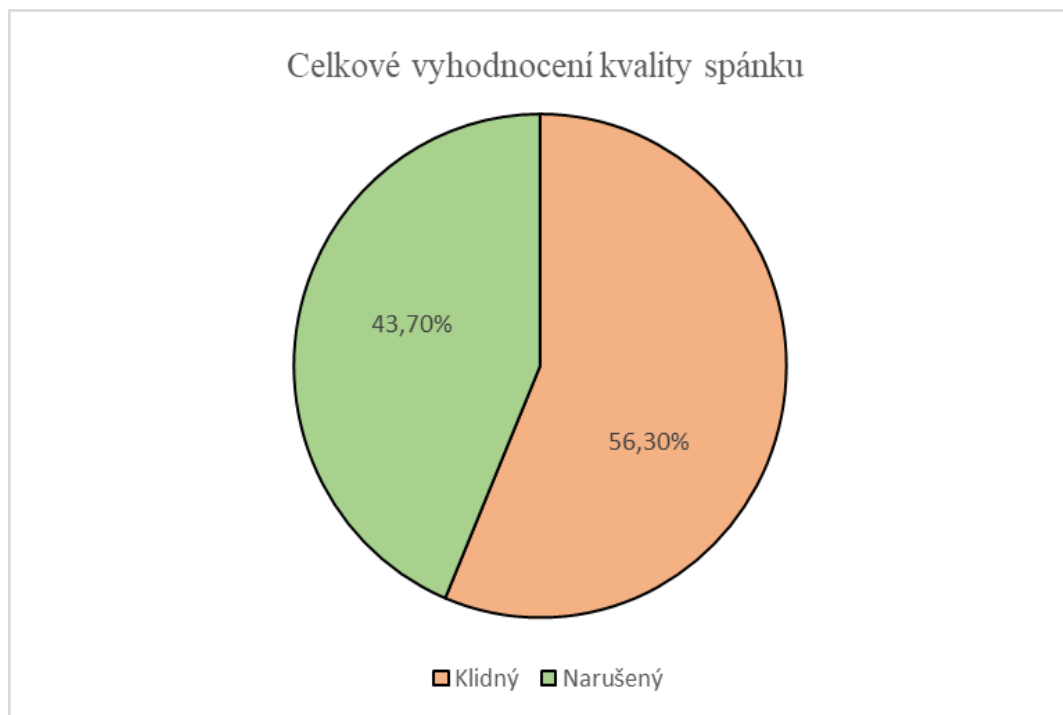
Typ školy $p = 0,689$

Délka praxe $p = 0,936$

Tato tabulka 3 vyjadřuje, kolik hodin průměrně respondenti věnují spánku. Z hlediska přesnosti jsou v tabulce rozepsány přesné počty hodin, které respondenti uvedli. Dále byly tyto hodiny rozděleny do tří skupin, a to konkrétně na 4–6 hodin spánku, 7–8 hodin spánku a 9–11 hodin spánku. Nejvíce respondentů dodržuje doporučení a spí průměrně 7–8 hodin denně (MŠ – 66,7 %, ZŠ – 65,8 %; praxe do 5 let – 59,1 % a praxe nad 5 let – 67,9 %). Průměrně spí 4–6 hodin denně 25,1 % respondentů mateřských škol a 25,3 % respondentů základních škol. Z hlediska délky praxe pak 4-6 hodin průměrně denně spí 27,3 % respondentů s praxí do 5 let a 24,7 % respondentů s praxí nad 5 let. Nejdéle se věnuje spánku, tedy 9–11 hodin denně – 8,3 % respondentů mateřských škol, 8,9 % respondentů základních škol a z hlediska praxe pak 13,6 % respondentů s praxí do 5 let a 7,4 % respondentů s praxí nad 5 let. Nebyla zjištěná statistická významnost.

Vyhodnocení otázky č. 10

Otázka: Jak hodnotíte kvalitu svého spánku?



Graf 31 Vyhodnocení kvality spánku

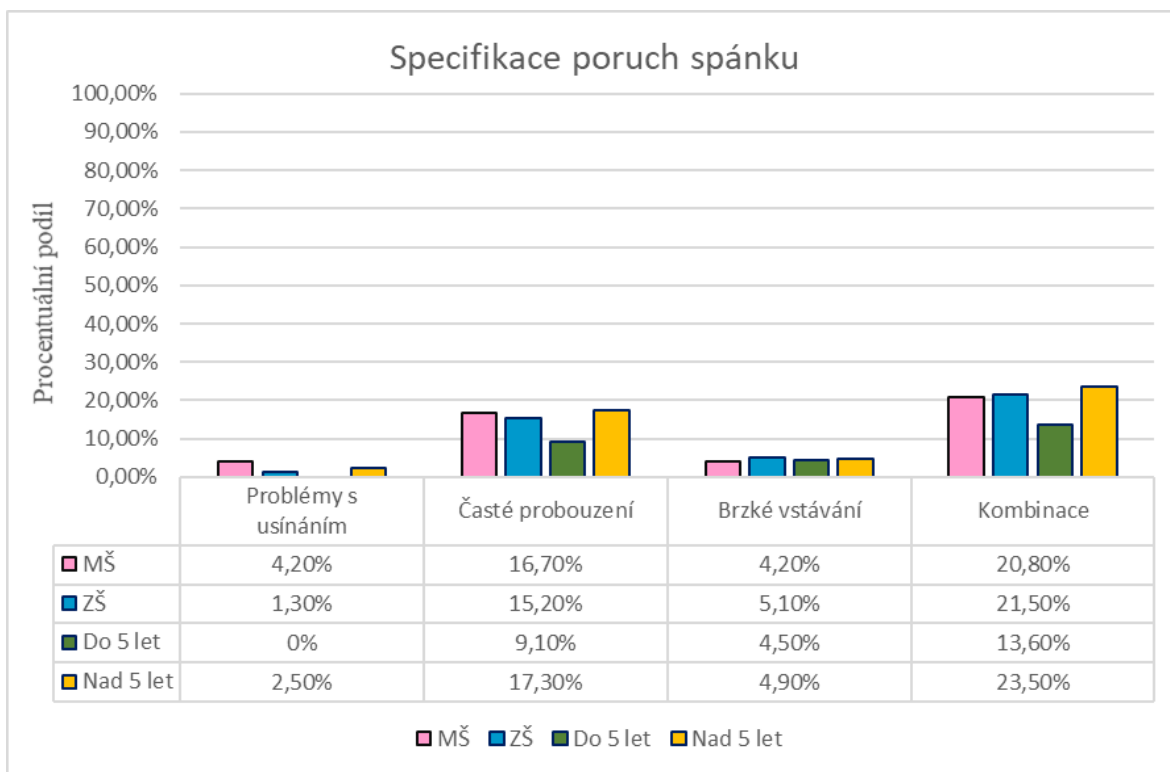
N = 103

Zdroj: vlastní výzkum

Typ školy $p = 0,666$

Délka praxe $p = 0,081$

Z celkového počtu 103 respondentů má 45 (43,7 %) respondentů spánek narušený a 58 (56,3 %) spí klidně.



Graf 32 Specifikace poruch spánku

N = 45

Zdroj: vlastní výzkum

Typ školy $p = 0,701$

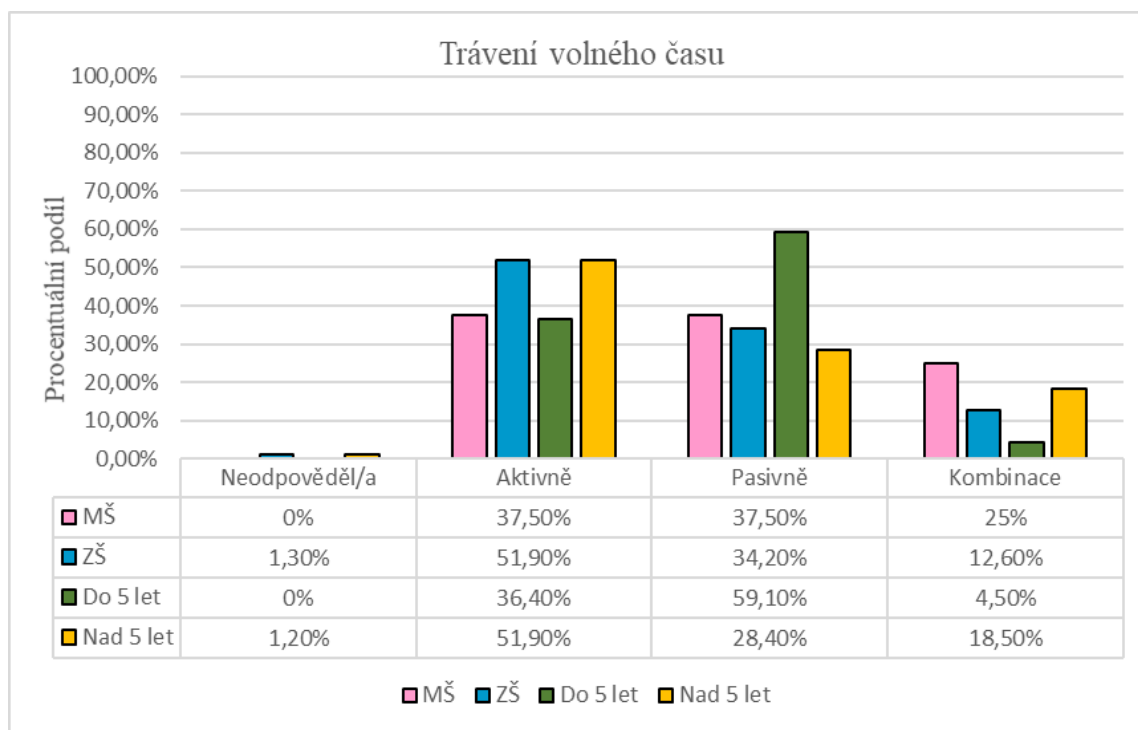
Délka praxe $p = 0,110$

Tento graf 32 doplňuje předchozí otázku hodnotící kvalitu spánku. Respondenti, kteří označili svůj spánek jako narušený, měli dále specifikovat jejich problémy. Největší četnost u všech kategorií získala kombinace výše zmíněných problémů. Kombinaci zvolilo 5 (20,8 %) respondentů mateřských škol, 17 (21,5 %) respondentů základních škol, 3 (13,6 %) respondentů s praxí do 5 let a 19 (23,5 %) respondentů s praxí nad 5 let. Druhou největší četnost u respondentů mateřských škol získalo časté probouzení během noci (16,7 %), dále pak problémy s usínáním (4,2 %) spolu s brzkým vstáváním (4,2 %). Respondenti základních škol mají problémy (15,2 %) s častým probouzením během noci, dále pak má 5,1 % problémy s brzkým vstáváním a 1,3 % má problém s usínáním. Z hlediska délky praxe má 9,1 % respondentů do 5 let praxe a 17,3 % respondentů s praxí nad 5 let problémy s častým probouzením během noci. Problémy s brzkým vstáváním má 4,5 respondentů s praxí do 5 let a 4,9 % respondentů s praxí

nad 5 let. Problémy s usínáním pak nemá žádný respondent s praxí do 5 let a 2,5 % respondentů s praxí nad 5 let. Statistická významnost zde nebyla z žádného hlediska dokázána.

Vyhodnocení otázky č. 11

Otázka: Jak nejčastěji trávíte svůj volný čas?



Graf 33 Volný čas pedagogických pracovníků

N = 103

Zdroj: vlastní výzkum

Typ školy $p = 0,210$

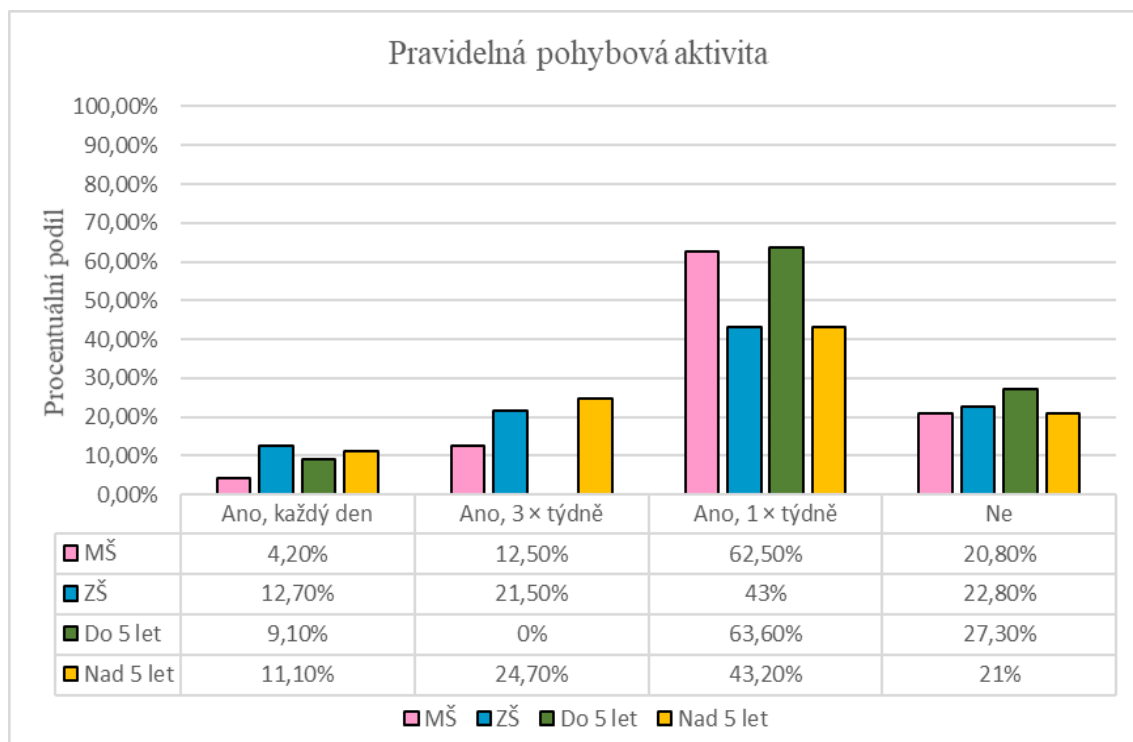
Délka praxe $p = 0,556$

Touto otázkou jsem se snažila zjistit, zdali respondenti tráví svůj čas spíše aktivně nebo pasivně. Z hlediska typu školy na grafu můžeme vidět, že u respondentů mateřských škol získaly největší četnost shodně odpovědi aktivně (37,5 %) i pasivně (37,5 %). Kombinaci zvolilo 25 % zbylých respondentů. Respondenti základních škol svůj volný čas nejčastěji tráví aktivně (51,9 %). Pasivně svůj čas tráví 34,2 % respondentů základních škol a kombinaci zvolilo 12,6 %. Na otázku neodpovědělo 1,3 % respondentů. Z hlediska délky praxe pak největší zastoupení respondentů s praxí do 5 let tráví svůj volný čas pasivně (59,1 %). Aktivně svůj volný čas tráví 36,4 % respondentů a kombinaci zvolilo 4,5 % respondentů. Respondenti nad 5 let praxe

nejčastěji tráví svůj volný čas aktivně (51,9 %), pasivně pak 28,4 % respondentů, kombinaci zvolilo 18,5 % respondentů a na tuto otázku neodpovědělo 1,2 % respondentů. Statistická významnost u této otázky nebyla z žádného hlediska potvrzená.

Vyhodnocení otázky č. 12

Otázka: Věnujete se pravidelně nějaké pohybové aktivitě?



Graf 34 Pohybová aktivita u pedagogických pracovníků

N = 103

Zdroj: vlastní výzkum

Typ školy $p = 0,581$

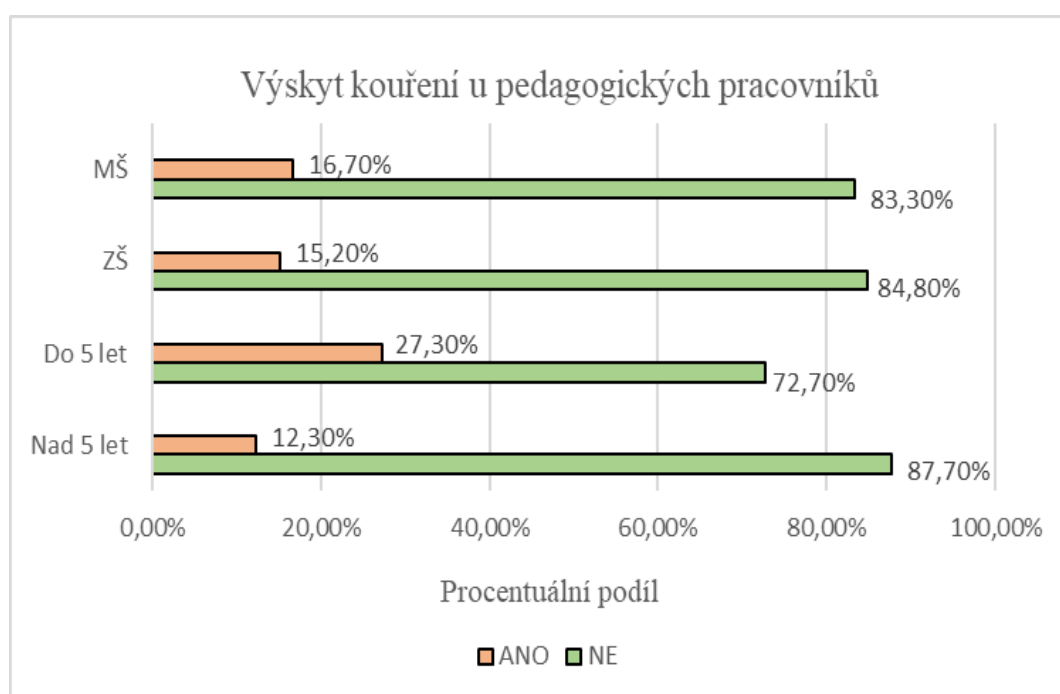
Délka praxe $p = 0,079$

Graf 34 nám zobrazuje, zdali se respondenti pravidelně věnují nějaké pohybové aktivitě. Jak je z grafu patrné u všech kategorií získala největší četnost odpověď ano, 1 × týdně (MŠ – 62,5 %, ZŠ – 43 %; praxe do 5 let – 63,6 %, praxe nad 5 let – 43,2 %). Třikrát týdně sportuje 12,5 % respondentů mateřských škol, 21,5 % respondentů základních škol. Z hlediska délky praxe pak 24,7 % respondentů s praxí nad 5 let. Žádný respondent do 5 let praxe

tuto možnost nezvolil. Každý den pak z hlediska typu školy sportuje 4,2 % respondentů mateřských škol a 12,7 % respondentů základních škol. Z hlediska délky praxe pak 9,1 % respondentů s praxí do 5 let a 11,1 % respondentů s praxí nad 5 let. Pravidelně se sportu nevěnuje 20,8 % respondentů mateřských škol, 22,8 % respondentů základních škol a z hlediska délky praxe pak 27,3 % respondentů s praxí do 5 let a 21 % respondentů s praxí nad 5 let. Statistická významnost nebyla zjištěna ani z hlediska typu školy ani z hlediska délky praxe.

Vyhodnocení otázky č. 13

Otázka: Kouříte?



Graf 35 Kouření u pedagogických pracovníků

N = 103

Zdroj: vlastní výzkum

Typ školy $p = 0,902$

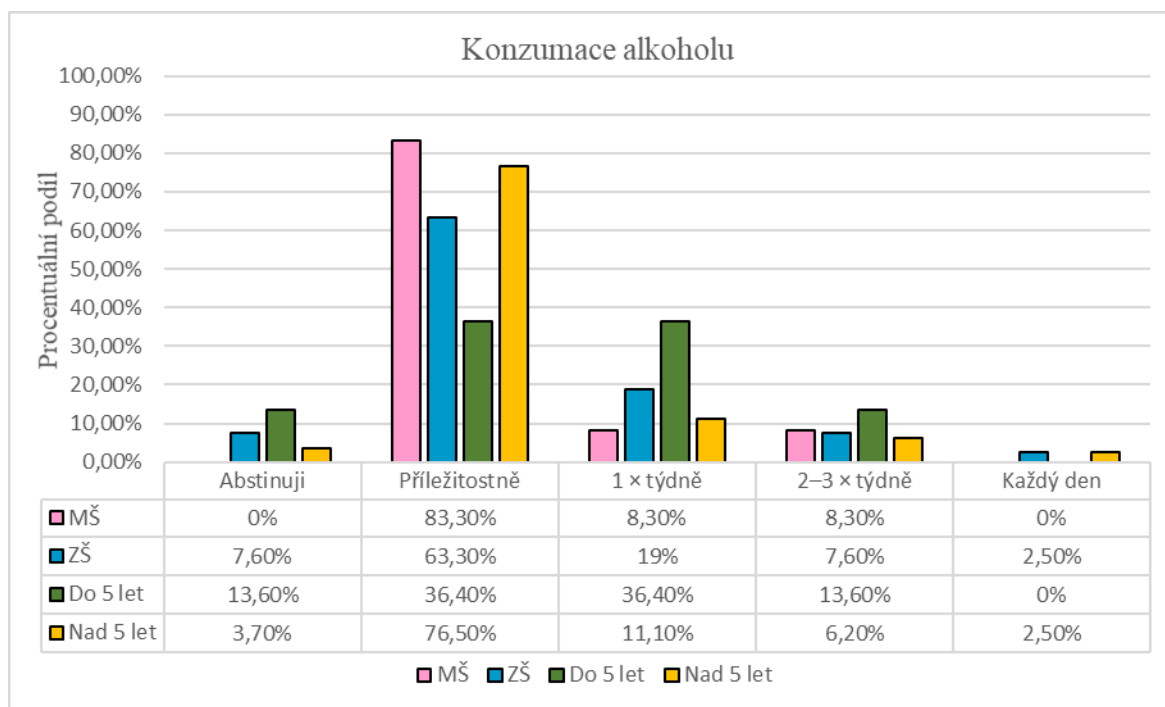
Délka praxe $p = 0,088$

Z výše uvedeného grafu vyplývá, že výzkumný vzorek se skládá převážně z nekuřáků. Z hlediska typu školy ze 103 respondentů kouří 4 (16,7 %) pedagogických pracovníků mateřských škol a 12 (15,2 %) pedagogických pracovníků základních škol. Z hlediska délky praxe

kouří 6 (27, 3%) pedagogických pracovníků do 5 let praxe a 10 (12,3 %) pedagogických pracovníků nad 5 let praxe. Statistická významnost zde z žádného hlediska nebyla prokázána.

Vyhodnocení otázky č. 14

Otázka: Jak často konzumujete alkohol?



Graf 36 Míra konzumace alkoholu

N = 103

Zdroj: vlastní výzkum

Typ školy $p = 0,795$

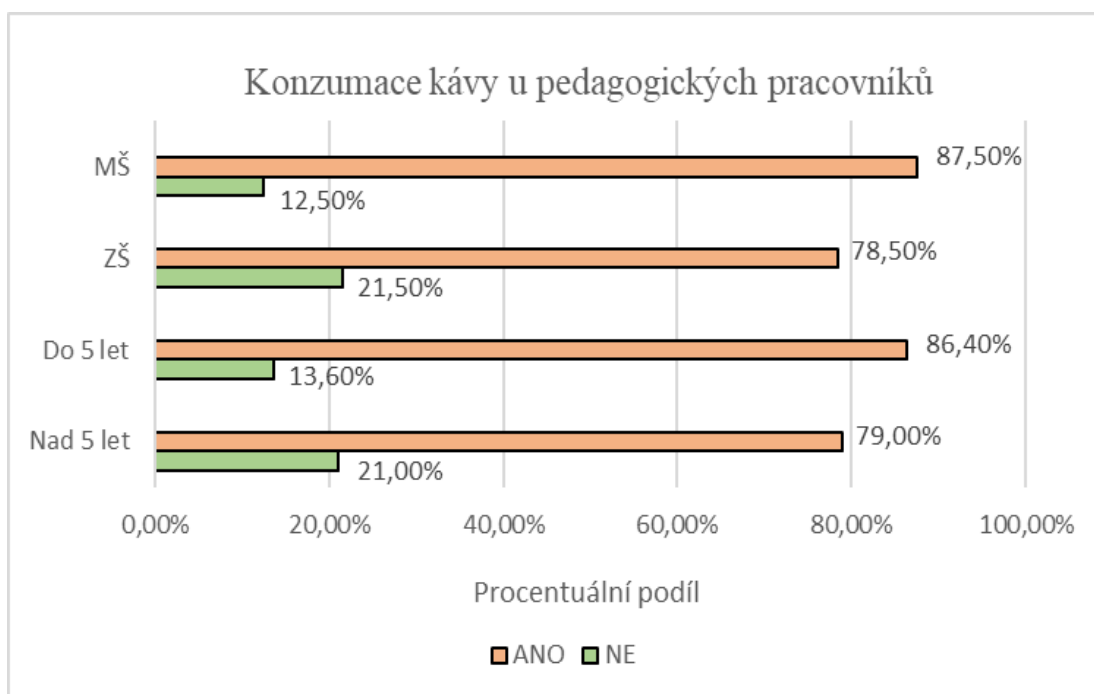
Délka praxe $p = 0,095$

Graf 36 ukazuje, jak často respondenti konzumují alkohol. Z hlediska typu školy na grafu můžeme vidět, že největší četnost získala u obou skupin odpověď příležitostně. Alkohol 1 x týdně konzumuje 19 % pedagogických pracovníků základních škol a 8,3 % pedagogických pracovníků mateřských škol. Alkohol 2-3 x týdně konzumuje 7,6 % pracovníků základních škol a 8,3 % pracovníků mateřských škol. Abstiniuje celkem 7,6 % pracovníků základních škol. Každý den alkohol konzumuje 2,5 % pracovníků základních škol. Odpověď abstiniuji a alkohol konzumuji každý den ne zvolil žádný pracovník mateřské školy. Tato otázka není z hlediska typu školy statisticky významná. Naopak při srovnání z hlediska délky praxe se statistická významnost potvrdila. Příležitostně zde konzumuje alkohol 76,5 %

pedagogických pracovníků nad 5 let praxe a 36,4 % pedagogů do 5 let praxe. Druhou největší četnost získala odpověď 1 × týdně (do 5 let – 36,4 %; nad 5 let – 11,1 %), Následně pracovníci s praxí nad 5 let odpovídali 2–3 × týdně (6,2 %). Z této kategorie dále abstinuje 3,7 % a alkohol konzumuje každý den 2,5 % pracovníků. Pracovníci do 5 let dále konzumují alkohol 2–3 × týdně (13,6 %), abstinuje (13,6 %) a nikdo nekonzumuje alkohol denně.

Vyhodnocení otázky č. 15

Otázka: Pijete kávu (s kofeinem)?



Graf 37 Konzumace kávy

N = 103

Zdroj: vlastní výzkum

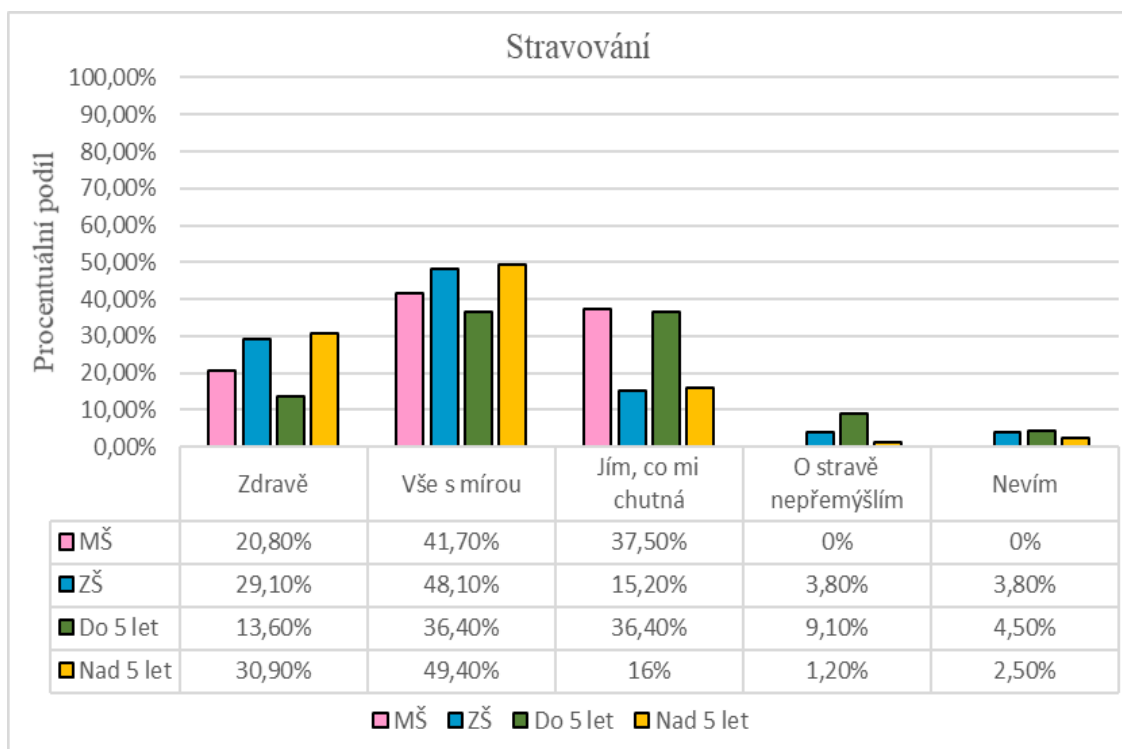
Typ školy $p = 0,537$

Délka praxe $p = 0,442$

Výše uvedený graf, nám zobrazuje, kolik respondentů konzumuje kávu. Jak je patrné u všech skupin výrazně převažují respondenti, kteří kávu konzumují (MŠ – 87,5 %, ZŠ – 78,5 %; praxe do 5 let – 86,4 %, nad 5 let – 79 %).

Vyhodnocení otázky č. 16

Otázka: Jak se podle Vašeho názoru stravujete?



Graf 38 Stravování respondentů

N = 103

Zdroj: vlastní výzkum

Typ školy p = 0,116

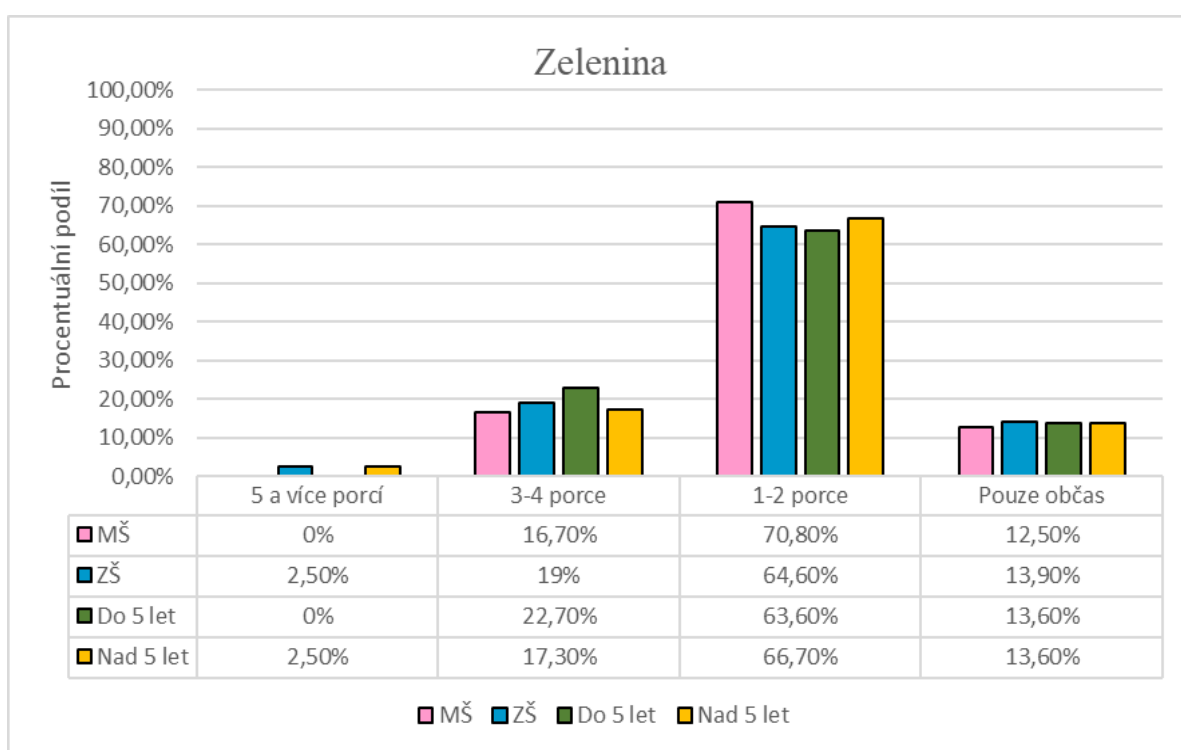
Délka praxe = 0,007

Na grafu 38 můžeme vidět, jak respondenti ohodnotili své stravování. U pedagogických pracovníků mateřských škol měla největší četnost odpověď vše s mírou (41,7 %). Druhou největší četnost získala odpověď jím, co mi chutná (37,5 %). Že se stravuje zdravě uvedlo 20,8 % respondentů. Odpověď o stravě nepřemýšlím a nevím nezvolil žádný respondent z této kategorie. U respondentů základních škol získala také největší četnost odpověď vše s mírou (48,1 %), následovaná odpovědí zdravě (29,1 %), dále pak odpovědí jím, co mi chutná (15,2 %). Odpověď o stravě nepřemýšlím a nevím zvolilo 3,8 % respondentů. V této kategorii nebyla zjištěná statistická významnost. U kategorie z hlediska délky praxe získala u respondentů

s délkou praxe nad 5 let největší četnost odpověď vše s mírou (49,4 %), druhou největší četnost získala odpověď zdravě (30,9 %). Následovala odpověď jím, co mi chutná (16 %), nevím (2,5 %) a o stravě nepřemýšlím (1,2 %). Respondenti s praxí do 5 let odpovídali následovně. Největší četnost získala odpověď vše s mírou spolu s odpovědí jím, co mi chutná (36,4 %), následovala odpověď zdravě (13,6 %), o stravě nepřemýšlím (9,1 %) a nevím (4,5 %). U kategorie délky praxe byla zjištěná statistická významnost.

Vyhodnocení otázky č. 17

Otázka: Kolik porcí zeleniny obvykle denně sníte? (porce – tzn. „hrst“)



Graf 39 Porce zeleniny za den

N = 103

Zdroj: vlastní výzkum

Typ školy $p = 0,187$

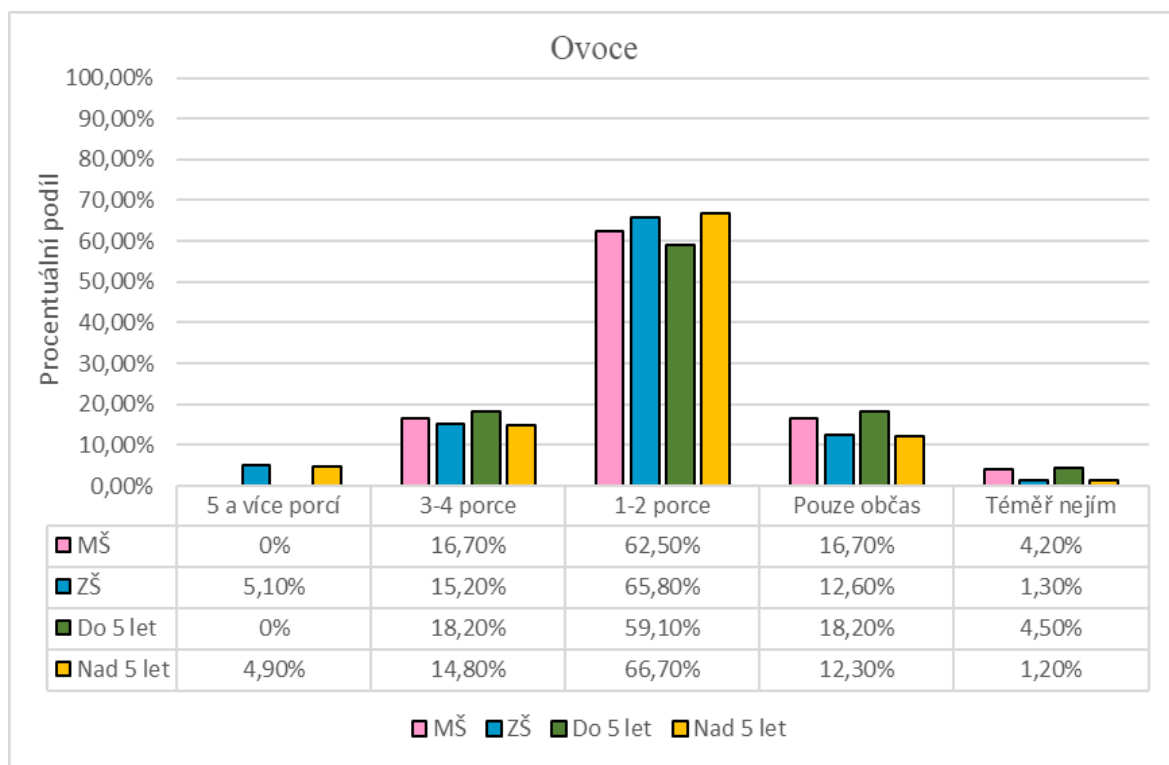
Délka praxe $p = 0,867$

Největší četnost u všech skupin v této otázce zaznamenala odpověď 1–2 porce. Konkrétně tedy 1–2 porce zeleniny každodenně konzumuje 70,8 % pedagogů vyučujících v mateřské škole, 64,6 % pedagogů vyučujících na základní škole. Z hlediska délky praxe je to pak

63,6 % pedagogů s praxí do 5 let a 66,7 % pedagogů s praxí nad 5 let. Druhou největší četností u všech skupin zaznamenala odpověď 3–4 porce denně (MŠ – 16,7 %, ZŠ – 19 %; praxe do 5 let – 22,7 %, praxe nad 5 let – 17,3 %). Pouze občas zeleninu konzumuje 12,5 % pedagogů mateřské školy a 13,9 % pedagogů základní školy. Z hlediska délky praxe došlo u odpovědi pouze občas ke shodě – a to 13,6 %. Nejméně volenou odpovědí bylo 5 a více porcí. Tuto odpověď zvolilo pouze 2,5 % pedagogů základních škol s praxí nad 5 let. Statistická významnost nebyla zjištěná.

Vyhodnocení otázky č. 18

Otázka: Kolik porcí ovoce obvykle denně sníte? (porce – tzn. „hrst“)



Graf 40 Porce ovoce za den

N = 103

Zdroj: vlastní výzkum

Typ školy $p = 0,085$

Délka praxe $p = 0,401$

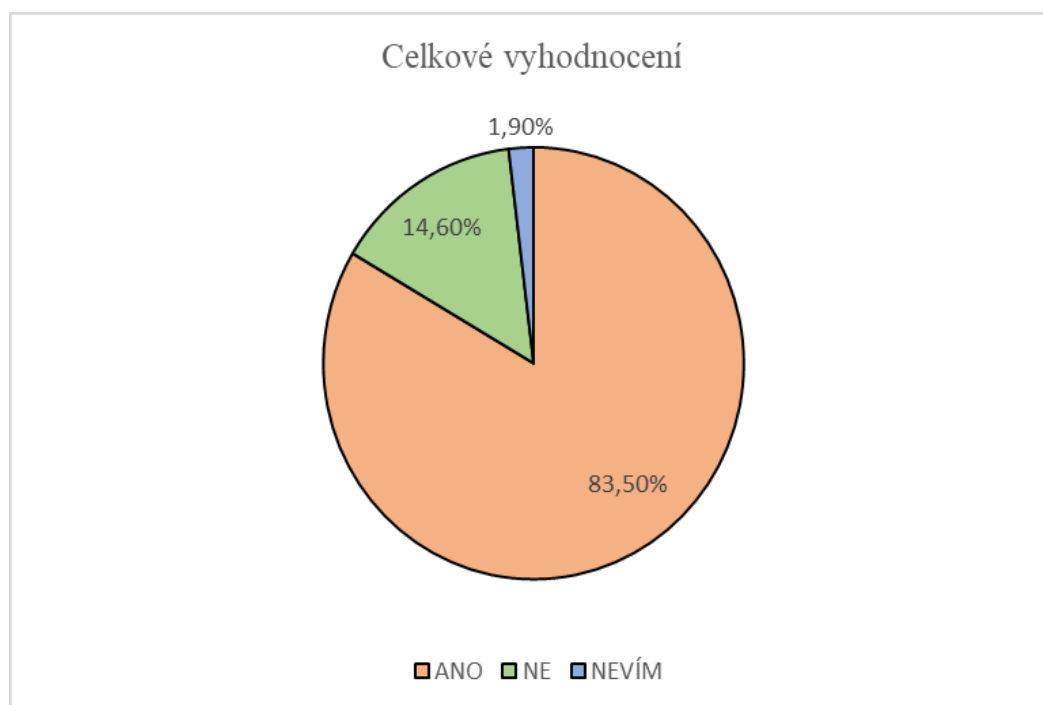
Na grafu 40 je zobrazeno, kolik porcí ovoce respondenti za den sní. Největší četnost získala odpověď 1–2 porce (MŠ – 62,5 %, ZŠ – 65,8 %; do 5 let – 59,1 %, nad 5 let – 66,7 %).

Z pedagogických pracovníků mateřských škol dále uvedlo 3–4 porce (16,7 %), pouze občas ovoce jí rovněž 16,7 %, ovoce téměř nejí 4,2 % a 5 a více porcí nejí nikdo. U pedagogických pracovníků základních škol na druhém místě v četnosti skončily 3–4 porce (15,2 %), ovoce jí jen občas 12,6 %, 5 a více porcí sní 5,10 % a ovoce téměř nejí 1,3 %. Z hlediska typu školy tedy nebyla zjištěna statistická významnost.

Respondenti s dobou praxe do 5 let dále uváděli 3–4 porce (18,2 %) a ovoce jím pouze občas (18,2 %), a ovoce téměř nejím (4,5 %). Pět a více porcí z této skupiny nekonzumuje nikdo. Pedagogové nad 5 let praxe dále konzumují 3–4 porce (14,8 %), pouze občas (12,3 %), 5 a více porcí (4,9 %) a téměř ovoce nejí 1,2 %. Statistická významnost nebyla zjištěná.

Vyhodnocení otázky č. 19

Otázka: Těšíte se obvykle do práce?

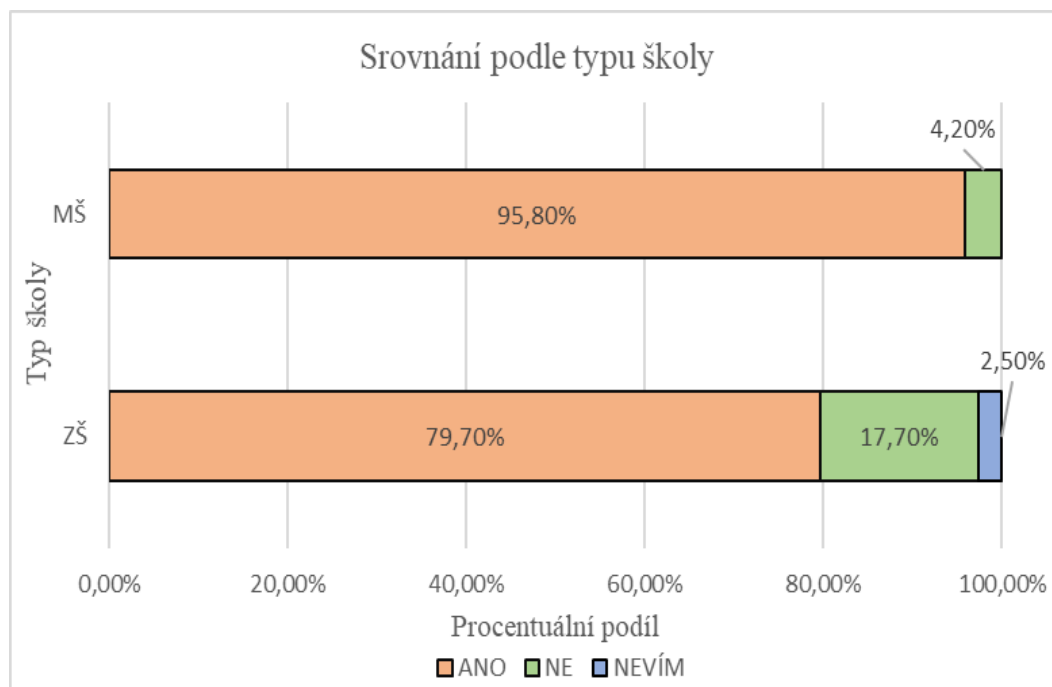


Graf 41 Těšení se do práce

N = 103

Zdroj: vlastní výzkum

Touto otázkou bylo zjištěno, že se z celkového počtu 103 respondentů 86 (83,5 %) respondentů do práce obvykle těší, 15 (14,6 %) netěší a 2 (1,9 %) respondenti neví, na kterou stranu se přiklonit.



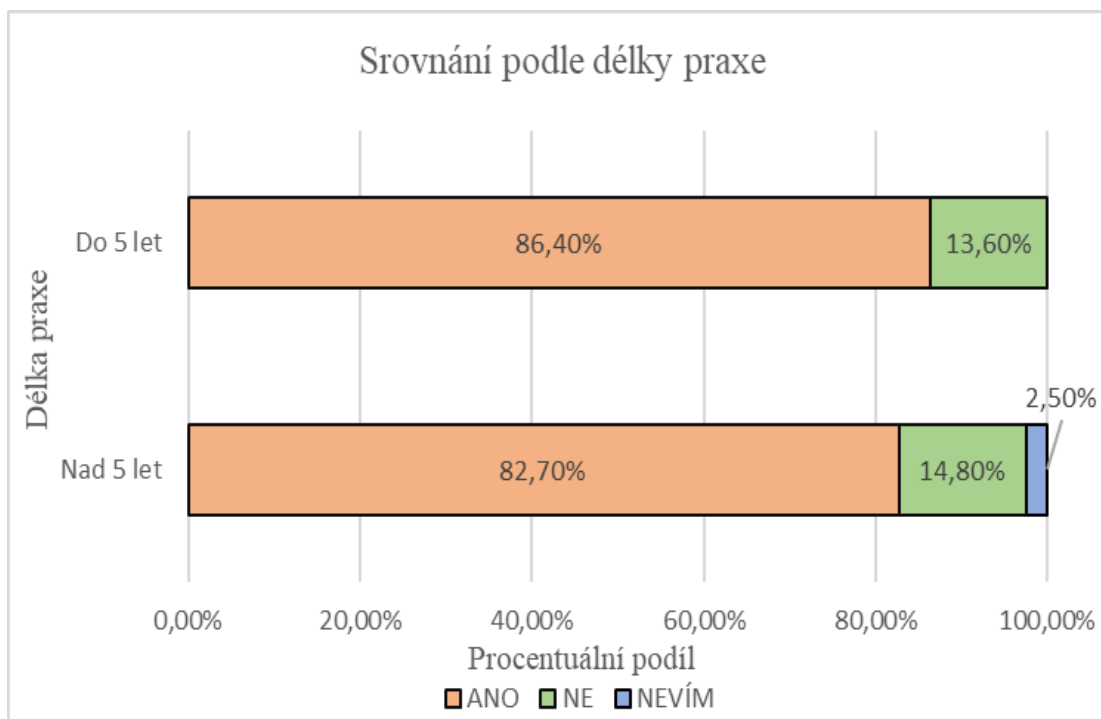
Graf 42 Těšení se do práce dle typu školy

N = 103

Zdroj: Vlastní výzkum

p = 0,020

Graf 42 znázorňuje odpovědi respondentů na tuto otázku z hlediska typu školy, na které vyučují. Nejvíce pedagogických pracovníků mateřských škol se do práce obvykle těší (95,8 %), netěší se pouze 4,2 %. Odpověď nevíím ne zvolil žádný. Z pedagogických pracovníků základních škol se do práce těší celkem 79,7 %, netěší 17,7 % a na tuto otázku nedokázalo odpovědět 2,5 % dotázaných respondentů. Byla zde zjištěná statistická významnost.



Graf 43 Těšení se do práce dle délky praxe

N = 103

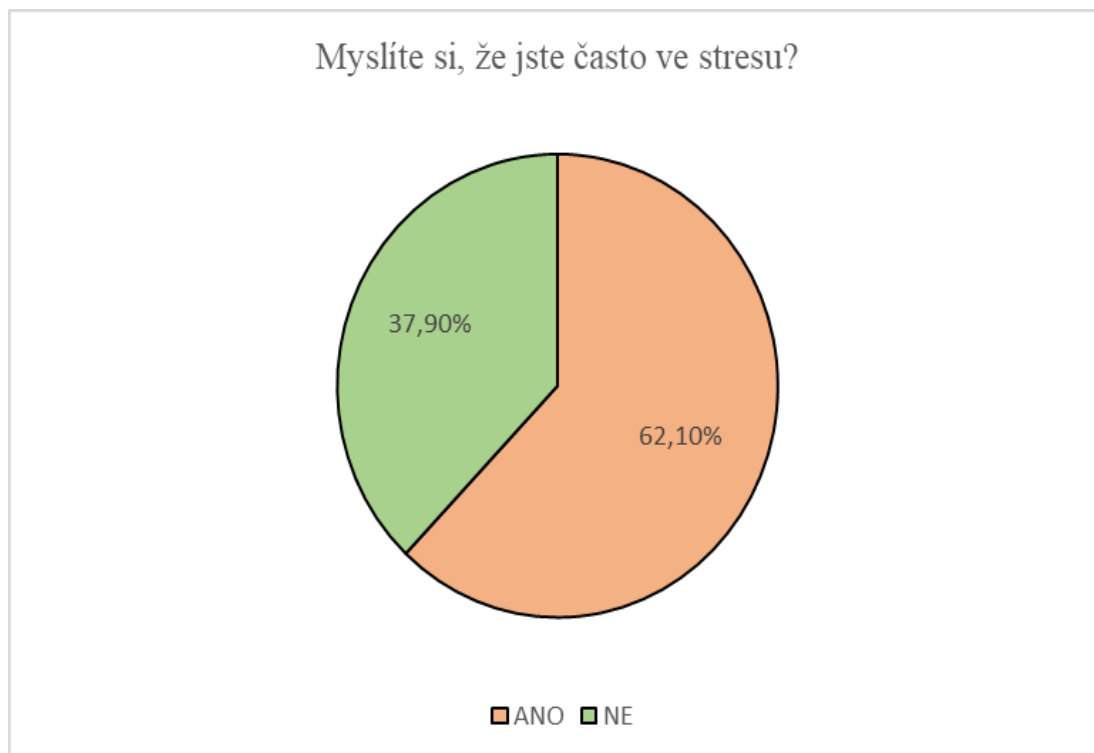
Zdroj: vlastní výzkum

p = 0,657

Graf 43 je srovnání z hlediska délky praxe. Respondenti s praxí do 5 let se obvykle do práce těší (86,4 %). Největší četnost u respondentů nad 5 let praxe byla také odpověď, že se obvykle do práce těší (82,7 %), netěší se (14,8 %) a 2,5 % nedokázalo odpovědět. Statistická významnost při tomto dělení nebyla zjištěna.

Vyhodnocení otázky č. 20

Otázka: Myslíte si, že jste často ve stresu?

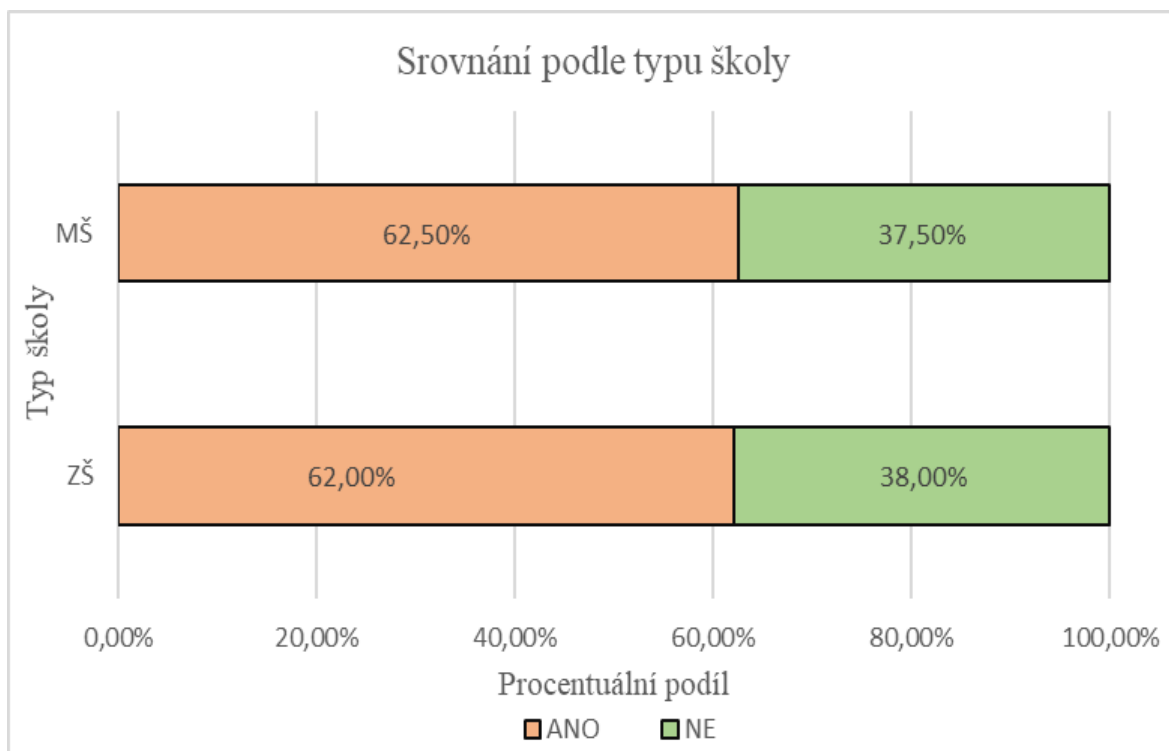


Graf 44 Výskyt stresu u respondentů

N = 103

Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu 44 vyplývá, že ze 103 dotazovaných respondentů 62,1 % pociťuje stres.



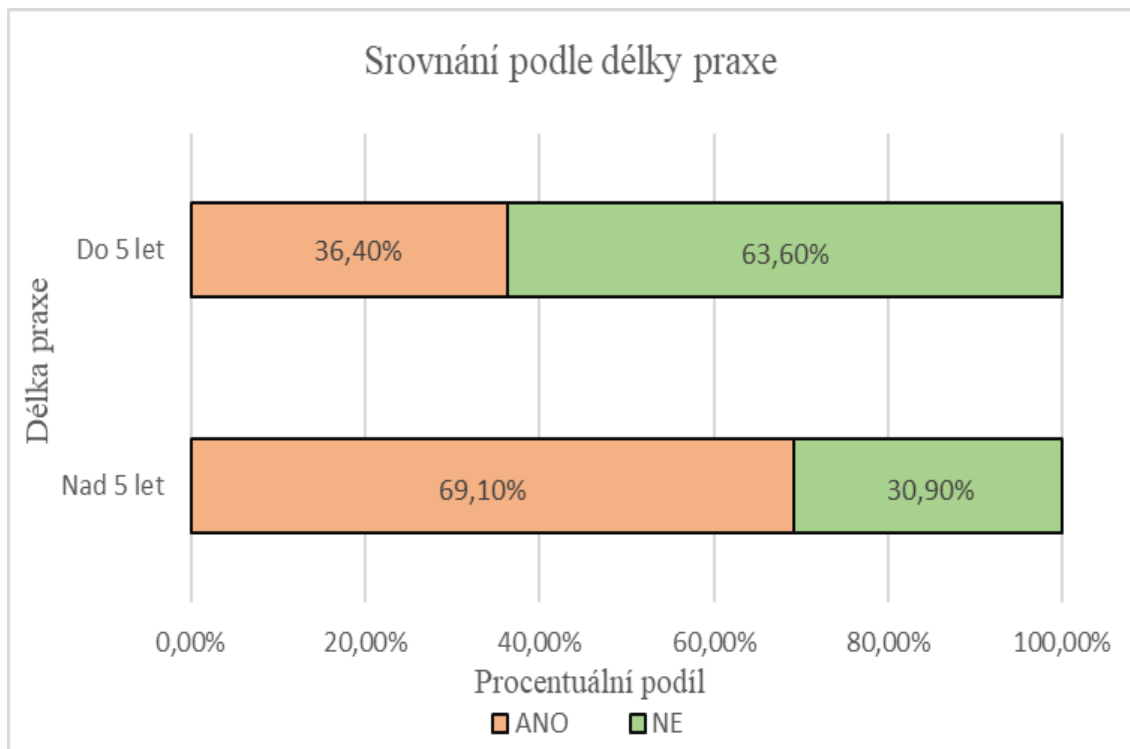
Graf 45 Pocity stresu u respondentů dle typu školy

N = 103

Zdroj: vlastní výzkum

p = 0,440

Z grafu 45 je patrné, že stresem trpí pedagogové mateřských škol (62,5 %) i učitelé základních škol (62 %). Statistická významnost nebyla zjištěna.



Graf 46 Pocity stresu u respondentů dle délky praxe

N = 103

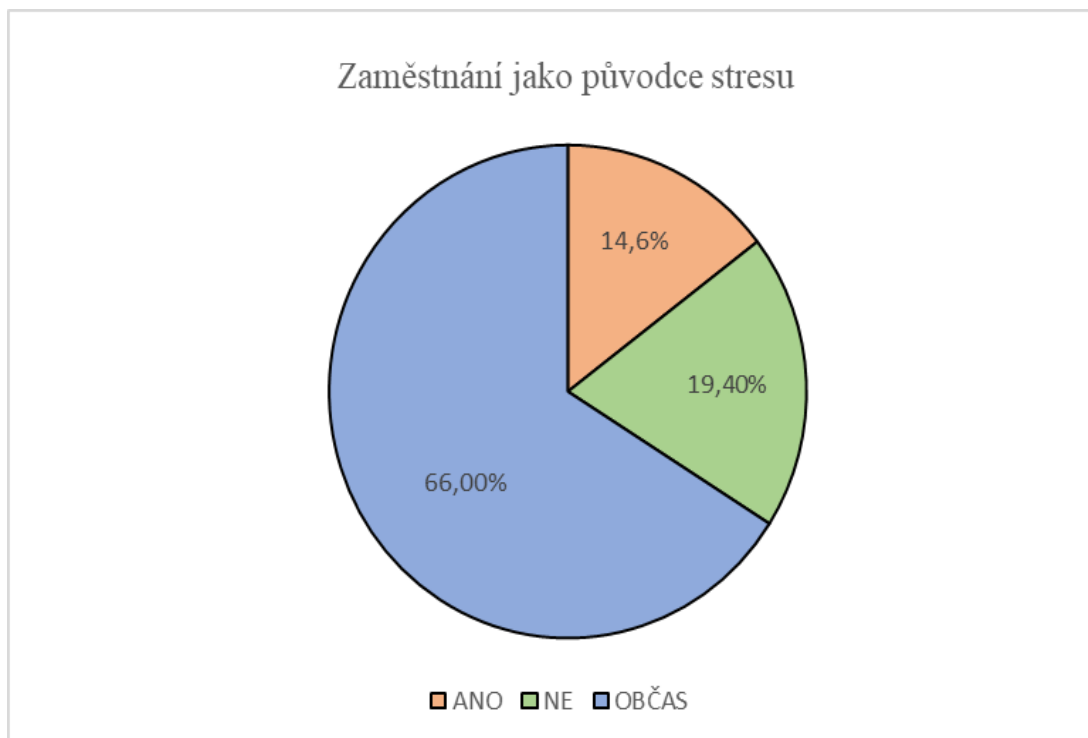
Zdroj: vlastní výzkum

p = 0,005

Srovnání stresu a délky praxe respondentů přineslo zajímavé výsledky, kdy 69,1 % respondentů s praxí nad 5 let uvedlo, že jsou často stresováni. Oproti tomu stres často zažívá 36,4 % respondentů s praxí do 5 let. Tato otázka je statisticky významná.

Vyhodnocení otázky č. 21

Otázka: Je zaměstnání původcem Vašeho stresu?

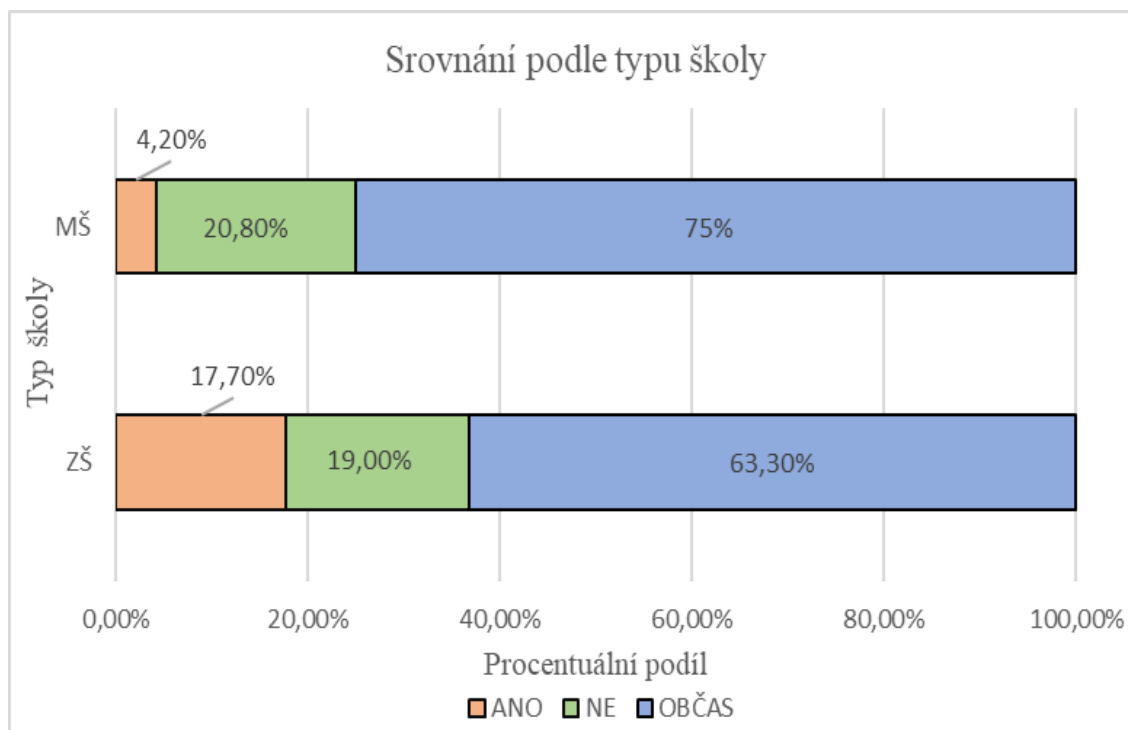


Graf 47 Zaměstnání jako původce stresu

N = 103

Zdroj: vlastní výzkum

Na grafu 47 je patrné, že respondenti na uvedenou otázku, zda je zaměstnání původcem jejich stresu odpověděli následovně – 66 % respondentů vnímá své zaměstnání jako občasného původce stresu, 14,6 % respondentů uvedlo, že jim zaměstnání stres přímo způsobuje a 19,4 % respondentů jejich zaměstnání nestresuje.



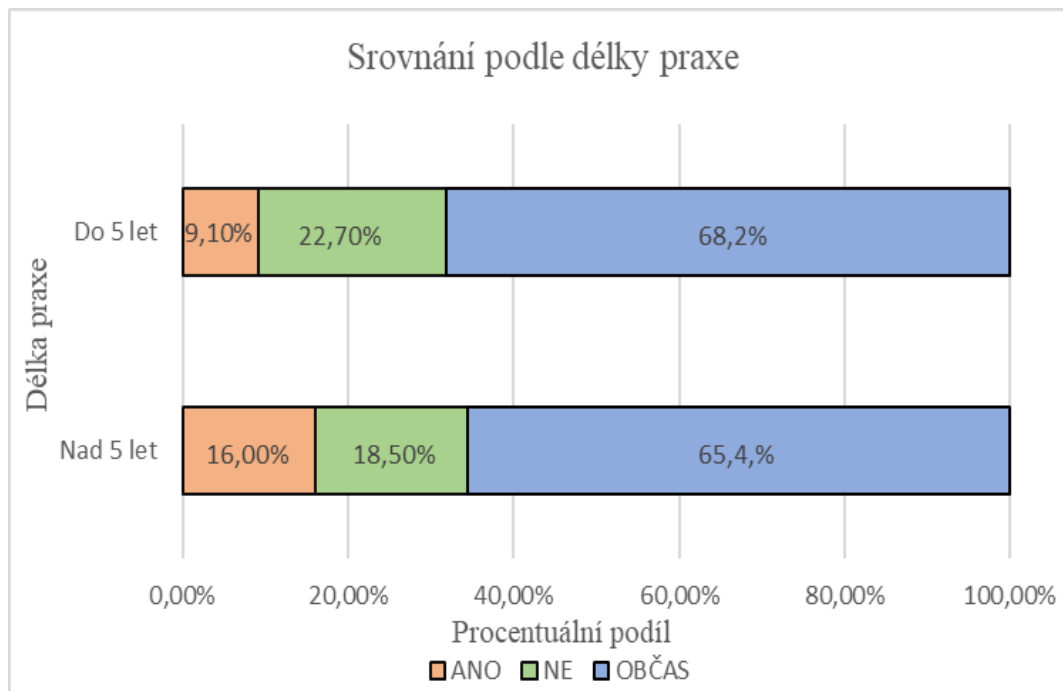
Graf 48 Zaměstnání jako původce stresu dle typu školy

N = 103

Zdroj: vlastní výzkum

p = 0,122

Na tomto grafu je znázorněna odpověď respondentů na to, zda je zaměstnání původcem jejich stresu, při třídění podle typu školy. Největší četnost u obou skupin zaznamenala odpověď občas (MŠ – 75 %, ZŠ – 63,3 %). Možnost ne byla volena u 19 % respondentů vyučujících na základní škole a 20,8 % respondentů vyučujících v mateřské škole. Odpověď ano získala nejmenší četnost, tedy pouze 17,7 % u respondentů ze základních škol a 4,2 % respondentů mateřských škol. Statistická významnost nebyla zjištěna.



Graf 49 Zaměstnání jako původce stresu dle délky praxe

N = 103

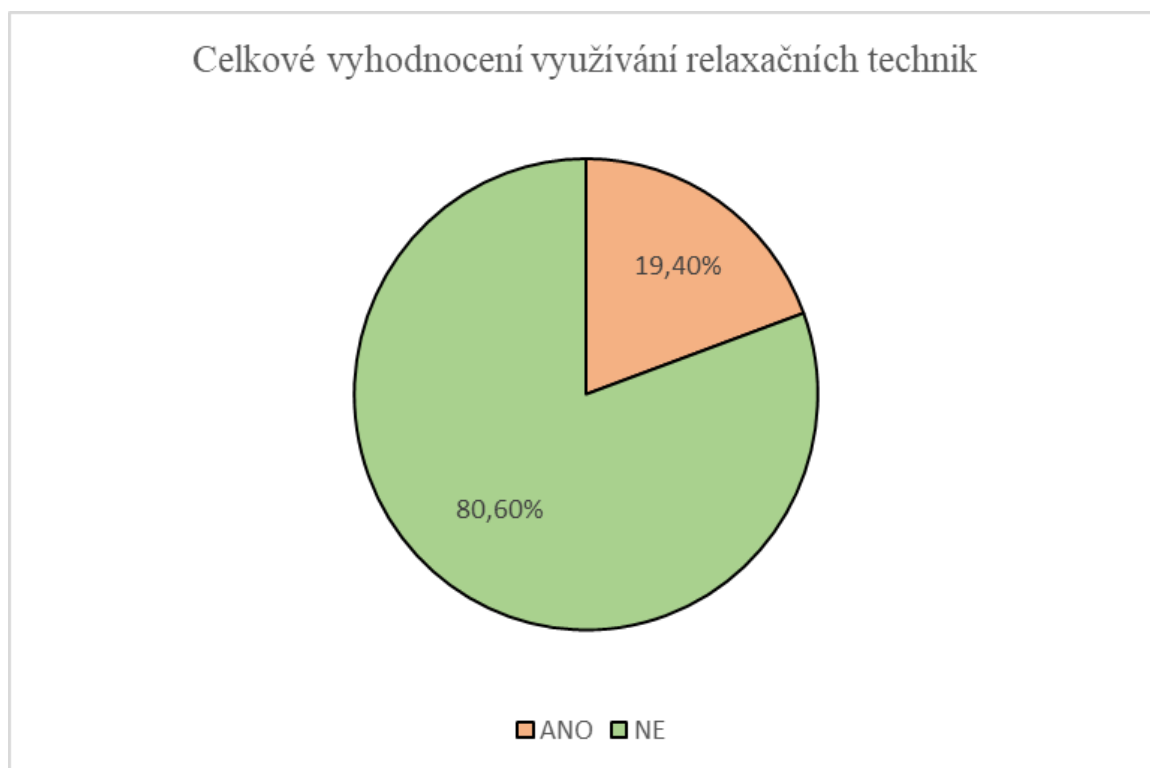
Zdroj: vlastní výzkum

p = 0,431

Výše znázorněný graf 49 znázorňuje odpovědi respondentů na uvedenou otázku podle třídění dle délky praxe. U respondentů s délkou praxe do 5 let získala největší četnost odpověď možná (68,2 %), následovala odpověď ne (22,7 %) a nakonec odpověď ano (9,1 %). Respondenti s dobou praxe nad 5 let rovněž nejvíce uváděli odpověď občas (65,4 %), ne (18,5 %) a nejmenší četnost měla odpověď ano (16 %). Statistická významnost nebyla zjištěna.

Vyhodnocení otázky č. 22

Otázka: Využíváte nějaké antistresové (relaxační) techniky?



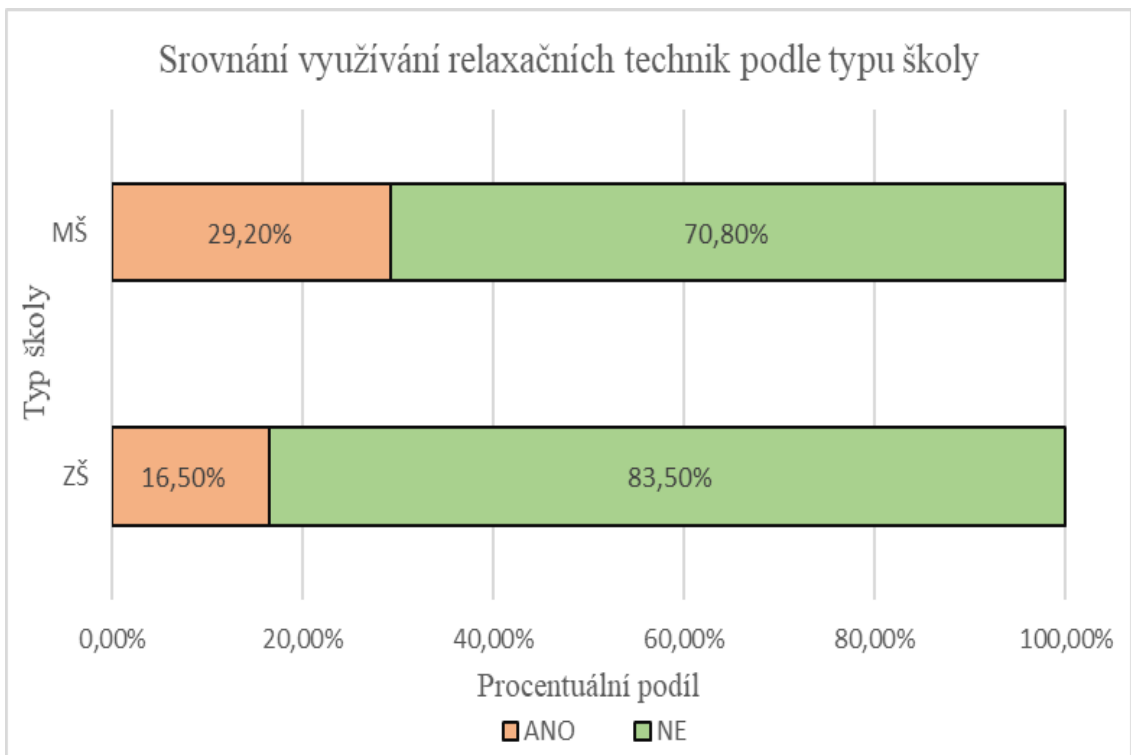
Graf 50 Využívání relaxačních technik

N = 103

Zdroj: vlastní výzkum

Výše uvedený graf nám ukazuje, kolik respondentů využívá nějaké antistresové (relaxační) techniky. Z grafu vyplývá, že tyto techniky k uvolnění napětí a stresu využívá pouze 19,4 % dotázaných respondentů.

Podotázkou dále bylo vypsáno, jaké relaxační techniky užívají. Celkem 8 respondentů uvedlo jógu, 3 meditaci, 3 dechová cvičení, 3 poslech relaxační hudby, 2 saunování, 2 četbu, 1 sex, 1 zahradničení, 1 malování a 1 respondent procházky se psem a hlídání vnučky.



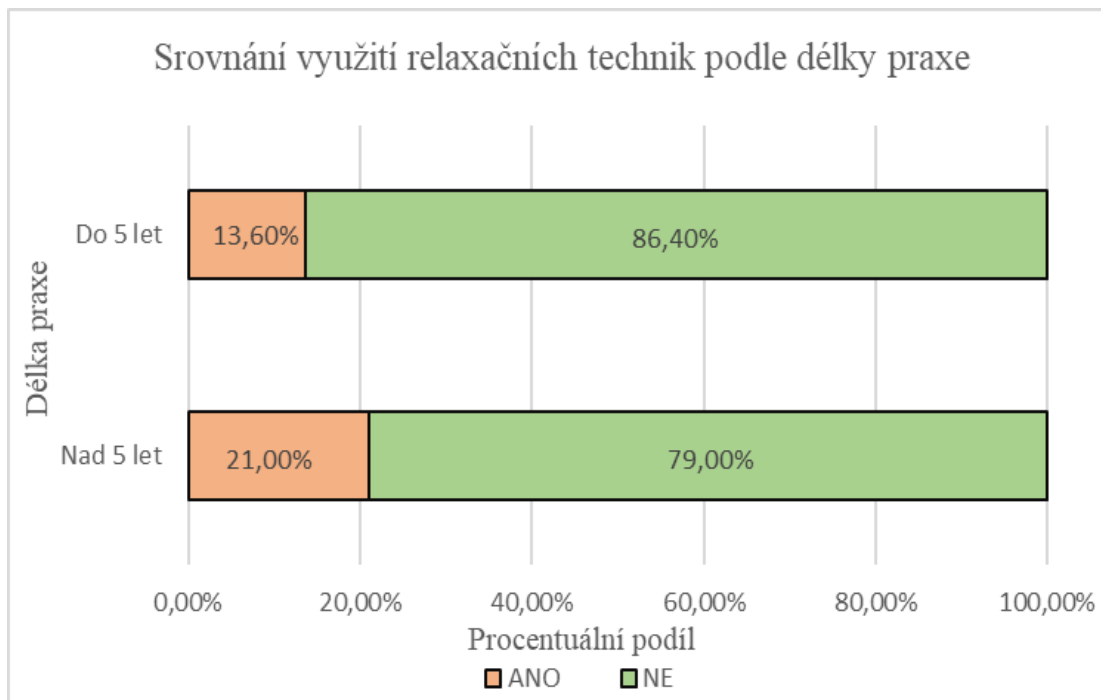
Graf 51 Využívání relaxačních technik dle typu školy

N = 103

Zdroj: vlastní výzkum

p = 0,358

Na grafu 51 vidíme srovnání využití relaxačních technik podle typu školy, na které respondenti vyučují. Tyto techniky využívá pouze 16,8 % pedagogických pracovníků základních škol a 29,2 % pedagogických pracovníků mateřských škol. Statistická významnost zde nebyla zjištěna.



Graf 52 Využívání relaxačních technik dle délky praxe

N = 103

Zdroj: vlastní výzkum

p = 0,442

Graf 52 zobrazuje srovnání využití relaxačních technik podle délky praxe. Vidíme zde, že relaxační (antistresové) techniky využívá 13,6 % dotázaných respondentů do 5 let praxe a 21 % respondentů s praxí nad 5 let. Ani zde nebyla statistická významnost zjištěna.

5 DISKUZE

Hlavním cílem praktické části diplomové práce bylo zjistit, jaký je subjektivní zdravotní stav a životní styl pedagogických pracovníků v okrese Frýdek-Místek. Pro toto zjištění byly formulovány tyto dílčí cíle:

1. *Zjistit, jaké subjektivní potíže se nejčastěji vyskytují u pedagogické profese.*
2. *Zjistit, zda je pedagogická profese původcem jejich stresu.*
3. *Porovnat subjektivní zdravotní stav u učitelů různých stupňů škol.*

Výzkum byl prováděn v mateřských a základních školách a probíhal formou dotazníkového šetření. Celkem se ho zúčastnilo 103 respondentů. Převážnou část zde tvořily ženy 94 (91,3 %). Z výsledků vyplývá, že největší počet respondentů trpí bolestmi zad 75 (72,8 %), následují bolesti hlavy, které trápí 45 (43,7 %) jedinců z výzkumného vzorku. Bolestmi dolních končetin trpí 33 (32 %) pedagogických pracovníků. Výsledky tohoto výzkumu mají pouze informativní charakter a mohou být podkladem pro další šetření v této oblasti.

K ověření hlavního cíle byly stanoveny tři hypotézy:

Hypotéza č. 1

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

Tato hypotéza byla potvrzená, ačkoli nebyl zaznamenán markantní rozdíl. Stejně jako ve výzkumu Zemánka (2017) u bolesti zad dominovaly kladné odpovědi. Zemánek (2017), ve svém výzkumu zjistil statistickou významnost pouze v případě srovnání mladších a starších učitelů ($p = 0,045$). Kladná odpověď dominovala zejména u mladších učitelů (57,1 %). U starších učitelů se bolesti zad vyskytovaly u 40,8 % respondentů. Naopak v mém výzkumu trpělo bolestmi zad 15 (68,2 %) učitelů do 5 let praxe a 60 (74,1 %) učitelů nad 5 let praxe. Z mého výzkumu tedy vyplývá, že jsou bolesti zad častější u učitelů s delší dobou praxe, přesto se statistická významnost nepotvrdila ($p = 0,584$). Zato byla potvrzena u doby trvání bolesti zad ($p = 0,012$). Kdy největší zastoupení pedagogických pracovníků s praxí do 5 let bolesti zad trápí v řádu minut a hodin. Kdežto pedagogičtí pracovníci s delší dobou praxe (tedy nad 5 let), těmito bolestmi trpí nejčastěji v řádu dnů.

Bolestmi hlavy trpí 36 (44,4 %) respondentů nad 5 let praxe a 9 (40,9 %) s praxí do 5 let. Největší rozdíl můžeme pozorovat u bolestí dolních končetin. V této kategorii byla zjištěná statistická významnost ($p = 0,038$). Z dotazníkového šetření vyplývá, že bolestmi dolních končetin trpí 30 (37 %) učitelů s praxí nad 5 let a pouze 3 (13,6 %) učitelé s praxí do 5 let. Učitelé s delší dobou praxe tedy trpí bolestmi dolních končetin více. K jinému závěru, avšak dospěl ve svém výzkumu Zemánek (2017), jehož výzkumné šetření dokazuje, že bolestmi dolních končetin více trpí učitelé mladší (68,2 %) než učitelé starší (49 %).

Že se respondenti zajímají o svůj zdravotní stav, je patrné z otázky č. 5, ve které jsem se snažila zjistit, zda chodí pravidelně na preventivní prohlídky. Ze 103 respondentů celkem 81 (78,6 %) pravidelně absolvuje preventivní prohlídky jednou za dva roky. V této otázce byla také zjištěna statistická významnost ($p = 0,012$). Kdy k praktickému lékaři na preventivní prohlídky dochází 68 (84 %) pedagogických pracovníků s praxí delší než 5 let. Naopak učitelé s praxí do 5 let pravidelné prohlídky poněkud zanedbávají. Preventivní prohlídky pravidelně absolvuje jen 59,1 % z nich. Z tohoto bychom tedy mohli usuzovat, že pedagogové s delší dobou praxe mají o své zdraví větší zájem a jsou o svém zdravotním stavu lépe informovaní.

Hypotéza č. 2

Začínající učitelé pociťují větší míru stresu než učitelé s delší dobou praxe.

Zvýšená psychická zátěž u pedagogické profese je prokazována opakovaně v mnoha studiích. Z výzkumného šetření Blažkové a Malé (2007) je zřejmé, že učitelé základních škol mají zpravidla vysokou psychickou pracovní zátěž (80 %) a trpí nadměrným stresem (60 %). Ve své závěrečné práci se problematikou stresu zabývá i Košťuková (2015), jejíž výzkum je zaměřen na učitele všeobecných a odborných předmětů. Při vykonávání svého povolání dle jejího výzkumu pociťuje stres 31,3 % učitelů všeobecných předmětů a 25 % učitelů odborných předmětů. Odpověď spíše ano pak zvolilo 62,5 % učitelů všeobecných předmětů a 71,9 % učitelů odborných předmětů. V souvislosti se svým povoláním pak denně zažívá pocity stresu 46,9 % učitelů všeobecných předmětů a 53,1 % učitelů odborných předmětů.

Tato hypotéza se nepotvrdila. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že 8 (36,4 %) respondentů s praxí do 5 let pociťuje často stres, kdežto u respondentů s praxí nad 5 let se vyskytuje stres daleko více. Ve stresu se často cítí 56 (69,1 %) respondentů s praxí nad 5 let.

U této otázky tedy byla potvrzená statistická významnost ($p = 0,005$). Z výzkumu tedy vyplývá, že učitelé s delší dobou praxe pocítují vyšší míru stresu než učitelé začínající.

Na druhou stranu se nepotvrdilo, že by byl tento stres přímo způsobený jejich profesí, jelikož na otázku, zdali je zaměstnání původcem jejich stresu, odpověděli ano pouze 2 (9,1 %) respondenti s praxí do 5 let a 13 (16 %) respondentů s praxí nad 5 let. Svě zaměstnání pak jako občasného původce stresu označilo 15 (68,2 %) respondentů s praxí do 5 let a 53 (65,4 %) respondentů s praxí nad 5 let.

Hypotéza č. 3

Subjektivní zdravotní stav učitelů různých stupňů škol se bude lišit.

Tato hypotéza se potvrdila. Významnější rozdíl byl prokázán u otázky č. 2, kdy bolestmi hlavy více trpí respondenti vyučující v mateřských školách – 15 (62,5 %). Bolesti hlavy uvedlo 30 (38 %) respondentů základních škol. Rozdíly zde můžeme vidět i v lokalizaci této bolesti, kdy největší četnost u respondentů základních škol získala kombinace (25 %) a spánek (25 %). Kdežto u respondentů základních škol největší četnost získala kombinace (10,1 %), následovaná oblastí čela (8,8 %). U podotázky lokalizace bolestí hlavy tedy byla zjištěná statistická významnost ($p = 0,050$). Bolestmi hlavy se ve své diplomové práci zabývala také Válová (2013). Z jejího výzkumu vyplývá, že bolestmi hlavy trpí celkem 43,9 % respondentů. Z hlediska typu školy pak těmito bolestmi trpí 51,1 % učitelů základních škol a 26,3 % učitelů středních škol.

Z mého výzkumného šetření dále vyplynuly podobné výsledky u bolestí zad, kterou trpí 19 (79,2 %) respondentů mateřských škol a 56 (70,9 %) respondentů základních škol. Bolestmi dolních končetin pak trpí 8 (33,3 %) respondentů mateřských škol a 25 (32 %) respondentů základních škol. Z těchto výsledků tedy vyplývá, že zdravotními potížemi (konkrétně bolestmi zad, hlavy a dolních končetin) více trpí pedagogičtí pracovníci mateřských škol. Je ovšem nutné brát v potaz, že se dotazníkového šetření zúčastnilo pouze 24 pedagogických pracovníků mateřských škol a 79 pracovníků základních škol.

ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývá subjektivním zdravotním stavem a životním stylem pedagogických pracovníků v okrese Frýdek-Místek. V teoretické části je zpracována oblast zdraví, její definice a faktory, které ji ovlivňují. Dále je práce zaměřena také na prevenci, její důležitost, typy preventivních prohlídek a screeningových programů České republiky. Druhá oblast pojednává o nejčastějších zdravotních potížích, které učitelskou profesi provází. Je zde také popsán životní styl, se zaměřením na výživu, pohybovou aktivitu, spánek, kouření a stres. V závěru jsou zde popsány relaxační (antistresové) techniky.

Na teoretické poznatky navazuje metodika práce, v níž je řešena problematika výzkumu. Pro dosažení hlavního cíle a zodpovězení výzkumných problémů bylo využito kvantitativní výzkumné šetření. Technikou sběru dat byl dotazník, který obsahoval 26 otázek, týkajících se dané problematiky. Dotazníkové šetření bylo uskutečněno na 7 školách (základní a mateřské školy).

Hlavním cílem diplomové práce bylo zmapovat subjektivní zdravotní stav a životní styl pedagogických pracovníků v okrese Frýdek-Místek. Na základě hlavního cíle byly formulovány dílčí cíle, a to konkrétně – zjistit, jaké subjektivní potíže se nejčastěji vyskytují u pedagogické profese. Zjistit, zda je pedagogická profese původcem stresu učitelů a porovnat subjektivní zdravotní stav u učitelů různých stupňů škol.

Na základě dílčích cílů byly formulovány tři hypotézy. První hypotéza předpokládala, že učitelé s delší dobou praxe budou mít více zdravotních potíží než učitelé začínající. Tato hypotéza byla potvrzená. Učitelé s delší dobou praxe opravdu více trpěli bolestmi zad, hlavy a zejména bolestmi dolních končetin, než učitelé s praxí do 5 let. Nejčastěji pak učitelé trpěli bolestmi zad, následovala bolest hlavy, a nakonec bolest dolních končetin. Druhá hypotéza předpokládala, že začínající učitelé pociťují vyšší míru stresu než učitelé s delší dobou praxe. Tato hypotéza potvrzena nebyla. Naopak z výzkumného šetření vyplynulo, že učitelé s delší dobou praxe pociťují stres daleko více. Spojitost mezi mírou stresu a vykonáváním učitelské profese také nebyla prokázána. Na závěr bylo předpokládáno, že subjektivní zdravotní stav učitelů různých stupňů škol se bude lišit. Tato hypotéza byla potvrzena.

SOUHRN

Diplomová práce s názvem: „Subjektivní zdravotní stav a životní styl pedagogických pracovníků v okrese Frýdek-Místek“ se v úvodní části teoretických poznatků zaměřuje na definici zdraví a nemoci, prevenci, preventivní prohlídky a screeningové programy. Druhá kapitola se zabývá častými zdravotními potížemi, se kterými se musí pedagogičtí pracovníci potýkat, a to konkrétně bolestmi zad, hlavy a dolních končetin. Třetí kapitola je věnována životnímu stylu, tedy stravě, pohybové aktivitě, spánku, kouření a v neposlední řadě také stresu a syndromu vyhoření. Poslední kapitola popisuje antistresové (relaxační) techniky.

Praktická část je věnována kvantitativnímu výzkumu, jenž byl realizován pomocí dotazníkového šetření. Dotazníkového šetření se zúčastnilo celkem 103 respondentů. Výzkumný vzorek zde tvořili pedagogičtí pracovníci mateřských a základních škol v okrese Frýdek-Místek. Výzkumné šetření zjišťuje, jaké zdravotní potíže se u těchto pracovníků vyskytují, zda pravidelně navštěvují lékaře, jaký je jejich životní styl a zda využívají nějakých relaxačních (antistresových) technik k uvolnění napětí a stresu. Výsledky jsou následně porovnávány z hlediska délky praxe (do 5 let praxe a nad 5 let praxe) a typu školy, na kterém respondenti vyučují (mateřská škola a základní škola).

Klíčová slova: učitel, zdraví, nemoc, bolest, stres, životní styl

SUMMARY

Thesis entitled: "The subjective health status and lifestyle of the teachers in the district of Frýdek-Místek" in the introductory part of the theoretical part focuses on the definition of health and illness, prevention, preventive examinations and screening programmes. The second chapter deals with the frequent health difficulties, which must be the teachers to contend, and specifically back pain, headache and lower extremity pain. The third chapter is devoted to lifestyle, i.e. diet, physical activity, sleep, smoking and last but not least, also stress and burnout. The last chapter describes the anti-stress (relaxation) techniques.

The practical part is devoted to quantitative research, which was realized using questionnaire survey. A questionnaire survey was attended by a total of 103 respondents. The research sample consisted of the teaching staff of the nursery schools and elementary schools in the district of Frýdek-Místek. The research, figuring out what health problems the teachers encountered, whether regularly visiting the doctor, what is their lifestyle and whether to use some kind of relaxation (antistress) techniques to release tension and stress. The results are subsequently compared in terms of length of practice (up to 5 years of experience and over 5 years of experience) and the type of school at which taught (nursery and elementary school).

Keywords: teacher, health, illness, pain, stress, lifestyle

REFERENČNÍ SEZNAM

Seznam použité literatury

ADAMEC, Ondřej. 2005. *Pediatric pro praxi. Plochá noha v dětském věku – diagnostika a terapie*. [online]. [2018-05-04]. Dostupné z: <https://pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2005/04/06.pdf>

BLAXTER, Mildred. 2010. *Health*. Cambridge: Polity Press. ISBN 978-0-7456-4845-3.

BLAŽKOVÁ, Vlasta a Pěva MALÁ. 2007. *Odvrácená strana učitelského povolání. Rodina a škola*, 54(1), 20–21.

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

ČELEDOVÁ, Libuše a Jan HOLČÍK. 2018. *Sociální lékařství a veřejné zdravotnictví pro studenty zubního lékařství*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-3996-3.

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

ČESKO. MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR. MZČR. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [online]. MZČR, ©2010 [cit. 2018-05-05]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz>

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

DEMLOVÁ, Mudr. Barbora. 2011. *Syndrom vyhoření: Studijní materiál pro workshop: Syndrom vyhoření*. Docplayer [online]. Dostupné z: <https://docplayer.cz/45949824-Syndrom-vyhoreni-mudr-barbora-demlova.html>

DIEHL, Hans, Aileen LUDINGTON a Peter PRIBIŠ. 2009. *Síla zdraví*. Vyd. 2. Praha: Advent-Orion. ISBN 978-80-7172-093-5.

FORD, Jean. *Health Issues Caused by Obesity*. 2015. PA: Mason Crest. ISBN 978-1-4222-8845-0.

GROFOVÁ, Zuzana. 2007. *Nutriční podpora: praktický rádce pro sestry*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1868-2.

GROFOVÁ, Kateřina a Vojtěch ČERNÝ. 2015. *Relaxační techniky pro tělo, dech a mysl: návrat k přirozenému uvolnění*. Brno: Edika. ISBN 978-80-266-0835-6.

HAVAS, Harald. 2006. *Využijte svých schopností na 100 %: trénink myšlení, paměti, kreativity*. Praha: Grada. Testy (Grada). ISBN 80-247-1515-5.

HOLČÍK, Jan. 2012. *Zdraví jako osobní a společenská hodnota* [online]. Olomouc. [cit. 2018-05-16]. Dostupné z: http://prakt.upol.cz/zdravi_holcik.php

HOLEČEK, Václav. 2014. *Psychologie v učitelské praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3704-1.

HOSÁK, Ladislav, Michal HRDLIČKA a Jan LIBIGER. 2015. *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum. ISBN 978-80-246-2998-8.

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

Informativní příručka Centrum prevence. 2013. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: MZČR, 2010 [cit. 2018-11-23]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/dokumenty/nezapominejme-na-preventivni-prohlidky-aneb-zdravi-naproti_8331_2956_1.html

JANEČKOVÁ, Denisa. 2014. *Cirkadiánní preference: rozdílný život ranních ptáčat a nočních sov*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-87895-20-7.

KOTAS, Rudolf. 2015. *Bolesti hlavy v klinické praxi*. Praha: Maxdorf. ISBN 978-80-7345-443-2.

KOŠŤUKOVÁ, Martina. 2005. *Profesní stres a jeho porovnání u učitelů předmětů všeobecných a odborných* [online]. Brno [cit. 2018-12-06]. Dostupné z: <https://www.google.com/search?source=hp&ei=V24JXPakNIK4swGC94v4CQ&q=Profesní+stres+a+jeho+porovnání+u+učitelů+předmětů+všeobecných+a+odborných>. Závěrečná práce. Mendelova univerzita v Brně. Vedoucí práce Mgr. et Mgr. Lucie Foltová

KUNOVÁ, Václava. 2011. *Zdravá výživa*. Vyd. 2. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3433-0.

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

MONTAIGNE, Michel de. 1995. *Eseje*. 2. vyd. Praha: ERM. ISBN 80-85913-12-7.

MÖHRING, Wolfgang. 2008. *Akupresura: jednoduše proti bolestem*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2335-8.

MÜLLEROVÁ, Dana. 2014. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. Praha: Karolinum. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-246-2510-2.

Projekt adresného zvaní na preventivní screeningová vyšetření. 2014. *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: MZČR, 2010 [cit. 2018-6-15]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/obsah/projekt-adresneho-zvani-na-preventivni-screeningova-vysetreni_3024_1.html

NEJEDLÁ, Marie. 2015. *Klinická propedeutika pro studenty zdravotnických oborů*. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4402-5.

PLHÁKOVÁ, Alena. 2013. *Spánek a snění: vědecké poznatky a jejich psychoterapeutické využití*. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0365-0.

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

PIŤHA, Jan a Rudolf POLEDNE. 2009. *Zdravá výživa pro každý den*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2488-1.

Preventivní prohlídky. *Všeobecná zdravotní pojišťovna České republiky* [online]. Praha: VZP ČR, 2018 [cit. 2018-6-15]. Dostupné z: <https://www.vzp.cz/pojistenci/prevence/preventivni-prohlidky>

PRŮCHA, Jan a Jaroslav VETEŠKA. 2012. *Andragogický slovník*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3960-1.

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

STACKEOVÁ, Daniela. 2013. *Fitness manuál pro ženy: cvičení ve fitness centru*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4437-7.

Systém podpory prevence vybraných nádorových onemocnění v ČR: Screeningové programy. *Zdravotnický portál města Prahy* [online]. Praha: Magistrát hl. m. Prahy, 2011 [cit. 2018-5-7]. Dostupné z: http://zdravotni.praha.eu/jnp/cz/aktuality/system_podpory_prevence_nadorovych.html

ŠTEFÁNEK, Jiří. 2011. *Bolesti nohou. Medicína, nemoci, studium na 1. LF UK* [online]. [cit. 2018-05-16]. Dostupné z: <http://www.stefajir.cz/?q=bolesti-nohou-priciny>

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

VÁLOVÁ, Miroslava. (2013). *Zdravý životní styl začínajícího učitele* [online]. Olomouc. [cit. 2018-12-03]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/npaah1/00171863-216947525.d>. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Vedoucí práce Mgr. Petr Zemánek, Ph.D.

ZHOU, Xun a Sander L. GILMAN. 2006. *Příběh kouře: člověk a kouření od úsvitu dějin až po současnost*. Praha: Dybbuk. ISBN 80-86862-23-2.

ZELENKOVÁ, Jitka, Jan VEJVALKA, Dagmar HOLÁ, a kolektiv. 2009. *Internal propaedeutic workbook*. Praha: Triton. ISBN 78-80-7387-186-4.

ZEMÁNEK, Petr. 2017. *Osobnost začínajícího učitele pohledem antropologie*. In: CICHÁ, Martina a kol. *Pedagogická antropologie v podmínkách současné školy*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. 42–64. ISBN 978-80-244-5246-3.

ZYLLA, Amiena and Wolfgang MIESSNER. 2010. *Jóga: krátká cvičení na každý den*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 9788024730363.

ŽALOUDÍK, Jan. 2008. *Vyhnete se rakovině, aneb, prevence zhoubných nádorů pro každého*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2307-5.

Vyhlášky a zákony

ČESKO. Vyhláška č. 70/2012 Sb. O preventivních prohlídkách

Seznam grafů a tabulek

- Graf č. 1 Pohlaví respondentů
- Graf č. 2 Pohlaví a typ školy
- Graf č. 3 Pohlaví a délka praxe
- Graf č. 4 Typ školy
- Graf č. 5 Bolesti zad
- Graf č. 6 Bolesti zad dle typu školy
- Graf č. 7 Bolesti zad dle délky praxe
- Graf č. 8 Lokalizace bolesti zad dle typu školy
- Graf č. 9 Lokalizace bolesti zad dle délky praxe
- Graf č. 10 Intenzita bolesti zad
- Graf č. 11 Doba trvání bolesti zad
- Graf č. 12 Bolest hlavy
- Graf č. 13 Bolesti hlavy dle typu školy
- Graf č. 14 Bolesti hlavy dle délky praxe
- Graf č. 15 Lokalizace bolesti hlavy dle typu školy
- Graf č. 16 Lokalizace bolesti hlavy dle délky praxe
- Graf č. 17 Intenzita bolesti hlavy
- Graf č. 18 Doba trvání bolesti hlavy
- Graf č. 19 Bolesti DKK
- Graf č. 20 Bolest DKK dle typu školy
- Graf č. 21 Bolest DKK dle délky praxe
- Graf č. 22 Lokalizace bolesti DKK dle typu školy
- Graf č. 23 Lokalizace bolesti DKK dle délky praxe
- Graf č. 24 Intenzita bolesti DKK
- Graf č. 25 Doba trvání bolesti DKK
- Graf č. 26 Doba poslední návštěvy lékaře
- Graf č. 27 Pravidelné preventivní prohlídky u praktického lékaře
- Graf č. 28 Pravidelné návštěvy stomatologa
- Graf č. 29 Další preventivní prohlídky
- Graf č. 30 Denní únava u pedagogických pracovníků

Graf č. 31 Vyhodnocení kvality spánku
Graf č. 32 Specifikace poruch spánku
Graf č. 33 Volný čas pedagogických pracovníků
Graf č. 34 Pohybová aktivita u pedagogických pracovníků
Graf č. 35 Kouření u pedagogických pracovníků
Graf č. 36 Míra konzumace alkoholu
Graf č. 37 Konzumace kávy
Graf č. 38 Stravování respondentů
Graf č. 39 Porce zeleniny za den
Graf č. 40 Porce ovoce za den
Graf č. 41 Těšení se do práce
Graf č. 42 Těšení se do práce dle typu školy
Graf č. 43 Těšení se do práce dle délky praxe
Graf č. 44 Výskyt stresu u respondentů
Graf č. 45 Pocity stresu u respondentů dle typu školy
Graf č. 46 Pocity stresu u respondentů dle délky praxe
Graf č. 47 Zaměstnání jako původce stresu
Graf č. 48 Zaměstnání jako původce stresu dle typu školy
Graf č. 49 Zaměstnání jako původce stresu dle délky praxe
Graf č. 50 Využívání relaxačních technik
Graf č. 51 Využívání relaxačních technik dle typu školy
Graf č. 52 Využívání relaxačních technik dle délky praxe

Tabulka 1 Věk respondentů

Tabulka 2 Délka pedagogické praxe

Tabulka 3 Délka spánku pedagogických pracovníků

Seznam příloh

Příloha č. 1 Sken nevyplněného dotazníku

Příloha č. 2 Sken vyplněného dotazníku

Příloha č. 3 Žádost o umožnění dotazníkového šetření

Příloha č. 1: Sken nevyplněného dotazníku

Vážení respondenti,

jmenuji se Darina Klapsiová a tímto bych Vás ráda požádala o vyplnění následujícího dotazníku, na téma Subjektivní zdravotní stav a životní styl pedagogických pracovníků v okrese F-M. Tento dotazník je zcela anonymní a poskytnuté informace z něj budou použity pro zpracování výzkumné části mé diplomové práce. Prosím o vyplnění všech otázek v dotazníku.

Děkuji za Váš čas, spolupráci a ochotu.

Pokyny k vyplnění: Pokud není uvedeno jinak, zakroužkujte, prosím, vždy jednu odpověď.

1. Trpíte bolestmi zad?

a) Ne

b) Ano, pokud ano

Lokalizace (možno více odpovědí)

- a) oblast krční páteře
- b) oblast hrudní páteře
- c) oblast bederní
- d) křížová oblast
- e) nedokážu lokalizovat
- f) kombinace

Intenzita

- a) mírná (dovoluje běžnou činnost, nemusí být léčena medikamenty)
- b) střední (nedovoluje běžnou činnost, ustoupí po medikaci)
- c) silná (neustoupí ani po medikaci, je nutné vyhledat lékařskou pomoc)

Doba

- a) minuty
- b) hodiny
- c) dny

2. Trpíte bolestmi hlavy? (bez závislosti na menstruačním cyklu)

a) Ne

b) Ano, pokud ano

Lokalizace (možno více odpovědí)

- a) čelo
- b) temeno
- c) týl
- d) spánek
- e) nedokážu lokalizovat
- f) kombinace

Intenzita

- a) mírná (dovoluje běžnou činnost, nemusí být léčena medikamenty)
- b) střední (nedovoluje běžnou činnost, ustoupí po medikaci)
- c) silná (neustoupí ani po medikaci, je nutné vyhledat lékařskou pomoc)

Doba

- a) minuty
- b) hodiny
- c) dny

3. Trpíte bolestí dolních končetin?

a) Ne

b) Ano, pokud ano

Lokalizace (možno více odpovědí)

- a) kyčel
- b) koleno
- c) noha
- d) svaly
- e) nedokážu lokalizovat
- f) kombinace

Intenzita

- a) mírná (dovoluje běžnou činnost, nemusí být léčena medikamenty)
- b) střední (nedovoluje běžnou činnost, ustoupí po medikaci)
- c) silná (neustoupí ani po medikaci, je nutné vyhledat lékařskou pomoc)

Doba

- a) minuty
- b) hodiny
- c) dny

4. Kdy jste byl/a naposledy u lékaře s nějakým zdravotním problémem?

- a) V posledních 6 měsících
- b) V posledním roce
- c) Před více než rokem
- d) Nevzpomínám si

5. Chodíte pravidelně na preventivní prohlídky k praktickému lékaři? (1 = za 2 roky)

- a) Ano
- b) Ne

6. Jak často navštěvujete stomatologa (zubního lékaře)?

- a) 2× ročně
- b) Jednou ročně
- c) Jednou za 2 roky
- d) Pouze v případě bolesti problému

7. Chodíte ještě na nějaké další preventivní prohlídky?

- a) Ne
- b) Ano

Pokud ano, vyplňte kam (gynekologie, oční, ...)

8. Cítíte se během dne unavení?

- a) Ano
- b) Ne

9. Kolik hodin denně průměrně věnujete spánku?

10. Jak hodnotíte kvalitu svého spánku?

- a) Klidný
- b) Narušený, specifikujte
 - a) problémy s usínáním
 - b) časté probouzení během noci
 - c) brzké vstávání
 - d) kombinace výše uvedeného

11. Jak nejčastěji trávíte svůj volný čas?

- a) Aktivně (sport, procházky, ...)
- b) Pasivně (sledování TV, četba, ...)
- c) Kombinace

12. Věnujete se pravidelně nějaké pohybové aktivitě?

- a) Ano, každý den
- b) Ano, 3× týdně
- c) Ano, jednou týdně
- d) Ne

13. Kouříte?

- a) Ano
- b) Ne

14. Jak často konzumujete alkohol?

- a) Abstinuji
- b) Pouze příležitostně
- c) 1× týdně
- d) 2-3× týdně
- e) Každý den

15. Pijete kávu (a kofeinem)?

- a) Ne
- b) Ano

16. Jak se podle Vašeho názoru stravujete?

- a) Snažím se jíst zdravě
- b) Jím vše s mírou
- c) Jím, co mi chutná, v ničem se neomezuji
- d) O stravě nepřemýšlím

17. Kolik porcí zeleniny obvykle denně sníte? (porce – tzn. „hrst“)

- a) 5 a více porcí
- b) 3-4 porce
- c) 1-2 porce
- d) Zeleninu jím pouze občas
- e) Zeleninu téměř nejím

18. Kolik porcí ovoce obvykle denně sníte? (porce – tzn. „hrst“)

- a) 5 a více porcí
- b) 3-4 porce
- c) 1-2 porce
- d) Ovoce jím pouze občas
- e) Ovoce téměř nejím

19. Těšíte se obvykle do práce?

- a) Ano
- b) Ne

20. Myslíte si, že jste často ve stresu?

- a) Ano
- b) Ne

21. Je zaměstnání původcem Vašeho stresu?

- a) Ano
- b) Občas
- c) Ne

22. Využíváte nějaké antistresové (relaxační) techniky?

- a) Ne
- b) Ano, vypište jaké

.....
23. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) Muž
- b) Žena

24. Jaký je Váš věk?

.....
25. Jaká je délka Vaší pedagogické praxe?

.....
26. Na kterém stupni školy vyučujete?

- a) Mateřská škola
 - b) Základní škola
-

Příloha č. 2: Sken vyplněného dotazníku

Vážení respondenti,

jmenuji se Darina Klupsiová a tímto bych Vás ráda požádala o vyplnění následujícího dotazníku, na téma Subjektivní zdravotní stav a životní styl pedagogických pracovníků v okrese F-M. Tento dotazník je zcela anonymní a poskytnuté informace z něj budou použity pro zpracování výzkumné části mé diplomové práce. Prosím o vyplnění všech otázek v dotazníku.

Děkuji za Váš čas, spolupráci a ochotu.

Pokyny k vyplnění: Pokud není uvedeno jinak, zakroužkujte, prosím, vždy jednu odpověď.

1. Trpíte bolestmi zad?

a) Ne

b) Ano, pokud ano

Lokalizace (možno více odpovědí)

- a) oblast krční páteře
b) oblast hrudní páteře
c) oblast bederní
d) křížová oblast
e) nedokážu lokalizovat
f) kombinace

Intenzita

- a) mírná (dovoluje běžnou činnost, nemusí být léčena medikamenty)
b) střední (nedovoluje běžnou činnost, ustoupí po medikaci)
c) silná (neustoupí ani po medikaci, je nutné vyhledat lékařskou pomoc)

Doba

- a) minuty
 b) hodiny
c) dny

2. Trpíte bolestmi hlavy? (bez závislosti na menstruačním cyklu)

a) Ne

b) Ano, pokud ano

Lokalizace (možno více odpovědí)

- a) čelo
b) temeno
c) týl
d) spánek
 e) nedokážu lokalizovat
f) kombinace

Intenzita

- a) mírná (dovoluje běžnou činnost, nemusí být léčena medikamenty)
 b) střední (nedovoluje běžnou činnost, ustoupí po medikaci)
c) silná (neustoupí ani po medikaci, je nutné vyhledat lékařskou pomoc)

Doba

- a) minuty
 b) hodiny
c) dny

3. Trpíte bolestí dolních končetin?

a) Ne

b) Ano, pokud ano

Lokalizace (možno více odpovědí)

- a) kyčel
b) koleno
c) noha
d) svaly
e) nedokážu lokalizovat
f) kombinace

Intenzita

- a) mírná (dovoluje běžnou činnost, nemusí být léčena medikamenty)
b) střední (nedovoluje běžnou činnost, ustoupí po medikaci)
c) silná (neustoupí ani po medikaci, je nutné vyhledat lékařskou pomoc)

Doba

- a) minuty
b) hodiny
c) dny

4. Kdy jste byl/a naposledy u lékaře s nějakým zdravotním problémem?

- a) V posledních 6 měsících
- b) V posledním roce
- c) Před více než rokem
- d) Nevzpomínám si

5. Chodíte pravidelně na preventivní prohlídky k praktickému lékaři? (1× za 2 roky)

- a) Ano
- b) Ne

6. Jak často navštěvujete stomatologa (zubního lékaře)?

- a) 2× ročně
- b) Jednou ročně
- c) Jednou za 2 roky
- d) Pouze v případě bolesti/problému

7. Chodíte ještě na nějaké další preventivní prohlídky?

- a) Ne
- b) Ano

Pokud ano, vyplňte kam (gynekologie, oční, ...)

..... *gynekologie;*

8. Čítáte se během dne unavení?

- a) Ano
- b) Ne

9. Kolik hodin denně průměrně věnujete spánku?

..... *7 hod*

10. Jak hodnotíte kvalitu svého spánku?

- a) Klidný
- b) Narušený, specifikujte
- c) problémy s usnutím
- b) časté probouzení během noci
- c) bezké vstávání
- d) kombinace výše uvedeného

11. Jak nejméně trávíte svého volného času?

- a) Aktivně (sport, procházky, ...)
- b) Pasivně (sledování TV, četba, ...)
- c) Kombinace

12. Věnujete se pravidelně nějaké pohybové aktivitě?

- a) Ano, každý den
- b) Ano, 3× týdně
- c) Ano, jednou týdně
- d) Ne

13. Kouříte?

- a) Ano
- b) Ne

14. Jak často konzumujete alkohol?

- a) Abstinuji
- b) Pouze příležitostně
- c) 1× týdně
- d) 2-3× týdně
- e) Každý den

15. Pijete kávu (s kofeinem)?

- a) Ne
- b) Ano

16. Jak se podle Vašeho názoru stravujete?

- a) Snažím se jíst zdravě
- b) Jím vše s mírou
- c) Jím, co mi chutná, v ničem se neomezuji
- d) O stravě nepřemýšlím

17. Kolik porcí zeleniny obvykle denně sníte? (porce – tzv. „hrst“)

- a) 5 a více porcí
- b) 3-4 porce
- c) 1-2 porce
- d) Zeleninu jím pouze občas
- e) Zeleninu téměř nejím

18. Kolik porcí ovoce obvykle denně sníte? (porce – tzv. „hrst“)

- a) 5 a více porcí
- b) 3-4 porce
- c) 1-2 porce
- d) Ovoce jím pouze občas
- e) Ovoce téměř nejím

19. Těšíte se obvykle do práce?

- a) Ano
- b) Ne

20. Myslíte si, že jste často ve stresu?

- a) Ano
- b) Ne

21. Je zaměstnání původcem Vašeho stresu?

- a) Ano
- b) Občas
- c) Ne

22. Využíváte nějaké antistresové (relaxační) techniky?

- a) Ne
- b) Ano, vypište jaké

yoga

23. Jaké je Vaše pohlaví?

- a) Muž
- b) Žena

24. Jaký je Váš věk?

46

25. Jaká je délka Vaší pedagogické praxe?

20

26. Na kterém stupni školy vyučujete?

- a) Měsíční škola
- b) Základní škola

Příloha č. 3: Žádost k dotazníkovému šetření

Žádost o umožnění dotazníkového šetření

Vážený pane řediteli/ Vážená paní ředitelko,

obracím se na Vás s žádostí o umožnění dotazníkového šetření na Vaší škole. Jmenuji se Darina Klapsiová 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 pedagogických pracovníků v okrese Frýdek-Místek, a proto bych Vás chtěla požádat o možnost rozdat ve Vaší škole dotazníky určené pro pedagogické pracovníky, jejichž vyplnění je zcela anonymní a poslouží mi ke zpracování praktické části mé diplomové práce. Dotazník příkládám k žádosti. Velice ráda si s Vámi domluvím schůzku k projednání dalšího postupu naší spolupráce.

Předem děkuji za kladné vyjádření a Váš čas.

S přáním příjemného dne,

Bc. Darina Klapsiová

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Darina Klapsiová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní péče
Vedoucí práce:	Mgr. Petr Zemánek, Ph.D.
Rok obhajoby:	2019

Název práce:	Subjektivní zdravotní stav a životní styl pedagogických pracovníků v okrese Frýdek-Místek
Název v angličtině:	The subjective health status and lifestyle of teachers in the district of Frýdek-Místek
Anotace práce:	<p>Diplomová práce se zabývá subjektivním zdravotním stavem a životním stylem pedagogických pracovníků v okrese Frýdek-Místek. V teoretické části je zpracována oblast zdraví, její definice a faktory, které ji ovlivňují. Dále je práce zaměřena také na prevenci, její důležitost, typy preventivních prohlídek a screeningových programů České republiky. Druhá oblast pojednává o nejčastějších zdravotních potížích, které učitelskou profesi provází. Je zde také popsán životní styl, se zaměřením na výživu, pohybovou aktivitu, spánek, kouření a stres. V závěru jsou zde popsány relaxační (antistresové) techniky. Praktická část práce se věnuje kvantitativnímu výzkumu, který je veden formou dotazníkového šetření. Zjišťuje, jaké zdravotní potíže se u těchto pracovníků vyskytují, zda pravidelně navštěvují lékaře a jaký je jejich životní styl.</p>
Klíčová slova:	učitel, zdraví, nemoc, bolest, stres, životní styl

Anotace v angličtině:	The thesis deals with the subjective health status and lifestyle of the teachers in the district of Frýdek-Místek. In the theoretical part is handled health, its definition and factors that affect it. Further part is focused on prevention, its importance, types of preventive examinations and screening programmes. The other part discusses the most common health problems, which the teacher profession guides. There is also described a lifestyle, focusing on nutrition, physical activity, sleep, smoking and stress. In conclusion are described relaxing (anti-stress) techniques. The practical part of the thesis is devoted to quantitative research, which is conducted through a questionnaire survey. Figuring out what kind of health problems teachers occur and what is their lifestyle.
Klíčová slova v angličtině:	teacher, health, illness, pain, stress, lifestyle
Přílohy vázané v práci:	Příloha č. 1 Sken nevyplněného dotazníku Příloha č. 2 Sken vyplněného dotazníku Příloha č. 3 Žádost k dotazníkovému šetření
Rozsah práce:	108
Jazyk práce:	český