

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

**Diplomová práce**

Bc. Miroslava Valová, DiS.

UČJ - UVZ

**Zdravý životní styl začínajícího učitele**

Olomouc 2013

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

## Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Zdravý životní styl začínajícího učitele vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

V Olomouci dne .....

Podpis .....

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

**Mé poděkování patří i těm začínajícím učitelům, kteří se ochotně podíleli na výzkumném šetření.**

# **OBSAH**

<b>ÚVOD .....</b>	<b>7</b>
<b>1 CÍL PRÁCE.....</b>	<b>9</b>
<b>2 TEORETICKÉ POZNATKY .....</b>	<b>10</b>
<b>2.1. Reformy učitelského vzdělávání.....</b>	<b>10</b>
<b>2.2. Volba učitelské profese .....</b>	<b>11</b>
<b>2.3. Příprava na profesi .....</b>	<b>12</b>
2.3.1. Profesní identita.....	13
<b>3 Začínající učitel.....</b>	<b>15</b>
<b>3.1. Požadavky na začínajícího učitele.....</b>	<b>15</b>
3.1.1. Uvádění začínajících učitelů .....	16
<b>3.2. Situace ohrožující zdraví začínajícího učitele.....</b>	<b>17</b>
<b>3.2.1. Stres .....</b>	<b>18</b>
3.2.1.1. Projevy stresu .....	19
3.2.1.2. Reakce organismu na stres .....	20
3.2.1.3. Coping .....	22
3.2.1.4. Faktory ovlivňující reakci na stres .....	22
3.2.1.4.1. Sence of coherence .....	23
3.2.1.4.2. Hardiness .....	23
3.2.1.4.3. Osobnost typu A a B .....	24
3.2.1.4.4. Zátěž a její charakteristiky .....	25
<b>4 Životní styl .....</b>	<b>27</b>
<b>4.1. Zdravý životní styl .....</b>	<b>29</b>
<b>4.1.1. Zdraví .....</b>	<b>31</b>
4.1.1.1. Dimenze zdraví .....	32
4.1.1.2. Teorie zdraví .....	32
4.1.1.3. Determinanty zdraví.....	33
<b>4.1.2. Správná strava .....</b>	<b>34</b>

4.1.2.1.	Zdroje výživy .....	36
4.1.2.1.1.	Proteiny (bílkoviny) .....	36
4.1.2.1.2.	Lipidy (tuky) .....	36
4.1.2.1.3.	Sacharidy .....	37
4.1.2.1.4.	Vláknina .....	37
4.1.2.1.5.	Vitamíny .....	38
4.1.2.1.6.	Minerální látky a stopové prvky .....	38
4.1.2.1.7.	Antioxidanty .....	39
4.1.2.1.8.	Probiotika a prebiotika .....	39
4.1.2.1.9.	Doplňky stravy .....	40
4.1.2.2.	Prevence .....	40
<b>4.1.3.</b>	<b>Pohyb .....</b>	<b>41</b>
4.1.3.1.	Výběr pohybové aktivity .....	42
<b>4.1.4.</b>	<b>Duševní hygiena .....</b>	<b>44</b>
<b>4.1.5.</b>	<b>Únava .....</b>	<b>45</b>
<b>4.1.6.</b>	<b>Relaxace .....</b>	<b>45</b>
4.1.6.1.	Pasivní relaxace .....	46
4.1.6.2.	Aktivní relaxace .....	46
4.1.6.3.	Fyzická relaxace .....	46
4.1.6.4.	Psychická relaxace .....	47
<b>4.1.7.</b>	<b>Spánek .....</b>	<b>47</b>
4.1.7.1.	Spánkový cyklus .....	48
<b>4.1.8.</b>	<b>Volný čas .....</b>	<b>49</b>
<b>4.2.</b>	<b>Faktory poškozující zdraví .....</b>	<b>50</b>
<b>4.2.1.</b>	<b>Kouření .....</b>	<b>50</b>
4.2.1.1.	Prevence kouření .....	51
<b>4.2.2.</b>	<b>Alkohol .....</b>	<b>52</b>
4.2.2.1.	Odborná péče .....	53
<b>4.2.3.</b>	<b>Kofeinismus .....</b>	<b>53</b>
<b>4.3.</b>	<b>Výzkumy v oblasti životního stylu začínajících učitelů .....</b>	<b>55</b>
<b>5</b>	<b>METODIKA PRÁCE .....</b>	<b>57</b>

5.1. Teoreticko-praktická příprava výzkumu .....	57
5.2. Výzkumné problémy .....	57
5.3. Charakteristika výzkumného souboru .....	59
5.4. Použitá metoda .....	60
5.5. Organizace výzkumu .....	61
6 Výsledky .....	62
6.1. Vyhodnocení výzkumu .....	62
7 DISKUSE .....	91
ZÁVĚR .....	95
SOUHRN .....	97
SUMMARY .....	98
REFERENČNÍ SEZNAM .....	99
PŘÍLOHY	

## ÚVOD

Současná doba je charakteristická technologickým pokrokem. S technikou, jejímž cílem je převážně usnadnit mnohým lidem jejich práci, je možné se setkat například v továrnách, v dopravě, v obchodech, v různých organizacích, ve školách, v domácnostech atd. Jak je tedy vidět technika ovládá celý svět, nachází se prakticky všude. Ovšem rychlému technologickému rozvoji neodpovídá samotný vývoj lidstva. Lidský organismus se totiž nedokázal tak rychle adaptovat na nově vznikající životní podmínky a neosvojil si tak nový, především ale zdravý životní styl.

Zdravý životní styl je dle mnohých autorů spojován s fyzickým a duševním zdravím. Je tedy důležité klást důraz nejen na vhodnou stravu a pohyb, ale také na relaxaci, pravidelný spánek, trávení volného času či omezování stresových situací a dalších faktorů poškozujících zdraví jako je kouření, alkohol, drogy či káva v nadměrném množství.

Tato práce je zaměřená na zdravý životní styl začínajících učitelů, poněvadž zejména skupina učitelů se v prvních letech pedagogické praxe velmi často dostává do pro ně těžko zvladatelných situací, jež se promítají do jejich života a zároveň také ovlivňují jejich životní styl. Na začínající učitele jsou totiž již od počátku kladeny vysoké nároky spojené hlavně s nadměrnou zodpovědností za výsledky práce žáků (studentů) a se zvládáním veškerých povinností vyplývajících z učitelské profese. Proto, aby byla jejich práce co nejefektivnější jsou důležité nejen vědomosti, dovednosti získané v průběhu studia na vysoké škole a během samotné pedagogické praxe, ale také ji do jisté míry ovlivňuje i způsob vedeného životního stylu.

Důvodem výběru tohoto tématu bylo jednak moje budoucí profesní zaměření, tj. učitelka, a jednak také potřeba dozvědět se o faktorech ovlivňujících životní styl co nejvíce.

Zdrojů týkajících se mnou sledované problematiky existuje nepřeberné množství, a to, jak v české, tak v cizojazyčné literatuře. Každý má tak možnost vybrat si z knih, příruček, časopisů či se může obrátit na internetové stránky.

Práce je rozčleněna na část teoretickou a praktickou. Teoretická část zahrnuje tři kapitoly. První kapitolou se pokouším předložit základní poznatky o školské reformě uskutečněné v České republice a poukazuji také na počátek utváření učitelské profese. Druhou kapitolou se snažím vystihnout začínajícího učitele jako takového, popisují požadavky na něj kladené včetně stresu,

který výrazným způsobem ovlivňuje výkon začínajícího učitele. Ve třetí kapitole se věnuji problematice životního stylu, blíže charakterizuji faktory, které jsou nezbytnou součástí zdravého životního stylu, rovněž zde vymezuji i ty prostředky, jež významně narušují vedení zdravého životního stylu.

Praktická část je naopak soustředěna na oblast výzkumu, jeho organizaci, popis výzkumného souboru, použité metody a diskuse, jež obsahuje interpretaci zjištěných výsledků práce.



# 1 CÍL PRÁCE

Cílem mé diplomové práce je prostřednictvím kvantitativního výzkumu zmapovat životní styl začínajících učitelů do třiceti let věku v kraji Vysočina. Směr mého zájmu spočíval především v tom, zda sledovaná populace přikládá více či méně význam zdravému životnímu stylu.

S ohledem na výzkumné otázky (položky) obsažené v dotazníku jsem stanovila tři výzkumné problémy, které se pokusím pomocí zpracovaných dat zodpovědět. Více se k daným výzkumným problémům vyjadřuji v praktické části diplomové práce, konkrétně v kapitole 6.2.

Svou prací bych ráda poukázala na životní styl začínajících učitelů, který do určité míry působí na jejich zdraví, jež se současně také odráží na úrovni jejich vykonávané profese a na životě celkově.

## 2 TEORETICKÉ POZNATKY

V této kapitole se budu zabývat formováním osobnosti učitele během studia na vysoké škole a v počátcích jeho profesní dráhy. Také se pokusím blíže specifikovat nejvýznamnější faktory, které pozitivně či negativně ovlivňují životní styl učitele.

### 2.1. Reformy učitelského vzdělávání

Dle Walterové (2001) jsou učitelé nositeli vzdělanosti a zástupci humánních a etických hodnot, zaujímají významnou úlohu v sociální komunikaci, zprostředkovávají porozumění mezi generacemi navzájem, rovněž i mezi různými kulturami. Učitele označuje za odborníky pro práci s dětmi a mládeží, na niž by měli být náležitě připraveni a kvalifikováni. Kvalita přípravy budoucích učitelů ovlivňuje kvalitu našich základních a středních škol (Švec, 1999). A proto byly mnohých evropských zemích a zámoří vytvořeny tzv. profesní standardy<sup>1</sup> jako východisko pro vzdělávání učitelů, jejich profesní rozvoj a hodnocení.

V České republice byl v roce 2001 přijat Národní program rozvoje vzdělávání (tzv. Bílá kniha), který specifikuje představy o kvalitě vzdělávání budoucích učitelů, kvalitě školy a výuky a zároveň klade důraz na tvorbu profesních standardů. V návaznosti na tento program byl v tomtéž roce zpracován projekt „Podpora práce učitelů“, který mimo jiné také podporoval vznik těchto standardů. Avšak samotné práce na zpracování alespoň minimálních profesních standardů byly započaty až o tři roky později, tj. roku 2004. Výsledkem tohoto úsilí byl materiál, jenž se stal pouze jakýmsi doporučením, nikoliv závaznou normou. Roku 2008 byla založena jako podpora profesionalizace učitelství Asociace profese učitelství České republiky. Jejím cílem je podporovat kvalitu učitele, podílet se na formulování kritérií kvality a tvorbě profesního

---

<sup>1</sup> „Profesní standard je chápán jako konkretizace požadovaných kvalit učitele, které jsou nezbytné pro standardní (kvalitní) výkon učitele. Standard je založen na profesních kompetencích, které jsou považovány za komplexní, flexibilní strukturu profesních kvalit učitele kontextového charakteru (projevuje se v činnosti učitele), jež zahrnuje zvnitřněné znalosti, dovednosti, reflektované zkušenosti, postoje a hodnoty“ (Coufalová, 2010, s. 13).

standardu. Ten má ovlivňovat koncepci učitelova začleňování vzhledem k připravenosti na nové nároky, které s sebou nese kurikulární reforma, stejně tak má být východiskem pro formulování profilu absolventa učitelství, jenž by měl disponovat profesními kompetencemi nezbytnými pro kvalitní vykonávání profese (Coufalová, 2010).

Od těchto kompetencí je odvozen rámcový vzdělávací program zahrnující univerzitní základ, pedagogicko-psychologickou přípravu, oborovou didaktiku, odborné studium a pedagogickou praxi (Walterová, 2001). V současné době dochází ke strukturování studia učitelství na bakalářské a navazující magisterské studium. Tato strukturace vznikla jako důsledek Boloňské deklarace směřující k harmonizaci evropského vzdělávacího prostoru (Vašutová, 2004).

## **2.2. Volba učitelské profese**

Bylo zjištěno, že nejvyšší zájem o učitelskou profesi se projevuje v mladším školním věku, kdy žák bezmezně obdivuje svého vyučujícího. Kladný vztah k učiteli se ale v pubescenci mění. Zásadní vliv na změnu názoru má zejména kolektiv učitelů. Učitelská profese se tak stává atraktivní pro malou skupinu žáků.

Na podněcování zájmu o učitelství a zvolení si jej jako svou budoucí profesi, se podílí již základní a střední školy. Zatímco základní školy kladou důraz na rozvoj speciálních schopností žáků, střední školy (především gymnázia) se soustředí na vyhledávání talentovaných žáků pro výkon této profese (Heřmanová, 2004). Křeménková (2010) tvrdí, že výběr určitého povolání je také podnícen motivací<sup>2</sup>. Ta je totiž základní podmínkou vedoucí k aktivnímu, samostatnému, efektivnímu a plnohodnotnému výkonu profese.

Schopnost vychovávat a vzdělávat je specifickým druhem umění, s nímž se ale každý nerodí, dalo by se říci, že je vázáno na určité osobnostní kvality (Kurelová, 1998). Podle Gluchmanové (2009) ale jen osobnostní předpoklady či talent k výkonu dané profese nestačí, vždy je třeba ještě vynaložit určité úsilí ke zdokonalování sebe sama, zkrátka nezapomenout stále na sobě pracovat.

---

<sup>2</sup> „Motivace pochází z latinského moveo, tj. hýbat. Je charakterizovaná jako proces, který vede k energetizaci (aktivaci) organismu v podobě hybných sil určitého zaměření a intenzity. Spolupodílí se na usměrňování, regulaci chování a činnosti k dosažení určitého cíle“ (Kol. autorů, 2000, s. 31).

Profesní dráha učitele spočívá v adaptaci a v profesním rozvoji. Vývoj učitele probíhá v několika etapách.

Heřmanová (2004) podává následující rozdělení:

- Fáze profesního startu,
- adaptační fáze (od jednoho do tří let po vstupu do zaměstnání),
- profesionální vyhraňování a koordinace (mezi šestým a desátým rokem učitelského povolání),
- předdůchodová fáze učitelské činnosti.

Ještě než učitel započne vlastní profesní dráhu, musí na ni být náležitě připraven. Často ale bývá tato příprava považovaná mnohými odborníky za nedostačující.

## **2.3. Příprava na profesi**

„Příprava učitelů je náročný a složitý proces, v němž studium na fakultě představuje první etapu v procesu celoživotního vzdělávání a profesního vývoje každého učitele“ (Šimoník, 2005, s. 11). Budoucí učitel tak v rámci pregraduální přípravy získá alespoň základní učitelské kompetence, které tvoří základ jeho učitelské způsobilosti (Šimoník, 2005). Zmíněné pedagogické kompetence jsou tvořeny vědomostmi, dovednostmi a zkušenostmi studentů učitelství (Švec, 1999).

Pregraduální studium by mělo učitele připravit tak, aby mohl bez velkých potíží vychovávat a učit na přijatelné úrovni. Avšak počátek učitelské dráhy tomu často nenasvědčuje, poněvadž se začínající učitel setkává s mnohými problémy, a to jak s administrativními, tak s pedagogickými. Zde se ukazuje, že je pravděpodobně efektivita pedagogických praxí nízká. Budoucí učitelé totiž převážně napodobují, reprodukují současnou školní praxi, nebo vlastní zkušenosti ze svých školních let (Šimoník, 2005).

Proces „stávání se učitelem“, započatý studiem učitelství, je doprovázen utvářením profesní identity, i když ta je v podstatě formována již od okamžiku rozhodnutí být učitelem.

### 2.3.1. Profesní identita

Profesní identita se utváří od té doby, kdy se dotyčný rozhodne stát učitelem. Jedná se o dlouhodobý proces, který začíná už v průběhu pedagogické praxe.

Těžištěm profesní identity je pojetí výuky prostřednictvím sebereflexích technik. Pojetí výuky je možné charakterizovat jako komplex názorů, přesvědčení, postojů, hodnot, záměrů či očekávání, které tvoří jakýsi základ veškeré profesní činnosti učitele/studenta učitelství (Spilková, 2004).

Utváření pojetí výuky probíhá ve třech po sobě následujících etapách. **Počáteční etapu** tvoří začátek studia učitelství, v této fázi hovoříme o startovací identitě, kdy studenti vstupují do učitelské přípravy s určitou prekonceptí výuky (tj. předběžné pojetí výuky na základě vlastních prožitků, názorů ze školních let), kterou procházeli na základní a střední škole. **V druhé etapě** si student učitelství vytváří základy vlastního pojetí výuky, jež vznikají v důsledku zkušeností získaných na pedagogické praxi a ve styku s teoretickými pedagogicko-psychologickými poznatky. Toto pojetí výuky se dále propracovává a stabilizuje. **V následující etapě** se již pojednává o racionálním, explicitním pojetí výuky, které se utváří prostřednictvím sebereflexe studenta v průběhu pedagogické praxe. Je nezbytné v procesu pojetí výuky vést studenty učitelství ke sdělení důvodu, proč si dané pojetí výuky zvolili, umět ji obhájit (Spilková, 2004).

Východiskem utváření profesní identity učitele pro vlastní pojetí výuky je jeho implicitní teorie a strategie vzdělávání žáků. Pro její naplnění je nezbytné poznat sebe sama (kdo jsem) a identifikace, porovnání se s tím, kým chci být (Stuchlíková, 2006; in Dytrtová, Krhutová, 2009). Jestliže je učitel s vlastním pojetím výuky vnitřně nespokojený, mění se jeho profesní identita. K této změně se odhodlá tehdy, najde-li jinou alternativu, která je pro něj přínosná (Dytrtová, Krhutová, 2009).

S utvářením profesní identity velice úzce souvisí osobnost jedince (Dytrtová, Krhutová, 2009). Pro výkon učitelské profese je důležité mít na zřeteli nároky spjaté s jejím výkonem a osobnostní předpoklady, které kvalitu výkonu profese determinují. Osobnost jedince se vyvíjí a formuje interakcí s konkrétním sociálním prostředím. V rámci tohoto procesu dochází k uvědomění si toho, kým již jedinec je a kým se má stát. Pro utváření osobnosti učitele má tedy význam nejen příprava pregraduální, ale i postgraduální (v rámci pedagogické praxe).

V souladu s taxonomií cílů dnešní doby je, aby se učitel jako osobnost učil být člověkem, být sám sebou a být zodpovědný za svůj rozvoj (Dytrtová, 2008).

Tím, jakými vlastnostmi by měla osobnost učitele oplývat, se zabývá již mnoho autorů příslušných publikací. A proto je výčet těchto vlastností obrovský.

Podle Mikšíka (2007) jsou pro osobnost učitele významné tyto komponenty:

psychická odolnost (rezistence vůči dezintegrujícím vlivům), vhled do podstaty a povahy problémových situací (odpovídající inteligenční úroveň, kreativita, operativní myšlení), adaptabilita a adjustabilita (schopnost alternativního řešení situací, psychická flexibilita), schopnost osvojovat si nové poznatky, učit se, schopnost účinně regulovat své vnitřní a vnější aktivity (s ohledem na aktuální situační kontexty), sociální empatie a komunikativnost.

(Dytrtová, Krhutová, 2009) doplňují tento výčet ještě o sebeovládání, sebeuvědomění a sociální citění.

Každý, kdo se vykonávat některou z profesí, by měl nejdříve absolvovat příslušná studia a až teprve poté může vstoupit do pracovního procesu. Realita se ale může mnohdy lišit od představ jedince, což také bývá zpravidla častým jevem u začínajících učitelů.

### **3 ZAČÍNÁJÍCÍ UČITEL**

Pojem začínající učitel se začíná užívat od osmdesátých let dvacátého století (Průcha, 2009).

Podlahová, Vaněčková (2009) chápou termín začínající učitel jako mladý, nezkušený, nezralý, neovládající dosud všechny pracovní techniky a postupy nebo také jako perspektivní, nadšený či nadějný. Tímto pojmem označují absolventy pedagogických fakult v první fázi jejich profesní dráhy.

Délka tohoto období není přesně vymezená. Zatímco Šimoník (1995) hovoří o jednorroční učitelské praxi, Podlahová (2004) uvádí přibližně pět let profesní praxe, přičemž trvání této fáze je ovlivněno typem školy, aprobačí, výší úvazku a individuálními rozdíly.

#### **3.1. Požadavky na začínajícího učitele**

Mladý učitel, který nastupuje do školy s vysokoškolským diplomem, není „hotovým kantorem“ (2001; in Moderní vyučování). Na rozdíl od absolventů práv, lékařství a jiných, musí začínající učitel od prvního okamžiku vykonávat veškeré povinnosti, které učiteli přísluší. Průcha (2009) dodává, že učitel má také plnou osobní zodpovědnost za dosažené výsledky, za organizaci soutěží, výzdobu školy, správu knihoven a vedení nejrůznějších zájmových kroužků. Kalhous, Horák (1995; in Pedagogická orientace) poukazují rovněž na to, že začínající učitelé jsou od samého začátku pověřováni i těmi nejnáročnějšími učitelskými povinnostmi, jako je funkce třídního učitele.

Obecně se od začínajícího učitele očekává, že bude uplatňovat nové, netradiční přístupy k výchovně-vzdělávacím problémům a že bude schopen teoretické poznatky integrovat, aplikovat na každodenní pedagogickou práci tvůrčím způsobem dle specifických podmínek žáků. Tomu ale tak vždy nebývá (Průcha, 2009).

Je třeba si uvědomit, že stejně jako každý začátečník i začínající učitel rozvíjí své dovednosti a obohacuje zkušenosti postupně, a proto není možné od něj vyžadovat již od počátku bezchybný výkon.

Dosud byla uskutečněna řada výzkumů zaměřených na profesní problémy začínajících učitelů. Mezi zjištěné nedostatky patří například podcenění písemné přípravy na vyučování, nedodržení stanoveného výukového cíle, uplatňování takových vyučovacích metod, kdy je pouze aktivní učitel, nelogická návaznost jazykového projevu, nesprávné užívání termínů, komunikace se žáky, přizpůsobení učiva věku žáků (2001; in Moderní vyučování).

Pomoci se adaptovat na nové prostředí a povinnosti mohou uvádějící učitelé (1995; in Pedagogická orientace)

### **3.1.1. Uvádění začínajících učitelů**

Podlahová (2004) charakterizuje uvádějícího učitele jako osobu, jíž je přidělen nastupující pedagog, kterému pomáhá například při přípravě a realizaci výuky, s navazováním vztahů s rodiči, seznamuje ho s provozem školy, výchovnou prací školy atd. Toto zaučování by mělo trvat zpravidla jeden rok.

Začínajícím učitelům je třeba pomáhat taktně, citlivě, jednat s nimi jako s rovnocennými partnery. Uvádějící učitelé by je neměli poučovat, ba ani odrazovat od netradičních přístupů a metod (Průcha, 2009). Naopak spíše by měli uplatňovat metody typu koučování, mentorování, konzultace či podávání instrukcí při výkonu práce (Podlahová, 2004).

Ve většině zemí Evropské unie platí opatření podporující začínající učitele. Tato opatření mají dvě formy:

- podpůrná opatření spočívající v poskytování rad, informací a pomoci učitelům poprvé vstupujícím do zaměstnání,
- povinná školení během prvního roku vykonávání profese (týká se především Řecka, Španělska či Itálie).

K nejčastějším typům takové podpory v zemích EU patří formální/poloformální pohovory o úspěších a potížích, účast na třídních činnostech a sledování výuky, pomoc při plánování výuky, při hodnocení žáků aj.

V České republice byla systémová podpora (uvádění) zavedena od roku devatenáct set devadesát sedm, kdy MŠMT vydalo vyhlášku o jednotném systému dalšího vzdělávání učitelů. Obsah tvořily složky ideově-politická, odborně předmětová a pedagogicko-psychologická. V současnosti je podpora učitelů plně v kompetenci jednotlivých škol.



Zpravidla se každý začínající učitel bude vždy potýkat s četnými profesními problémy. Ale je třeba si uvědomit, že z hlediska celoživotního vývoje nejsou profesní potíže ničím neobvyklým, naopak jejich zdolávání má pozitivní důsledky (Průcha, 2009).

Zredukovat tyto profesní problémy je možné tak, že budou učitelé lépe připraveni a současně pro ně budou vytvářeny lepší pracovní podmínky na nástupních pracovních místech (Šimoník, 1995).

Začátek profesní dráhy významně poznamenává následující profesionální vývoj. Zvýšená péče o učitele se nepochybně společnosti vrátí (Průcha, 2009).

### **3.2. Situace ohrožující zdraví začínajícího učitele**

Život učitele je poznamenán shonem, spěchem, znaky stresovosti, což má za následek poměrně vysoké procento psychosomaticky nemocných (Tichá, 2010).

Učitelská profese je řazená mezi psychicky nejnáročnější povolání charakterizovaná vysokou mírou opotřebování organismu (Hennig, Keller, 1996). Z výzkumů zaměřených na pracovní zátěž učitelů vyplývá, že vysokou náročnost této profese způsobuje nadměrná potřeba koncentrace pozornosti, permanentní rozhodování navozující stresové situace, hluchost prostředí, v němž učitel vykonává svou činnost a kontrola jeho práce (Baláčková, 2008).

U začínajících učitelů je výrazným zdrojem stresu rozpor mezi ideálem, který si budoucí učitelé vytvořili a v podstatě s ním byli seznámeni při studiu, případně ideálem, který si představují nadřízení učitele, a realitou (Vašina, 1999). V pedagogické literatuře se hovoří o tzv. nástupním, počátečním eventuelně úvodním šoku, kdy se vše jeví jinak, než si začínající učitel představoval. Někdy může tento stav vyústit až k odchodu ze školy (Průcha, 2009).

Kyriacou, Sutcliffe (1979; in Vašina, 1999) uvádí sedm faktorů působících učitelům stres:

- žáci se špatnými postoji a nedostatečnou motivací ke školní práci,
- špatná všeobecná kázeň žáků a rušení vyučování,
- časté reorganizace ve škole a změny učebních programů,
- špatné pracovní podmínky (stav budov a vybavení, financování provozu aj.),
- problémy s časem,
- konflikty s kolegy a spolupracovníky,

- nedostatečné společenské hodnocení práce učitele.

Dalším výrazným zdrojem stresu je dle Vašiny (1999) **nejasnost role** a **konfliktní role**.

**Nejasnost role** spočívá v nepřesnosti vymezení předmětu práce učitele, což pak vede k rostoucímu napětí, pocitům marnosti, ohrožení kariéry včetně opatrnosti, nadměrnému zajišťování se, které snižuje efektivní plnění pracovního úkolu.

**Konfliktní role** nastává, jestliže jsou na učitele kladeny protichůdné požadavky. Na jedné straně se po učiteli chce, aby byl přátelský, laskavý, uměl vždy poradit i v těch nejintimnějších záležitostech, na straně druhé se ale vyžaduje rázný a tvrdý přístup ke kázi žáků. Takovýto nepoměr požadavků způsobuje pracovní nespokojenost, pocity napětí, úzkosti, ovlivňuje vztah ke spolupracovníkům, snižuje pocit bezpečí spojený s prací a má také fyziologické dopady (zvýšení krevního tlaku, tepové frekvence atd.).

### 3.2.1. Stres

Současná společnost je vystavena nově se utvářejícímu tržnímu a konkurenčnímu prostředí, také dynamický pokrok ve vývoji nových technologií vede k tomu, že na lidi stále více působí tzv. stresory<sup>3</sup>, které jsou zdrojem psychického napětí, na něž člověk reaguje stresovou reakcí (Vondruška, Barták, 2002).

---

V odborné literatuře jsou stresory rozdělovány na:

- **vnitřní** (např. nevyřešené konflikty, vnitřní nesouhlas s normami),
- **vnější** (fyzikální, chemické, biologické, psychické nebo sociální),
- **mikrostresory** – vyjadřují mírné nebo velmi mírné okolnosti vyvolávající stres,
- **makrostresory** – jsou děsivě působící vlivy, které mohou být krátkodobé, ale mají pro zúčastněné velmi závažné důsledky (zemětřesení, dopravní nehoda → psychické trauma, děsivé sny, neuróza) (Valová, 2011).

Druhy stresu:

- **eustres** – objevuje se v situacích, které nám přináší radost, eustres mobilizuje organismus a je účelnou obrannou reakcí (svatba, adrenalinové sporty apod.),
- **distres** – škodlivý stres, jehož příčinou vzniku je příliš dlouhá doba působení stresu, nebo jeho přílišná intenzita,
- **akutní** – trvá poměrně krátce a je většinou mobilizující, jedná se o události neočekávané, dezorganizující či nechtěné,
- **chronický** – stres působí na organismus delší dobu, označuje trvalou nerovnováhu mezi tím, co chceme a tím, co dostáváme, nebo mezi tím, co bychom chtěli a tím, k čemu jsme nuceni (Valová, 2011).

Stres je nezbytnou a přirozenou součástí lidského života. Jeho vlivem se osobnost jedince rozvíjí harmonicky, neboť přispívá k vytváření nových způsobů adaptivního chování a prožívání, zvyšuje jeho integritu, odolnost a zdraví (Mlčák, 2005).

Dle Žaloudíkové (2001) by učitel měl být vyrovnanou osobností s rysy vytrvalosti, trpělivosti, tvořivosti se schopností zvládat zátěžové (stresové) situace, rovněž také nervově silný, stabilní, se schopností adaptovat se na vnější podmínky, být nadprůměrně inteligentní, dobře odborně připraven, sebevzdělávat se a mít i patřičné morální vlastnosti. Zmíněný výčet požadavků na učitele dokazuje, jak vysoké nároky jsou kladeny na toto povolání. Přičemž právě tyto nároky mohou vést k vysokému pracovnímu zatížení, které je spojeno s určitým ohrožením psychického a somatického zdraví. Proto, je třeba dostatečně pečovat o zdraví učitelů, poněvadž neurotizovaný učitel negativně ovlivňuje klima ve třídě a vůbec vztah žáků ke vzdělání.

#### 3.2.1.1. Projevy stresu

Stres je přirozenou reakcí na změny a ohrožení organismu. Způsobují ho náročné životní situace. Stres se může projevit na úrovni psychické, fyzické a sociální.

V **psychické** oblasti se stres projevuje např. zvýšenou angažovaností, pasivitou, agresivitou, poruchami osobnosti a chování, zhoršenou pozorností, myšlením, pamětí, volnými procesy.

Z **fyzického** hlediska dochází ke zvýšené produkci hormonů nadledvin adrenalinu a noradrenalinu, které působí na mozek a dostávají ho tak do pohotovosti. Na základě této reakce začne tělo ovládat sympatický nervový systém. Následkem toho dochází ke zvýšení krevního tlaku, nedostatečnému prokrvení kůže a trávicích orgánů. Játra vyplavují cukr do krve, plíce pracují intenzivněji, srdce bije rychleji. Vše se začíná mobilizovat, aby bylo tělo připraveno na útok nebo útěk.

Po stránce **sociální** dochází k apatii, neklidu, zkratkovitému jednání atp. (Valová, 2011).

### 3.2.1.2. Reakce organismu na stres

Organismus se snaží udržet homeostázu čili stálost vnitřního prostředí. A v případě, že dojde ke změně stávajících podmínek, musí organismus na tuto vzniklou situaci reagovat čili adaptovat se. Tato adaptace může být pomalá a dlouhodobá (adaptace na životní prostředí) nebo rychlá (jde-li o náhlé změny) (Valová, 2011).

H. Selye v roce 1936 popsal tzv. generalizovaný adaptační syndrom GAS. Tímto syndromem popisuje biologickou reakci organismu na utrpený nebo probíhající fyzikální tlak, tj. stres.

GAS probíhá ve třech fázích:

**Poplachová fáze** (alarmující) – tato fáze nastává, jestliže dojde k narušení životních podmínek, čímž se aktivují obranné mechanismy, mozek vyvolá produkci stresových hormonů adrenalinu a noradrenalinu a v důsledku toho tělo ovládá nervový systém, zvyšuje se krevní tlak, zrychluje se dýchání a nastupují psychické reakce jako strach, hněv, agrese a další. Jestliže se dostatečně zadaptujeme na danou situaci, může se organismus zotavit. V opačném případě nastupuje fáze rezistence.

**Fáze rezistence** (odporu) - při nadměrně dlouhém působení stresoru se zvyšuje činnost předního laloku hypofýzy a kůry nadledvinek, jež produkují adrenokortikotropin (SCTH) a kortin, což pomáhá organismu adaptovat se vůči stresu a fyziologické procesy se snaží obnovovat normální funkci, jestliže ale stres působí na organismus velice dlouhou dobu, může dojít ke zhroucení adaptačního systému a organismus přechází do stadia vyčerpání.

**Stádium vyčerpání** - je třetí a zároveň poslední fází GAS. V tomto stádiu dochází ke kolapsu organismu, nastupují různá tělesná onemocnění, obecněji řečeno civilizační choroby. Je-li organismus vážně vyčerpán, může nastat v krajním případě smrt (Valová, 2011).

Adaptací se rozumí proces, v němž se naše osobnost přizpůsobuje měnícím se podmínkám vnějšího a vnitřního (subjektivního) prostředí.

Rozlišuje se dvojí druh adaptace, a to **Adaptace jako fyziologický proces** (změna čivosti způsobená delším působením podnětu, jedná se např. o adaptaci tělesných orgánů na nedostatek kyslíku nebo o adaptaci očního receptoru na vidění v šeru) a **Adaptace jako proces přizpůsobování osobnosti**. Tento druh adaptace znamená, že jsme v neustálé interakci s naším prostředím a v případě jeho změny jsme nuceni se adaptovat na měnící se podmínky. Proces

interakce může probíhat buď tak, že se osobnost adaptuje na vnější prostředí, pak hovoříme o tzv. akomodaci (pasivní adaptace), nebo si osobnost přizpůsobí vnější prostředí sobě samé, zde naopak hovoříme o tzv. asimilaci (aktivní adaptaci).

Adaptace je jedním ze stěžejních pojmů duševní hygieny. Často ale dochází k záměně adaptace s duševním zdravím, a proto je důležité, abychom uměli tyto pojmy rozlišovat.

Duševní zdraví chápeme jako stav a adaptaci jako proces. Správná adaptace je jedním ze základních projevů plného duševního zdraví, zatímco nesprávná adaptace tzv. maladaptace, bývá příznakem neúplného duševního zdraví. Podle míry maladaptace, můžeme odhadnout stupeň duševní rovnováhy, neuroticismu, popř. duševních poruch (Valová, 2011).

Aspekty adaptace:

- **Emoční aspekt adaptace** – energeticky ekonomická, subjektivně uspokojující, nesnižuje frustrační toleranci, je emočně pružná, umožňuje vytvářet substituční cíle a vyznačuje se eventuálními možnostmi sublimace
- **Kognitivní aspekt adaptace** – realistická, kognitivně pružná, je založená na sebepoznávání
- **Volní aspekt adaptace** – podmíněna svobodnou volbou jednání, cílevědomostí, přiměřeno úrovni adaptace, řídíme se vlastními kritérii
- **Sociální aspekt adaptace** – umožňuje nám vytvářet dlouhodobé sociální vazby, vyznačuje se citlivostí vůči druhým lidem a ohleduplností k jejich způsobu adaptace, sebekontrolou zejména v konfliktech a také připraveností pomáhat druhým (Valová, 2011).

Obecnou míru odolnosti vůči zátěžovým podnětům označujeme jako frustrační toleranci. Míra odolnosti závisí jednak na vrozených předpokladech, jednak na dosažené vývojové úrovni, individuálních zkušenostech a vůbec na našem celkovém aktuálním stavu.

Jestliže zátěž překročí míru vlastní frustrační tolerance, nastupují obranné mechanismy, které využíváme proto, abychom opět dosáhli duševní rovnováhy (Valová, 2011).

### 3.2.1.3. Coping

Jednou z možností zvládání zátěže je coping. Jde o vědomou volbu určité strategie zvládání zátěže. Strategie je závislá na zhodnocení dané situace i posouzení vlastních možností.

Při volbě strategie je třeba brát v úvahu tři oblasti, a to kognitivní (myšlenkovou), emocionální (citovou) a volní, která se projevuje naším chováním.

Lazarus rozdělil coping do dvou skupin, a to coping zaměřený na problém a coping zaměřený na emoce.

**Coping zaměřený na problém** spočívá v přímé akci, v úsilí získat a využít potřebné informace a uplatnit je při změnách vlastního chování nebo při aktivních zásazích do prostředí i ve vyhledávání pomoci od druhých (např. otevřený rozhovor s nadřízeným v případě, že nesouhlasíme s nějakým rozhodnutím).

**Coping zaměřený na emoce** se zakládá na snaze o regulaci emočního doprovodu stresových situací přinášejících škody nebo jejich riziko (procházka jako zdroj uklidnění či rozptýlení).

(Valová, 2011)

Lazarusova definice copingu klade důraz na čtyři skutečnosti, a to, že zvládání není jednorázovou záležitostí, poněvadž je to dynamický proces, zvládání není automatickou reakcí, vyžaduje určitou (vědomou) námahu jednajících osoby a je snahou řídit dění.

K tomu, aby člověk zvládl náročnou životní situaci, je nutné si zvolit strategii. K efektivním copingovým strategiím patří např. rozčlenění hlavních problémů na řadu zvládnutelných částí, stanovení priorit řešení a dílčích postupných cílů.

V souvislosti s copingem se hovoří o tzv. **malcopingu**. Jedná se o nebezpečnou a poškozující strategii zvládání stresu. Tato strategie se využívá z toho důvodu, aby se alespoň na chvíli mohl jedinec oprostit od stresové situace, která ho tolik tíží. Prostředky (např. alkohol, drogy, cigarety, čaje), které v případě malcopingu využívá, mu sice v dané chvíli přináší úlevu, ale dlouhodobé důsledky mohou být velice škodlivé (Valová, 2011).

### 3.2.1.4. Faktory ovlivňující reakci na stres

Osobnostní vlastnosti určují, v jaké kvalitě a intenzitě jedinec prožívá stresovou situaci.

Kadlčík (2004) vymezuje následující vlivy ovlivňující reakci na stres:

- velikost a charakter stresorů,
- vnitřní faktory organismu (osobnostní vlastnosti, temperament) –osobnost typu A a B,
- fyzická kondice,
- naučené reakce na stres, mezi něž patří interpersonální dovednosti (komunikace, asertivita), time management, využívání relaxačních technik aj.,
- způsob zpracování vnějších podnětů (způsob, jak jedinec stresory kognitivně vnímá či zpracovává).

Paulík (2004) uvádí, že hodnocení pracovních podmínek a práce jako takové ovlivňují také osobnostní vlastnosti typu sence of coherence, hardiness, sebevědomí a optimismus.

Pro ujasnění si některých pojmů je třeba podat jejich vysvětlení.

#### ***3.2.1.4.1. Sence of coherence***

Jedná se o schopnost vidět svět jako smysluplný vnitřně soudržný celek. Základem je víra v to, že jedinec žije v prostředí, jehož působení je uspořádané, pochopitelné a předvídatelné. Přitom dispoziční výbava na požadavky života stačí a může tedy věnovat energii na řešení úkolů, které směřují k dosažení stanoveného cíle. Samotná činnost jedinci přináší radost a spokojenost, což dokazují základní komponenty, kterými jsou **manageability** (zvládnutelnost situace uvědoměním si vlastních možností, jak situaci ovládnout, vyřešit problémy), **comprehensibility** (srozumitelnost, pochopitelnost) a **meaningfulness** (smysluplnost řešení určitého problému vyvolávající pozitivní emoce) (Paulík, 2010).

#### ***3.2.1.4.2. Hardiness***

Paulík (2010) popisuje hardiness jako schopnost trvale a usilovně bojovat s těžkostmi. Hardiness zahrnuje složky jako je **přesvědčení o vlastních možnostech ovládat a zvládat dění** (kontrol) v rozpětí maximální kontrola – bezmocnost (závislost na vnějších vlivech, osudu), **výzva** (challenge) s protipóly výzva (nároky jsou chápány jako výzva k aktivitě, příp. boji) a hrozba

(dojem ohrožení, nebezpečí) a **osobní zaujetí** (commitment), přičemž na jedné straně je maximální zaujetí, na straně druhé ale odcizení (pocit prázdnoty, marnosti, zbytečnosti úsilí).

Jsou-li komponenty hardiness optimálně rozvinuty, jedinec pohlíží sám na sebe jako na aktivního účastníka dění, který považuje překážky za výzvu je přesvědčen, že pomocí svých schopností dokáže situaci zvládnout. Přitom setrvává v cestě za vytyčeným cílem. V opačném případě, kdy nejsou dostatečně komponenty hardiness rozvinuté, pociťuje dotýčný bezmoc, beznaděj s pocitem marnosti zasahovat do událostí, jejichž smysl mu není zřejmý. Většinou je takovýto člověk charakterizován jako nerozhodný, nedůvěřivý k okolí k sobě samému, pesimistický či nespokojený (Paulík, 2010).

#### **3.2.1.4.3. Osobnost typu A a B**

Američané M. Feiedmann a R. H. Rosenman popisovali v rámci výzkumu z 60. let minulého století osobnost typu A a typu B.

Osobnost typu A označili jako osobnost koronární, která častěji trpí ischemickou chorobou srdeční a infarkty myokardu než osobnost typu B. U osobnosti typu A též prokázali zvýšenou hladinu cholesterolu v krevním séru, zvýšené betalipoproteiny, zvýšenou srážlivost krve a zvýšené denní exkrece norepirefrinu. Typ A se podle nich vyznačuje kupříkladu velkou ctižádostivostí, soutěživostí, průbojností, agresivitou, snadno vzbuzenou hostilitou a pocity neustálého nedostatku času (Vašina, Strnadová, 2009).

Osobnost typu B je spojována se zdravým způsobem chování. Dostane-li se do stresových situací, na rozdíl kardiovaskulárních chorob, které jsou typické pro osobnost typu A, se u tohoto typu osobnosti projeví spíše žaludeční vředy. Osobnost typu B se vyznačuje přímým držením těla, sebejistou gestikulací, uvolněností, ráda tráví večery s rodinou, má zájmy, je asertivní, nemá zrychlenou řeč, nesnaží se dosahovat mimořádných úspěchů ve světě, v práci vykazuje adekvátní výkony atd. (Kohoutek, 1999).



#### **3.2.1.4.4. Zátěž a její charakteristiky**

Bez zátěže není život možný, poněvadž přiměřená zátěž je nutná pro uchování a posílení zdraví. Přiměřenou zátěží se rozumí taková úroveň požadavků a podmínek, které lze zvládnout prostřednictvím adaptačních mechanismů. Za nepřiměřenou zátěž se považuje jednak zátěž nedostatečná (podtížení, jednostranná zátěž), a jednak nadměrná (přetížení kvalitativní, což vyjadřuje vysokou náročnost a obtížnost stanovených úkolů, a kvantitativní, tj. velké množství úkolů, informací).

Podle charakteru působících podnětů a primárních reakcí se rozlišují tři druhy zátěže:

- **Biologická zátěž (stres)** – činitelé mají fyzikální, chemickou, případně biologickou povahu, nejdříve se projeví biologická odpověď organismu, až poté následují psychické reakce.
- **Fyzická zátěž (stres)** – požadavky se týkají primárně svalové činnosti, organismus funguje jako zdroj energie, svalová činnost se odráží v psychickém prožívání (percepce zátěže).
- **Psychická zátěž (stres)** – primárně psychika zpracovává požadavky týkající se životních a pracovních situací, tělesné reakce se projevují sekundárně, v rámci této oblasti se dále rozlišuje senzorická, mentální a emoční zátěž. (Hladký, Žídková, 1999).

#### **Zdroje zátěže**

Mlčák (1999) rozlišuje primární a sekundární zdroje psychické zátěže.

Primárními stresory jsou interakční oblasti v činnosti učitele. V rámci primárních stresorů pojednává o intrascholárních a extrascholárních zdrojích stresu. Mezi intrascholární zdroje zařazuje interakci učitele a žáka, interakci učitele a učiva, interakci učitele a pedagogického sboru, interakci učitele a školy jako specificky organizované sociální instituce. Extrascholárními zdroje stresu vychází z interakce učitele a rodičů včetně jiných vnějších sociálních institucí.

Sekundární zdroje zátěže vyplývají z edukačního systému zahrnujícího ekonomické, politologické, sociologické a psychologické parametry a ze základního pojetí sociální role učitele ve společnosti.

## **Reakce učitelů na zátěžové situace**

Změny, k nimž dojde působením kognitivních, emocionálních, motivačních a behaviorálních psychických procesů uvnitř osobnosti učitele, představují bezprostřední odezvu na stres. Reakce mohou být specifické a nespecifické.

Nespecifické reakce se odehrávají na úrovni fyziologické a psychické. Fyziologickými reakce se vztahují ke komplexu endokrinních, kardiovaskulárních, respiračních, metabolických, imunitních změn. Psychické reakce zahrnují změny v průběhu kognitivních, emocionálních a behaviorálních procesů (např. úzkost, strach, hněv, rozmrzelost)

Specifické reakce mají povahu řízených behaviorálních procesů a reakcí, jejichž úkolem je zvládání stresu. Patří k nim obranné mechanismy a coping.

## **Důsledky zátěžových situací**

Zátěžové situace mohou vyvolat jak bezprostřední reakce, tak časově oddálené důsledky, které vznikají dlouho poté, co přestal zdroj zátěže působit. Obecně se důsledky působení zátěže rozdělují na akutní, které vznikají na základě jednorázové, krátkodobé změny, a chronické, vyvolané dlouhotrvajícími či opakovanými změnami v prostředí.

Podle některých autorů nabývají trvalejší důsledky stresu a zátěže formy psychologických symptomů (poruchy adaptace, zneužívání látek, neurotické poruchy), behaviorálních poruch (kouření, alkoholismus, poruchy stravování, snížená pracovní výkonnost, fluktuace), somatických příznaků (psychosomatické poruchy pohybového, gastrointestinálního, respiračního, srdečního, sexuálního, centrálně nervového charakteru) a somatických onemocnění (hypertenze, ischemická choroba, nádorová onemocnění) (Mlčák, 1999).

Pro posílení zdravotního a duševního stavu začínajícího učitele (a nejen jeho/jejího) se vhodné dodržovat zdravý životní styl.

## 4 ŽIVOTNÍ STYL

Současný technologický pokrok na jedné straně podstatně usnadňuje zejména náročnou fyzickou práci, což se jeví jako velice výhodné, na straně druhé ale předbíhá vývoj lidstva a lidský organismus tak není schopen se dostatečně rychle adaptovat na rychle se měnící životní podmínky a na nový životní styl. Důsledkem je vznik civilizačních onemocnění, různé dietologické excesy, nezvladatelný stres, obezita, zneužívání alkoholu, tabáku a omamných včetně psychotropních látek (2002; in Prevence sociálně patologických jevů).

Vědecké poznatky dokazují, že až šedesát procent všech onemocnění je způsobeno špatným životním stylem (Fořt, 2005). Většina lidí tak onemocní vlastní vinou, poněvadž nepřikládají velký význam prevenci a podceňují negativní vliv nesprávného životního stylu, stresu, dědičných dispozic, špatného životního prostředí či pracovních podmínek (Kukačka, 2010).

Životní styl je pojímán různými způsoby. V této práci jsem použila následující definice životního stylu:

Jansa, Kovář (2010, in Tělesná kultura, s. 2) považují životní styl za „dynamický proces formy bytí jedince, determinovaný geneticky (zděděné predispozice), etnicky (adaptace na rodovou kulturu), sociálně (životní úroveň rodiny atd.), kulturně (tradice, historie, současnost v umění aj.), profesionálně (volba povolání, změna zaměstnání, mobilita), ale také generačně.“

„Adler rozumí životním stylem jedinečný způsob chování jedince, respektive životní styl jedince se prolíná celým jeho chováním. Také podotýká, že životní styl je modifikován a vychází z motivů, rysů, zájmů a zálib jedince“ (2002; in Prevence sociálně patologických jevů, s. 4).

Kukačka (2010, s. 194) považuje životní styl za „systém významných činností a vztahů, životních projevů a zvyklostí charakteristických pro určitý subjekt. Jedná se o souhrn relativně ustálených každodenních praktik, způsobů realizace činností a způsobů chování.“

Z celospolečenského pohledu je možné vysledovat společné rysy životního stylu částí populace. Je důležité zdůraznit, že životní styl je ovlivňován hodnotovou orientací dané populace. Tedy z pohledu jedince životní styl zahrnuje soubor činností, které vykonáváme v běžném životě např. provoz domácnosti, trávení volného času či vzdělávání. Naopak z pohledu společnosti je hodnocen současný životní styl jako uspěchaný, jelikož pohlcuje člověka duševně i fyzicky.

Cílem výchovy a sebezdokonalování člověka by tedy měla být kultivace jeho životního stylu (Kukačka, 2010).

Kukačka (2010) předkládá následující oblasti životního stylu:

- **fyzická oblast** – zdravá výživa a péče o tělo včetně regenerace, udržování imunity a fyzické podoby zdraví, bezpečný sex,
- **psychická oblast** – pozitivní myšlení, ovládání emocí, stresu a volných vlastností, relaxace a odpočinek,
- **kulturně-pracovní oblast** – aktivní a tvořivý vztah k práci, zájem o umění kulturu,
- **sociálně-ekologická oblast** – vytvářet pozitivní mezilidské vztahy včetně rodinných, respektování starší generace, neškodit, ale pomáhat druhým, tvorba pozitivních vztahů k životnímu prostředí a přírodě a její ochrana,
- **eticko-duchovní oblast** – výchova k úctě ke člověku jako duchovní bytosti, ke skromnosti, upřímnosti a soucitu, hledání duchovní cesty.

Životní styl je determinován **vnějšími** (působí na jedince prostřednictvím společenských jevů) a **vnitřními podmínkami** (jsou dány psychofyzilogickým stavem organismu). Zatímco k vnějším determinantům se řadí ekonomické (finanční situace dané rodiny či jedince) a sociální faktory (obdobný životní styl příslušníků určité sociální vrstvy), vnitřní faktory jsou rozdělovány na psychologické (zejména volní vlastnosti, temperament), vzdělání (získané informace o životním stylu pomáhají jedincům vytvářet si pohled na zdravý životní styl) a zdravotní stav (Kukačka, 2010).

Jelikož životní styl současné společnosti je plný negativ, hovoří se také někdy o nemoci životního stylu. V této souvislosti vymezuje nevhodné typy životního stylu:

- **přešponovaný životní styl** – výrazem tohoto životního stylu je neustálý spěch, nabitý denní program, který nás zahání do časové tísně,
- **prázdný životní styl** – je pro něj typická nuda a prázdnota,
- **zmatený životní styl** – jedná se o střídání období mimořádného vypětí a nečinnosti, často souvisí se zvykem nechávat věci na poslední chvíli,
- **rizikový a stresující životní styl** – u rizikových a stresujících povolání (policisté, učitelé, zdravotníci atd.)

- **neradostný životní styl** – je naplněn nepříjemnými povinnostmi, chybí v něm radost a potěšení, často se stává, že po určité době dojde člověku trpělivost ve smyslu tohoto životního stylu a provede tak nějakou hloupost, která ho mrzí, rázem pak ale pokračuje opět v tomto životním stylu (Kukačka, 2010).

## Wellnes

V 60. letech se objevil termín Wellnes. Definuje se jako životní styl, který vede k trvalému stavu tělesné i duševní pohody. Wellnes by měl být považován za dynamicky se měnící stav, kdy člověk udržuje v rovnováze vnitřní a vnější vlivy, jež na lidi každodenně působí. Občas každého přemůžou nepříznivé vlivy, ty jsou ale pomocí obranných mechanismů odstraněny. Zdravý životní styl je soubor získaných návyků, které se postupem času zdokonalují, doplňují a rozšiřují. Není tedy vrozený (2002; in Prevence sociálně patologických jevů).

Wellnes znamená vyšší kvalitu života vycházející z lepšího fyzického a duševního zdraví, tento pocit doprovází následující klíčové elementy:

každý jedinec je sám odpovědný za svůj život a to, jakým způsobem se stará o svůj organismus,

wellnes je založen na spojení těla a mysli a jejich nikdy nekončícím rozvoji tak, aby jednotlivé složky byly neustále v rovnováze,

každý jedinec je jedinečná osobnost, a proto neexistuje univerzální způsob, jak wellnes dosáhnout,

wellnes lze dosáhnout aktivním přístupem k životu a nikdy nekončícím zdokonalováním sebe sama (2002; in Prevence sociálně patologických jevů).

### 4.1. Zdravý životní styl

Astl, Astlová, Marková. (2009, s. 10) definují zdravý životní styl jako „takový styl lidského života, který navozuje fyzickou a duševní pohodu jedince po dlouhá léta.“

Lidé často zapomínají na to, že jejich tělo nebude neustále vykonávat svoji činnost bez jakýchkoliv problémů a že nebude stále zdravé. Ignorují varovné příznaky (bolesti zad,

špatné trávení, nachlazení atd.) přetížení organismu, která zpravidla předznamenávají blížící se závažné onemocnění jako je například diabetes mellitus, srdeční či nádorová onemocnění.

Vědci spojují tento stav s názvy jako civilizační nemoci, oxidační stres aj. Prevencí těchto negativních důsledků lidského jednání a chování je zásadním způsobem změnit životní styl a životosprávu (Astl, Astlová, Marková, 2009).

Zdravý životní styl se opírá zejména o potřebu zdravého pohybu a správného stravování se. Tyto dva faktory výrazně působí na fyzickou stránku jedince, poněvadž jsou účinnou prevencí některých chorob (poškození hybného systému, zažívací obtíže, srdeční choroby, ...). Je ale nezbytné zdůraznit, že součástí zdravého způsobu života není pouze vhodný pohyb a výživa, ale také psychická pohoda. Tu příznivě ovlivňuje především relaxace, dostatek spánku, zdravý a bezpečný sex a schopnost omezovat stres (Kukačka, 2010).

Zásadami týkajícími se udržení zdravého způsobu života se zabývá mnoho autorů. Zde jsou uvedeny dvě možné varianty jak si udržet zdravý životní styl.

Zásady zdravého životního stylu dle Kukačky (2010):

- zdravé stravování,
- dostatečný a přiměřený pohyb,
- udržení si optimální tělesné hmotnosti,
- dostatek spánku,
- dostatek relaxace,
- eliminace stresu,
- snižování negativních vlivů exogenních faktorů,
- vyhýbání se negativním návykům a závislostem,
- praktikování zdravého a bezpečného sexu,
- individuální péče o zdraví,
- usilování o změnu životního stylu.

Tyto zásady jsou chápány jako komplex, kdy podcenění a nerespektování kterékoliv z nich může poškodit celkový pozitivní efekt tohoto systému na lidské zdraví. Prioritami v tomto systému jsou zdravé stravování se a dostatečná pohybová činnost. Avšak k dosažení pevného zdraví tyto dvě determinanty nestačí. Je třeba střídat práci s odpočinkem a řídit se správným hodnotovým žebříčkem, v němž by mělo být zdraví na prvním místě (Kukačka, 2010).

Někteří autoři také hovoří o rozumném životním stylu, který zahrnuje:

- vhodnou výživu a dostatek tekutin,
- dostatečný spánek,
- rovnováha mezi povinnostmi a zábavou,
- střední míra zátěže (nadměrné přetěžování se může vyvolávat stres),
- -dostatek pohybu,
- pravidelná relaxace,
- péče o zdraví (Kukačka, 2010).

Zdravý způsob života není žádná vrozená schopnost, nýbrž závisí na rozhodnutí každého z nás. Jestliže se jedinec rozhodne zdravě žít, musí být přesvědčen o svém cíli a schopnosti jeho dosažení (Niven, 2008).

#### 4.1.1. Zdraví

*„Zdraví je největším bohatstvím každého člověka a prostřednictvím jeho naplňování mohou lidé prožívat plnohodnotný a spokojený život“* (Blahutková, Řehulka, Dvořáková, 2005, s. 7).

Existuje mnoho definic zdraví, některé z nich zní následovaně:

„WHO (Světová zdravotnická organizace) vymezuje zdraví jako stav plné duševní, tělesné a sociální pohody, ne pouze nepřítomnost nemoci nebo vady“ (Švarcová, 2008, s. 6). Tato definice vznikla v roce devatenáct set čtyřicet šest a od této doby byla podrobována silné kritice. A proto v pozdějších letech vznikla nová koncepce zdraví, která pojímá zdraví jako stav úplné fyzické, psychické, spirituální a sociální pohody, nikoliv pouze nepřítomnost nemoci nebo neduživosti, který umožňuje rozvinout osobnost jedince se všemi jeho vlohami a schopnostmi. Tímto doplněním se definice zdraví obohatila o další dimenze.

Následující autoři se zaměřili při vytváření definic zdraví také na kvalitu života člověka jako významný faktor podmiňující zdraví.

„Optimální stav zdraví určité osoby závisí na stavu souboru podmínek, které jí umožňují žít a pracovat tak, aby byly splněny její realisticky zvolené cíle a biologické možnosti“ (Seedhouse, 1995; in Křivohlavý, 2001, s. 39).

Křivohlavý (2001, s. 40) hovoří o zdraví jako o „celkovém (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stavu člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.“

#### 4.1.1.1. Dimenze zdraví

Pro vymezení následujících dimenzí (složek) zdraví jsem si vybrala rozdělení dle Kubátové, Kroufky (2006):

- **fyzické (tělesné) zdraví** – nepřítomnost fyzické nemoci, fyzická pohoda,
- **psychické (duševní) zdraví** – nepřítomnost psychické poruchy, schopnost jasně myslet, realisticky odrazet realitu a přiměřeně reagovat na všechny důležité podněty,
- **sociální (společenské) zdraví** – schopnost navazovat a udržovat vztahy s ostatními lidmi, začlenit se do společnosti a naplňovat své potřeby v oblasti pracovní, zájmové či intimních vztahů,
- **spirituální (duchovní) zdraví** – mít smysl života a nadějnou životní orientaci, chovat se v souladu s morálkou, přijatým náboženstvím,
- **emoční (citové) zdraví** – schopnost přiměřeně přijímat a projevovat emoce,
- **reprodukční zdraví** – schopnost počít a porodit dítě, vybudovat hodnotný partnerský vztah.

Tyto složky jsou pojaty komplexně, holisticky.

#### 4.1.1.2. Teorie zdraví

Vašina (1999) uvádí osm pojetí zdraví, které vychází z kritérií týkajících se zhodnocení zdraví a jeho charakteristik účastníky výzkumu organizovaného Univerzitou v Cambridge.

- Zdraví je pojato těmito způsoby:
- Zdraví jako ne-nemoc.
- Zdraví jako prožívaný stav nemoci/zdraví, navzdory onemocnění.
- Zdraví jako rezerva, záloha, kapacita zdraví.



- Zdraví jako fyzická zdatnost.
- Zdraví jako energie a vitalita.
- Zdraví jako sociální vazby.
- Zdraví jako funkce.
- Zdraví jako psychosociální pohoda.

Naopak Křivohlavý (2001) se pokusil teorie zdraví uspořádat podle toho, zda je zdraví chápáno jako prostředek k dosažení cíle, či jako cíl sám o sobě, jako jakýsi „konečný stav veškerého lidského snažení“.

Mezi tyto teorie zdraví se řadí následující:

- Zdraví jako zdroj fyzické a psychické síly.
- Zdraví jako metafyzická síla.
- Salutogeneze – individuální zdroje zdraví.
- Zdraví jako schopnost adaptace.
- Zdraví jako schopnost dobrého fungování.
- Zdraví jako zboží.
- Zdraví jako ideál.

#### 4.1.1.3. Determinanty zdraví

Zdraví je determinováno životním stylem, životním prostředím, genetickým základem a poskytovanou zdravotnickou péčí (Kubátová, Kroufek, 2006). Kebza (1998) k těmto determinantům dodává ještě rodinnou zátěž (deset procent). Zatímco zdravotnické služby ovlivňují lidské zdraví z pouhých deseti procent, genetika a životní prostředí z dvaceti procent, životní styl se na něm podílí z padesáti až šedesáti procent. Což dokazuje, že osvojený životní styl má rozhodující význam pro lidské zdraví (Mlčák, 2005).

V současnosti se hovoří o bio-psycho-sociálním přístupu ke svému zdraví. Aktuální péče o zdraví populace je tedy zaměřena na tyto oblasti zdraví:

- **fyzické zdraví** – tj. zdravé tělo a všechny jeho části i funkce,
- **psychické zdraví** – zdraví duše a odolnost organismu vůči depresím a stresu,

- **společenské zdraví** – interakce osobnosti s kolektivem, její postavení a komunikace,
- **osobní zdraví** – ve vztahu ke smyslu života a jeho naplňování (Blahutková, Řehulka, Dvořáková, 2005).

„Plné zdraví se pojí s pozitivním psychickým a tělesným stavem člověka, který souvisí i s jeho uspokojivým sociálním fungováním, jež umožňuje člověku žít, pracovat a milovat. Nemoc v tomto pojetí představuje nesoulad mezi aspekty psychického a tělesného stavu člověka a úrovní jeho integrace v obklopující síti sociálních vztahů“ (Mlčák, 2005, s. 10).

#### 4.1.2. Správná strava

*„Nežijeme proto, abychom jedli, ale jíme proto, abychom žili“* (Kebza, 1998).

Mezi zdravím a výživou je velmi úzký vztah. Vše, co lidé jedí, pijí a dýchají, výrazně ovlivňuje jejich zdraví a délku života (Vondruška, Barták, 2003).

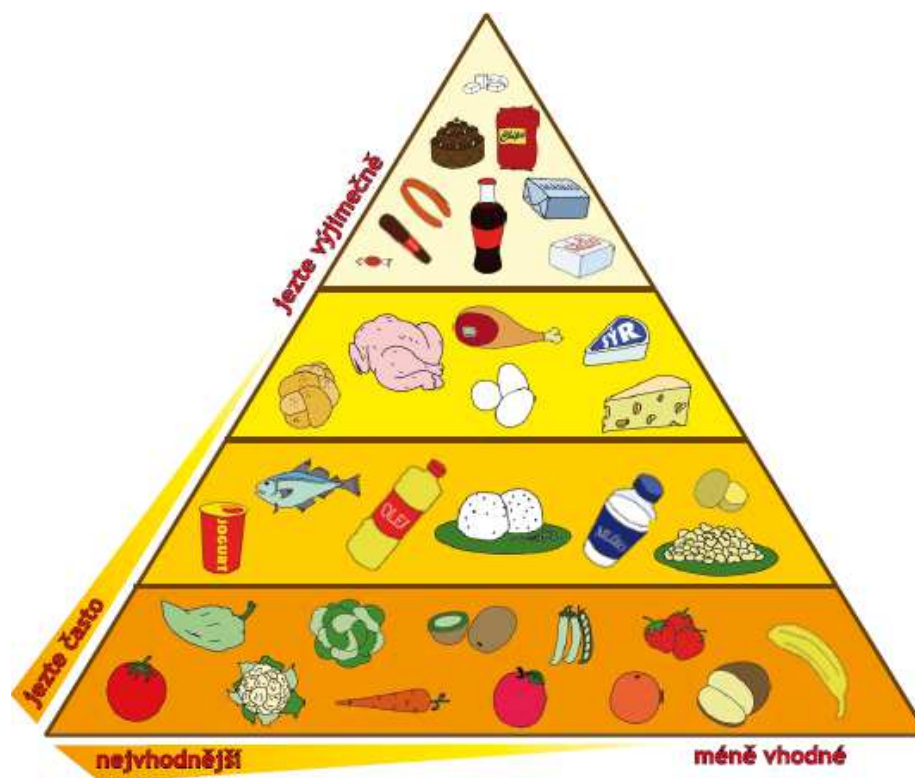
V několika posledních letech se ale strava stala nevyváženou a chudou na živiny, zato je bohatší na energii. Velmi často tak neodpovídá denní příjem výdeji, což se samozřejmě projevuje ve vzniklých onemocněních (Astl, Astlová, Marková, 2009).

V souvislosti s potravinami příznačné pro 21. století, pěstované převážně ve vyspělých zemích, se hovoří o jejich stále větším znehodnocení. Toto zhoršování kvality potravin se týká zejména znečištěného životního prostředí, využívání moderních metod v zemědělství, umělých hnojiv a stále propracovanějšího zpracování v potravinářském průmyslu. Znehodnotit potraviny mohou lidé i při jejich samotné přípravě. Nevhodně zvolenými technologiemi může totiž dojít k zániku vitamínů, minerálních látek a celkové výživové hodnoty stravy (Astl, Astlová, Marková, 2009).

„Zdravá výživa akceptuje zásady racionální (tj. rozumu odpovídající) a plnohodnotné výživy s ohledem na individuální zvláštnosti dané genetickým a metabolickým specifickým každého jedince“ (Kukačka, 2010, s. 168). Výživa by měla odpovídat věku, pohlaví, aktivitě, krevní skupině a případně i zdravotním problémům.

Nedílnou součástí zdravého stravování je také dodržování pitného režimu. Doporučuje se dva až dva a půl litru tekutin denně, přičemž je důležité přijímat tekutiny postupně, nikoli jednorázově najednou. Organismus pak reaguje jejím zvýšeným vyloučením.

Odborníci na výživu vytvořili tzv. nutriční pyramidu, která poskytuje představu o tom, co je vhodné jíst a v jakém množství. Pyramida je rozdělena do několika pater, která jsou odstupňována od nejvhodnější stravy po nejméně vhodnou.



**Obr. 1 Potravinová pyramida**

Zdroj: Výživa dětí, 2011.

Základna pyramidy je tvořena přílohami, které by měly být až padesáti procentním zdrojem energie. V prvním patře se nachází ovoce a zelenina, které je možné konzumovat téměř v neomezeném množství. Druhé patro zahrnuje živočišné potraviny, tj. masné a mléčné výrobky. Do jídelníčku dětí by měli být zařazovány obě tyto složky. U dospělých je ale třeba spíše upřednostňovat mléčné výrobky před samotným mlékem. Co se týká uzenin a masných výrobků, ty si mohou lidé dopřát pouze velmi omezené množství. Vrchol pyramidy představují potraviny, které by se měli v jídelníčku objevovat co nejméně.

(Astl, Astlová, Marková, 2009)

#### 4.1.2.1. Zdroje výživy

Živiny se rozdělují na makronutrienty a mikronutrienty.

Mezi makronutrienty se řadí sacharidy, proteiny a lipidy, které jsou základními stavebními složkami a zdrojem energie celého lidského těla. Mikronutrienty jsou naopak vitamíny, minerální látky a stopové prvky a vláknina.

Dle Vondrušky, Bartáka (2001) by měla být energetická spotřeba zdravého dospělého člověka tvořena z deseti až patnácti procent bílkovinami (z toho více než polovina rostlinného původu), z padesáti až šedesáti procent sacharidy (přílohy např. těstoviny, brambory, rýže aj.) a maximálně třiceti procent tuky. Rovněž nesmí ve výživě chybět dostatek minerálních látek, vitamínů a stopových prvků.

##### **4.1.2.1.1. Proteiny (bílkoviny)**

Tuto živinu je možné získat pouze z potravy. Bílkoviny přijaté potravou jsou v trávicím ústrojí nejprve rozloženy na aminokyseliny, posléze se z nich vytvoří bílkoviny tělu vlastní. Z asi dvaceti dvou aminokyselin je osm tzv. esenciálních, jež je nutné tělu dodávat stravou (Vondruška, Barták, 2001).

Bílkoviny se rozdělují na živočišné a rostlinné. Mezi hlavní zdroje bílkovin patří maso, mléko a mléčné výrobky, vejce, luštěniny, obiloviny a zelenina včetně brambor (Čermák a kol., 2002). Bílkoviny jsou součástí svalů a ostatních orgánů, včetně všech buněk organismu a musí být neustále obnovovány (Vondruška, Barták, 2001).

##### **4.1.2.1.2. Lipidy (tuky)**

Tuky slouží jako vydatný zdroj energie, jsou součástí buněk a podílí se na tvorbě některých hormonů. Z potravy přijímáme zejména triglyceridy. Ty ovlivňují energetickou rovnováhu organismu.

V souvislosti s tuky se hovoří o mastných kyselinách, které jsou rozdělovány na nasycené mastné kyseliny a nenasyčené mastné kyseliny monoenoové a polyenoové.

Poměr nasycených a dvou druhů nenasyčených mastných kyselin musí být 1:1:1.

Nadměrné množství těchto živin v potravě může vést k poruchám metabolismu tuků, k obezitě nebo zvyšování rizika aterosklerózy (Vondruška, Barták, 2001).

#### **4.1.2.1.3. Sacharidy**

V praxi se sacharidy mohou také označovat jako glycidy, uhlovodany, uhlohydráty a cukry (Martiník, 2005). Sacharidy jsou nezbytnou součástí lidské stravy, poněvadž jsou významnými zdroji energie, kterou organismus využívá pro svoji funkci a fyzickou aktivitu.

Při trávení se sacharidy obsažené v potravě štěpí na jednoduché cukry, z nichž je využitelná pouze glukóza, která způsobuje vyplavení hormonu zvaného inzulin.

V důsledku vysokého příjmu sacharidů se získaná energie ukládá ve formě podkožního, částečně i útrobního tuku.

V současné době se stále více lidí potýká s nedostatečnou regulací hladiny krevního cukru. Ta může být způsobena kupříkladu vrozenými dispozicemi, dlouhodobým požíváním stravy obsahující nadměrné množství jednoduchých cukrů nebo potravin s vysokým glykemickým indexem, rovněž se jedná i o nedostatečnou fyzickou aktivitu, nadváhu aj. Různé cukry ovlivňují hladinu glukózy různou rychlostí a intenzitou. Čím rychleji a intenzivněji, tím je větší reakce inzulinu. Při takovémto dlouhodobém stavu inzulin způsobuje vznik onemocnění zvanému diabetes mellitus druhého typu (Fořt, 2003).

#### **4.1.2.1.4. Vlákna**

Vlákna je tvořena neškrobnatými polysacharidy a rezistentními škroby, které jsou odolné vůči enzymům trávicího traktu.

Rozlišují se dva druhy vlákniny, a to rozpustná (tzv. viskózní), jež oddaluje vyprazdňování žaludku, snižuje glykemický index potravin, podílí se na tvorbě vhodné střevní flóry, či snižuje

pH v tlustém střevě. Nerozpustná vláknina působí jako prevence zácpy (zkracuje průchod potravy střevem) nebo způsobuje objem a hmotnost výkalů (Fořt, 2003).

Dle Martiníka (2005) se nedostatečný příjem vlákniny ze stravy projevuje vznikem některých civilizačních onemocnění (např. divertikulární nemoc).

#### **4.1.2.1.5. Vitamíny**

Lidský organismus není schopen fungovat bez látek, jež se nazývají vitamíny. Vitamíny jsou organické sloučeniny, které jsou důležité pro látkovou výměnu v organismu. Většinu vitamínů si není tělo schopno vytvořit samo, a proto je musí přijímat potravou.

Vitamíny se dělí na **rozpustné ve vodě** (C, B – komplex, PP – niacin) a **v tucích** (A, D, E, K).

Při zvýšené tělesné námaze (sportovní aktivita, těžká fyzická práce), při horečnatých nemocech, poruchách zažívání a metabolismu, při akutních stavech psychického vyčerpání, nebo při nadměrném požívání alkoholu, kouření, v těhotenství, stáří je třeba zvýšit příjem vitamínů.

Obsah některých vitamínů v potravě je také ovlivňován skladováním a technologickou úpravou při přípravě pokrmů (Vondruška, Barták, 2000).

#### **4.1.2.1.6. Minerální látky a stopové prvky**

Dle Fořta (2005) jsou minerální látky sloučeninou, která obsahuje několik prvků. Podle něj není tento pojem odpovídající, poněvadž prvky jsou do těla přijímány, či jsou v organismu přítomny převážně v organické vazbě, nikoliv tedy v podobě minerální látky.

Podle toho, v jakém množství se v organismu vyskytují, jsou rozdělovány na makroprvky, mikroprvky a stopové prvky.

Makroprvky je třeba přijímat ve vyšším množství, v řádech stovek miligramů. Jedná se o vápník, sodík, fosfor, draslík, chlór, hořčík a síru. Podle Fořta (2003) nejvíce lidé trpí nedostatkem hořčíku.

Denní spotřeba mikroprvků by měla činit maximálně sto miligramů. Tuto skupinu tvoří železo, měď, zinek, mangan, jód, molybden, selen, fluor, chróm a kobalt.

Křemík, vanad, kadmium, arsen, hliník a bór jsou označovány za stopové prvky. Jejich denní spotřeba nebyla dosud přesně určena.

#### **4.1.2.1.7. Antioxidanty**

Vondruška, Barták (2000) souhrnně označují vitamíny A, C a E včetně stopového prvku selen jako antioxidanty. Funkcí těchto látek je „neutralizace“ účinků volných kyslíkových radikálů, které vznikají v lidském těle vlivem zhoršeného životního prostředí, nárůstem působení UV záření, akutním a chronickým stresem, či nesprávným životním stylem. Z průzkumů vychází, že jsou-li antioxidanty přijímány pestrým stravováním se, působí preventivně proti některým typům srdečních a nádorových onemocnění.

#### **4.1.2.1.8. Probiotika a prebiotika**

Význam těchto látek je pro lidské tělo významný. Příznivě totiž ovlivňují rovnováhu střevní mikroflóry.

Probiotika jsou jakési živé kmeny bakterií (*Lactobacillus*, *Bifidobacterium*), jež obsahují potravinové doplňky a potraviny zvyšující imunitní systém organismu. Rovněž napravují škody způsobené užíváním antibiotik. Probiotickými potravinami mohou být obohacené jogurty.

Proto, aby probiotika v tlustém střevě přežívaly se v něm prebiotika snaží vytvářet co nejvhodnější podmínky. Nejvýznamnějším představitelem prebiotik jsou oligosacharidy jako inulin, který je obsažen například v ovoci, v zelenině a v obilovinách (Vondruška, Barták, 2001).

#### **4.1.2.1.9. Doplnky stravy**

Dle mnohých studií se prokázalo, že nutriční látky nezbytné pro tělo jsou prevencí četných degenerativních onemocnění, charakteristických pro současnou moderní společnost (Kantová, Kant, 2001).

Fořt (2005) považuje doplňky stravy za prostředek k dosažení optimálního stavu fyzické a psychické kondice a tedy i ideálního celkového zdravotního stavu.

Tyto látky nejsou pouhými zdroji energie a živin, jejich cílem je optimalizovat životní funkce člověka. Zpravidla se mezi ně řadí vitamíny, minerální látky, stopové prvky, enzymy, antioxidanty a mnoho dalších (Fořt, 2005).

Ovšem je třeba brát v úvahu, že doplňky stravy mají také své hranice. A proto nemohou kompenzovat nedostatečnou stravu, dále nemohou neutralizovat vysoký příjem nasycených tuků či nahradit každou nutriční látku chybějící v jídelníčku, případně napravit škody způsobené zlozvyky a nevhodným způsobem života (Kantová, Kant, 2001).

#### **4.1.2.2. Prevence**

Prevenčí v oblasti výživy je vyhnout se dlouhodobé konzumaci rizikových potravin a pokrmů (Fořt, 2005).

Preventivním významem výživy se také zabývá Výmola (2007, in Regena):

- Potraviny upravovat čerstvé a vynechat z jídelníčku konzervy.
- Omezit nebo úplně vynechat uzeniny.
- Omezit solení. Jídla raději upravovat neagresivním kořením a vhodnými bylinkami.
- Nepřipravovat potraviny na dřevěném uhlí, ani je nekonzumovat připálené.
- Konzumovat alespoň 2x týdně luštěniny, brambory, rýži, obiloviny. Omezit cukr. Z mléčných výrobků dávat přednost acidofilnímu mléku, měkkému tvarohu či nízkotučnému jogurtu.



- Zajistit dostatečný přísun minerálů. K těm nejdůležitějším patří hořčík, draslík, selen, vápník a chrom, dále řada stopových prvků (železo, mangan, zinek, měď a molybden).
- Dostatečný přísun zeleniny a ovoce a to v čerstvém stavu. Avšak pacienti, kteří užívají antikoagulační preparáty, nesmějí takovýmto způsobem zeleninu konzumovat, poněvadž obsahuje chlorofyl (špenát, zelí, brokolice, květák aj.)
- Alkohol konzumovat velmi mírně, dávat přednost kvalitnímu vínu.
- Bylinky (správně zvolené).
- Zajistit jídelníček pestrý s vyváženým složením.

Tato výživová doporučení jsou určena pouze zdravým lidem, jimž slouží k prevenci civilizačních chorob, na jejichž vzniku se výživa značně podílí.

Civilizační choroby spojené s nesprávnou výživou jsou charakterizovány jednak nadměrným energetickým příjmem, vysokým příjmem nasycených mastných kyselin, cholesterolu, rafinovaného cukru, soli a alkoholu, a jednak stravou chudou na vitamíny, minerály, polysacharidy včetně vlákniny a nenasycené mastné kyseliny. Mezi takto vznikající civilizační choroby se řadí např. ateroskleróza a její komplikace (infarkt myokardu, mozková mrtvice), vysoký krevní tlak (hypertenze), diabetes mellitus 2. typu, obezita a některá nádorová onemocnění (Kukačka, 2010).

Z výzkumů, které byly provedeny, se ukázalo, že více než čtyřicet procent všech civilizačních onemocnění je způsobeno dlouhodobě nevyhovující a nevhodnou stravou (Kukačka, 2010).

### 4.1.3. Pohyb

*„Pohyb pro zdraví znamená pohyb pro radost. Pohyb je jediným povoleným dopingem“*  
(Kebza, 1998).

Pohybová aktivita je označovaná za základní prvek zdraví (Blahutková, Řehulka, Dvořák, 2005). Druh a množství pohybu jsou rozhodujícím činitelem, na kterém závisí celkový zdravotní stav jedince. Pohyb působí nejen na fyzické, ale i na duševní a emoční zdraví. Současně také pravidelný tělesný pohyb umožňuje dotyčnému kontrolovat svoji tělesnou hmotnost a lépe zvládat zátěžové situace (Mlčák, 2005). Těmito zátěžovými situacemi může být potřeba vyvinout

tělesný pohyb, jenž je nepředpokládáný (např. doběhnutí autobusu), nebo potíže se zvládáním stresových situací, které mohou mít odezvu v tělesných systémech (Kukačka, 2010).

Je důležité uvědomit si, že fyzicky aktivnímu člověku se zvyšuje produkce některých nervových přenašečů a modulátorů, které vedou ke snížení bolesti a zlepšení nálady. Současně také pravidelným pohybem dochází ke zvyšování pružnosti a pevnosti kloubních vazů a úponových svalových šlach, ohebnosti kloubů, svalové síly, vytrvalosti a klidového napětí svalů. Trénovaný člověk tak lépe využívá tukových zásob a šetří zásobní cukry (Stejskal, 2004).

Pravidelný pohyb rovněž zvyšuje produktivitu práce a zároveň snižuje pracovní neschopnost, počet pracovních úrazů či náklady na léčení (Stejskal, 2004).

Vlivem moderního způsobu života lidé omezili množství pohybové aktivity na minimum. Důsledkem tohoto úbytku byl vznik řady civilizačních onemocnění. Mezi takováto onemocnění patří kupříkladu osteoporóza, dýchací a kardiovaskulární onemocnění, diabetes mellitus, rakovina tlustého střeva, konečníku, prostaty. A proto je důležité zdůraznit, že pohybová činnost je spolu s přiměřeným příjmem energie nejlepším, nejbezpečnějším a ekonomicky nejméně náročným preventivním a léčebným prostředkem většiny civilizačních onemocnění (Kukačka, 2010).

Sportovně – pohybová aktivita je ve své podstatě stimulatorem bio-psycho-sociální adaptace na pohybové zatížení. „Prostřednictvím adaptačních mechanismů dochází k morfologickým, somatickým, funkčním, psychickým a sociálním změnám a v konečném důsledku také ke zvyšování motorické výkonnosti, tělesné zdatnosti, formování pohybových dovedností a k upevňování zdraví. Tyto prvky jsou označovány jako zdravý životní styl“ (Blahutková, Řehulka, Dvořák, 2005, s. 15).

#### 4.1.3.1. Výběr pohybové aktivity

Pokud se člověk, který již mnoho let nesportoval, rozhodne pro vykonávání pohybové aktivity, měl by se nejdříve poradit s ošetřujícím lékařem, který při výběru zohlední determinanty jako je například pohlaví, dědičnost, věk, zdravotní stav, trénovanost, intenzita zatížení, délka a frekvence cvičení (Stejskal, 2004).

Je tedy důležité, aby si dotyčný zvolil takový sport, který ho bude vnitřně naplňovat. Odborníci rozlišují pět základních druhů pohybových cvičení (Vondruška, Soulek, 1997):

- **Izometrické** – při tomto cvičení dochází ke stahu svalů, čímž se sice posílí, ale nemají žádný vliv na kardiovaskulární systém.
- **Izotonické** – posiluje se jím svalová síla a roste svalová hmota, stejně jako předchozí cvičení, i toto nemá příliš velký vliv na kardiovaskulární systém, naopak je považované za nevhodné pro osoby trpící srdečním onemocněním či vysokým krevním tlakem (např. prostatická, vzpírání).
- **Izokinetické** – dochází k propojení izokinetického cvičení s aerobním, čímž se jednak dosáhne zvýšení svalové hmoty a síly, a jednak zlepší kardiovaskulární systém a aerobní kapacita (např. fitcentra).
- **Aerobní** – zatěžované svalové skupiny mají při tomto cvičení dostatečný přívod kyslíku z dýchacího a srdečně cévního systému (např. vytrvalostní sporty).
- **Anaerobní** – při tomto cvičení se využívá energie vznikající při nepřítomnosti či za nedostatečného přívodu kyslíku svalům za vzniku kyseliny mléčné, která vede k postupné únavě svalstva (např. sprint).

Jestliže je zdravotní stav sledovaného jedince dobrý, je pro něj považováno za nejvhodnější aerobní cvičení. Jak už bylo uvedeno výše, jedná se o vytrvalostní sporty, konkrétně to může být chůze (turistika), běh, běh na lyžích, plavání nebo jízda na kole. Při těchto rekreačních pohybových aktivitách dochází nejen k posílení a protažení svalových skupin, ale i ke zvýšení fyzické zdatnosti (Vondruška, Soulek, 1997).

Po fyzické zátěži pak přichází pocit uvolnění. To je vyvolávané produkováním endorfinů a enkefalinů během tělesné zátěže a pohybové aktivity při poměrně vysoké intenzitě cvičení. Tyto látky tak navozují pocity radosti a štěstí (Vondruška, Barták, 2002).

Kebza (1998) vymezuje pravidla pohybové činnosti:

- věnovat se pohybové aktivitě s menším úsilím ve střední intenzitě – rozvíjí se tak celková zdatnost, která má tři složky, a to pohyblivost, svalovou sílu a aerobní zdatnost,
- pohyb by měl být pravidelný,
- zvyšování zátěže by mělo být postupné,
- výběr takových pohybových aktivit, které vás baví a vyhovují vám,
- sportujte ve vhodném oděvu a obuvi,

- dýchejte zhluboka ústy – bolest ve svalech večer po výkonu či druhý den signalizuje nadměrnou zátěž.

#### 4.1.4. Duševní hygiena

„Duševní hygiena je vědecky propracovaná disciplína, která představuje soubor pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy. Je disciplínou stojící na rozhraní věd lékařských, psychologických a sociálních“ (Míček, 1984, s. 9).

Křivohlavý (2001) pohlíží na duševní hygienu ze dvou hledisek:

V širším slova smyslu se jí rozumí péče o umožnění optimálního fungování duševní činnosti. Naopak v užším slova smyslu se jedná o boj proti výskytu duševních nemocí, tzv. „mental health“- tj. citlivost k negativním odchylkám od duševní normality (např. prevencí neuróz) a tlumení rozvoje psychóz.

Duševní hygiena je určena pro:

- **zdravé osoby** – budou-li dodržovat zásady duševní hygieny, jejich zdraví se dále upevní a posílí, zkvalitní se jejich životní adaptace,
- **osobám na hranici zdraví a nemoci** – tj. těm, u nichž se objevily příznaky duševní nerovnováhy; dodržování zásad duševní hygieny jim pomůže lépe poznat sebe sama, rozebrat příčiny začínajících poruch a ukáže směr k obnovení rovnováhy a k posílení duševního zdraví.
- **nemocným (tělesně i duševně)** – v tomto případě je duševní hygiena spíše doplňkem při léčbě, kterou provádí zkušení lékaři (Míček, 1984)

Význam duševní hygieny spočívá ve zvýšení odolnosti vůči somatickým chorobám. Stejně tak její dodržování působí jako prevence duševních nemocí.

Duševní zdraví je výsledkem vědomého nebo nevědomého dodržování zásad duševní hygieny. Důležitá je správná adaptace, která je ovlivňovaná stresory přinášející zvýšenou zátěž (Míček, 1984).

#### **4.1.5. Únava**

Současný uspěchaný svět je charakterizovaný neklidem, velkým množstvím podnětů, které je potřeba zvládat. U mnoha lidí tak vzniká napětí, jehož základ spočívá v napětí svalů (fyziologicky se projeví stažením svalových vláken) (Míček, 1984).

Trpí-li lidé opakovaně starostmi a obavami, jsou jejich svaly stále připraveny k akci a nedochází k uvolnění. Tento dlouhotrvající stav může vyvolávat bolesti hlavy, svalů, zad, tlaky na hrudi, zároveň se spotřebovává větší množství energie, takže se člověk cítí unavený a vyčerpaný (Kukačka, 2010).

V důsledku každé další vykonávané činnosti organismu nastává únava. Ta odebírá člověku jeho aktivitu a svěžest.

Pocítí-li lidé tělesnou únavu, vědí, že je potřeba si odpočinout, přerušit momentální činnost. Avšak duševní únavu si tolik lidé neuvědomují, případně se ji snaží překonávat. Ve spojitosti s duševní a tělesnou únavou se hovoří o nervosvalové únavě, poněvadž na vzniku únavy se spoluúčastní jak svalstvo, tak i centrální nervový systém (Šandera, 1987).

Fyziologická podstata nervosvalové únavy spočívá v tom, že svaly a centrální nervový systém vydávají více energie a kyslíku, než stačí nahradit. Přitom se ještě v organismu hromadí odpadní látky (oxid uhličitý a kyselina mléčná) (Šandera, 1987).

Šandera (1987) rozlišuje únavu běžnou (rychle zmizí i po krátkém odpočinku) a chronickou (k jejímu odstranění je třeba delší doby či speciálních postupů). Při trvalém přetěžování a překonávání chronické únavy může dojít k vyčerpání.

#### **4.1.6. Relaxace**

Relaxací se rozumí v širším slova smyslu hluboké uvolnění, povolení, uklidnění a v užším pojetí se jedná o uvolnění kosterního svalstva. Tělesné a duševní funkce tvoří jednotu, proto při uvolnění duševním, dochází i k uvolnění tělesného (Šandera, 1977).

Relaxaci je možné rozdělit buď na fyzickou (uvolnění svalového tonu) a psychickou, jíž dochází k uvolnění psychiky od zaměstnání a neustálého přetěžování našeho myšlení, nebo dle aktivity na pasivní a aktivní relaxaci (Kukačka, 2010).

#### 4.1.6.1. Pasivní relaxace

Tichanovský (2008; in Regena, s. 31) charakterizuje „pasivní relaxaci jako něco, co jedince myšlenkově a pocitově odvádí od každodenních problémů a navozuje tak většinou příjemné zážitky.“ Za formy pasivní relaxace lze považovat například návštěvu divadla, kina, muzea, poslech hudby či zhlédnutí filmu, sportovního utkání atd. Podle Tichanovského (2008; in Regena) vede většina Evropanů hypodynamický způsob života (nedostatek pohybu) a vlastně jím pokračuje sezením před televizí, v divadle. Také dodává, že samotný děj pořadu může v člověku vyvolat takový prožitek, který místo očekávaného uvolnění naopak způsobí napětí.

#### 4.1.6.2. Aktivní relaxace

Aktivní neboli dynamická relaxace je spojená s aktivním pohybem. Často probíhá v podobě hry či jiné sportovní aktivity. Kolektivní sporty jako je fotbal, tenis, volejbal nebo badminton jsou ideální v tom, že jedince přímo pohlcují a on tak nemá čas přemýšlet nad každodenními problémy. U plavání, běžeckého lyžování se už ale musí člověk vědomě snažit oprostit od svých starostí. Pokud to nedokáže, nelze hovořit o relaxaci (2008; in Regena).

#### 4.1.6.3. Fyzická relaxace

Smyslem fyzické relaxace je záměrné uvolnění napětí, které se v jedinci nahromadilo v průběhu dne. Tento typ relaxace může být pasivní či aktivní. Zatímco za pasivní se považuje např. masáž, aromaterapie, saunování, koupele, aktivní tělesnou relaxací je kupříkladu jóga, tai-či aj. (Kukačka, 2010).

#### 4.1.6.4. Psychická relaxace

Psychická relaxace znamená absenci myšlení a vědomého fyzického uvolňování. Prostřednictvím mentální relaxace je možné se ocitnout mimo své „já“, poněvadž mezi dvěma myšlenkami existuje interval ticha, který nesouvisí s časem a přináší tak obrovské uvolnění kdykoliv během dne.

Tento typ relaxace se také dělí na aktivní a pasivní. Za pasivní se považuje poslech hudby, vliv přírodních či kulturních a společenských podnětů aj. Naopak aktivními metodami jsou například Jacobsonova progresivní relaxace, autogenní trénink, meditace, dechová cvičení, imaginace či zpívání (Kukačka, 2010).

#### 4.1.7. Spánek

Spánek je základní fyziologickou potřebou člověka. Přispívá k dobrému zdraví stejně jako pohyb a výživa.

Lze jej charakterizovat jako pravidelně se opakující odpočinkovou fázi se značně sníženým vědomím: „Je to stav, při kterém převažuje činnost parasympatiku, klesá činnost žláz a krevní tlak, počet nádechů a výdechů se snižuje. Některé složky ve středním mozku jsou tlumeny hormonem melatoninem, člověk usíná. Naopak jiné části mozku pracují nadále a přijímají smyslové vjemy, které si později neuvědomujeme. Přicházejí sny, jež si často nevybavíme“ (Švarcová, 2008, s. 42).

Dle Praška a kol. (2004) umožňuje spánek fyzickou a psychickou obnovu, zvyšuje odolnost proti nemocem (psychická onemocnění, mozkové příhody aj.), pomáhá ukládat naučené do paměti, provádí emoční konsolidaci zážitků, ovlivňuje zdravý růst organismu a regeneraci tkání či reguluje intimní funkce.

O kvalitním spánku se hovoří, jestliže ráno dotyčný jedinec vstane odpočatý a plný energie. Stejně je také pro kvalitu spánku nezbytná jeho délka. Za jakýsi průměr se označuje sedm až osm a půl hodiny. Jak ale uvádí Praško (2004) čas potřebný k regeneraci organismu je velice individuální a v průběhu života se může lišit. Tedy někomu stačí šest hodin, jiný naopak potřebuje devět hodin. Rovněž je třeba chodit spát ve zhruba stejný čas.

V souvislosti s kvalitou spánku se též hovoří o faktorech, které ji mohou narušovat. Kromě věku, jak už je výše uvedeno, ho ovlivňuje tělesná konstituce, typ nervové soustavy, druh práce, životní styl, genetika, ale i počasí (ideální teplota pro spánek je 12 až 14 stupňů), hluk či lůžko (Švarcová, 2008).

#### 4.1.7.1. Spánkový cyklus

Spánek je aktivní děj, během něhož dochází ke změnám v mozku. Aktivita mozku klesá a objevuje se specifická mentální aktivita - sny.

Praško a kol. (2004) rozděluje spánek na stádia non – rem spánek a rem spánek. Non-rem spánek se odehrává v následujících fázích:

- fáze – **stav usínání** – postupné psychické uvolnění, relaxace svalstva, zpomaluje se srdeční tep, dýchání a kontakt s okolím se začíná ztrácet,
- fáze – **lehký spánek** – přechod mezi bdělostí a spánkem,
- fáze – **středně hluboký spánek**,
- fáze – **velmi hluboký spánek** – svalstvo je naprosto uvolněné, dech je zpomalen, klesá krevní tlak i tělesná teplota, spící je téměř nepohyblivý, nereaguje na podněty.

Kvalita a množství fází tři a čtyři působí na odpočatost a svěžest po probuzení.

Ve stádiu rem spánku se oči za zavřenými víčky rychle a nepravidelně pohybují, srdeční tep i krevní tlak se stávají nepravidelnými, zrychluje se dech, zvyšuje se spotřeba kyslíku, zdají se sny.

Období zahrnující fáze jedna až čtyři a jednu periodu spánku rem nazýváme spánkový cyklus. Ten trvá zpravidla devadesát až sto dvacet minut, během jedné noci lze napočítat čtyři až pět úplných spánkových cyklů (Praško a kol., 2004).

Nevšímalová (2007) podotýká, že spánek zaujímá jednu třetinu života člověka a právě jeho kvalita výrazným způsobem působí na kvalitu života jedince.



#### 4.1.8. Volný čas

Čas prostupuje lidským životem. Vztahují se k němu osobní, pracovní a společenské události. Mezi časovými úseky určené práci a povinností je i doba, kterou by měl člověk využívat pro sebe, hovoří se tedy o volném čase. Pojem volný čas je spojován především se západní kulturou, reprezentovanou evropským a severoamerickým způsobem života (Slepičková, 2000).

Hájek, Hofbauer, Pávková (2003) charakterizují volný čas jako čas, kdy se člověk věnuje činnosti přinášející mu příjemné zážitky a očekávání, kam jedinec vstupuje a kde se jí účastní na základě svobodného rozhodnutí.

Způsob využívání volného času je jedním z ukazatelů životního stylu jedince.

Životní styl sestává z oblastí týkajících se materiálních prostředků a vlivu sociálního prostředí, dále hodnotové orientace člověka a ve způsobu jednání, aktivitě. Tyto oblasti se také promítají do trávení volného času. Materiální prostředky mohou vyjadřovat touhu po zážitcích, poznávání či zvýšení osobní prestiže, získání vyššího společenského hodnocení (cestování, módní sporty). Sociální vlivy spočívají v tom, že někdo upřednostňuje individuální zájmové činnosti, jiný má raději aktivity, na nichž se účastní větší počet lidí. Hodnotová orientace se projevuje v obsahu volného času, jde tedy o hodnocení významu volného času pro osobní život. Někteří lidé totiž podceňují smysl volného času (je to pro ně ztráta času, plnění povinností je hlavní náplní života), jiní ho naopak přeceňují (náplní života je dělat pouze to, co dotyčného baví, někdy dokonce zaniká hranice mezi povinnostmi a zájmy) a poslední skupina lidí si uvědomuje reálný význam volného času, tedy ho nepřeceňuje ani nepodceňuje (Hájek, Hofbauer, Pávková, 2003).

Faltýsková (1996) spojuje volný čas se seberealizací jedince. Aby byl člověk spokojený se svým životem, potřebuje cítit, že smysluplně využil svůj volný čas. Dlouhodobý nedostatek tohoto pocitu totiž vyvolává nespokojenost, rozladěnost až psychické trauma a bývá zdrojem různých výstřelků v životě. Proto lidé vykonávají činnosti, které jim dávají pocit uspokojení. Při tomto prožitku si tak uvědomují své přednosti, předpoklady a vůbec svou existenci.

Rovněž Faltýsková (1996) uvádí, že pestrost volného času závisí na věku, pohlaví, vzdělání, rodinném stavu, tělesné a duševní kondici, zaměstnání a tradicemi daného prostředí.

Způsobů, jak trávit volný čas, je obrovské množství. Jednou z možností trávení volného času je například sport. Tomu ale v posledních letech značně konkurují nejrozmanitější aktivity, které průmysl volného času nabízí (Slepičková, 2000)

## 4.2. Faktory poškozující zdraví

Existuje velký sortiment návykových látek, které mohou vyvolat závislost a poškodit tak lidské zdraví.

Způsobují-li léky, drogy či substance různého původu změnu pocitů, vnímání, myšlení a chování jedince, hovoří se o psychoaktivních účincích dané látky. Přičemž vznik závislosti je podmíněn opakovanou touhou po látce s těmito účinky. Teprve pak se užívání látky stává návykem, potřebou (Krejčí, 2000).

### 4.2.1. Kouření

Kdyby se podařilo zamezit kuřáctví cigaret, znamenalo by to pro zlepšení zdravotního stavu i prodloužení života mnohem více než kterákoli jiná akce na poli preventivní medicíny (Novák a kol., 1980).

Kouření vzniklo ve Spojených státech amerických. Vyvinulo se z náboženského kultu Indiánů, kteří při rozdmýchávání „svatých“ ohňů vdechovali aromatický kouř z tabákových listů. Posléze si s těchto listů vyráběli jakési kornouty, které plnili suchým tabákovým listím. Příčinou rozšíření tohoto zvyku až na evropský kontinent bylo objevení Ameriky roku čtrnáct set devadesát dva Kryštofem Kolumbem, jehož přítel se tomuto zvyku naučil a tak se rozmohl i mezi ostatní lid (Novák a kol., 1980).

Kouření patří k nejrizikovějším faktorům nepříznivě působících na lidské zdraví (Vondruška, Barták, 2002).

Křivohlavý (2001) uvádí důvody, proč lidé začínají kouřit. Jsou jimi důvody sociální (vliv okolí), fyziologické (pro prožitek a pocit uvolnění) a psychologické (prostředník mezi stresem a jeho zvládnutím).

Návykovou látkou je nikotin. Jedná se o alkaloid, který se při vdechování dostává do krevního oběhu a k nervovým buňkám mozku. Způsobuje uvolňování biologicky aktivních látek (např. adrenalinu). Důsledkem je zvýšená srdeční činnost, zvýšený krevní tlak a zúžení cév. Další škodlivá látka včetně dehtu je i oxid uhelnatý, který se váže na hemoglobin a snižuje tak přenos kyslíku, čímž vzniká neúčinný karboxyhemoglobin. Působením této látky vznikají zdravotní

problémy, poněvadž srdce a mozek jsou postiženy nedostatkem kyslíku. Tímto způsobem se snižuje funkční schopnost a výkonnost.

Nešpor, Pernicová, Csémy (1999) provedli v České republice výzkum, z něhož zjistili, že každý den předčasně umírá na následky kouření tabáku asi šedesát tři lidí středního věku. Rovněž podotýká, že se zvyšuje počet mladistvých kuřáků. Začínající kuřáci trpí nevolností, která nastává v důsledku lehčí otravy nikotinem. Mezi další onemocnění způsobená kouřením patří například choroby dýchacího ústrojí (rakovina plic a hrtanu, chronický zánět průdušek), onemocnění srdce a cév (ischemická choroba srdeční, poruchy prokrvení mozku), trávicího ústrojí (rakovina rtu, dutiny ústní, jícnu, slinivky břišní, vředová choroba žaludku a dvanáctníku), vylučovacího ústrojí (rakovina močového měchýře), v případě těhotenství dochází ke zpomalení růstu novorozence (nízká porodní hmotnost), předčasnému porodu či zde hrozí riziko úmrtí novorozence (Novák a kol., 1980).

Škodlivost kouření spočívá v tom, že kuřák škodí nejen sobě, ale i svému okolí. Zatímco se ale kuřák na látku adaptoval, kuřák je postižen mnohem významněji (Janík, Dušek, 1990).

#### 4.2.1.1. Prevence kouření

Odvykání kouření je pro mnohé kuřáky velice těžké, někdy i přímo nedosažitelné. A proto, aby nemuseli lidé tomuto náročnému procesu podstupovat, je tedy mnohem snazší předcházet jeho vzniku.

Nejvhodnější je zařadit prevenci kouření již v dětském věku, přičemž je nezbytné klást důraz na psychické a fyzické následky u potenciálního kuřáka. Rovněž je důležité se snažit o zvyšování sebehodnocení a naučit děti zvládání zátěžových situací (Křivohlavý, 2001).

Tomko (2003; in Prevence sociálně patologických jevů) potvrzuje předchozí tvrzení, tedy, že nejúčinnější preventivní působení je v potenciální osobnosti kuřáka mladého věku. Dodává, že v oblasti prevence kouření se považuje za velmi vhodné tzv. psychologické očkování (tj. cílené ovlivňování kognitivních procesů ve vztahu ke kouření) a výcvik nadějných životních dovedností, který spočívá ve vytváření takových dovedností u mladých lidí, jež jim umožňují adekvátní zvládání zátěžových situací, s tím také souvisí posilování jejich sebehodnocení.

#### 4.2.2. Alkohol

Snad každý se v životě setkal s alkoholem. Někdo jej odmítne, jiný ho konzumuje ve společensky přijatelné míře a někteří lidé zakouší s alkoholem problémy. Jejich pití se začne stupňovat a ničí si tak základní životní hodnoty, což vyvolává vznik závislosti na alkoholu. Do této situace se dostanou asi tři procenta populace (Heller, 2011).

Heller, Pecinová (2011) rozlišují vnitřní a vnější příčiny závislosti na alkoholu. K vnitřním příčinám se řadí biologické, tj. genetické, metabolické a neurohumorální a psychologické. Naopak vnější příčiny jsou sociální (pití alkoholu je běžné pro dané prostředí, může jít i o prostředí, pro nějž je typická kombinace nadměrné zátěže s vysokou dostupností alkoholu).

Rychlost vypěstování závislosti na alkoholu závisí na dispozicích jedince. Těmi jsou věk při započetí pití a způsob zneužívání alkoholu (Heller, 2011).

Příjem většího množství alkoholu může mít přímé a nepřímé negativní účinky. Mezi přímé negativní účinky se řadí zejména cirhóza jater, Korsakovův syndrom, rovněž ovlivňuje i kardiovaskulární systém a průběh těhotenství. Nepřímými negativními důsledky jsou dopravní nehody, spáchání kriminálních činů a vražd, také zvyšuje agresivitu, způsobuje poruchy koordinace, koncentrace, správné rozhodování dotyčného člověka (Křivohlavý, 2001).

Vývojová stadia závislosti dle Jellineka:

- Stadium – **iniciální, počáteční** – pití kvůli psychotropním účinkům alkoholu, jejich vlivem se dotyčný cítí mnohem lépe než-li střízlivý, v intoxikaci dokáže řešit potíže, které se mu předtím jevily jako neřešitelné, těchto účinků využívá stále častěji, důsledkem je růst tolerance, tzn., že roste dávka potřebná k vyřešení obtíží, hladina alkoholu většinou nepřesáhne 0,5 g/l (tj. půl promile), neobjevují se zřetelné opilosti.
- Stadium – **prodromální, varovné** – k dosažení příjemného pocitu je třeba stále vyšší hladiny alkoholu v krvi, dominuje pití potajmu, člověk si uvědomuje, že jeho pití může být nápadné, a proto se za něj stydí, vznik nechtěných opilostí a tajného pití prohlubuje pocit viny, toto stadium je hranicí, kdy je ještě možné řešit situaci kontrolovaným pitím a současným vyřešením původních problémů.
- První a druhé stadium se označuje za předchorobí. Ve chvíli, kdy člověk začne mít okénka, končí druhé stadium a nastává fáze třetí, nyní se již hovoří o nemoci.

- Stadium – **kruciální, rozhodné** – mění se kontrola v pití, alkohol se stal součástí metabolických dějů a změnila se i reakce organismu na určitou dávku, na zanedbatelnou dávku reaguje tělo změnou psychických stavů a rozjíždí se další pití, končící opilostí, jediným řešením je abstinence.
- Rostoucí frekvence opilostí vede ke vzniku racionalizačního systému, dotyčný si zdůvodňuje, proč pije a tím si pití omlouvá, postupně se alkohol stává středem jeho života, zanedbává svou rodinu, povinnosti, zájmy, čím více se jeho chování přibližuje původnímu systému hodnot, tím větší jsou pocity viny. Cílem je neopít se, nikoliv se nenapít, což se ale nedaří. Na místě je vyhledat odbornou pomoc. V opačném případě nastupuje čtvrté stadium.
- Stadium – **terminální, konečné** – nepříjemný stav vystřízlivění je člověk nucen řešit ranními doušky, pití pokračuje dál, dochází k několikanásobnému vystřízlivění. Pití není zaměřeno už jen na alkohol, ale i na jiné chemické látky obsahující etanol (Alpa, Iron, kolínské vody). V této fázi klesá tolerance, a proto se dotyčný opije i z malé dávky. Většinou až v tomto stadiu hledá postižený pomoc, vzniká totiž stav, kdy není schopen žít s drogou, či bez ní (Pecinová, 2011).

#### 4.2.2.1. Odborná péče

Lidé závislí na alkoholu mohou podstoupit léčebný program, který spočívá v detoxikaci organismu, podstoupení psychoterapie, rehabilitačních a resocializačních technik včetně užívání podpůrné farmakoterapie. Posléze může klient navštěvovat doléčovací programy ústavního nebo ambulantního charakteru.

V České republice existuje od roku devatenáct set devadesát hnutí zvané anonymní alkoholici a svépomocné skupiny (Heller, Pecinová, 2011).

#### 4.2.3. Kofeinismus

Kofein je nejrozšířenější psychoaktivní látkou současnosti. Vyznačuje se stimulačními a povzbudivými účinky, které také mohou vyvolat vznik závislosti (Krejčí, 2000).

Kofein se nachází v semenech kávovníku. Z hlediska produktů se jedná o praženou kávu, čaj, kakao, některé coca-coly, nebo i o hořkou čokoládu (ve sto gramech se nachází asi šedesát pět miligramů kofeinu, což je téměř stejné množství jako v jednom šálku instantní kávy) (Vondruška, Barták, 2001).

Zdravotní potíže, které může vyvolat kofein, se týkají zejména dýchání (zrychlené dýchání), srdeční činnosti (zrychlení tepu), ledvin (urychlení vylučování vody), rovněž působí na vylučování žaludeční kyseliny a enzymu zvanému pepsin, a proto by lidé trpící peptickými vředy jícnu, žaludku či dvanáctníku kofein pít neměli (Krejčí, 2000).

Přestane-li dotýčný člověk popíjet například kávu obsahující kofein, objeví se u něj abstinenční příznaky. K těmto příznakům se převážně řadí bolest hlavy, apatie, únava, útlum myšlení, nervozita, podrážděnost a nechut' k práci. Intenzita těchto příznaků je velmi individuální. Někdo obtíže vůbec nepociťuje, jiný není naopak schopen každodenní činnosti. Většinou se tyto symptomy začínají objevovat asi za dvanáct až dvacet čtyři hodin po poslední kávě a vrcholí po dvaceti až dvaceti čtyřech hodinách. Z výzkumů bylo prokázáno, že i relativně nízká dávka kofeinu (100 mg/den) může způsobit závislost (Krejčí, 2000)

### **4.3. Výzkumy v oblasti životního stylu začínajících učitelů**

V oblasti problematiky práce bylo provedeno mnoho výzkumů, mezi nejzajímavější a nejvíce se dotýkající mé práce patří následující:

Na Appalachian state Univerzity Boone v Severní Karolíně byla vypracovaná studie týkající se vlivu životního stylu na pracovní výkon a život jako takový.

Studie se účastnilo celkem sedmdesát pět začínajících učitelů, z toho bylo padesát dva žen a dvacet tři mužů, dále se na ní podílelo pět supervizorů, tj. dvě ženy a tři muži.

Úkolem začínajících učitelů bylo ohodnotit se v rámci stanovených čtyř kritérií, tzn., jestli jsou učitelé zaměřeni na profesní výkon a jeho účelnost, dále zda dodržují cíle výuky, včas plní úkoly a umí si zorganizovat výuku. V tomtéž byli učitelé hodnoceni supervizory. Jednalo se o nezávislé hodnocení mezi oběma stranami. Konečný výsledek obou hodnotících stran se většinou shodoval, poněvadž se přístup k životu projevuje navenek, je pozorovatelný, a proto ho mohli daní supervizoři dobře odhadnout.

Studie prokázala, že pokud považují samotní začínající učitelé svůj život za organizovaný, dosahují i vyšších pracovních výkonů a opačně. Vysoké skóre v testu bylo spojeno se životní spokojeností, optimismem a dobrým zdravotním stavem, zatímco nízké ohodnocení souviselo se stresem a ne příliš dobrým zdravím (Fischer, Nagai, 2008).

Další z výzkumů provedla Fakulta tělesné výchovy a sportu, Univerzita Karlova v Praze v roce 2009. Ten byl tematicky zaměřený na aktivní životní styl učitelů základních škol v biosociálním kontextu. Výzkumný vzorek tvořili učitelé všech věkových skupin, obou pohlaví a různých aprobací. V rámci výzkumu se sledovalo, jaký význam mají pohybové a sportovní aktivity v životě učitelů základních škol a které determinanty určují životní styl pedagogů základních škol. Na první otázku kladně odpovědělo přes devadesát procent respondentů, přičemž přes padesát dva procent zde zastupují ženy, mužů je to pouhých asi třicet procent. Pozitivní význam sportu a pohybu se s věkem mírně snižuje, tzn., že za nejdůležitější ho považují učitelé do třiceti pěti let věku. Rovněž se zjišťovali bariéry pro vykonávání pravidelného pohybu. Učitelé přiznali, že hlavní překážkou je jejich lenost, dále nedostatek času či zdravotní stav. U druhé otázky poukázali učitelé na nesprávný způsob stravování se a dodržování pitného režimu. K celkovému nesprávnému způsobu stravování nejen u skupiny učitelů, ale i u žáků mohou

do jisté míry přispívat školní bufety, které nabízí mnoho nevhodných potravin (Jansa, Kovář, 2010).

Blažková, Malá (2007; in Rodina a škola) provedli výzkum orientovaný na psychickou pracovní zátěž, stres, hardiness, rizikové typy chování a postoje, povědomost učitelů o svém zdravotním stavu včetně jejich postojů ke zdravému životnímu stylu. Studie probíhala ve dvanácti pražských základních školách. Celkem se jí účastnilo osmdesát sedm učitelů (13 učitelů a 74 učitelek). K odhalení postojů a názorů o zdravém životním stylu učitelů použily dotazníkovou metodu. V souvislosti se zdravým životním stylem učitelé sdělili, že by měli trávit více času sportováním, nehodlají proto ale nic dělat. Co se týče výživy, tvrdili, že jíst zdravě je drahé a nudné, většině z nich na stravě příliš nezáleží. Autorky studie uvedly, že se až u 90 % respondentů projeví závažné nedostatky v životosprávě.



## **5 METODIKA PRÁCE**

V této kapitole jsem blíže charakterizovala jednotlivé komponenty výzkumného šetření (viz kapitoly níže uvedené), které tvořily jeho podklad a pomocí nichž jsem mohla výzkum vůbec realizovat.

### **5.1. Teoreticko-praktická příprava výzkumu**

Podkladem praktické části mé diplomové práce byly informace obsažené jak v českých, tak v zahraničních publikacích či elektronických zdrojích. Poněvadž o zdravém životním stylu pojednává celá řada pramenů, bylo důležité pracovat pouze s těmi, které jsou odborné a tedy i důvěryhodné.

Teoretická příprava spočívala ve zmiňovaném studiu patřičných zdrojů. Pro zpracování výzkumů v oblasti zdravého životního stylu začínajícího učitele, jsem využila převážně elektronických časopisů. V případě zpracování a popisu dotazníkové metody jsem naopak studovala knižní publikace.

V rámci praktické přípravy jsem se soustředila na stanovení si cíle výzkumu. Jak bylo již dříve řečeno, za výzkumnou metodu jsem zvolila dotazník, který bylo následně nutné zhotovit a předat výzkumnému vzorku.

### **5.2. Výzkumné problémy**

Stanovené výzkumné problémy vychází z obecného cíle diplomové práce. Rozčlenila jsem je do třech oblastí, které dále blíže popisuji. První oblast je soustředěna na zdravotní stav začínajícího učitele, druhá na jeho zdravý životní styl a v neposlední řadě třetí na způsoby relaxace ve volném čase.

Znění jednotlivých výzkumných problémů je následující:

### **Výzkumný problém č. 1: Zajímají se začínající učitelé o svůj zdravotní stav?**

Předpokládám, že zdravotní stav je důležitý pro každého, a proto jsem si jím dovolila zabývat se i ve svém výzkumu zaměřeném na zdravý životní styl začínajícího učitele. Předmětem mého zájmu bylo především to, zda se začínající učitelé vůbec zajímají o svůj zdravotní stav, jestli trpí bolestmi hlavy, zad, dolních končetin či katary horních cest dýchacích.

Domnívám se, že učitelé do třiceti let věku většinou pečují o svůj zdravotní stav, a proto v této oblasti zpravidla nebudou vykazovat výrazné potíže.

### **Výzkumný problém č. 2: Vedou začínající učitelé zdravý životní styl?**

Zdravý životní styl je v posledních letech často diskutovaným tématem. Zejména v médiích se o něm často hovoří. Vlna těchto informací se tak přenáší téměř na všechny. Ovšem vedení zdravého životního stylu je podmíněno hlavně mírou vědomostí, které je třeba získat z odborných publikací, odborných seminářů eventuelně rozhovorů s různými lékaři nebo jinými odborníky.

Předpokládám, že se tedy začínající učitelé, kteří mají představovat pozitivní hodnoty společnosti, také snaží dodržovat zásady spjaté se zdravým životním stylem. I když se samozřejmě zejména vlivem stresorů, vyplývajících také z jejich povolání, mohou dopouštět určitých zlovyků, jejichž výsledkem je pak negativní dopad na jejich zdravotní stav.

### **Výzkumný problém č. 3: Jaký způsob relaxace volí začínající učitelé ve svém volném čase?**

Je nezbytné, aby si začínající učitel dokázal vždy najít čas sám na sebe. Protože jediné tak si odpočine od každodenních činností a shonu.

Dnešní doba přináší širokou škálu možností, jak trávit volný čas, a tudíž si učitelé mohou vybrat takový způsob relaxace, který jim bude nejvíce vyhovovat.

Dle mého názoru se začínající učitelé nejčastěji uchylují buď k fyzické, nebo k pasivní relaxaci. Možná ale trochu opomínají relaxaci duševní, která až společně s předchozími přináší celkové uvolnění organismu.

### 5.3. Charakteristika výzkumného souboru

Výzkum týkající se zdravého životního stylu začínajícího učitele byl realizovaný v kraji Vysočina. Důvodů, proč jsem si zvolila tento kraj, bylo hned několik, jednak sama pocházím z tohoto kraje a mohla jsem tak osobně navštívit cílovou skupinu začínajících učitelů, a jednak mě zajímalo, jaký životní styl vedou učitelé na počátku své profesní dráhy v již zmíněném kraji. Pro účely výzkumného šetření bylo důležité, aby respondenti uváděli údaje vztahující se nejen k jejich pohlaví, ale i k jejich věku, délce pedagogické praxe a stupně školy, na kterém pracují.

Do tohoto výzkumu se zapojilo celkem 66 začínajících učitelů. Zatímco 81,8 % respondentů, tj. 54, tohoto souboru tvořily ženy, zbylých 18,2 %, tj. 12, připadlo na muže.

Věkové rozmezí těchto respondentů se pohybovalo mezi 21 a 30 lety (viz Tabulka 1), z toho největší skupinu tvořili 28-letí začínající učitelé, což odpovídá 77,3 %.

Z hlediska distribuce škol se výzkumného šetření účastnilo celkem 71,2 %, tj. 47, respondentů ze základních škol a pouze 28,8 %, což odpovídá 19 respondentům ze středních škol.

Délka pedagogické praxe u účastníků výzkumu se pohybovala v rozpětí 1 až 7 let (viz Tabulka 2), přičemž nejvíce respondentů vykonává profesi učitele 1 rok, tj. 28,8 %.

Tabulka 1 Vymezení výzkumného souboru dle věku

Věk v letech	21	23	24	25	26	27	28	29	30
Věk v %	1,5	3,0	10,6	16,7	12,1	15,2	18,2	9,1	13,6

Tabulka 2 Vymezení výzkumného souboru dle délky pedagogické praxe

Délka pedagogické praxe (v letech)	1	2	3	4	5	6	7
Délka pedagogické praxe (v %)	28,8	18,2	19,7	13,6	7,6	9,1	3,0

## 5.4. Použitá metoda

K vypracování praktické části jsem využila kvantitativního výzkumu realizovaného formou dotazníkové metody. Tato metoda se mi totiž jevila vzhledem k shromáždění co největšího množství dat od sledovaného výzkumného vzorku jako nejvhodnější. Podle Chráska (1998) spočívají výhody dotazníkového šetření v tom, že umožňuje poměrně rychlé a ekonomické shromažďování dat od velkého počtu respondentů.

Dotazník nesl název Zdravý životní styl začínajícího učitele. Hned v úvodu dotazníku jsem se krátce představila jednotlivým účastníkům výzkumného šetření a zároveň jsem popsala, pro jaké účely je prosím o jeho vyplnění. Poté následovaly pokyny k vyplnění dotazníku.

Dotazník se skládal ze tří částí. První složka se týkala anamnestických údajů, kdy měli respondenti vyplnit, jakého jsou pohlaví, roku narození, na kterém stupni školy pracují a kolikátým rokem vyučují. Následující složka byla zaměřená na zdravotní stav a zahrnovala celkem pět otázek. A konečně třetí složka obsahovala osm otázek soustředěných na oblast životního stylu. Z toho byla většina otázek uzavřených, které byly ale v případě kladné odpovědi doplněny převážně o otevřenou otázku.

Použitý dotazník byl anonymní, časově nenáročný, srozumitelný a vcelku jednoduchý na vyplnění.

Skalková a kol. (1983) popisuje dotazník jako metodu, která spočívá ve shromažďování dat získaných prostřednictvím dotazování osob.

Chráska (1998, s. 89) definuje dotazník jako „soustavu předem připravených a pečlivě formulovaných otázek, které jsou promyšleně seřazeny a na které dotazovaný (respondent) odpovídá písemně.“

Výhodou dotazníku je dle Chráska (1998) poměrně rychlé a ekonomické shromažďování dat od velkého počtu respondentů. Naopak nevýhoda spočívá v tom, že dotazník nezjišťuje to, jací respondenti skutečně jsou, ale jen to, jak sami sebe vidí. Rovněž nízkou výpovědní hodnotu mají ty dotazníky, které jsou neodborně sestavené a nevhodně použité. Zjištěná data mají vždy podmíněnou platnost a vyžadují velmi obezřetnou interpretaci, aby bylo možné odlišit objektivní zjištění od subjektivních soudů.

## 5.5. Organizace výzkumu

Samotný výzkum probíhal několik měsíců. Práce na něm byly započaty koncem měsíce září, kdy jsem telefonicky či osobně informovala o své žádosti jednotlivé ředitele základních a středních škol v kraji Vysočina.

Podmínkou účasti na výzkumu bylo, aby se ho účastnili pouze začínající učitelé do třiceti let věku, což byl často velký problém, poněvadž učitelé ve stanoveném věku na obou typech škol buď nepracovali, případně ženy byly na mateřské dovolené, či jich tam bylo velmi málo, tj. jeden až tři učitelé na jednu školu. Tím se sběr dat stal obtížnějším.

Jestliže ale na příslušných školách vyučovali začínající učitelé, ředitelé škol ve většině případů souhlasili s uskutečněním výzkumu. Následně jsem tedy elektronicky, poštou nebo osobně rozdala dotazníky dotýčným učitelům. Do konce měsíce listopadu jsem obdržela zpět téměř všechny rozeslané dotazníky vyplněné a mohla jsem je tak začít vyhodnocovat a zpracovávat do grafické podoby (viz kapitola 7). Celkový výzkum jsem dokončila v březnu, přičemž výzkumný vzorek čítal 66 respondentů.

## 6 VÝSLEDKY

V dané kapitole se pro přehlednost prezentace výsledků používá obrázků, které obsahují graficky znázorněné výsledky odpovědí respondentů na dotazovanou otázku. Každý obrázek je složen ze čtyř vzájemně provázaných dílčích grafů, které zobrazují vyhodnocení každé položky. Prvním grafem je celkové vyhodnocení souboru. Zbývající tři grafy ukazují vyhodnocení dat na základě porovnání odpovědí na dotazníkovou otázku v závislosti na pohlaví, typu školy a délky pedagogické praxe.

Statistická významnost byla vypočtena u celkového vyhodnocení statistickým testem Chi-kvadrát maximální věrohodnosti s hladinou významnosti  $\alpha = 0,05$ . Jelikož povaha dat nevykazovala normalitu distribučního rozdělení, byl pro porovnání mezi soubory použit neparametrický statistický test Kruskal-Wallis s hladinou významnosti  $\alpha = 0,05$ , při které byly porovnány střední hodnoty dílčích souborů podle pohlaví, typu školy a délky pedagogické praxe.

### 6.1. Vyhodnocení výzkumu

Na začátku výzkumu bylo důležité stanovit si cíl výzkumu. V rámci daného cíle jsem si vymezila níže uvedené výzkumné problémy, které vycházely z použitého dotazníku. Pomocí zpracovaných dat se následně pokusím zodpovědět příslušné výzkumné problémy.

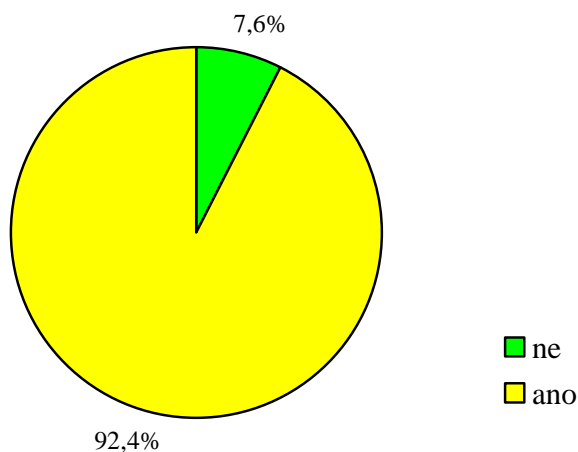
#### Otázka č. 1. Zajímáte se o Váš zdravotní stav?

První otázkou jsme chtěli zjistit, zda se sledovaný vzorek respondentů zajímá o svůj zdravotní stav. Jednalo se o uzavřenou otázku v podobě odpovědí ano či ne, ovšem v případě kladné odpovědi bylo třeba, aby respondenti odpověděli na doplňující otázku týkající se tělesné hmotnosti a krevního tlaku, pokud tyto hodnoty znají.

Výsledky výzkumu na stanovenou otázku jsme znázornili v obrázku 2. Jak je z tohoto grafu viditelné, 92,4 %, tj. 61 účastníků, projevovalo zájem o svůj zdravotní stav. Těmto respondentům jsme následně položili doplňující otázky týkající se jednak jejich tělesné hmotnosti, zde bylo nejčastější odpovědí 60 a 68 kilogramů, přičemž těmto hodnotám odpovídalo shodně 7, 6 %, a jednak jejich krevního tlaku. Z těch, kteří na tuto otázku odpověděli, převažovala odpověď 120/80mm/Hg. Z hlediska hrubé klasifikace krevního tlaku mělo 60,6 % normotenzi (110/60mm/Hg – 140/90mm/Hg), hypotenzi 15,2 %, tj. pod hodnotu 100/60mm/Hg, hypertenzi uvedlo pouhých 1,5 %, tj. hodnotu vyšší než 140/90mm/Hg. Zbýlých 22,7 % neuvedlo svůj krevní tlak. Při kategorizaci krevního tlaku byla pro nás rozhodující hodnota diastolického tlaku. Z respondentů rozlišených dle pohlaví sledovalo svůj zdravotní stav přes 90% zúčastněných mužů i žen. Obdobně tomu tak bylo i u distribuce dle typu školy, přesto je ale možné tvrdit, že respondenti ze základní školy o něj projevovali o něco větší zájem, tj. z 95,7 % než respondenti ze střední školy. Podobný stav převládal i u začínajících učitelů rozdělených dle délky pedagogické praxe, mírný nárůst nezájmu, okolo 20%, byl vidět jen během čtvrtého a pátého roku.

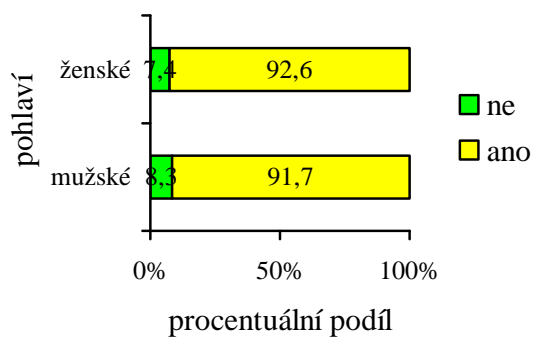
Z hlediska celkového vyhodnocení byla zjištěna významná statistická významnost.

### Celkové vyhodnocení



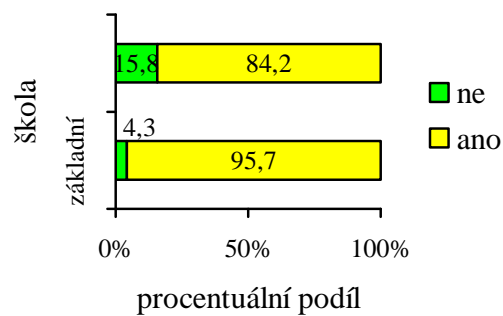
$p = 0,000^{**}$

### Distribuce podle pohlaví



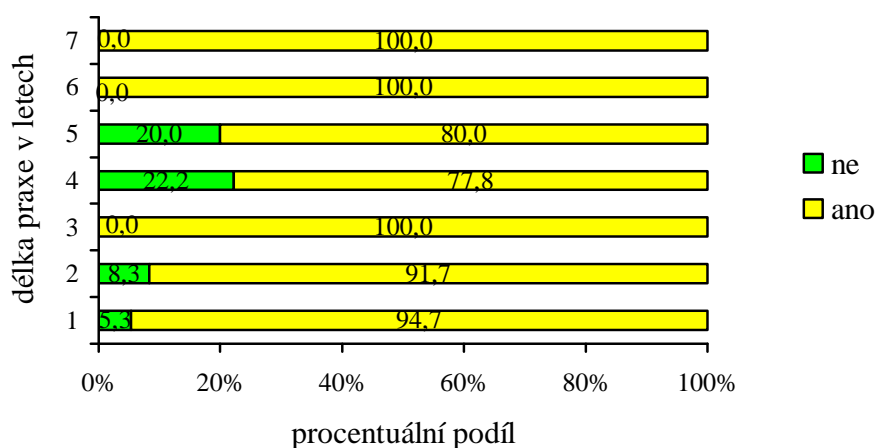
$p = 0,913$

### Distribuce podle školy



$p = 0,112$

### Distribuce podle délky pedagogické praxe



$p = 0,464$

$N = 66$

**Obr. 2. Vyhodnocení otázky č. 1 „Zajímáte se o Váš zdravotní stav?“**



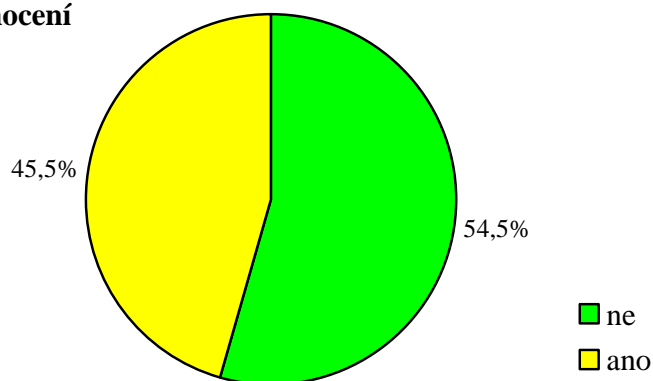
Otázka č. 2: Míváte bolesti zad?

Druhou otázkou jsme se dotazovali začínajících učitelů, trpí-li bolestmi zad. Uzavřená otázka obsahovala také doplňující dotaz (určený těm, kteří mají bolesti zad), jenž spočíval ve zjištění četnosti (denně, týdně, měsíčně a ročně) bolesti zad. Výsledky zjištěných odpovědí účastníků výzkumu jsme zobrazili v obrázku 3.

Z uvedeného grafického znázornění bylo patrné, že mezi oběma procentuálně vyjádřenými hodnotami nebyl příliš velký rozdíl. Z celkového počtu 66 respondentů si nestěžovalo na bolesti zad 54,5 %. V opačném případě jimi trpělo 45,5 %, z toho největší část, což bylo 18,2 %, se přiklonila k měsíční frekvenci bolestivosti zad.

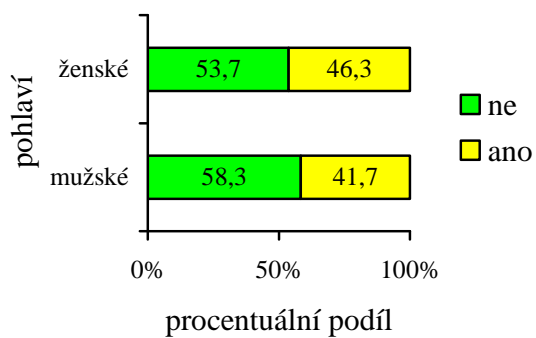
Při porovnání bolestivosti zad u obou pohlaví a typů škol jsme zjistili, že přes 50% mužů a 50% žen si nestěžovalo na bolesti zad. Na rozdíl od těchto kategorií byly u délky pedagogické praxe vykázány odlišnosti, a to u druhého, třetího a sedmého roku, kde převažovala kladná odpověď.

### Celkové vyhodnocení



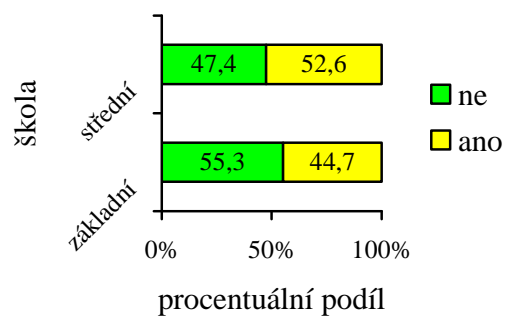
$p = 0,460$

### Distribuce podle pohlaví



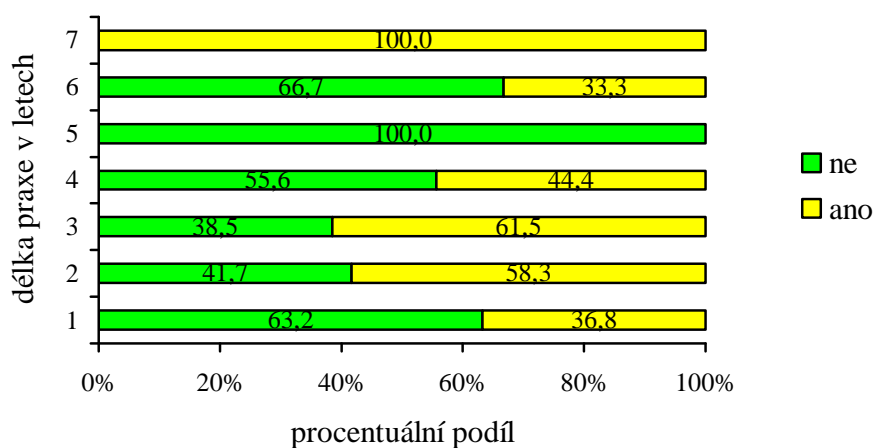
$p = 0,772$

### Distribuce podle školy



$p = 0,844$

### Distribuce podle délky pedagogické praxe



$p = 0,147$

$N = 66$

**Obr. 3. Vyhodnocení otázky č. 2 „Míváte bolesti zad?“**

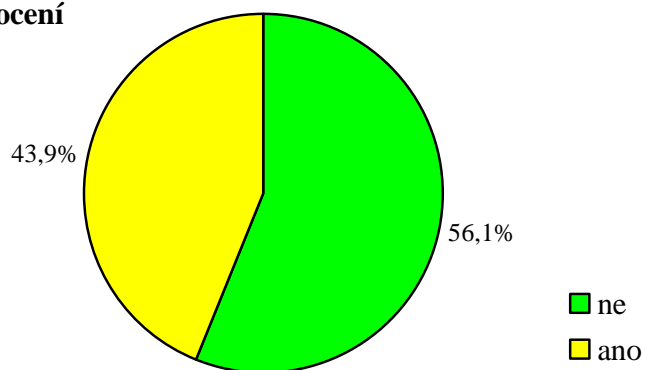
Otázka č. 3: Míváte bolesti hlavy? (u žen v nezávislosti na menstruačním cyklu)

Touto otázkou jsme se pokusili odhalit, jestli začínající učitelé trpí bolestmi hlavy. U této uzavřené otázky byla rovněž možnost dichotomie odpovědí ano nebo ne, v případě kladné odpovědi se respondenti pokoušeli specifikovat bolest hlavy z hlediska její frekvence lokalizace, intenzity a délky trvání bolesti podle předem stanovených kritérií.

Odpovědi respondentů jsme znázornili v obrázku 4. Z něj vyplývá, že 56,1 % začínajících učitelů netrpělo bolestmi hlavy, ostatních 43,9 % tyto bolesti naopak mělo. Při konkretizaci bolesti hlavy, převažovala z hlediska frekvence odpověď několikrát měsíčně, čemuž odpovídalo 28,8 %, v případě lokalizace bolestí hlavy respondenti poukazovali nejčastěji na čelní oblast, tj. 25,8 %, následně byla zdůrazněna střední intenzita bolesti zastoupená 22,7 % a v neposlední řadě 27,3 % účastníků sdělilo, že bolest hlavy trvá několik hodin.

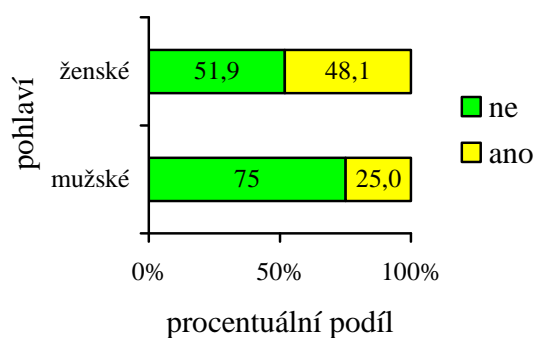
Z výzkumu vyplynulo, že více trpěly bolestmi hlavy ženy než muži, stejně tak začínající učitelé ze základní školy vykazovali větší bolesti hlavy než ti ze střední školy. Zjištěné výsledky poukazovaly na to, že délka pedagogické praxe neměla příliš velký vliv na bolesti hlavy.

### Celkové vyhodnocení



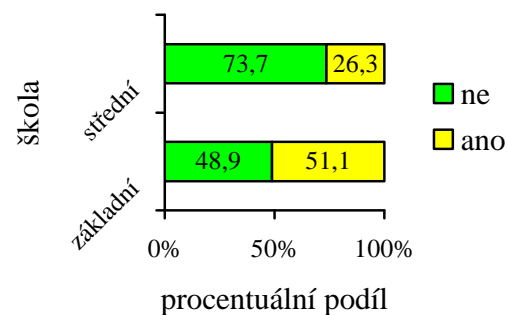
$p = 0,325$

### Distribuce podle pohlaví



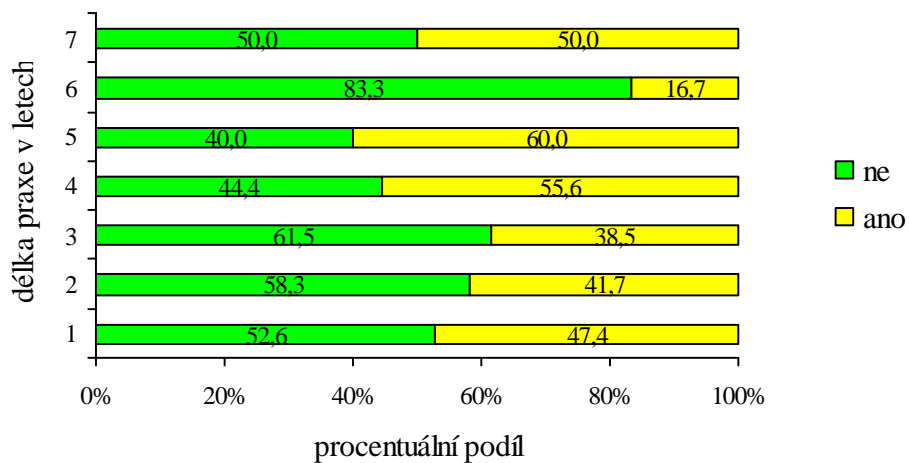
$p = 0,147$

### Distribuce podle školy



$p = 0,069$

### Distribuce podle délky pedagogické praxe



$p = 0,798$

$N = 66$

Obr. 4. Vyhodnocení otázky č. 3 „Míváte bolesti hlavy?“

Otázka č. 4: Míváte bolesti dolních končetin?

Pomocí uvedené otázky jsme se snažili vysledovat, trápí-li začínající učitele bolesti dolních končetin. Tato uzavřená otázka disponuje odpovědí zápornou a kladnou, která se blíže zaměřuje na frekvenci a lokalizaci uvedené bolesti dle předem stanovených kategorií. Výsledné odpovědi účastníků jsme uvedli v obrázku 5.

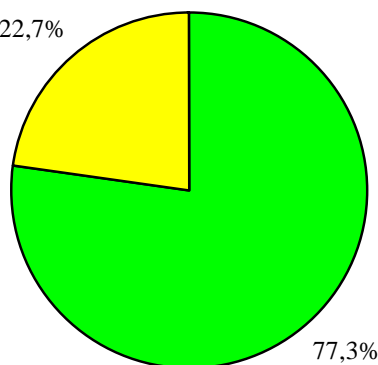
Podle zjištěných údajů nemělo bolesti dolních končetin celých 75,8 %. Ze zbývajících 22,7 %, kteří těmito bolestmi trpěli, se 9,1 % respondentů vyjádřilo k měsíční frekvenci zmíněné bolesti, co se týče lokalizace, 10,6 % se vyjádřilo k oblasti kolene.

Distribuce dle pohlaví a stupně školy hovořila o tom, že přes 70 % začínajících učitelů a učitelek ze základní a střední školy vůbec nebolely dolní končetiny. Uvedené bolesti měli převážně začínající učitelé v prvních čtyřech letech.

U celkového vyhodnocení byla zjištěna významná statistická významnost.

### Celkové vyhodnocení

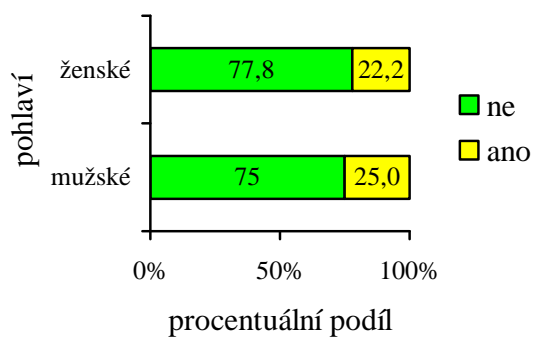
22,7%



ne  
ano

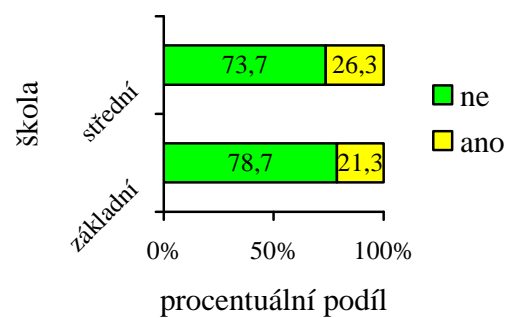
$p = 0,000^{**}$

### Distribuce podle pohlaví



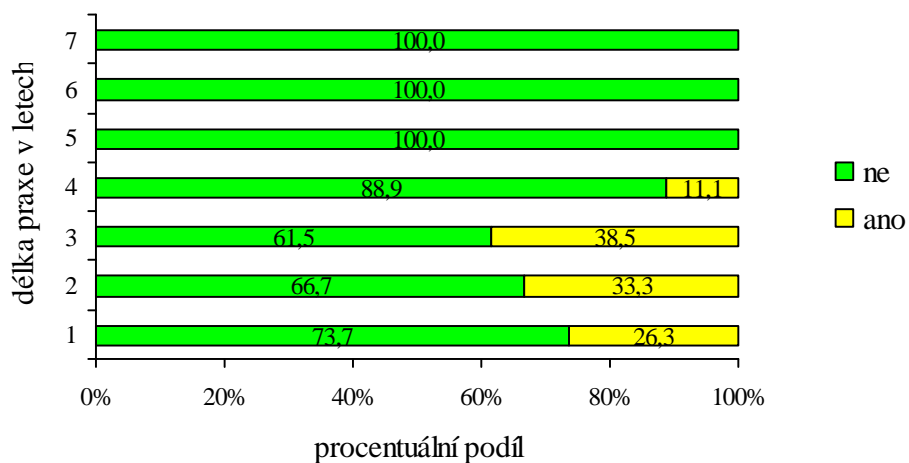
$p = 0,763$

### Distribuce podle školy



$p = 0,939$

### Distribuce podle délky pedagogické praxe



$p = 0,172$

N = 66

Obr. 5. Vyhodnocení otázky č. 4 „Míváte bolesti dolních končetin?“

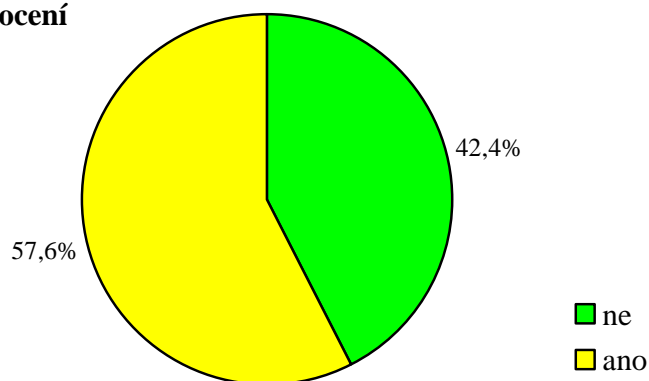
Otázka č. 5: Trpíte katary horních cest dýchacích?

Zmiňovanou otázkou jsme se pokusili zjistit, zda postihuje začínající učitele při výkonu jejich profese infekce horních cest dýchacích. Otázka byla rovněž uzavřená. Jestliže respondenti odpověděli kladně, uvedli jednak frekvenci tohoto onemocnění, a jednak se vyjádřili formou odpovědi ano nebo ne k další doplňující otázce soustředěné na onemocnění hlasivek. Výsledné odpovědi jsme znázornili v obrázku 6.

Z celkového počtu účastníků výzkumného šetření se 57,6 % vyjádřilo kladně. Z tohoto počtu 34,8 % uvedlo, že trpí infekcemi horních cest dýchacích několikrát ročně a současně i onemocněním hlasivek.

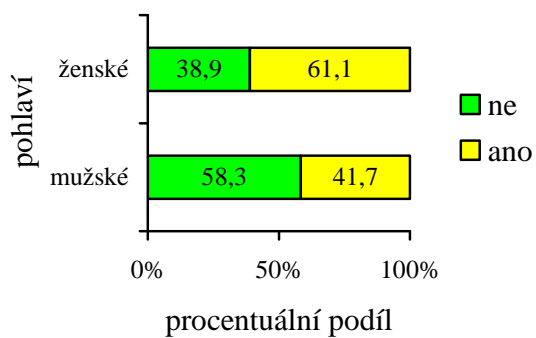
Z hlediska kategorizace dle pohlaví trpěly onemocněním prokazatelněji ženy, což bylo vyjádřeno 61,1 %. Rozdíl mezi jednotlivými typy škol nebyl v podstatě žádný, shodovaly se z 57 %. U délky pedagogické praxe nebyly rovněž vykazované výrazné rozdíly, výjimku tvořily druhý a šestý rok, kdy se v obou případech k onemocnění přiznalo přes 75 % respondentů.

### Celkové vyhodnocení



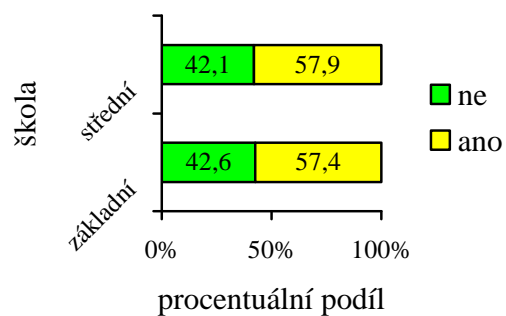
$p = 0,218$

### Distribuce podle pohlaví



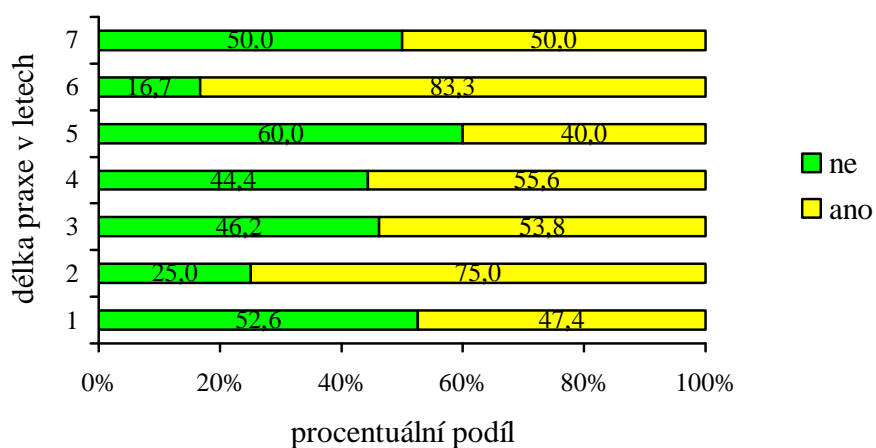
$p = 0,221$

### Distribuce podle školy



$p = 0,974$

### Distribuce podle délky pedagogické praxe



$p = 0,592$

$N = 66$

Obr. 6. Vyhodnocení otázky č. 5 „Trpíte katary horních cest dýchacích?“



#### Otázka č. 6: Kolikrát denně jíte?

První otázkou spadající do oblasti životního stylu jsme se snažili odhalit, kolik porcí jídel za den sní začínající učitel a současně kolik porcí je ze sděleného počtu teplých. Položená otázka byla otevřená, odpověď tedy vyžadovala doplnění jednotlivých počtů porcí.

Výsledky odpovědí zúčastněných respondentů jsme zobrazili v obrázku 7.

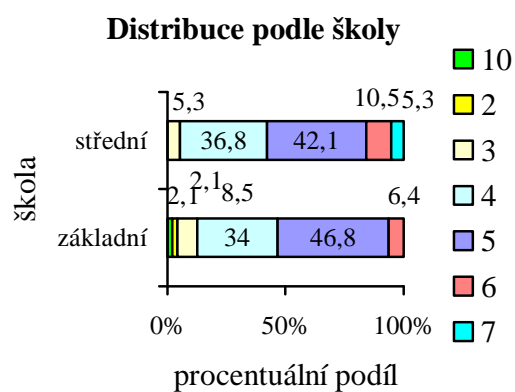
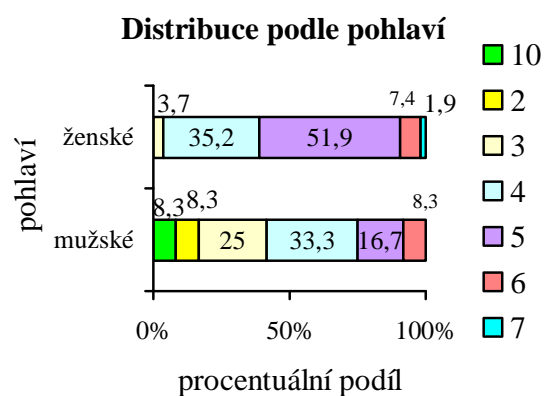
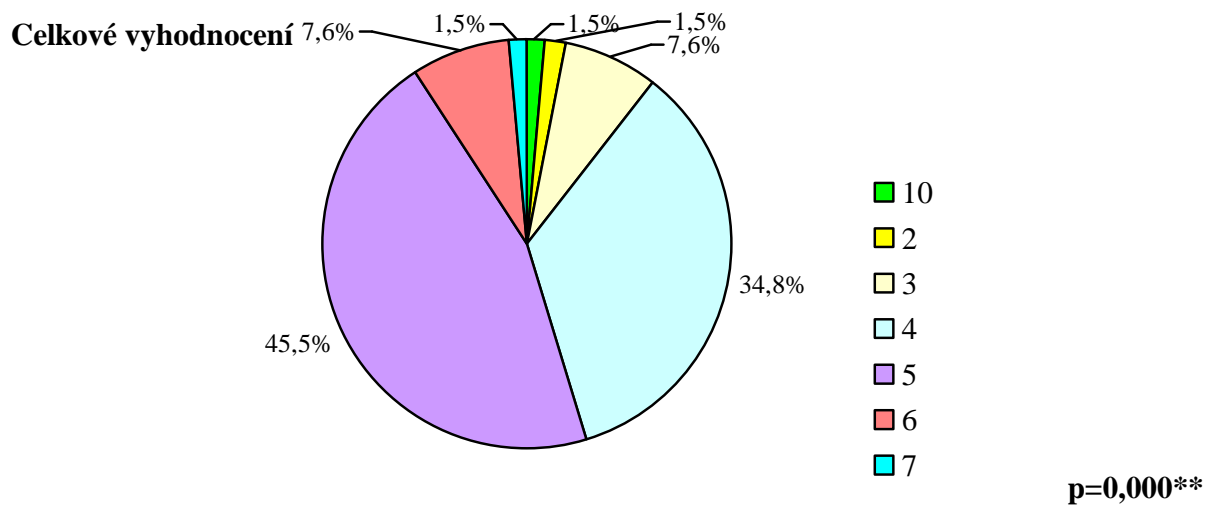
Z výzkumu bylo patrné, že většina účastníků sní 4-5 porcí denně, přičemž 4 porce jídla odpovídají 34,8 % a 5 porcí jídla 45,5 %. Nejvíce respondentů uvedlo, že denně sní jedno až dvě teplá jídla z celkového počtu jídel za den.

Dle konkrétního porovnání se muži a ženy téměř ztotožňovali na čtyřech porcích jídla, zatímco u mužského pohlaví zaujímal tento počet první pozici, u žen až pozici druhou. U začínajících učitelek tak dominovalo pět porcí jídla vyjádřených 51,9 %. Učitelé druhou příčku obsadili třemi porcemi jídla, což odpovídá 25 %. Respondenti ze základní a střední školy se rovněž shodovali z asi 30 % na čtyřech porcích a z více než 50 % na pěti porcích jídla. Podobné zastoupení bylo zjištěno i u počtu odpracovaných let, kdy opět převažovalo pět a čtyři porce jídla.

Z hlediska celkového vyhodnocení byla zjištěna významná statistická významnost.

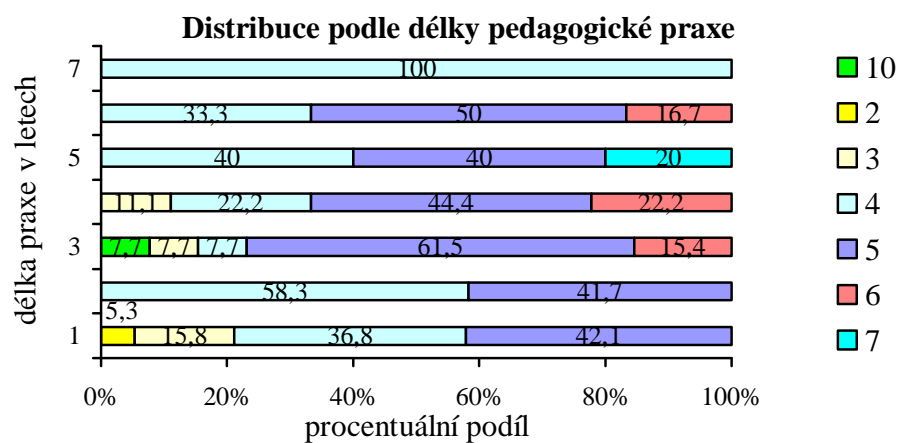
Tabulka 3 Průměrný denní počet porcí jídla

Počet jídel	Relativní vyjádření (%)	Z toho teplých jídel	Relativní vyjádření (%)
2	1,5	1	43,9
3	7,6	2	53,0
4	34,8	3	1,5
5	45,5	4	1,5
6	7,6	-	-
7	1,5	-	-



$p = 0,074$

$p = 0,557$



$p = 0,082$

$N = 66$

**Obr. 7. Vyhodnocení otázky č. 6 „Kolikrát denně jíte?“**

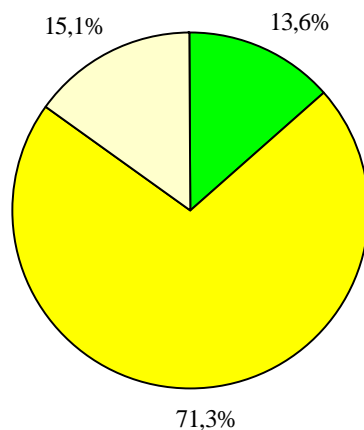
Otázka č. 7: Kolik průměrně vypijete tekutin denně?

Pro fungování lidského organismu je nezbytné určité množství vody. Cílem otázky bylo tedy zjistit, zda začínající učitelé pijí dostatek tekutin. Protože se jednalo o uzavřenou otázku, mohli si respondenti vybrat jednu ze tří nabízených odpovědí. Výsledná zjištění podává obrázek 8, který jsme zobrazili na následující straně.

Z celkového vyhodnocení vyplynulo, že až 71,3 % účastníků pilo průměrně dva litry za den. Z hlediska distribuce dle pohlaví byly výsledky vcelku vyrovnané, pouze o něco větší rozdíl byl vidět u kategorie tři a více litrů ve prospěch mužů. Obdobný stav byl zřetelný i z porovnání obou typů škol a z délky pedagogické praxe.

Při celkovém vyhodnocení byla zjištěna významná statistická významnost.

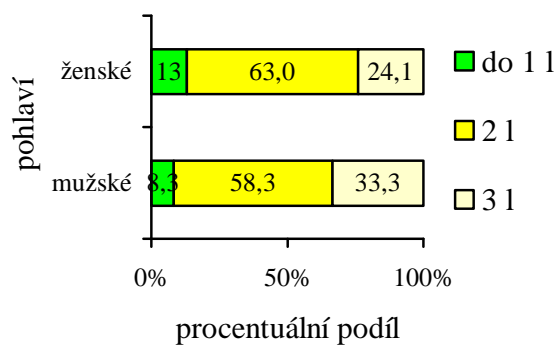
### Celkové vyhodnocení



do 1 l  
2 l  
3 l

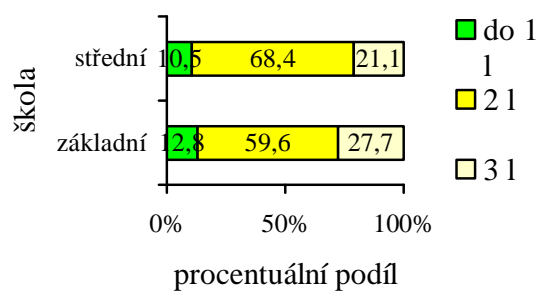
$p = 0,000^{**}$

### Distribuce podle pohlaví



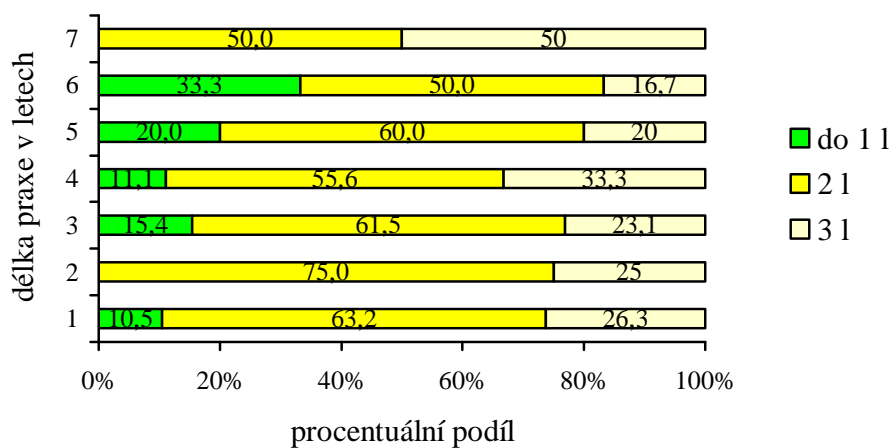
$p = 0,811$

### Distribuce podle školy



$p = 0,761$

### Distribuce podle délky pedagogické praxe



$p = 0,469$

$N = 66$

Obr. 8. Vyhodnocení otázky č. 7 „Kolik průměrně vypijete tekutin denně?“

Otázka č. 8: Pijete černou kávu (tj. obsahující kofein)?

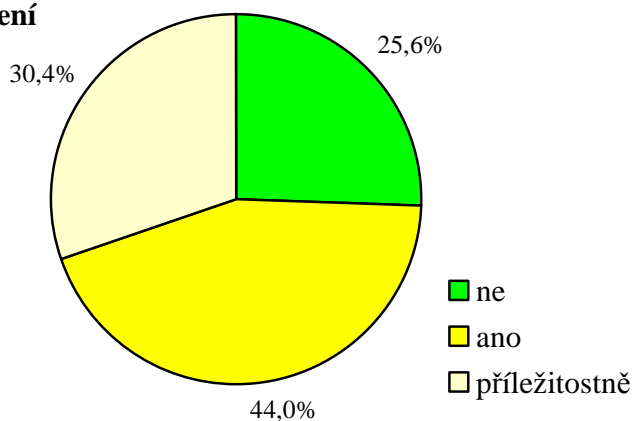
Danou otázkou jsme se dotazovali, jestli si začínající učitelé také dopřávají popíjení černé kávy s kofeinem. Uzavřená otázka disponovala odpovědí ano a ne. Kladná odpověď navíc vyžadovala doplnění počtu vypitých šálků za den.

Zpracované odpovědi jsme vyjádřili v obrázku 9.

Z celkového počtu respondentů 25,8 % nepilo kávu vůbec, 43,9 % naopak sdělilo, že si kávu dopřává pravidelně, zbývajících 30,3 % tvořili ti, kteří se věnují pití kávy příležitostně. Z těch, kteří pravidelně pili kávu, se zhruba 22,7 % přiklonilo k pití jednoho šálku za den.

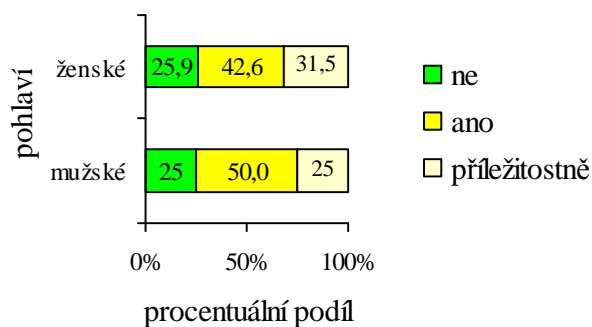
Z hlediska výzkumného šetření muži i ženy vykazovali velmi podobné výsledky v případě všech tří možností odpovědí. Výraznější odlišnost byla viditelná mezi typy škol především u těch, kteří vůbec neholdovali pití kávy. Tuto odpověď zastupovalo v případě základní školy 29,8 %, u střední školy jen 15,8 %, jinak byly zjištěné výsledky opět téměř totožné. V prvních třech letech a posléze i v pátém roce byla zjištěna převaha odmítavých odpovědí nad odpověďmi příležitostně, ve čtvrtém a sedmém roce pedagogické praxe se záporná odpověď zase vůbec nevyskytovala, pouze šestý rok je jakousi výjimkou, kdy převládalo příležitostné pití kávy nad ostatními odpověďmi. Je nutné ale dodat, že výsledky byly závislé na nerovnoměrném rozložení počtu respondentů z hlediska délky pedagogické praxe.

### Celkové vyhodnocení



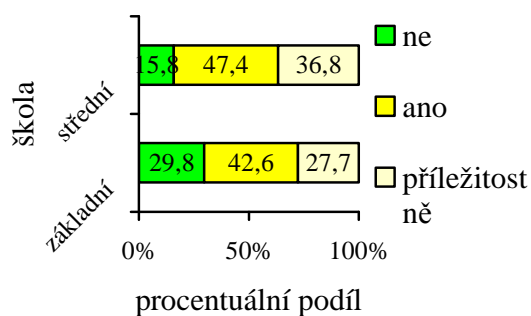
$p = 0,170$

### Distribuce podle pohlaví



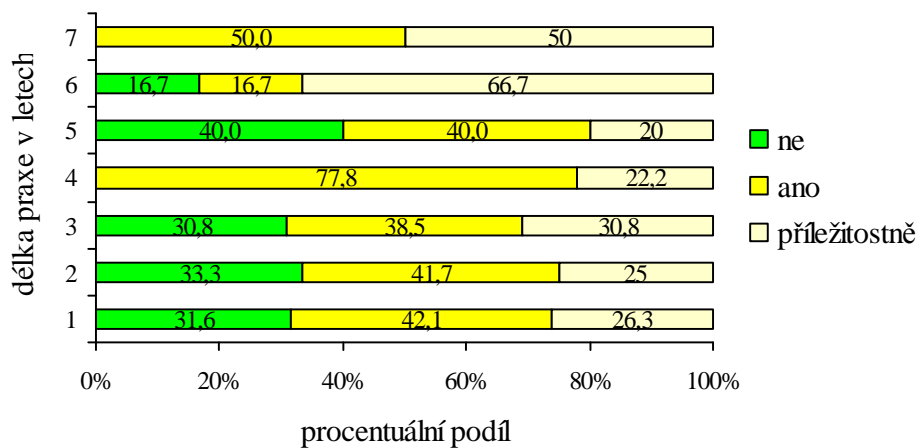
$p = 0,728$

### Distribuce podle školy



$p = 0,439$

### Distribuce podle délky pedagogické praxe



$p = 0,403$

$N = 66$

Obr. 9. Vyhodnocení otázky č. 8 „Pijete černou kávu (s kofeinem)?“

#### Otázka č. 9: Pijete alkoholické nápoje?

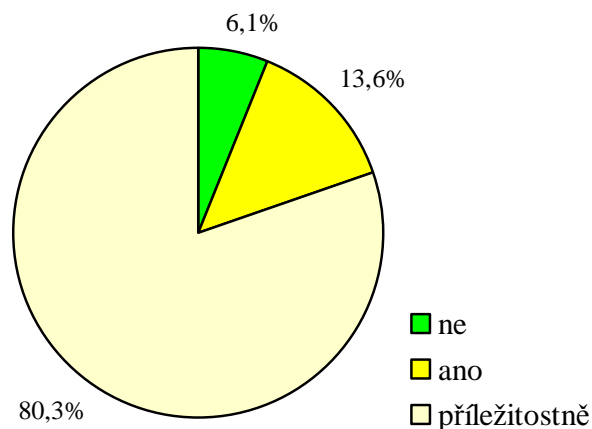
Předmětem této otázky bylo vysledovat pití alkoholických nápojů začínajícími učiteli. Uzavřená otázka skýtala odpovědi ano, ne a příležitostně. Jestliže respondenti odpověděli, že pijí alkohol příležitostně nebo alespoň dvakrát týdně, bylo třeba, aby využili některé z dodatečných, již stanovených odpovědí.

Výsledky výzkumu jsme zobrazili v obrázku 10. Z grafu bylo možné vyčíst, že příležitostně pilo alkoholické nápoje 80,3 % a alespoň dvakrát týdně pilo alkohol 13,6 %. Pouhých 6,1 % nepilo tedy alkohol vůbec. Téměř 94 % účastníků se vždy vyjádřilo k pití některého z nabízených nápojů. Ačkoli se o České republice hovoří jako o pivní velmoci, většina 59,1 % respondentů upřednostňovala pití vína.

75 % mužů a 81,5 % žen pilo alkoholické nápoje jen příležitostně, na tuto odpověď taktéž poukazovalo okolo 80 % respondentů z obou typů škol, obdobné byly i zjištěné výsledky u distribuce dle délky pedagogické praxe.

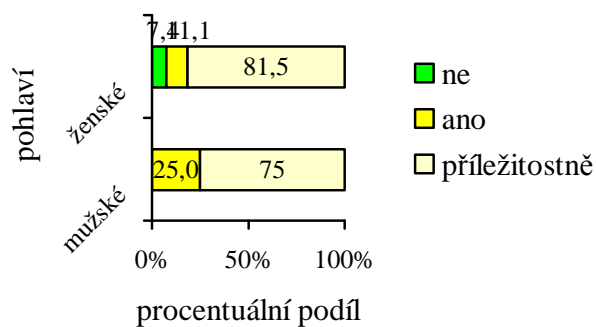
V rámci celkového vyhodnocení byla zjištěna významná statistická významnost.

### Celkové vyhodnocení



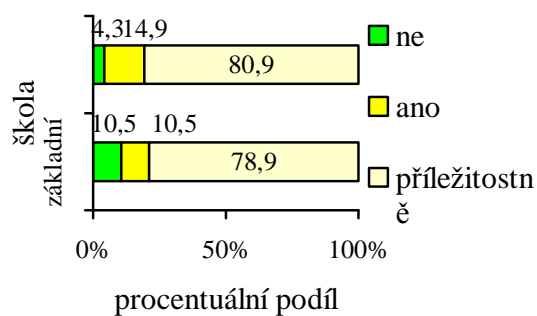
$p = 0,000^{**}$

### Distribuce podle pohlaví



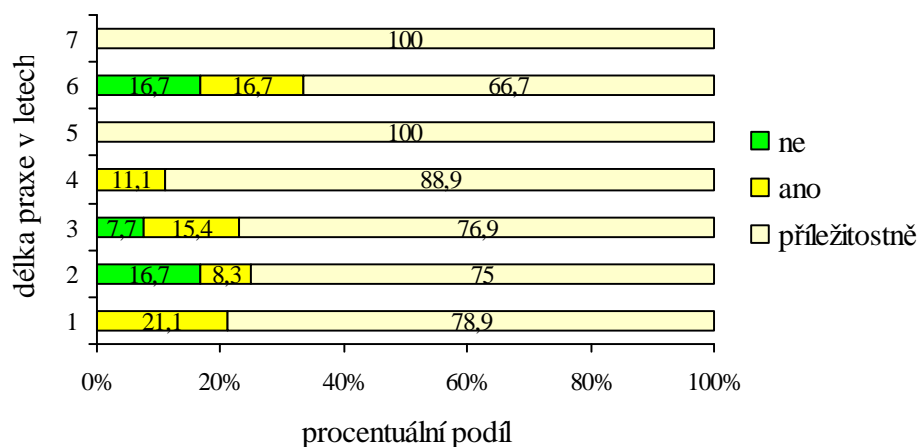
$p = 0,130$

### Distribuce podle školy



$p = 0,385$

### Distribuce podle délky pedagogické praxe



$p = 0,722$

$N = 66$

Obr. 10. Vyhodnocení otázky č. 9 „Pijete alkoholické nápoje?“



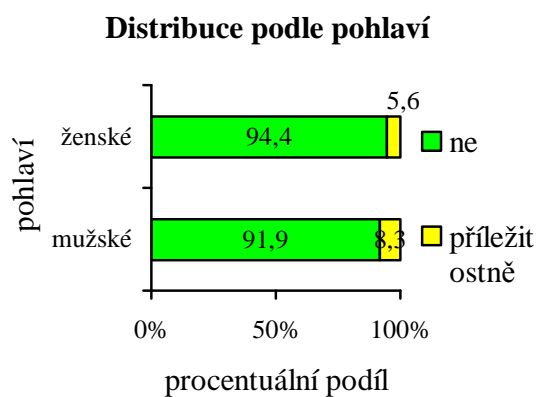
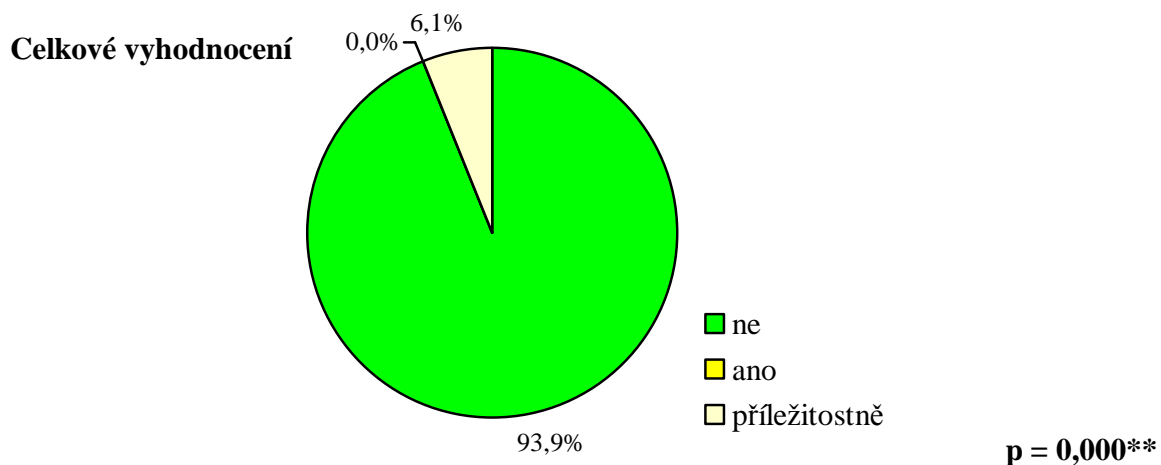
#### Otázka č. 10: Kouříte?

Uvedenou otázkou jsme se zajímali, zda také začínající učitelé podléhají tomuto zlovyku. Tato uzavřená otázka byla doplněna o údaj týkající se počtu vykouřených cigaret za den. K dodatečné otázce se vyjadřovali pouze ti respondenti, kteří jsou pravidelní kuřáci.

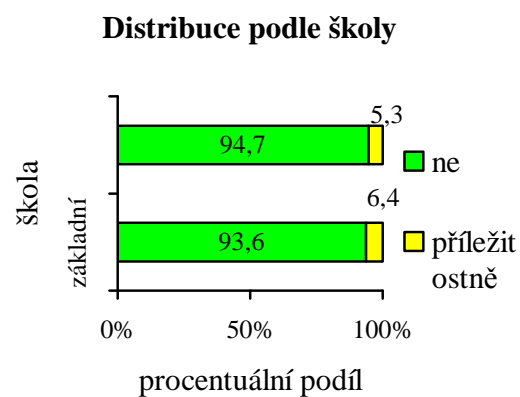
Odpovědi účastníků jsme zaznamenali v následujícím obrázku 11.

93,9 % dokazovalo, že respondenti nebyli právě příznivci kouření. Pouze jeden ze čtyř příležitostných kuřáků, sdělil, že vykouří tři cigarety za den. Žádný učitel tedy nekouřil pravidelně. Tyto výsledky byly patrné i z hlediska distribuce začínajících učitelů dle pohlaví, typů škol a délky pedagogické praxe.

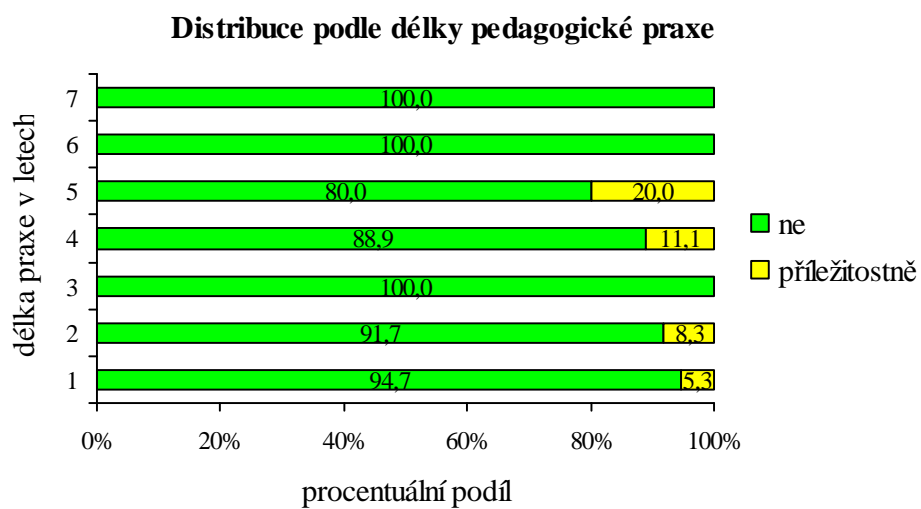
V případě celkového vyhodnocení byla zjištěna významná statistická významnost.



$p = 0,717$



$p = 0,864$



$p = 0,739$

$N = 66$

**Obr. 11. Vyhodnocení otázky č. 10 „Kouříte?“**

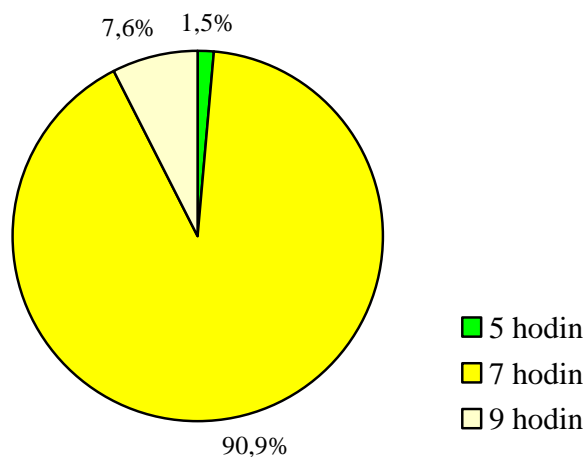
Otázka č. 11: Kolik hodin průměrně denně spíte?

Výsledkem dostatečného a pravidelného spánkového režimu je „odpočatost“, ta je důležitá proto, aby následující den každý, tedy i začínající učitelé, „fungovali“ co nejefektivněji jak v běžném životě, tak v zaměstnání. Účastníci si měli vybrat ze tří nabízených odpovědí, tj. průměrně spí maximálně šest hodin, nebo šest až osm hodin, případně více než osm hodin. Odpovědi respondentů jsme uvedli v obrázku 12.

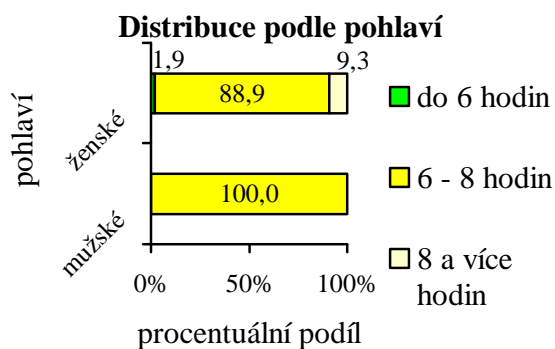
Většina odpovídajících se shodla na sedmihodinové délce spánku, což odpovídá 90,9 %. Z hlediska distribuce dle pohlaví se muži zcela ztotožňují na šesti až osmihodinové době spánku, avšak u žen je vidět patrný rozdíl. 88,9 % z nich sice poukázalo na stejné časové rozpětí jako muži, ale 9,3 % uvedlo, že si dopřává více než osm hodin spánku, naopak méně než šest hodin spí jen 1,9 %. Rozdíl mezi začínajícími učiteli ze základní a střední školy je taktéž nepatrný, většina z účastníků se přiklání k šesti až osmi hodinám spánku, zbylá část výzkumného vzorku se dělí mezi zmíněné dvě varianty odpovědi. Téměř stejné výsledky jsou vidět i z rozdělení učitelů dle délky pedagogické praxe, jen v prvním, ve třetím a v šestém roce vykazují začínající učitelé odlišnosti.

U celkového hodnocení byla zjištěna významná statistická významnost.

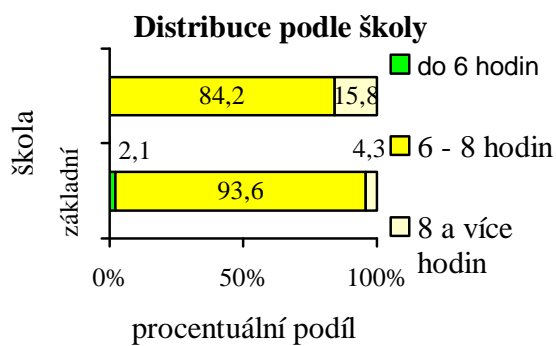
### Celkové vyhodnocení



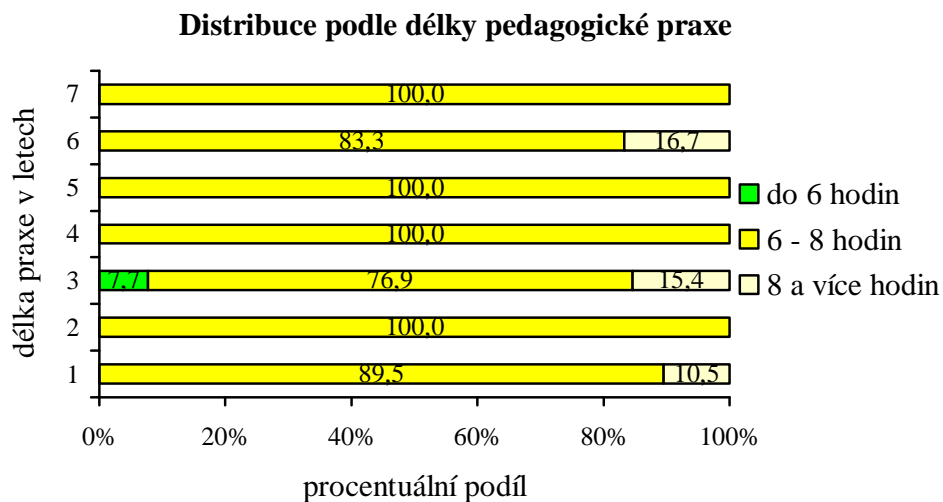
$p = 0,000^{**}$



$p = 0,423$



$p = 0,091$



$p = 0,872$

N = 66

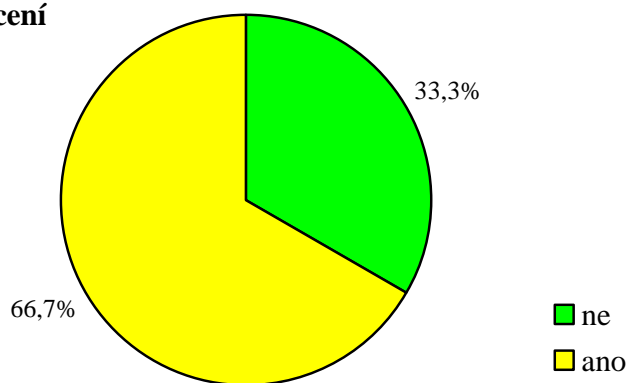
Obr. 12. Vyhodnocení otázky č. 11 „Kolik hodin průměrně denně spíte?“

Otázka č. 12: Užíváte pravidelně některé potravinové doplňky a léky?

Zejména v posledních letech se reklamy soustředí na účinky potravinových doplňků a léků. Otázka směřuje k tomu, jestli i začínající učitelé jim přikládají takový význam. Uzavřená otázka spočívala v odpovědích ano či ne. Podle výsledků uvedených v obrázku 13 lze sdělit, že více než polovina respondentů neužívá doplňky ani léky, přičemž z hlediska distribuce dle pohlaví lze hovořit až o 75 % mužů a 64,8 % žen. Oba typy škol vykazují v případě negativní odpovědi podobné výsledky, tedy základní škola ze 66 % a střední škola ze 68,4 %. Při porovnání odpovědí daných respondentů rozdělených dle délky pedagogické praxe opět výsledky dosahují minimálně 50 % hranice ve prospěch odpovědi ne, k opačnému případu došlo v pátém roce pedagogické praxe, kdy užívání příslušných látek potvrdilo 60 % respondentů. K nejčastějším uváděním potravinovým doplňků se řadil vitamín C a B, kyselina listová a zinek.

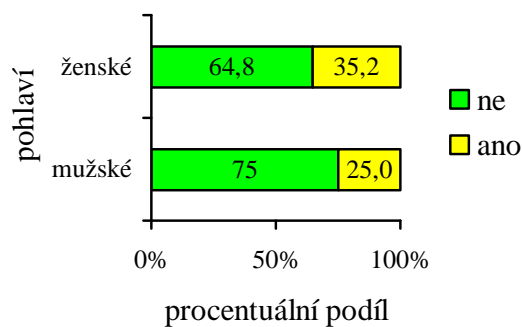
Z hlediska celkového vyhodnocení byla zjištěna statistická významovost.

### Celkové vyhodnocení



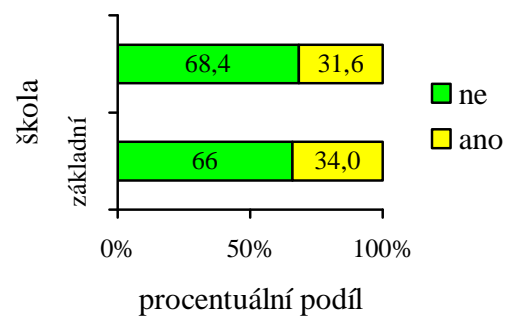
$p = 0,007^*$

### Distribuce podle pohlaví



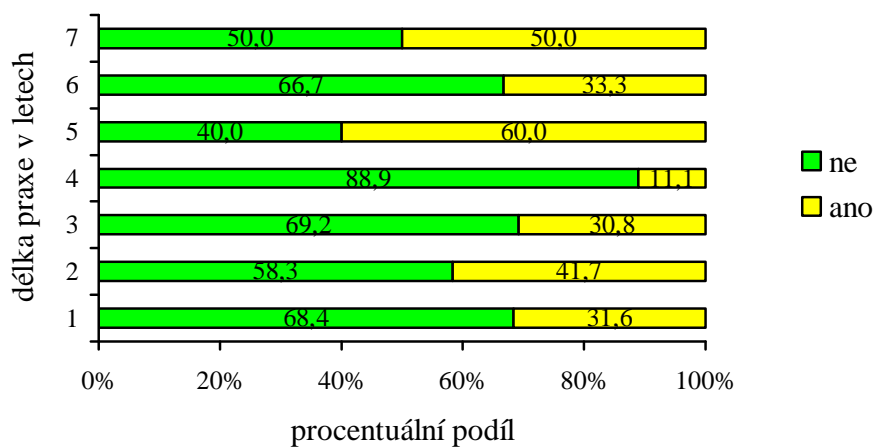
$p = 0,502$

### Distribuce podle školy



$p = 0,849$

### Distribuce podle délky pedagogické praxe



$p = 0,646$

$N = 66$

Obr. 13. Vyhodnocení otázky č. 12 „Užíváte pravidelně potravinové doplňky a léky?“

Otázka č. 13: Jakou formu relaxace volíte ve svém volném čase?

Cílem této otázky bylo zjistit, jakému druhu relaxace se začínající učitelé věnují. Otázka byla formulovaná sice jako uzavřená, ale bylo třeba, aby ke každé předepsané formě relaxace doplnili respondenti druh činnosti. U této otázky bylo možné zatrhnout více odpovědí. Výsledky odpovědí účastníků jsme zobrazili v obrázku 14a a 14b.

Více než polovina respondentů, tj. 51,6 % sdělilo, že upřednostňuje duševní a pasivní relaxaci, z dalších nabízených způsobů relaxace zaujímá významnější pozici už jen duševní včetně fyzické relaxace a samostatně fyzická, ty dosahují v obou případech 13,6 %. Zvolený druh relaxace je odlišný, ženy preferují spíše duševní, muži zase fyzický. Z hlediska srovnávání mezi pozorovanými typy škol se nejvíce respondentů, tj. 53,2 % ze základní školy a 47,4 % ze střední školy, přiklonilo k duševní formě relaxace. Nezávisle na délce pedagogické praxe se začínající učitelé snaží provozovat všechny druhy relaxace, rovněž má v jejich volném čase nezastupitelnou pozici i duševní a fyzická relaxace, naproti tomu duševní relaxaci se věnuje minimum respondentů.

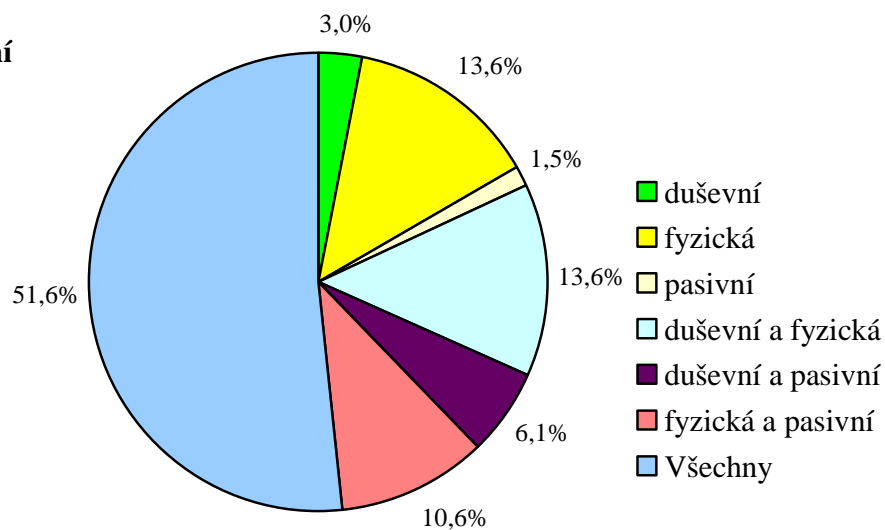
Při celkovém vyhodnocení byla zjištěna významná statistická významnost.

**Tabulka 4 Způsoby relaxace (v %)**

<b>Druhy „duševní“ relaxace</b>	<b>Vyjádření v %</b>	<b>Druhy „fyzické“ relaxace</b>	<b>Vyjádření v %</b>	<b>Druhy „pasivní“ relaxace</b>	<b>Vyjádření v %</b>
<b>Četba</b>	<b>51,5</b>	<b>Sport</b>	<b>47,0</b>	<b>Doma</b>	<b>43,9</b>
<b>Hudba</b>	<b>1,5</b>	<b>Fyzická práce</b>	<b>10,6</b>	<b>Venku</b>	<b>9,1</b>
<b>Ruční práce</b>	<b>4,5</b>	<b>Tvořivá činnost</b>	<b>1,5</b>	<b>Příroda</b>	<b>0,0</b>
<b>Relaxace s přáteli</b>	<b>0,0</b>	<b>Relaxace v přírodě</b>	<b>6,1</b>	<b>Relaxace s přáteli</b>	<b>4,5</b>
<b>Četba a hudba</b>	<b>6,1</b>	<b>Sport a fyzická práce</b>	<b>10,6</b>	<b>Doma a venku</b>	<b>9,1</b>
<b>Četba a ruční práce</b>	<b>6,1</b>	<b>Sport a relaxace v přírodě</b>	<b>10,6</b>	<b>Doma a relaxace s přáteli</b>	<b>1,5</b>
<b>Ruční práce a relaxace s přáteli</b>	<b>1,5</b>	<b>Fyzická práce a relaxace v přírodě</b>	<b>1,5</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>Vše</b>	<b>3,0</b>	<b>Sport a fyzická práce a relaxace v přírodě</b>	<b>1,5</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

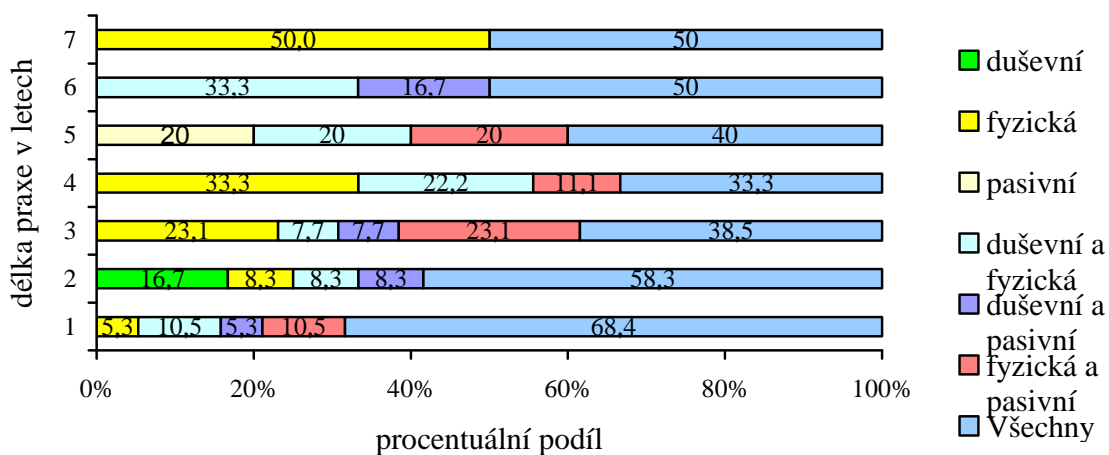


### Celkové vyhodnocení



$p = 0,000^{**}$

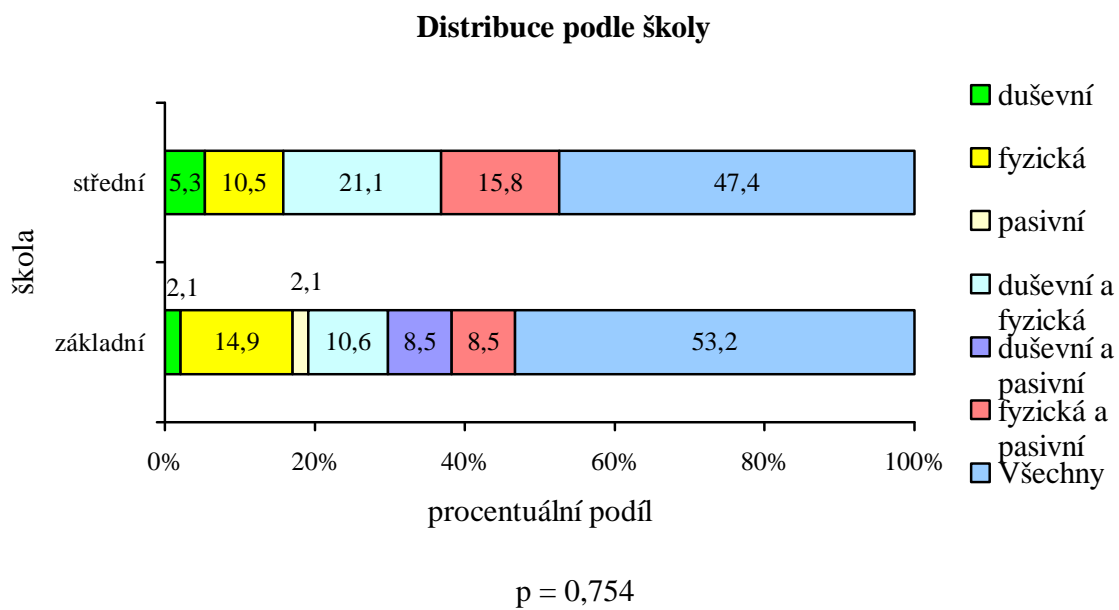
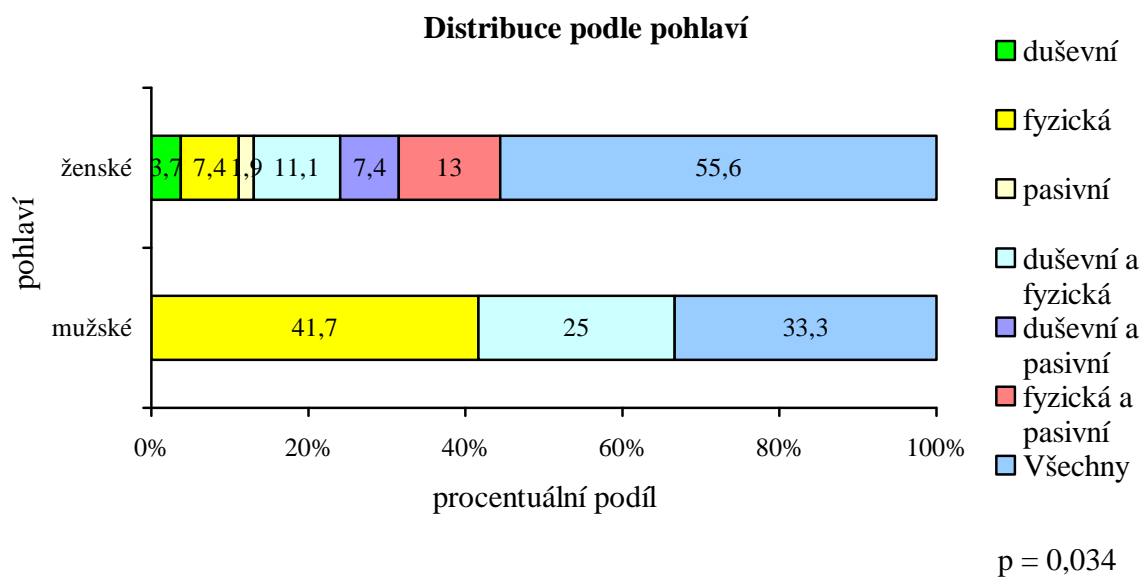
### Distribuce podle délky pedagogické praxe



$p = 0,529$

$N = 66$

Obr. 14a. Vyhodnocení otázky č. 13 „Jakou formu relaxace volíte ve svém volném čase?“



N = 66

**Obr. 14b. Vyhodnocení otázky č. 13 „Jakou formu relaxace volíte ve svém volném čase?“**

## 7 DISKUSE

V této kapitole se pokusím podat interpretaci výsledků zjištěných z výzkumného šetření. V rámci výzkumu jsem stanovila tři výzkumné problémy, které vyplývají z třinácti otázek obsažených v dotazníku. Jednotlivé otázky jsou uspořádány do dvou oblastí, a to životního stylu a zdravotního stavu. Přitom každá otázka zahrnovala distribuci účastníků dle pohlaví, typu školy a délky pedagogické praxe.

**První výzkumný problém se týkal zájmu začínajících učitelů o svůj zdravotní stav.**

Zjištěné výsledky jasně ukazují, že až 92,4 % respondentů projevuje zájem o svůj zdravotní stav, přičemž rozdíly mezi jednotlivými distribucemi jsou minimální. V případě další výzkumné otázky, která je součástí již zmiňovaného výzkumného problému, se prokázalo, že 54,5 % začínajících učitelů netrpí bolestmi zad. Zatímco při porovnání dle pohlaví a typu školy nedošlo k přílišným výkyvům, u délky pedagogické praxe se výsledky mírně liší, zejména ve druhém roce, kdy má tyto bolesti 58,3 %, v roce třetím, zde už postihují problémy se zády 61,5 % a konečně také v sedmém roce, kdy jimi trpí celých 100 %. Další otázka se týkala bolestí hlavy. Stejně jako u předchozí otázky i zde mírně převažuje záporná odpověď vyjádřená 56,1 %. Zajímavá jsou srovnání mezi pohlavím, muži totiž ze 75 % těmito problémy netrpí na rozdíl od 48,1 % žen, které mají opačné potíže. Také typy škol vykazují odlišné výsledky. Zatímco 73,7 % začínajících učitelů ze střední školy tyto bolesti nemá, 51,1 % respondentů ze základních škol jimi naopak trpí. Délka pedagogické praxe zásadním způsobem ale neovlivňuje sledované potíže, většinou se pohybují výsledky kolem 50 % ve prospěch záporné odpovědi, výjimku pouze tvoří pátý a čtvrtý rok. Na základě odhalených výsledků z následující otázky soustředěné na bolesti dolních končetin je možné konstatovat, že až 77,3 % respondentů nepocituje žádné potíže. Obdobně nejsou viditelné rozdíly ani u jednotlivých členění dle pohlaví, typu školy a délky pedagogické praxe. Cílem poslední otázky bylo objasnit, nakolik se respondenti při výkonu své profese trápí katarý horních cest dýchacích. Výsledky dokazují, že infekcemi horních cest dýchacích trpí 57,6 % sledované populace, přitom jsou jimi postihnuty z 61,1 % hlavně ženy. Účastníci ze základní a střední školy se téměř shodují na asi 58 % ve prospěch kladné odpovědi.

Opačně je tomu u distribuce dle délky pedagogické praxe, pouze druhý a šestý rok výrazně vybočuje, poněvadž výsledky v tomto případě dosahují zhruba 80 % v případě potíží s katary.

### **Druhý výzkumný problém se dotýkal problematiky životního stylu.**

První výzkumná otázka v této oblasti spočívala ve zjištění průměrného počtu denních jídel včetně těch porcí, které byly z uvedeného počtu teplé. Respondenti se nejčastěji přiklánějí ke čtyřem a pěti porcím, které odpovídají 34,8 % a 45,5 %, z toho jednu teplou porci sní 43,9 % a dvě teplé porce až 53 %, k dalšímu uvedenému počtu tří a čtyř porcí se vztahují pouhá 1,5 %. Z výzkumu se také prokázalo, že 51,9 % žen pravidelně sní pět porcí, z hlediska čtyř porcí jsou na tom obě pohlaví podobně, tedy kolem 30 %. Rozdělení účastníků dle typu školy a délky pedagogické praxe rovněž dokazuje převahu čtyř a pěti porcí.

Druhou výzkumnou otázkou bylo zjišťováno průměrné množství tekutin za den. Výsledky prokázaly, že 71,3 % respondentů pije pravidelně denně kolem dvou litrů tekutin. Tyto hodnoty se nijak nelišily ani u jednotlivých rozlišení dle pohlaví, typu školy a délky pedagogické praxe, vždy se dotýkaly minimálně 50 %.

Následující otázka se zabývá pitím černé kávy obsahující kofein. 44 % respondentů uvádí, že pravidelně pije černou kávu, naproti tomu pouhých asi 25,6 % ji nepije vůbec. Nicméně kolem 40 % se pohybují také zjištěné výsledky rozlišené podle pohlaví, typu školy a délky pedagogické praxe. Výjimkou v poslední kategorii je šestý rok pedagogické praxe, kdy 66,7 % účastníků sdělilo, že pije kávu pouze příležitostně.

Na otázku, zda respondenti pijí také alkoholické nápoje, 80,3 % sdělilo, že jen příležitostně, dalších 13,6 % pije alkohol v podobě piva, vína či destilátů alespoň dvakrát do týdne, zbylých 6,1 % jej odmítá. Veškeré zjištěné údaje dle pohlaví, typu školy a délky pedagogické praxe rovněž poukazují na příležitostné pití alkoholu. Studie Jansy, Kováře (2010) také prokázala, že učitelé jsou spíše příležitostnými uživateli alkoholu. K příležitostnému popíjení alkoholu se přiznalo 68 % učitelů do třiceti pěti let věku, 14 % pije alkohol pravidelně, 18 % ho dokonce nepije vůbec.

Co se týče kuřáctví, k příležitostnému kouření se přiznalo 6,1 % respondentů, zbylých 93,9 % kouření odmítá. Tyto získané hodnoty jsou patrné i z distribuce účastníků dle pohlaví, typu školy a délky pedagogické praxe. Jansa, Kovář (2010) provedli výzkum týkající se vybraných determinant životního stylu učitelů základních škol, mezi zkoumanými faktory bylo i kouření.

Z jejich studie vyplývá, že učitelé jsou převážně nekuřáci (více než 80 %), s přibývajícím věkem se ale procentu příležitostných kuřáků zvyšuje. Nejméně kuřáků je v kategorii do třiceti pěti let, což částečně odpovídá mému výzkumnému vzorku.

Průměrným počtem hodin spánku za den se zabývá další otázka. V 90,9 % se respondenti shodli na asi sedmi hodinách spánku. Do kategorie šesti až osmi hodin spánku spadá celých 100 % mužů. Asi 15 % žen si dopřává více než osm hodin spánku za den. Andrade et al. (1993), a Levy et al. (1986) prokázali na základě výzkumu zaměřeného na spánkový režim, že ženy vyžadují delší dobu spánku než muži, což potvrzuje zjištěné údaje v mém výzkumném šetření. Přes 90 % učitelů ze základních škol také uvádí, že spí šest až osm hodin denně, naproti tomu asi 15,8 % středoškolských učitelů spí více než osm hodin denně. Kromě šestého odpracovaného roku, kdy 7,7 % účastníků spí dokonce méně než šest hodin, se opět zbylá část přiklání ke střední kategorii. Na otázku, zda respondenti užívají pravidelně potravinové doplňky a léky, odpovědělo 66,7 % kladně. Navzdory tomuto zjištění učitelé rozdělení dle daných kategorií spíše zamítají jejich užívání.

### **Třetím výzkumným problémem se sledoval způsob zvolené relaxace ve volném čase.**

51,6 % začínajících učitelů se snaží relaxovat všemi nabízenými způsoby, druhé nejvyšší hodnoty, tj. 13,6 %, dosahují relaxace fyzická a relaxace duševní včetně předchozí zmiňované. Při porovnání mužů a žen, zaujímala v případě mužského pohlaví 41,7 % prim fyzická relaxace, u žen byla na první pozici s 55,6 % kategorie zahrnující všechny formy relaxace. Převážné procento účastníků z obou typů škol se shodlo na kombinované formě relaxace (kategorie Všechny). Především výsledku odpovídá i distribuce respondentů dle délky pedagogické praxe. Tabulka 4 poukazuje na možnosti duševní, fyzické a pasivní relaxace. Vzhledem k duševní relaxaci se až 51,5 % respondentů věnuje četbě, 6,1 % kombinuje tento způsob relaxace s hudbou či ručními pracemi, ostatní kategorie (hudba, ruční práce, kombinace ruční práce a relaxace s přáteli včetně všech uvedených forem relaxace se pohybují od 1,5 % do 4,5 %). Z hlediska fyzické relaxace se začínající učitelé soustředí zejména na sport, tj. 47 %, dále jeho kombinace s fyzickou prací a relaxací v přírodě zajímaly 10,6 % stejně jako fyzická práce jako taková. Zbylé uvedené způsoby relaxace se pohybují v rozmezí od 1,5 % do 6,1 %. Až 43,9 % účastníků výzkumného šetření pasivně relaxuje doma. Relaxaci venku nebo spojení obou již zmíněných

druhů relaxace se věnovalo 9,1 %. Z výzkumu také vyplynulo, že žádný z respondentů nerelaxuje v přírodě, pouhých 4,5 % relaxuje s přáteli či 1,5 % uplatňuje předchozí relaxaci v kombinaci s relaxací v domácím prostředí.

Anderson (1999) se zabýval vztahem relaxace a pracovního stresu. K danému zjištění pracoval se skupinou o třiceti dvou učitelích, i přestože je tato skupina malá, svým výzkumem prokázal, že relaxace snižuje pracovní stres.

Uvědomuji si, že některá výsledná zjištění, zejména u délky pedagogické praxe, nemusí být zcela jednoznačná. Tento stav může být dán tím, že sledované roky nejsou zastoupeny stejným počtem respondentů. Ale i přesto si myslím, že jsem prostřednictvím výzkumu došla k zajímavým závěrům, kterými jsem odhalila životní styl začínajících učitelů v kraji Vysočina. Dle mého názoru by bylo vhodné navázat na tento výzkum dalším podobně laděným výzkumným šetřením. Mohla bych tak porovnat životní styl začínajících učitelů z různých krajů, čímž bych zajisté došla k pozoruhodným závěrům.

## ZÁVĚR

Diplomovou prací jsem zkoumala zdravý životní styl začínajících učitelů v kraji Vysočina. Výzkumu se účastnilo celkem šedesát šest respondentů ze základních a středních škol. Při zpracování dat jsem rozdělovala účastníky dle pohlaví, typu školy a délky pedagogické praxe, což jsem posléze zohledňovala při vyhodnocování jednotlivých výzkumných problémů.

Práce na samotném výzkumu jsem započala na konci měsíce září, kdy jsem buď telefonicky, nebo osobně předala svou žádost o provedení výzkumného šetření řediteli dané školy. S jeho souhlasem jsem pak mohla oslovit příslušné začínající učitele.

S ohledem na výzkum jsem si nejdříve stanovila tři výzkumné problémy, které jsem se prostřednictvím získaných dat, snažila zodpovědět (vyřešit). V rámci prvního výzkumného problému jsem sledovala zájem začínajících učitelů o jejich zdravotní stav. Odpovědi respondentů daný zájem jasně potvrdily (92,4 %). V souvislosti se zdravotním stavem jsem se také dotazovala na bolesti zad, hlavy, dolních končetin či trpí-li začínající učitelé katary horních cest dýchacích. Z výsledků vyplynulo, že kromě onemocnění horních cest dýchacích, kterým trpí 57,6 %, respondenti nevykazují závažné potíže, poněvadž záporně se jich u zmiňovaných třech kategorií vyjádřilo vždy přes 50 %. Druhý výzkumný problém spočíval v tom, zda začínající učitelé vedou zdravý životní styl. Z uvedených výsledků lze říci, že začínající učitelé vcelku dbají na svůj životní styl. Dokladem jsou čtyři až pět porcí jídla za den, k nimž se přiklonilo nejvíce respondentů, tj. 34,8 % ke čtyřem a 45,5 % k pěti porcím, dále přibližně dva litry tekutin za den vypije 71,3 % respondentů, nebo v průměru sedm hodin spánku denně si dopřává 90,9 % účastníků. Stejně tak 93,9 % z celkového vzorku uvedlo, že vůbec nekouří, doplňky stravy, případně léky neužívá přes 50 % učitelů či 80,3 % z nich pije alkohol pouze příležitostně. K pití černé kávy se ale přiznalo 43,9 %. Třetí výzkumný problém se vztahoval k relaxaci začínajících učitelů. Všichni dotazovaní vždy sdělili některý z nabízených druhů relaxace. Z tohoto lze usoudit, že si dokáží zorganizovat svůj denní režim tak, aby si našli také čas pro sebe a odreagovali se tak od každodenních starostí.

Na základě výsledků z výzkumného šetření se domnívám, že začínající učitelé vedou vcelku zdravý životní styl a současně je jejich zdravotní stav relativně dobrý. Ale aby tomu tak bylo i nadále, Blažková, Malá (2007, In Rodina a škola) tvrdí, že je třeba se učitelům věnovat

z hlediska zkvalitňování jejich pregraduálního a postgraduálního vzdělávání včetně prevence v oblasti zdravého životního stylu, jenž zahrnuje otázky zvládání nadměrného stresu, výživy, pohybové aktivity aj.



## SOUHRN

Klíčová slova:

Životní styl, zdravý životní styl, začínající učitelé, determinanty zdravého životního stylu, zdravotní stav.

Tématem této diplomové práce je zdravý životní styl začínajících učitelů. V průběhu celé práce se prolíná snaha přiblížit a objasnit danou problematiku čtenáři.

Na rozdíl od lékařů, právníků či počítačových programátorů musí učitelé vykonávat veškeré pracovní povinnosti již od počátku nástupu do pracovního procesu. Mnohdy také zažívají tzv. počáteční šok, který plyne z rozporu mezi ideály, jež si vytvořili během studia na vysoké škole, a praxí. Je tedy snad přímo nezbytností, aby je po určitou dobu pedagogické praxe provázel uvádějící učitel, který by měl dotyčnému začínajícímu učiteli pomoci se ve škole a školských dokumentech zorientovat. Jak je vidět, mladý, nezkušený učitel, kterého blíže je od prvního okamžiku výkonu své profese postaven před náročné, ba až velmi zatěžující úkoly, jež může vyhodnotit dokonce jako stresové. Ty se mohou při dlouhodobém negativním působení odrazit i na jeho zdraví. Proto je důležité, aby začínající učitel dodržoval co nejzdravější životní styl.

Zdravý životní styl sestává zejména z vhodné (zdravé) stravy, dostatečného pohybu a spánku, duševní hygieny a relaxace, s níž souvisí volný čas. Tyto determinanty byly obsaženy i ve výzkumu, který byl provedený formou dotazníkové metody. Celkový výzkumný vzorek činil šedesát šest respondentů, z toho bylo 81,8 % žen a 18,8 % mužů. Začínající učitelé pocházeli ze základních a středních škol v kraji Vysočina.

Z uvedeného výzkumného šetření se prokázalo, že učitelé vedou vcelku zdravý životní styl, což dokazují příslušné výzkumné závěry. Domnívám se, že si tak sledovaná populace učitelů uvědomuje vliv životního stylu na jejich zdravotní stav, který následně ovlivňuje jejich pracovní výkon a celkový život.

## SUMMARY

Keywords:

Lifestyle, healthy lifestyle, young teachers, determinants of a healthy lifestyle and health.

The topic of this thesis is a healthy lifestyle of young teachers. There is effort to clarify the topic to the readers. Unlike doctors, lawyers and computer programmers, teachers must perform all duties, connected with teaching since the very beginning of their teaching practise. They often also experience the initial shock. This shock derives from the contradiction between the ideals, which have developed during their studies at the university, and the reality. It is therefore necessary for a young teacher to have a guide teacher for a certain period of time.

This guide teacher would help to the young teacher to get familiar with all duties connected with teaching. As it can be seen, young, inexperienced teachers face from the very first moment of their teaching challenging tasks that can be evaluated even as stressful. These long-term negative effects can have negative impact on their health. Therefore, it is important for the young teacher to have also a healthy lifestyle. A healthy lifestyle consists mainly of a proper diet, physical activity, enough sleep, mental hygiene and relaxation. These factors were included in research, which was conducted by using a questionnaire method. The total research sample included sixty-six respondents. 81.8% of the respondents were women and 18.8% men. Specifically were watched teachers at primary and secondary schools in the region of Vysočina, Czech Republic, who were not older than thirty years. This research showed that teachers lead a healthy lifestyle in general. I believe that abovementioned sample of teachers was aware of the impact of their lifestyle on their health, their teaching and overall life.

## REFERENČNÍ SEZNAM

V této kapitole uvádím seznam použité literatury.

- ASTL, J., ASTLOVÁ, E., MARKOVÁ, E. *Jak jíst a udržet si zdraví aneb Vyvážený zdravý životní styl pro každý den*. 1. vyd. Praha: Maxdorf, 2009. s. 328. ISBN 978-80-7345-175-2.
- BALÁČKOVÁ, Z. Vybrané aspekty osobnosti středoškolského učitel'a. In A. Sandanusová, B. Matejovičová, R. Dytrtová, *Sborník příspěvků „Příprava učitelů v kontextu evropského vzdělávání“*. 1. vyd. Praha: Educo, a. s., 2008. s. 61 – 64. ISBN 978-80-7399-458-7.
- BLAHUTKOVÁ, M., ŘEHULKA, E., DVOŘÁKOVÁ, Š. *Pohyb a duševní zdraví*. 1. vyd. Brno: Paido, 2005. s. 78. ISBN 80-7315-108-1.
- COUFALOVÁ, J. *Hledisko kvality v přípravě učitelů*. 1. vyd. Plzeň: Západočeská univerzita, 2010. s. 204. ISBN 978-80-7043-869-5.
- ČERMÁK a kol. *Výživa člověka*. 1. vyd. České Budějovice: JU, Zemědělská fakulta, 2002. s. 224. ISBN 80-7040-576-7.
- DYTRTOVÁ, R. Začínající učitel – výsledky výzkumů realizovaných v rámci pregraduální přípravy učitelů. Brno: Tribun EU, 2008. s. 88. ISBN 978-80-7399-596-6.
- DYTRTOVÁ, R., KRHUTOVÁ, M. *Učitel – příprava na profesi*. Praha: Grada Publishing a. s., 2009. s. 129. ISBN: 978-80-247-2863-6.
- FALTÝSKOVÁ, J. *Volný čas a odpočinek*. 1. vyd. Brno: PdF MU, 1996. s. 37. ISBN 80-210-1274-9.
- FOŘT, P. *Výživa pro dokonalou kondici a zdraví*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2005. s. 184. ISBN 80-247-1057-9.
- FOŘT, P. *Co jíme a pijeme*. Praha: Olympia a. s., 2003. s. 252. ISBN 80-7033-814-8.
- GLUCHMANOVÁ, M. Vývoj profesijní etiky učitel'a na Slovensku a v Čechách v 20. století. In M. Gluchmanová & V. Gluchman. *Profesijní etika učitel'a*. 1. vyd. Brno: Tribun EU, 2009. s. 10-53. ISBN 978-80-7399-827-1.
- HÁJEK, B., HOFBAUER, B., PÁVKOVÁ, J. *Pedagogika volného času*. 3. vyd. Praha: UK, 2003. s. 105. ISBN 80-7290-128-1.

- HENNIG, C., KELLER, G. *Antistresový program pro učitele*. Praha: Portál, 1996. s. 99. ISBN 80-7187-093-6.
- HELLER, J., PECINOVSKÁ, O. *Pavučina závislosti*. Praha: Togga, 2011. s. 215. ISBN 978-80-87258-62-0.
- HELLER, J. Doléčování. In J. HELLER, O. PECINOVSKÁ. *Pavučina závislosti*. 1. vyd. Praha: Togga, 2011. s. 147-158. ISBN 978-80-87258-62-0.
- HELLER, J. Léčba závislostí. In J. Heller, O. Pecinová. *Pavučina závislosti*. 1. vyd. Praha: Togga, 2011. s. 121 - 136. ISBN 978-80-87258-62-0.
- HEŘMANOVÁ, V. *Profesní sebepojetí učitelů*. 1. vyd. Ústí nad Labem: UJEP, 2004. s. 192. ISBN 80-7044-618-8.
- HLADKÝ, A., ŽÍDKOVÁ, Z. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže*. Praha: UK, 1999. s. 78. ISBN 80-7184-890-5.
- CHRÁSKA, M. *Základy výzkumu v pedagogice*. 2. vyd. Olomouc: UP, 1998. s. 257. ISBN 80-7067-798-8.
- KADLČÍK, M. *Osobnost v zátěži*. 1. vyd. Stráž pod Ralskem: Justiční akademie, 2004. s. 58. ISBN 80-239-6223-X.
- KANTOVÁ, J., KANT, J. *Léčivá moc vitamínů, bylin a minerálních látek*. 1. vyd. Praha: Reader's Digest Výběr, 2001. s. 416. ISBN 80-86196-24-0.
- KEBZA, V. *Zdravý životní styl*. 1. vyd. Jihlava: Idea, 1998. 1 svazek.
- KOL. AUTORŮ. *Slovník základních pojmů z psychologie*. 1. vyd. Praha: Fortuna, 2000. s. 80. ISBN 80-7168-683-2.
- KOHOUTEK, R. *Základy psychologie osobnosti*. 1. vyd. Brno: CERM, 2000. s. 263. ISBN 80-720-4156-8.
- KREJČÍ, I. *O kávě a čaji*. 1. vyd. Praha: Grada, 2000. s. 100. ISBN 80-7169-535-1.
- KŘEMÉNKOVÁ, L. Pohled na motivaci učitele. In J. Šimíčková-Čížková, *Psychologické aspekty v práci učitele*. 1. vyd. Ostrava: PdF Ostravská univerzita, 2010, s. 26 - 38. ISBN 978-80-7368-913-1.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha: Portál, s. r. o., 2001. s. 279. ISBN 80-7178-774-4.
- KUBÁTOVÁ, D., KROUFEK, R. *Člověk, zdraví a životní prostředí*. 1. vyd. Ústí nad Labem: UJEP, 2006. s. 72. ISBN 80-7044-827-X.

- KUKAČKA, V. Současný životní styl a jeho nedostatky. In V. Kukačka, *Sborník z mezinárodních prezentací vědeckých a odborných článků „Význam pohybových aktivit pro osobní rozvoj a podporu zdraví“*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2010. s. 144 - 149. ISBN 978-80-7394-223-6.
- KUKAČKA, V. Aktivní a zdravý životní styl. In V. Kukačka, *Sborník z mezinárodních prezentací vědeckých a odborných článků „Význam pohybových aktivit pro osobní rozvoj a podporu zdraví“*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2010. s. 150 - 155. ISBN 978-80-7394-223-6.
- KUKAČKA, V. Jak si udržet zdraví. In V. Kukačka, *Sborník z mezinárodních prezentací vědeckých a odborných článků „Význam pohybových aktivit pro osobní rozvoj a podporu zdraví“*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2010. s. 159 - 166. ISBN 978-80-7394-223-6.
- KUKAČKA, V. *Udržitelnost zdraví*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2010. s. 228. ISBN 978-80-7394-217-5.
- KURELOVÁ, M. Učitelská profese v teorii a v praxi: aplikace profesiografické metody při výzkumu v pedagogické činnosti. 1. vyd. Ostrava: OU, 1998. s. 102. ISBN 80-7042-138-X.
- MARTINÍK, K. *Výživa Kapitoly o metabolismu*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2005. s. 238. ISBN 80-7041-354-9.
- MÍČEK, L. *Duševní hygiena*. 1. vyd. Praha: SPN, 1984. s. 207.
- MIKŠÍK, O. *Psychologická charakteristika osobnosti*. 2. přepr. vyd. Praha: Karolinum, 2007. s. 273. ISBN 978-80-246-1304-8.
- MLČÁK, Z. *Psychologie zdraví a nemoci*. 2. vyd. Ostrava: Filozofická fakulta, 2005. s. 85. ISBN 80-7368-035-1.
- MLČÁK, Z. K teoretickému a výzkumnému paradigmatu psychické zátěže učitele. In E. Řehulka, O. Řehulková, *Sborník z mezinárodní konference: Učitelé a zdraví 2*. Brno: Psychologický ústav AVČR, 1999, s. 107 – 122. ISBN 80-902653-2-4.
- NEŠPOR, K., PERNICOVÁ, H., CSÉMY, L. *Jak zůstat fit a předejít závislostem*. 1. vyd. Praha: Portál, 1999. s. 120. ISBN 80-7178-299-8.
- NEVŠÍMALOVÁ, S., ŠONKA, K. *Poruchy spánku a bdění*. 2. dopl. a přeprac. vyd. Praha: Galén, 2007. s. 345. ISBN 978-80-7262-500-0.
- NOVÁK, M. a KOL. *O kouření*. 1. vyd. Praha: Avicenum, 1980. s. 163.

- PAULÍK, K. *Psychologie lidské odolnosti*. 1. vyd. Praha: Grada publishing, 2010. s. 240. ISBN 978-80-247-2959-6.
- Paulík, K. Pracovní zátěž učitelů a jejich hodnocení vlastního zdraví. In E. Řehulka, O. Řehulková, *Sborník z mezinárodní konference: „Učitelé a zdraví 6“*. Brno: Paido a MU Brno, 2004. s. 82 - 90. ISBN 80-7315-093-X, 80-210-3634-6.
- PECINOVSKÁ, O. Vývoj závislosti. In J. Heller, O. Pecinovská. *Pavučina závislosti*. 1. vyd. Praha: Togga, 2011. s. 13 - 26. ISBN 978-80-87258-62-0.
- PODLAHOVÁ, L. *První kroky učitele*. 1. vyd. Praha: Triton, 2004. s. 223. ISBN 80-7254-474-8.
- PODLAHOVÁ, L., VANĚČKOVÁ, M. *Profese vysokoškolského učitele*. 1. vyd. Olomouc: Moravská vysoká škola, 2009. s. 56. ISBN 978-80-87240-10-6.
- PRAŠKO a KOL. *Nespavost*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. s. 104. ISBN 80-7178-919-4.
- PRŮCHA, J. *Pedagogická encyklopedie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. s. 936. ISBN 978-80-7367-546-2.
- SKALKOVÁ, J. A KOL. *Úvod do metodologie a metod pedagogického výzkumu*. 2. dopl. vyd. Praha: SPN, 1983. s. 216.
- SOLDÁN, M. Vědí, že poškozuji vlastní zdraví. In E. Řehulka, O. Řehulková, *Sborník z mezinárodní konference „Učitelé a zdraví 2“*. Brno: Psychologický ústav AVČR, 1999. s. 147 – 150. ISBN 80-902653-2-4.
- SPILKOVÁ, V. a kol. *Současné proměny vzdělávání učitelů*. 1. vyd. Brno: Paido, 2004. s. 271. ISBN 80-7315-081-6.
- STEJSKAL, P. *Proč a jak se zdravě hýbat*. 1. vyd. Břeclav: Presstempus, 2004, s. 125. ISBN 80-903350-2-0.
- ŠANDERA, O. *Moderní metody odpočinku a relaxace pro vedoucí pracovníky*. 1. vyd. Praha: Institut pro výchovu vedoucích pracovníků ministerstva průmyslu ČSR, 1987. s. 89.
- ŠIMONÍK, O. *Příprava budoucích učitelů*. 1. vyd. Brno: MSD, 2005. s. 95. ISBN 80-86633-32-2.
- ŠIMONÍK, O. *Začínající učitel*. 1. vyd. Brno: MU, 1995. s. 101. ISBN 80-210-0944-6.
- ŠVARCOVÁ, E. *Zdraví a nemoc*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2008. s. 111. ISBN 978-80-7041-239-8.
- ŠVEC, V. *Pedagogická příprava budoucích učitelů: problémy a inspirace*. Brno: Paido, 1999. s. 163. ISBN 80-85931-70-2.

- TICHÁ, I. Psychosomatické souvislosti, životní styl a rizika učitelské profese. In J. Šimíčková-Čížková, *Psychologické aspekty v práci učitele*. Ostrava: PdF, Ostravská univerzita, 2010, s. 44 – 53. ISBN 978-80-7368-913-1.
- VALOVÁ, M. *Syndrom vyhoření u pomáhajících profesí: bakalářská práce*. Olomouc: Univerzita Palackého, PdF, 2011. s. 61, 7 s. příloh.
- VAŠINA, B. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Ostrava: OU, FF, 1999. s. 86. ISBN 80-7042-546-6.
- VAŠINA, L. Konfliktní role a role nejistoty jako zdroj pracovní zátěže učitelů a některé charakteristiky práce. In E. Řehulka, O. Řehulková, *Sborník z mezinárodní konference „Učitelé a zdraví 2“*. Brno: Psychologický ústav AVČR, 1999, s. 67 – 86. ISBN 80-902653-2-4.
- VAŠINA, L., STRNADOVÁ, V. *Psychologie osobnosti I*. 3. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, 2009. s. 299. ISBN 978-80-7041-491-0.
- VAŠUTOVÁ, J. *Profese učitele v českém vzdělávacím kontextu*. Brno: Paido, 2004. s. 190. ISBN 80-7315-082-4.
- VONDRUŠKA, V., BARTÁK, K. *Výživou ke zdraví*. 1. vyd. Hradec Králové: ÚTL FN a LFUK, 2001. s. 36. ISBN 80-238-7552-3.
- VONDRUŠKA, V., BARTÁK, K. *Zdravý životní styl aneb „Prevence založená na důkazech“*. 1. vyd. Hradec Králové: ÚTL FN a LFUK, 2002. s. 36. ISBN 80-238-9361-0.
- VONDRUŠKA, V., SOULEK, V. *Fyzická aktivita*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 1997. s. 35. ISBN 80-7071-043-8.
- WALTEROVÁ, E. Učitelé jako profesní skupina, jejich vzdělávání a podpůrný systém. In E. Walterová, *Sborník z celostátní konference „Učitelé jako profesní skupina, jejich vzdělávání a podpůrný systém“*. Praha: UK PdF, 2001. s. 11-22. ISBN 80-7290-059-5.
- ŽALOUĐÍKOVÁ, I. Příspěvek k neuropsychické zátěži učitelů. In E. Řehulka, O. Řehulková, *Sborník z mezinárodní konference „Učitelé a zdraví 3“*. Brno: Psychologický ústav AVČR, 2001, s. 63 - 73. ISBN 80-902653-7-5.

## Časopisy

- BLAŽKOVÁ, V., MALÁ, P. Odvrácená strana učitelského povolání. *Rodina a škola*, 2007, roč. 54, č. 1, s. 20-21. ISSN 0035-7766.

- JANSA, J., KOVÁŘ, K. Vybrané determinanty životního stylu učitelů základních škol. *Tělesná kultura*, 2010, roč. 33, č. 1, s. 57 – 68. ISSN 1211-6521 (print), ISSN 1803-8360 (online).
- KALHAUS, Z., HORÁK, F. Příspěvek ke genezi učitelské profese. *Pedagogická orientace*, 1995, č. 16/17, s. 58 – 69. ISSN 1211-4669.
- MAZÁČOVÁ, N. Učitel začátečník. *Moderní vyučování*, 2001, roč. 7, č. 7, s. 14 – 15. ISSN 1211-6858.
- SOUMAR, L. Wellness – zdravý životní styl. *Prevence sociálně patologických jevů*, 2002, roč. 1, č. 3, s. 6 – 8. ISSN 1214-9861.
- TELCOVÁ, J. *Prevence sociálně patologických jevů*, 2002, roč. 1, č. 1, s. 4 – 7. ISSN 1214-9861.
- TICHANOVSKÝ, B. Umění relaxace. *Regena*, 2008, roč. 18, č. 10, s. 31 - 32. ISSN 1212-2289.
- TOMKO, A. Nikotinismus – Z odborných knih. *Prevence sociálně patologických jevů*, 2003, roč. 2, dvojčíslo 5/6, s. 10 -12. ISSN 1214-9861.
- VÝMOLA, F. Desatero preventivní výživy. *Regena*, 2007, roč. 18, č. 10, s. 31 – 32. ISSN 1212-2289.

### **Internetové zdroje**

- FISCHER, F., NAGAI, R., TEIXEIRA, L. Explaining Sleep Duration in Adolescents: The Impact of Socio-Demographic and Lifestyle Factors and Working Status. *Chronobiology International: The Journal Of Biological & Medical Rhythm Research* [serial online]. March 2008;25(2/3):359-372. Available from: Academic Search Complete, Ipswich, MA. Accessed April 2, 2013.
- JANSA, P., KOVÁŘ, K. Vybrané determinanty životního stylu učitelů základních škol. / Selected determinants of the primary schools teachers lifestyle. *Physical Culture / Telesna Kultura* [serial online]. June 2010;33(1):57-68. Available from: SPORTDiscus with Full Text, Ipswich, MA. Accessed April 2, 2013.
- LONG, J., GAYNOR, P. Organizational life style as a predictor of student teaching performance. *Education* [serial online]. Spring93 1993;113(3):511. Available from: Academic Search Complete, Ipswich, MA. Accessed April 2, 2013.



NASSIRI, M. The effects of regular relaxation on perceived stress in a group of London primary education teachers. *European Journal Of Clinical Hypnosis* [serial online]. February 2005;6(1):21-29. Available from: Academic Search Complete, Ipswich, MA. Accessed April 2, 2013.

Výživa dětí [online]. [cit. 2011]. Dostupné na internetu:

<<http://www.vyzivadeti.cz/zdrava-vyziva/potravinova-pyramida/>>.

## **Seznam obrázků**

Obrázek č. 1: Potravinová pyramida

Obrázek č. 2: Vyhodnocení otázky č. 1 „Zajímáte se o Váš zdravotní stav?“

Obrázek č. 3: Vyhodnocení otázky č. 2 „Míváte bolesti zad?“

Obrázek č. 4: Vyhodnocení otázky č. 3 „Míváte bolesti hlavy?“

Obrázek č. 5: Vyhodnocení otázky č. 4 „Míváte bolesti dolních končetin?“

Obrázek č. 6: Vyhodnocení otázky č. 5 „Trpíte katary horních cest dýchacích?“

Obrázek č. 7: Vyhodnocení otázky č. 6 „Kolikrát denně jíte?“

Obrázek č. 8: Vyhodnocení otázky č. 7 „Kolik průměrně vypijete tekutin denně?“

Obrázek č. 9: Vyhodnocení otázky č. 8 „Pijete černou kávu (s kofeinem)?“

Obrázek č. 10: Vyhodnocení otázky č. 9 „Pijete alkoholické nápoje?“

Obrázek č. 11: Vyhodnocení otázky č. 10 „Kouříte?“

Obrázek č. 12: Vyhodnocení otázky č. 11 „Kolik hodin průměrně denně spíte?“

Obrázek č. 13: Vyhodnocení otázky č. 12 „Užíváte pravidelně potravinové doplňky a léky?“

Obrázek č. 14a: Vyhodnocení otázky č. 13 „Jakou formu relaxace volíte ve svém volném čase?“

Obrázek č. 14b: Vyhodnocení otázky č. 13 „Jakou formu relaxace volíte ve svém volném čase?“

## **Seznam tabulek**

Tabulka 3 Vymezení výzkumného souboru dle věku

Tabulka 4 Vymezení výzkumného souboru dle délky pedagogické praxe

Tabulka 3 Průměrný denní počet porcí jídla

Tabulka 4 Způsoby relaxace (v %)

## Seznam zkratek

% = procento

& = a

aj. = a jiné

atd. = a tak dále

apod. = a podobně

AVČR = Akademie věd České republiky

cit. = citováno

č. = číslo

FF = filozofická fakulta

FN = fakultní nemocnice

ISBN = International Standard Book Numbering (mezinárodní standardní číslo knihy)

ISSN = International Standard Serial Numer (mezinárodní standardní číslo seriálové publikace)

kol. = kolektiv

LFUK = Lékařská fakulta Univerzity Karlovy

max. = maximálně

MU = Masarykova univerzita

např. = například

obr. = obrázek

OU = Ostravská univerzita

PdF = pedagogická fakulta

přepr. = přepracované

roč. = ročník

s. = strana

tj. = to je

UP = Univerzita Palackého

ÚTL = Ústav tělovýchovného lékařství

viz = imperativ od slovesa vidět (podívej se)

vyd. = vydání

WHO = World health organization (Světová zdravotnická organizace)

www = Word wild web (celosvětová síť)

## **Seznam příloh**

Příloha č. 1: Dotazník Zdravý životní styl začínajícího učitele

Příloha č. 2: Konfliktní role

Příloha č. 3: Nejasnost role

Příloha č. 4: Schéma vztahu pracovních stresorů, stresu a jeho důsledků

## Příloha č. 1: Dotazník Zdravý životní styl začínajícího učitele

### DOTAZNÍK

#### Zdravý životní styl začínajícího učitele

Vážená paní učitelko/profesorko, vážený pane učiteli/professore,

jmenuji se Bc. Miroslava Valová, DiS. a se souhlasem vedení Vaší školy se na Vás obracím s prosbou o vyplnění tohoto dotazníku. Jeho cílem je zjistit základní údaje o Vašem životním stylu z pohledu začínajícího učitele v regionu Vysočina. Dotazník je anonymní, je určen ke statistickému zpracování. Z hlediska objektivnosti je velmi důležité, abyste dotazník vyplnili pravdivě. Jeho výsledky mi poslouží k soupisu diplomové práce, kterou završím studium na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v Olomouci.

Za spolupráci Vám předem děkuji.

**Pokyny k vyplnění dotazníku:** V každé otázce zakroužkujte POUZE JEDNU z odpovědí, tu která co nejvýstižněji vyjadřuje Váš názor. Dále dbejte pokynů uvedených u jednotlivých otázek.

#### Anamnestické údaje

Pohlaví: a) mužské      Rok Vašeho narození: .....      Typ školy: a) základní      Kolikátým rokem učíte:  
.....  
b) ženské      b) střední

#### Zdravotní stav

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

a) ne

b) ano (pokud ano, pokuste se doplnit níže uvedené charakteristiky týkající se Vaší osoby:      tělesná      hmotnost  
(váha) ..... kg      krevní tlak ..... / ..... mmHg

##### 02. Míváte bolesti zad?

a) ne

b) ano (pokud ano, napište jak často .....)

##### 03. Míváte bolesti hlavy? (poznámka u žen v nezávislosti na menstruačním cyklu)

a) ne

b) ano (pokud ano, napište jak často .....)

pokuste se Vaše bolesti lokalizovat (možnost zatržení více odpovědí) I. čelo II. temeno III. týl

pokuste se určit intenzitu Vaší bolesti I. mírná (dovoluje běžnou činnost a nemusí být léčena medikamenty)  
II. střední (nedovoluje běžnou činnost a ustoupí po požití medikamentů)  
III. silná (nutí vyhledat lékařskou pomoc)

pokuste se určit délku trvání Vaší bolesti I. minuty  
II. hodiny  
III. dny

#### **04. Míváte bolesti dolních končetin?**

a) ne

b) ano (pokud ano, napište jak často .....)

pokuste se Vaše bolesti lokalizovat (možnost zatržení více odpovědí) I. kyčel II. koleno III.  
noha IV. svaly

#### **05. Trpíte katary horních cest dýchacích (rýma, kašel, ...)?**

a) ne

b) ano (pokud ano, napište jak často .....)

trpíte při nich i onemocněním hlasivek (chraptivost)? I. ne II. ano

### **Životní styl**

#### **06. Kolikrát denně jíte?**

Průměrný počet denních jídel ..... z toho „teplých“ .....

#### **07. Kolik průměrně vypijete tekutin denně?**

a) méně jak 1 litr

b) 1 až 2 litry

c) více jak 2 litry

#### **08. Pijete černou kávu (tzn. obsahující kofein)?**

a) ne

b) ano (pokud ano, napište počet šálků denně .....)

c) příležitostně



**09. Pijete alkoholické nápoje?**

- a) ne
- b) ano, tzn. minimálně dvakrát týdně
- c) příležitostně

pokud jste označil/a možnost b) nebo c), zatrhněte o jaký nápoj/e se většinou jedná I. pivo II. víno III. destiláty

**10. Kouříte?**

- a) ne
- b) ano (pokud ano, napište počet vykouřených cigaret denně .....)
- c) příležitostně

**11. Kolik hodin průměrně denně spíte?**

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

**12. Užíváte pravidelně některé potravinové doplňky a léky?**

- a) ne
- b) ano (uved'te o jaké látky se jedná, např. vitamíny, stopové prvky, lecitin, psychofarmaka)

.....

**13. Jakou formu relaxace volíte ve svém volném čase (možnost zatržení více odpovědí)?**

- a) žádnou (relaxaci nepotřebuji)
- b) duševní činnost (uved'te jakou, např. četba literatury, modelářství, plavání)

.....  
.....

- c) fyzickou činnost (uved'te jakou, např. volejbal, fyzická práce)

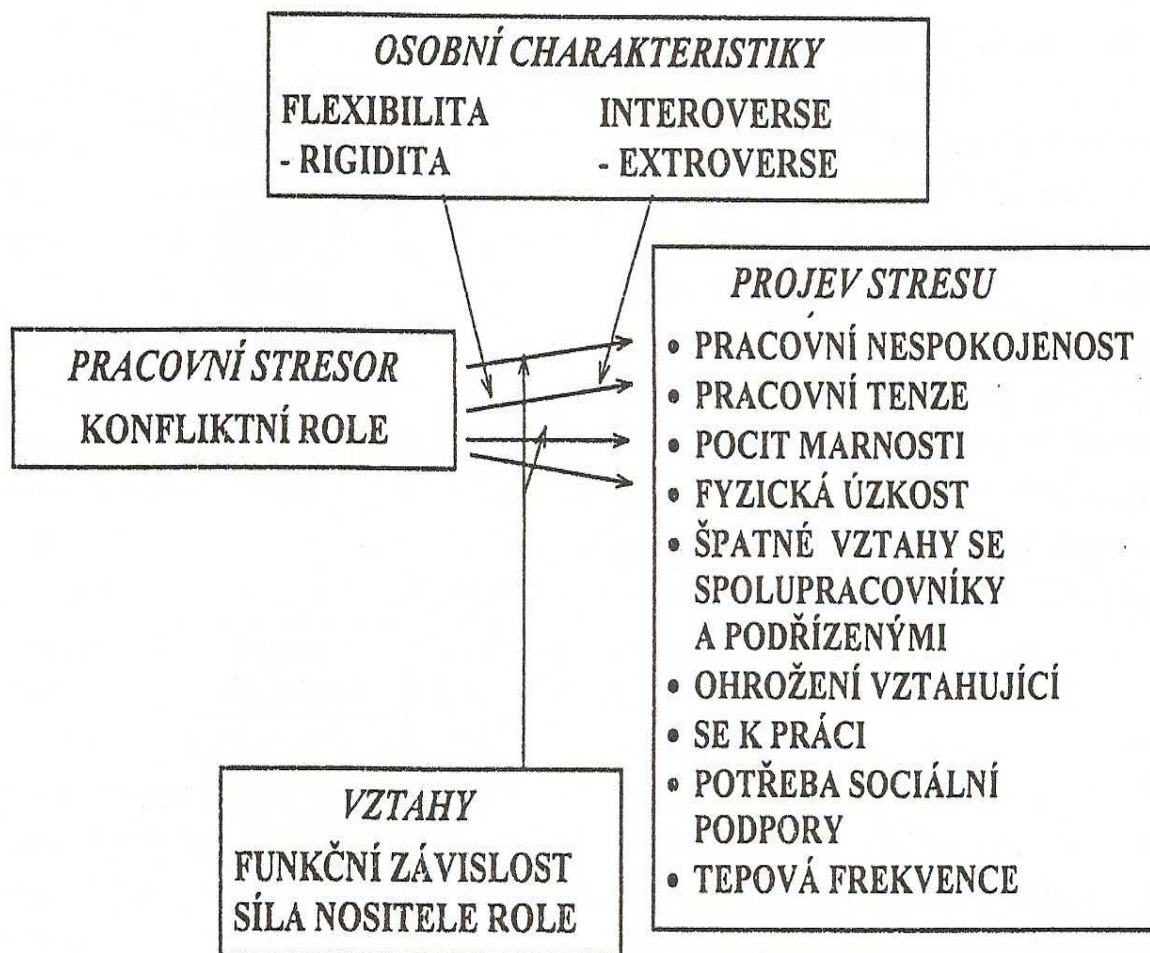
.....  
.....

- d) pasivní druh relaxace (uved'te jaký, např. sledování televize, návštěva kina)

.....  
.....

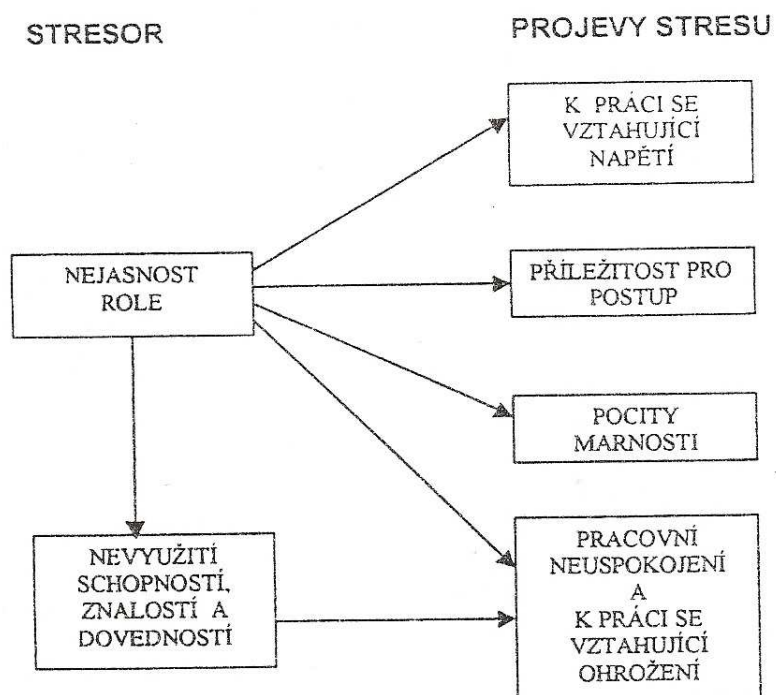
Děkuji Vám za vyplnění dotazníku. Před jeho odevzdání zkontrolujte, zda jste odpověděl/a na všechny otázky.

Za spolupráci Vám ještě jednou děkuji.



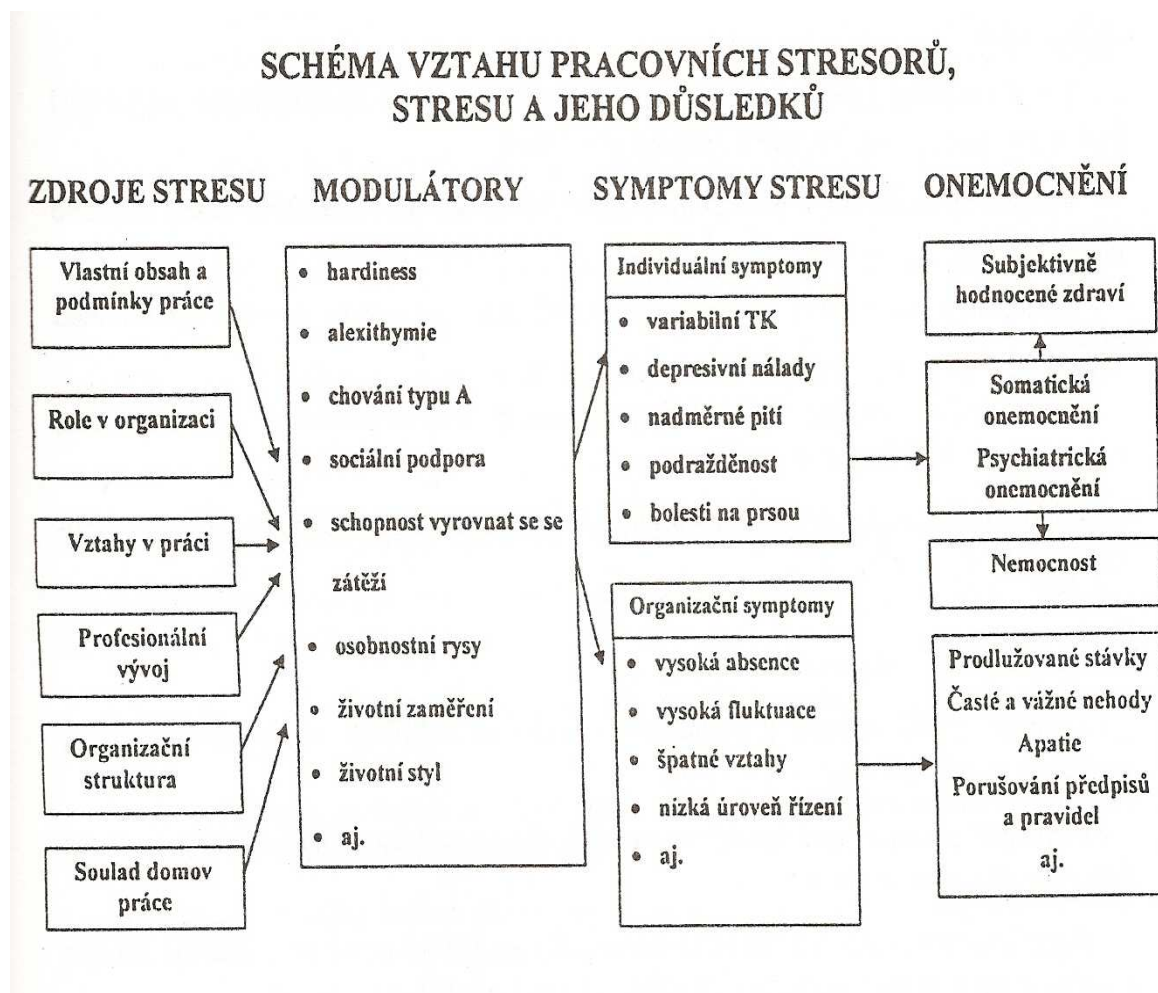
Zdroj: VAŠINA, B. *Psychologie zdraví*, 1999. s. 31.

Příloha č. 3: Nejasnost role



Zdroj: VAŠINA, B. *Psychologie zdraví*, 1999. s. 32.

Příloha č. 4: Schéma vztahu pracovních stresorů, stresu a jeho důsledků



Zdroj: VAŠINA, B. *Psychologie zdraví*, 1999, s. 37.

## ANOTACE

<b>Jméno a příjmení:</b>	Bc. Miroslava Valová, Dis.
<b>Katedra:</b>	Katedra antropologie a zdravotní vědy
<b>Vedoucí práce:</b>	Mgr. Petr Zemánek, Ph. D.
<b>Rok obhajoby:</b>	2013

<b>Název práce:</b>	Zdravý životní styl začínajícího učitele
<b>Název v angličtině:</b>	Healthy life style of young teachers
<b>Anotace práce:</b>	<p>Vstup začínajícího učitele do pedagogické praxe souvisí s mnoha pracovními požadavky a náročnými situacemi. Někdy se mohou zmíněné situace pro mladého a nezkušeného učitele stát dokonce stresovými, což může negativně působit na jeho zdraví. Proto by měl dbát na svůj životní styl. Zdravý životní styl sestává především z vhodné stravy, dostatečného pohybu a spánku, duševní hygieny, relaxace včetně volného času.</p> <p>Výzkum se vztahoval ke zdravému životnímu stylu začínajících učitelů. Konkrétně se sledovali učitelé do třiceti let věku ze základních a ze středních škol v kraji Vysočina. Výzkumné šetření bylo uskutečněno formou dotazníkové metody.</p>
<b>Klíčová slova:</b>	Zdravý životní styl, životní styl, stres, začínající učitel.
<b>Anotace v angličtině:</b>	The beginning of a teaching practice is connected with many difficult situations. Sometimes these situations may be stressful for young and inexperienced teachers, which can negatively affect his or her health. Therefore, everyone should

	<p>pay attention to his or her lifestyle. A healthy lifestyle consists mainly of a proper diet, physical activity, enough sleep, mental hygiene and relaxation. The research related to healthy lifestyle of young teachers. Specifically were watched teachers at elementary and secondary schools in the region of Vysočina, Czech Republic, who were not older than thirty years. The survey was carried out using a questionnaire method.</p>
<b>Klíčová slova v angličtině:</b>	Healthy life style, life style, stress, young teachers.
<b>Přílohy vázané v práci:</b>	<p>Příloha č. 1: Dotazník Zdravý životní styl začínajícího učitele</p> <p>Příloha č. 2: Konfliktní role</p> <p>Příloha č. 3: Nejasnost role</p> <p>Příloha č. 4: Schéma vztahu pracovních stresorů, stresu a jeho důsledků</p>
<b>Rozsah práce:</b>	110 stran
<b>Jazyk práce:</b>	Český jazyk