

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI
PEDAGOGICKÁ FAKULTA
Katedra antropologie a zdravotní vědy

Bakalářská práce

Hana Sušňová, DiS.

Učitelství pro mateřské školy

Analýza subjektivního zdravotního stavu učitelů
mateřských škol ve Zlínském kraji

Olomouc 2020

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

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Analýza subjektivního zdravotního stavu učitelů mateřských škol ve Zlínském kraji“ 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 bakalářské práce, poskytování rad a materiálových podkladů k práci. Také bych touto cestou chtěla poděkovat mé rodině, mému příteli a blízkým, kteří mne po celou dobu studia podporovali.

OBSAH

OBSAH.....	4
ÚVOD	7
1 CÍL PRÁCE	9
2 TEORETICKÉ POZNATKY	10
2.1 Mateřská škola a její funkce.....	10
2.2 Učitel a jeho role	11
2.2.1 Specifika profese učitele mateřské školy	12
2.3 Vybrané aspekty zdraví.....	13
2.3.1 Typy a význam prevence	14
2.3.2 Zdravý životní styl	15
2.4 Spánek a jeho význam.....	18
2.4.1 Poruchy spánku a jeho důsledky	19
2.5 Stres a jeho dopady	20
2.5.1 Syndrom vyhoření.....	22
2.6 Nemoc a psychosomatika.....	22
2.6.1 Symptomy a rozdíly v jejich vnímavosti	24
2.7 Zdravotní stav učitelů v tuzemských a zahraničních výzkumech	25
2.8 Vybrané projevy a možné nemoci v souvislosti se zátěží	27
2.8.1 Katary horních cest dýchacích.....	27
2.8.2 Poruchy hlasu z profesního přetěžování	29
2.8.3 Příznaky kardiovaskulárních onemocnění	30
2.8.4 Bolesti hlavy	32
2.8.5 Bolesti zad	34
2.8.6 Bolesti dolních končetin.....	36
2.8.7 Bolesti břicha	37
3 METODIKA PRÁCE.....	39

3.1	Metodika výzkumu.....	39
3.1.1	Teoreticko-praktická příprava	39
3.1.2	Výzkumné problémy	40
3.1.3	Charakteristika výzkumného souboru.....	40
3.1.4	Použitá metoda	42
3.1.5	Organizace výzkumu	43
4	Výsledky	44
5	DISKUSE.....	68
	ZÁVĚR.....	76
	Souhrn	78
	Summary	80
	REFERENČNÍ SEZNAM	82
	Seznam použité literatury	82
	Seznam použitých symbolů a zkratk	88
	Seznam obrázků.....	89
	Seznam tabulek.....	89
	Seznam příloh	89
	PŘÍLOHY	

ÚVOD

Zdraví a nemoc jsou pojmy, se kterými se v mezilidské komunikaci setkáváme běžně. Avšak každý člověk chápe tyto pojmy různorodě. Také existuje několik definic a úhlů pohledů nahlízející na tuto problematiku. Avšak nejrozšířenějším přístupem je v současné době pohled, který vnesla Světová zdravotnická organizace, a tím jsou fyzické, psychické a sociální oblasti zdraví a nemoci. Na nemoc působí faktory jak pozitivní, tak negativní. Nemoci, které jsou způsobeny psychickými vlivy, se označují jako psychosomatické. Každý příznak může mít jak fyzickou, tak psychickou příčinu. Přičemž ne vždy samotný příznak může být projevem objektivní nemoci. Může se jednat o psychogenní stránku, která se u jedince nemusí projevovat změnou daného orgánu. Vnímání symptomů je u každého jednotlivce individuální. Tuto subjektivní vnímavost vlastních příznaků ovlivňuje řada faktorů.

Existuje mnoho potíží, které mohou souviset s vykonáváním učitelské profese. Je to dáno specifickými úkony, či povinnostmi, které učitel provádí. Na učitele jsou kladeny mnohé nároky na pracovní schopnosti a dovednosti, které musí zvládnout. Jsou to např. administrativa, komunikace s kolegy, komunikace s rodiči či vhodný přístup k dětem. Dobře vykonávaná profese pedagoga závisí na jeho typu osobnosti, dále na tom jak zvládá stresové situace, zda má osobní problémy, či prožívá stres na pracovišti, nebo mimo něj. V pracovním prostředí na pedagoga kromě psychických vlivů, působí faktory biologické, které rovněž mohou ovlivňovat zdraví a v té souvislosti zhoršení efektivity jeho práce. Proto je také nutné brát v úvahu všechny složky, které ovlivňují zdraví člověka, včetně jeho subjektivních pocitů vlastního zdravotního stavu.

Zdraví může být ovlivňováno negativně, nebo podporováno pozitivně. Na podpoře zdraví se podílí prevence a zdravý životní styl. Jelikož je práce pedagogů psychicky náročná, hrozí u nich vznik např. syndromu vyhoření. Proto je důležité, aby si člověk našel čas na sebe a dodržoval zásady zdravého životního stylu. Konkrétně jde o přiměřenou pohybovou aktivitu, zdravou stravu, duševní hygienu, či spánek, který mimo jiné podporuje imunitní systém a psychiku člověka.

Toto téma bakalářské práce jsem si vybrala proto, že jsem několik let působila ve zdravotnictví jako praktikantka a jeden rok v zaměstnání jako zdravotní sestra. Práci učitelky chci vykonávat dobře, proto bych se chtěla vyvarovat potížím, které se v učitelské profesi vyskytují nejčastěji. Domnívám se, že pokud je člověk obeznámen s riziky, může jim předcházet

a tím vhodně působit na okolí, zejména na děti. Zdravotnické vzdělání mi poskytlo základní vědomosti o zdravotnické problematice, proto je mi tato oblast průniku zdravotnictví do pedagogiky blízká. Mohu propojovat poznatky z pedagogiky, zdravotnictví i psychologie. Podle mého názoru je důležité, aby nedocházelo vlivem zanedbání prevence učitele ke zbytečnému poškození jak jeho zdraví, tak zdraví dětí.

Tato práce se snaží poukázat jak na různorodost povah nemocí, příčin, projevů u vybraných tělních soustav. Implementuje poznatky z odborné literatury, zabývající se problematikou mateřské školy, role učitele mateřské školy, zdraví, prevence, zdravého životního stylu tělesnými či stresovými faktory a dalšími souvislostmi zdravotního stavu, které mohou vycházet z vykonávání učitelské profese. Jelikož je práce učitelů psychicky náročná, pedagogové se dostávají do stresujících situací, které mohou vyústit v potíže souvisejícími s nemocemi vzniklými psychogenně. Proto práce komplexně shrnuje příznaky a příčiny projevů s důrazem na psychogenní původ obtíží. Současně také poukazuje na další možné příčiny určitých subjektivních projevů a jejich individualitu.

1 CÍL PRÁCE

Cílem bakalářské práce je zmapovat subjektivní stav učitelů a popsat jejich možné problémy související zejména s psychosomatikou.

Úlohou dílčích cílů práce je provést rešerši zdrojů v rámci problematiky zdravotního stavu, identifikovat zdravotní problémy, které se v učitelské profesi vyskytují a v neposlední řadě poukázat na individuální rozdíly v subjektivním vnímání zdravotního stavu.

Na základě hlavního cíle práce jsou vytyčeny výzkumné otázky, které mají za úkol zjistit, zda práce konkrétního pedagoga ovlivňuje jeho zdravotní stav, zmapovat nejčtenější potíže učitelské profese a zjistit, jak daní učitelé vnímají pocity únavy s počty naspaných hodin. Pro zjišťování odpovědí na tyto otázky slouží kvantitativní sběr dat prostřednictvím dotazníkového šetření. Výzkumné otázky jsou zformulovány následovně:

Výzkumná otázka č. 1

Má práce učitelů vliv na jejich zdravotní stav?

Výzkumná otázka č. 2

Bude více než 50 % dotázaných učitelů vnímat určité subjektivní zdravotní potíže?

Výzkumná otázka č. 3

Existuje souvislost mezi subjektivními pocity únavy a počtem naspaných hodin?

2 TEORETICKÉ POZNATKY

Tato kapitola se zabývá teoretickými poznatky z řad různých vědních oborů, zejména stran zdravotnictví a pedagogiky. Je zde nastíněna problematika mateřských škol a také role, které musí učitel mateřské školy plnit. V neposlední řadě popisuje osobnost učitele. Dále je věnována pozornost nejen pojmům zdraví a nemoci, ale také tomu, jak lze obecně nemocem primárně předcházet. Zahrnuje zejména psychologické aspekty, které mají vliv na zdraví. Jsou zde také uvedeny nejčastější nemoci specifické pro učitelskou profesi. Je poukázáno na individuální vnímavost potíží každého člověka a jsou zde také popsány problémy, které se pojí s několika různými, avšak zejména s psychickými faktory.

2.1 Mateřská škola a její funkce

Podle Průchy, Walterové a Mareše (2013, s. 148) je mateřská škola: *„školské zařízení navazující na výchovu dětí v rodině a v součinnosti s ní zajišťující všestrannou péči dětem zprav. ve věku od 3 do 6 let.“*

V aktuálních zdrojích Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy (MŠMT) je uvedeno, že 1. 9. 2016 nastala v předškolním vzdělávání změna, která umožňuje mateřské škole přijímat děti od dovršení jejich dvou let věku. Avšak jen za určitých podmínek, které jsou jasně vymezeny v příslušném dokumentu na informačním portále MŠMT.

Také v Rámcovém vzdělávacím programu pro předškolní vzdělávání (2018) se podrobněji uvádí, že mateřská škola může přijmout dítě již od dvou let věku. Nicméně je nutné brát zřetel na vývojová specifika, individuální potřeby a zvláštnosti takto malých dětí. Proto je zapotřebí, aby mateřská škola splňovala podmínky pro jejich přijetí do předškolního vzdělávání. Je nutné, aby školka byla schopna přizpůsobit psychosociální, personální, materiální, organizační a další podmínky dvouletým dětem.

Mateřské školy musí plnit veškeré úlohy, které jsou na ně kladeny vlivem společnosti. Mezi jejich hlavní povinnosti patří zajistit bezpečnost dětí. Dále by měly garantovat profesionalitu zaměstnanců (Šmelová, 2006)

Šmelová a Prášilová (2018) ve své publikaci popisují několik úloh, jenž mateřská škola musí plnit. Jsou to následující funkce:

- **Pečovatelská:** je řazeno zajištění kvalifikované péče a výchova dětí ke zdraví.
- **Socializační:** mateřská škola poskytuje dítěti sekundární socializaci a rovněž je doplňkem výchovy, která je dítěti primárně zajišťována rodinou. Dítě si v této výchovně-vzdělávací instituci osvojuje pravidla, hodnoty a začíná navazovat vztahy se svými vrstevníky.
- **Osobnostně rozvojová:** zajišťuje předškolní vzdělávání podle Rámcového vzdělávacího programu pro předškolní vzdělávání. Tato funkce respektuje dítě jako individuální osobnost s různými potřebami a zájmy. Děti jsou podněcovány k učení, poznávání a rozvoji v několika oblastech. Osobnostně rozvojová funkce vytváří podmínky pro další vzdělávání na základních školách.
- **Kulturační:** snaží se dítěti vytvořit vztah ke kultuře prostřednictvím návštěv muzeí, výstav, divadel, literárních žánrů apod. Tyto prostředky mají (mimo jiné) za cíl ztotožnění jedince s danou kulturou a rozvíjení národní vzdělanosti.
- **Personalizační:** vytváří prostředí, které vytváří podmínky pro projevy dítěte jako samostatného jedince.

2.2 Učitel a jeho role

Učitel je podle Průchy, Walterové a Mareše (2013, s. 326): „*obecně osoba podněcující a řídící učení jiných osob, vzdělavatel. Jeden z hlavních aktérů vzdělávacího procesu, profesně kvalifikovaný pedagogický pracovník, vykonávající učitelské povolání.*“

Holeček (2014) se problematice osobnosti učitele ve své publikaci věnuje podrobněji, avšak následující odstavec poukazuje spíše na obecný výčet vlastností, schopností a postojů, kterými by měl učitel disponovat vzhledem k tématu bakalářské práce.

Učitel by měl být motivován k vykonávání své profese, mít k ní pozitivní vztah. Také by měl důvěřovat ve své schopnosti, zaujímat kladný vztahem k druhým lidem, a to např. k zákonným zástupcům dětí, vedoucím pracovníkům, kolegům, ale zejména k žákům. Dále by měl zaujímat optimální postoj k materiálním a nemateriálním hodnotám. Je také vhodné, aby pedagog znal sám sebe a na základě toho byl schopen zhodnotit své učitelské a osobnostní

působení a dále se seberealizoval. Pedagog by měl uplatňovat své pedagogické a didaktické znalosti v praxi, měl by být schopen dobře organizovat práci, volit správné metody a formy výuky nejen s ohledem na vývojová a kognitivní specifika jednotlivých žáků, ale také vzhledem k jejich motivaci. Záleží také na aktuální atmosféře ve třídě. V neposlední řadě by si učitel měl zachovat svoji profesionalitu, umět se vcítit do role žáků a disponoval dovednostmi správně a rychle se rozhodnout. Měl by využívat zásady správné verbální a neverbální komunikace. (Holeček, 2014)

2.2.1 Specifika profese učitele mateřské školy

Profesi učitelů mateřských škol vykonávají ve valné většině ženy. Veřejnost vnímá pedagogickou profesi ve státní mateřské škole jako veřejnou službu. (Šmelová, 2006)

Pedagog by měl mít jistotu ve své schopnosti v oblasti výchovy. Měl by zaujímat aktivní a kreativní postoj ke své práci. V neposlední řadě by učitel měl k dětem přistupovat profesionálně. (Opravilová, 2016)

Z náplně práce pedagoga mateřské školy vyplývají povinnosti, které musí plnit. Děti, rodiče a stát očekávají příslušné jednání učitele. Učitel musí tedy jednat tak, aby zohlednil možnosti, které korespondují s požadavky uvedených pozic. Společnost se mění v čase, tudíž je nezbytné, aby pedagog správně reagoval na její změny. Učitel mateřské školy by měl být zodpovědný, samostatný, schopen objektivně zhodnotit sám sebe, přijímat změny a aplikovat nové znalosti v praxi. Měl by být samostatný v rozhodování se schopností ovládat se. V neposlední řadě by měl disponovat psychickou odolností apod. (Šmelová, 2006)

Role učitele mateřské školy

Tato část pojednává o vymezení učitelských rolí. Aby bylo možno lépe pochopit práci pedagoga mateřské školy, je důležité mít alespoň základní přehled o této oblasti.

Následující text poukazuje na role učitele podle Tomanové (in Šmelová a Prášilová, 2018):

- **Role pečovatele:** učitel ochraňuje dítě před potenciálním nebezpečím a podporuje jejich zdravý způsob života. Vychovává děti k osobní hygieně, obsluze o sebe sama nebo k podpoře zdraví. V této roli učitel správně reaguje na potřeby dětí a je jim nápomocen. Poskytuje dětem lásku, bezpečí, jistotu a úctu.

- Role komunikátora: učitel je vybaven uměním správné komunikace. Disponuje dovednostmi, jako jsou odpovídat a navazovat vztahy s jedinci v oblasti pedagogiky. Dokáže s dětmi vést partnerský, důvěrný a laskavý rozhovor. Je schopen jasně a odborně hovořit o problematikách vyskytujících se v pedagogické sféře.
- Role učitele: pedagog motivuje, diagnostikuje, projektuje, a hodnotí. Poskytuje dětem podmínky pro žití, umožňuje dětem poznávat svět a jeho různé situace.
- Role vůdce: učitel ze své iniciativy má možnost kooperovat s různými organizacemi. Může mateřskou školu zapojovat do různých kulturních, či sportovních akcí, ale také aktivně podporovat rodinu.
- Role manažera: úloha spočívá nejen ve vedení chodu mateřské školy, ale i třídy. Učitel zjišťuje informace o potřebách rodičů týkající se mateřské školy. Různé návrhy je schopen evaluovat a odpovídat na ně.
- Role obhájce: učitel plní požadavky vyplývající z *Úmluvy o právech dítěte*.
- Role poradce: úkolem je poskytnout odborné poradenství v souladu s kompetencemi učitele mateřské školy.

Opravilová (2016) uvádí, že učitelská profese je velmi náročná. Podle ní je na pedagogy kladena spousta nároků, které ovlivňují jejich tělesnou i duševní stránku.

2.3 Vybrané aspekty zdraví

Definovat zdraví je poměrně obtížné. I když je tento pojem užíván běžně v mezilidské komunikaci, definice můžou být od různých autorů odlišné.

Dohnal (2014) uvádí, že z medicínského pohledu je zdraví schopnost jedince se přizpůsobovat požadavkům zevního i vnitřního prostředí s absencí poruch fyziologických funkcí. Rovněž zdraví je z tohoto úhlu pohledu považováno za normální stav orgánových soustav a všech dílčích orgánů člověka, přičemž orgány mají zachovanou schopnost vyrovnat se s vnějšími vlivy prostředí.

Existuje několik modelů zdraví. Klinický aspekt určuje specifický pohled na zdraví, který je charakterizován správným fungováním tělesných systémů. (Mastiliaková, 2014)

Tento pohled na zdraví se uplatňoval v dřívějších dobách. Teprve definice Světové zdravotnické organizace přinesla odlišné pohledy na zdraví. Je chápáno jako poměrně složitý systém, který zahrnuje fyzickou, sociální a psychickou složku. Jedná se proměnlivý celek, který reaguje na svoje okolí. (Zacharová a Šimíčková-Čížková, 2011)

2.3.1 Typy a význam prevence

Podle Čeledové a Čevely (2010, s. 35) je prevence „*činnost, která vede k upevnění zdraví, zabránění vzniku nemoci a především k prodloužení aktivní délky života*“. Tito autoři rozlišují několik typů prevence, jako např. primární, sekundární, terciální.

Primární prevence je soubor opatření, které vedou k zabránění vzniku nemoci u daného jedince. Mezi úlohy primární prevence řadíme např. zprostředkování informací o zdravém způsobu života, očkování, odebrání prozatím zdravého orgánu či patologicky nezměněné tkáně, která by v budoucnu potenciálně mohla člověka ohrožovat na životě, vzhledem ke zjištěné negativní genetické predispozici apod. (Müllerová a Aujezdská, 2014)

Cílem sekundární prevence je zajistit co nejvhodnější podmínky zamezující zhoršování již diagnostikované nemoci. Snahou této prevence je vyhnout se komplikacím nemoci, pracovní neschopnosti, rozvoji onemocnění či zabránit smrti. Těmto následkům lze předcházet pomocí včasného odhalení nemoci, vhodně zvolené diagnostice a terapii. Zde můžeme zařadit vyšetření, které např. vyhodnocují stav tkáně z děložního čípku, střev, či prsu. Stav orgánů a tkání se sleduje u jedinců, u kterých se předpokládá vyšší pravděpodobnost výskytu závažného onemocnění. (Müllerová a Aujezdská, 2014)

Podle Čeledové a Čevely (2010) zde spadají preventivní prohlídky v rámci primární péče. Pro tyto prohlídky jsou kompetentní např. praktičtí všeobecní lékaři, praktičtí lékaři pro děti a dorost, stomatologové, gynekologové.

Podle zákona č. 372/2011, vyhlášky č. 70/2012 Sb. praktického lékaře pro dospělé je doporučováno navštěvovat po uplynutí 23 měsíců od poslední preventivní prohlídky. Stomatologické vyšetření je dobré absolvovat jednou ročně. Rovněž gynekologické prohlídky by měly probíhat po 11 měsících od posledního preventivního vyšetření. Preventivní prohlídky pro děti a dorost se podrobují osoby do 19 let věku.

Neščáková (2014) hovoří o pracovnělékařských prohlídkách, do kterých mimo jiné spadají periodické prohlídky, které mají za cíl sledovat zdravotní stav zaměstnanců. Tyto periodické prohlídky se snaží předcházet situacím, které by v důsledku zhoršeného zdravotního stavu vlivem stárnutí, nebo zhoršené pracovní kondice člověka, mohly ohrožovat samotného člověka, ale i další členy na pracovišti, se kterými se dotýčný setkává. Zákon o ochraně veřejného zdraví stanovuje časové rozmezí v podstupování periodických prohlídek. Časové intervaly mezi první a poslední návštěvou lékaře závisí na pozici zaměstnance, která souvisí s mírou rizika na pracovišti a věku jednotlivce:

1. kategorie:

- Do věku 50 let zaměstnanec podstupuje prohlídkami jednou za 6 let.
- Nad 50 let věku musí zaměstnanec podstupovat jednou za 4 roky.

2. kategorie

- Do věku 50 let zaměstnanec podstupuje prohlídkami jednou za 5 let.
- Nad 50 let věku musí zaměstnanec podstupovat prohlídkami jednou za 3 roky.

(Neščáková, 2014)

2.3.2 Zdravý životní styl

Čeledová a Čevela (2010) považují zdravý životní styl jako součást primární prevence. Dále uvádějí, že životní styl patří mezi hlavní faktory, které ovlivňují zdraví. Do zdravého způsobu života řadí a podrobněji rozebírá pohybové aktivity, zdravou stravu a péči o psychické zdraví.

Zdravý způsob života, podle Kukačky (2009), má za úkol zlepšovat zdraví. K pevnému zdraví je důležitá nejen zdravá strava a pohyb, ale také zařazování odpočinku do pracovních aktivit. Dále je nezbytné naučit se relaxovat i duševně a uvědomit si, že zdraví by mělo být v životě člověka prioritou. Na zdraví působí také životní prostředí, které má značný vliv na zdraví člověka. Avšak tento faktor nelze ovlivnit.

Pohyb a pohybová aktivita

„Pohyb je základní vlastností živých organismů. Z hlediska člověka je nezbytnou součástí jeho života od narození až po stáří a má významný vliv na jeho zdravotní stav.“ (Vokurka, 2008, s. 201)

Machková a Kubátová (2015) se s výše uvedeným autorem shodují na důležitosti pohybu pro zdraví člověka. Autorky popisují, že pohyb je nedílnou součástí života živých tvorů včetně člověka. Aktivním pohybem je možné udržovat a upevňovat zdraví.

Jandečková a Matoulek (2016, s. 48) definují pohybovou aktivitu jako: *„komplexní součást lidského chování. Při nedostatku pohybu dochází v organismu k nežádoucím změnám, jako např. úbytku svalové hmoty, ke zkrácení vazivových struktur svalů, ke změnám struktury kostry a k negativnímu ovlivnění všech metabolických pochodů v lidském těle.“*

Müllerová a Aujezdská (2014) popisují vliv nedostatečné fyzické aktivity nejen na metabolismus a pohybovou soustavu, ale i na další tělní systémy člověka. Uvádí, že dlouhodobě nízká pohybová aktivita může vést také ke kardiovaskulárnímu, či onkologickému onemocnění.

S tělesnou aktivitou souvisí tělesná zdatnost. Mezi součásti tělesné zdatnosti patří svalová síla, kloubní pohyblivost, řízené pohyby a vytrvalost. Všechny tyto složky působí na zdraví člověka, avšak část vytrvalostní je pro zdraví klíčová. (Čeledová a Čevela, 2010)

Kukačka (2010, s. 23) uvádí, že při správně zvolené tělesné aktivitě a vhodně nastavenou stravou, lze často předejít civilizačním chorobám: *„Pravidelné cvičení i přirozená pohybová aktivita jsou spolu s přiměřeným příjmem energie nejlepším, nejbezpečnějším a ekonomicky nejméně náročným preventivním a léčebným prostředkem většiny civilizačních onemocnění.“*

Zdravá strava

Mastiliaková (2007) uvádí, že definice pojmu optimální výživa se u různých autorů odlišují. Obecně lze však říci, že snížený příjem soli, bílého cukru a bílé mouky vede k lepšímu fungování lidského organismu. Je doporučováno zařazovat do svého jídelníčku také potraviny, ve kterých je obsažena vláknina.

Kukačka (2010, s. 46) píše, že hlavní úloha zdravé stravy by měla: „*zajistit optimální přívod energie a živin ve formě bílkovin, tuků, sacharidů, vitamínů, minerálních látek a vody přiměřeně k věku, zdravotnímu stavu a životnímu stylu člověka.*“

Čeledová a Čevela (2010) popisují, že pokud jsou výše uvedené látky přijímány vyváženě, tak pozitivně ovlivňují činnost tělesných funkcí. Navíc dodávají, že nadměrné množství přijaté potravy je modifikováno do nadbytečného tuku, který se v těle ukládá.

Dále uvádějí zásady, které by měl člověk rámci vhodné výživy dodržovat:

- volit menší, ale časté porce během dne
- uzpůsobit druhy jídla denní době
- jíst optimální množství jídla – nepřejídat se
- často zařazovat do svého životního stylu pohybovou aktivitu
- preferovat pobyt ve venkovním prostoru
- konzumovat potraviny ve vhodném a nerušeném prostředí
- nekouřit, vyřadit ze svého života požívání velkého množství alkoholických nápojů

Z výzkumných šetření je zřejmé, že častá konzumace zdraví škodlivých potravin, má více než 40% podíl na vzniku civilizačních chorob. (Kukačka, 2010)

Duševní hygiena

Duševní hygiena (psychohygiena) má za cíl naučit člověka chránit a udržovat, či znovu navrátit jeho psychické zdraví. Dále má za úkol podporovat jedince v odolnosti před různými negativními vlivy. Psychohygiena by měla působit preventivně před vznikem duševních potíží. Jestliže se určité psychické problémy již vyskytují, může pomoci tyto nepříznivé situace zvládat. Do této oblasti se řadí např. rovnoměrné střídání pracovních a relaxačních činností, spánková hygiena, racionální rozvržení času, apod. (Čeledová a Čevela, 2010)

Lidé, kteří mají tendence k dobré náladě, jsou zaměřeni na pozitivní aspekty života. Jejich myšlení směřuje k tomu, v čem se cítí dobře. Jejich zdravotní stav bývá hodnocen pozitivněji, než u lidí s negativním naladěním. (Křivohlavý, 2002)

Řehulka (2016) uvádí, že učitel by měl neustále pracovat na rozvoji své osobnosti. Zde zmiňuje význam psychohygieny, která může být nápomocna v rámci náročné profese pedagogického pracovníka. Autor dále hovoří o tom, že je důležité, aby pedagog byl psychicky

odolný, zejména pokud pracuje s dětmi předškolního věku. Děti v tomto věkovém období jsou vůči negativním projevům pedagoga více senzitivní.

2.4 Spánek a jeho význam

Hartl a Hartlová (2000, s. 554) definují spánek jako: „*celkový útlum činnosti ústředního nervstva, provázený snížením intenzity většiny životních pochodů. Má význam především pro učení, paměť a schopnost soustředění, nedostatek snižuje duševní schopnosti.*“

Mourek (2012, s. 191) popisuje spánek jako: „*nehomogenní (heterogenní) funkční stav organismu s typickými rytmickými cykly, rozdělený do různých stádií a přechodů, charakterizovaných specifickými formami chování, změnami elektrofyziologickými, vegetativními i hormonálními.*“

Spánkem se zabývá také Plháková (2007, s. 87) která uvádí rozdíl ve fyzických a psychických fyziologických funkcí oproti bdělému stavu: „*spánek je přirozený psychosomatický stav, který ve srovnání s bděním provází značné snížení psychické i tělesné aktivity, zejména aktivity motorického a senzorického systému.*

Orel a Facová (2009) dále o spánku hovoří jako o základní potřebě, která je nezbytná pro přežití. Jedním z několika procesů ve spánku je tzv. konsolidace paměti, což znamená začleňování novějších poznatků s dříve uloženými údaji v mozku. Dále se ukládají údaje do dlouhodobé paměti. Dochází k regeneraci buněk, nacházejících se v mozku, což svědčí o důležitosti této základní potřeby.

Plháková (2007) dále uvádí, že průměrný člověk spí přibližně 8 hodin denně. Po zbytek dne prožívá bdělý stav. Toto střídání bdění a spánku se nazývá cirkadiální rytmus. Během spánku člověk prochází nejprve fází usínání, poté následuje lehký a hluboký spánek. Tento proces trvá přibližně 1 hodinu a 30 minut. Za noc se několikrát opakuje. Pokud je spánek v některé z uvedených fází přerušen, dochází ke spánkové deprivaci. Ta může mít za následek narušení koncentrace pozornosti nebo může docházet k mikrosnámkům.

Ve spánku dochází k několika procesům, které nazýváme spánkové cykly. Každý cyklus má dvě fáze, kterými jsou non-REM a REM. První fáze spánku, označovaná také jako non-REM spánek, je také známá pod pojmem pomalá, synchronizovaná fáze spánku. Svalové napětí

klesá, snižuje se počet dechů za minutu i akce srdeční. Rovněž klesá hodnota krevního tlaku. Tato fáze je charakterizována pomalými očními pohyby a zpravidla nepřítomnosti snů. (Mourek, 2012)

Orel a Facová (2009) uvádí, že spánek ve fázi non-REM je delší, než fáze REM, jelikož zastoupení non-REM fáze v celkovém spánku v noci je přibližně 75 %. V této fázi je utlumena činnost mozku. V non-REM fázi dochází ke snížené dechové a srdeční frekvence. Tento pokles je dán vlivem převládání činnosti autonomního nervového systému tzv. parasympatikus. Svalový tonus je snížen a rovněž nastává celková svalová relaxace.

Orel a Facová (2009) dále popisují, že REM fáze je známa také pod pojmem aktivní nebo paradoxní spánek. Tato fáze je v celkovém spánku tvořena asi z 25 %. Naproti non-REM fázi, během paradoxního spánku převládá autonomní nervový systém, zvaný sympatikus. Následkem sympatiku se např. zvyšuje krevní tlak, stoupá dechová a srdeční činnost. Pro aktivní spánek jsou typické sny. Je známo, že se mohou sny objevit i v non-REM spánku, avšak v této fázi vychází z prožitků všedního dne. Jsou realističtější a méně barevné.

2.4.1 Poruchy spánku a jeho důsledky

Podle Mourka (2012) je spánek nezbytný pro život jedince. Jestliže člověk dlouhodobě vynechává spánek, může docházet jak k tělesným poruchám, tak k poruchám na úrovni centrální nervové soustavy. To se může projevovat symptomy, jako jsou: nekoncentrovanost, únava, podrážděnost, častý výskyt chyb, neadekvátní reakce. Další poruchy pramenící z absence spánku mohou vyvolat vegetativní a zažívací potíže.

Plháková (2007) se v souvislosti s poruchami spánku zabývá příčinami nespavosti. Fyzické a psychické zatížení během dne, přílišná percepční a kognitivní aktivita před spaním, nadměrná konzumace kofeinových a jiných stimulačních látek významně ovlivňují kvalitu spánku. Za příčinou nespavosti může být dokonce i nedostatečná únava. Mezi další důvody ovlivňující spánek jsou např. změna zaměstnání. Jestliže u jedince přetrvává dlouhodobá nespavost, její příčiny můžeme hledat ve stresujícím rodinném, nebo pracovním prostředí. Dále také v náročné zdravotní či finanční situaci. Hormonální poruchy, nebo přemíra požívání kávy a čaje mohou být také důvody vzniku chronické nespavosti. Za nejčastější poruchy spánku

jsou považovány potíže s usínáním a časně probuzení. Jestliže si mladý člověk stěžuje na poruchu spánku, většinou se jedná o dlouhé usínání. Naopak u starších lidí se jedná spíše o problémy vztahující se k častému nebo velmi brzkému probuzení. Společné u těchto dvou rozličných věkových kategorií je však skutečnost, že občas se s pocitem únavy a nedostatečného odpočinku potýkají obě věkové skupiny.

Kukačka (2010) se zmiňuje ve své monografii o vlivu spánku na imunitu. Říká, že pokud má obranyschopnost organismu fungovat správně, je nutná nejen dostačující délka spánku, ale i jeho kvalita. V opačném případě dochází ke zhoršené schopnosti imunitního systému.

Podle Čeledové a Čevely (2010) nespavost se může nepříznivě projevit na plnění pracovních povinností. Negativní dopady pak ovlivňují duševní oblast. Tyto faktory následně mohou vyvolat poruchu zdraví člověka.

2.5 Stres a jeho dopady

Orel (2016) uvádí, že se stresem se setkáváme neustále. Je vyvolán z jistých příčin, nazývanými stresory. Stres člověku přirozeně pomáhá při zvládání nových či nelehkých životních etap. Může nastat situace, která spuštěním stresové odpovědi umožní jedinci ochránit svůj život. Stres u převážné většiny populace nevyvolá psychickou poruchu, avšak u některých jedinců mohou duševní poruchy vlivem stresových a dalších souvisejících činitelů zvýšit riziko propuknutí psychické poruchy. Existují i případy, u kterých v důsledku stresu je určena diagnóza. Např. *Reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení*.

Podle Pugnerové a Kvintové (2016) jsou stresory podněty, které spouští stresovou reakci. Aby člověk dokázal efektivně zvládat stres, měl by pátrat po příčině vzniku dané zátěže. Stresory lze v obecném pojetí rozlišit na vnější a vnitřní. Mezi **zevní stresory** spadají např. interpersonální vztahy, podněty vyvolávající vysokou intenzitu emocionální zátěže, nebo také nepravidelný režim, či nedostatek tekutin. V neposlední řadě jako vnější podnět vyvolávající velmi intenzivní stres, považujeme časovou vytiženost. **Vnitřními stresovými faktory** rozumíme osobnostní rysy každého člověka. Ty určují, jak jedinci na stresovou situaci zareagují. Konkrétně se jedná např. o úzkostné povahy, perfekcionismus, nízkou autoevaluaci jedince.

Holeček (2014) uvádí několik zevních faktorů vyvolávající stres, se kterými se učitelé, jakož to profesionálové potýkají. Pedagogové považují za stresory týkající se jejich profesní činnosti např.: problémové žáky a jejich chování, neadekvátní přístup rodičů k pedagogům, negativní přístup vedoucích pracovníků k podřízeným, narušené vztahy a špatná komunikace mezi kolegy, nedostatečné materiální a další podmínky na pracovišti, vysoká pracovní zátěž ve smyslu přílišné administrativy, zodpovědnosti a nepatrného času na odpočinek. Dále učitelé uvádějí jako další stresový faktor neuspokojivé ohodnocení jejich profese.

Také Orel (2016) popisuje individuální rozdíly v odpovědi na stres. Uvádí, že vypustíme-li extrémní případy, stresory jsou vnímány různými jedinci různou intenzitou. Stresor, který je pro jednoho jedince velmi silný, u jiného člověka nemusí vyvolat žádnou stresovou reakci. Stres má následně vliv na tělesnou schránku, emoce, myšlení, chování a mezilidské vztahy.

Orel (2016) dále upozorňuje, že zátěžové situace závažně ohrožují zejména pracovníky z řad pomáhajících profesí. Aby se předcházelo negativním následkům vlivem stresu, pracovník by měl do svého životního stylu zařadit relaxační prvky, aktivity k navození odpočinku a načerpání sil.

Křivohlavý (2009) uvádí, že psychika je vzájemně propojena s imunitním, nervovým a endokrinním systémem.

S tímto tvrzením souhlasí také Kukačka (2010), který píše o souvislosti duševního stavu s obranyschopností organismu. Dlouhotrvající psychická zátěž vede k oslabení imunitního systému a může tak způsobit různé choroby. Mezi nemoci vyvolané stresem řadíme onemocnění srdce a cév, diabetes mellitus, opakované záněty horních a dolních cest dýchacích. Někteří autoři se domnívají, že existuje spojitost mezi chronickým stresem a následným vznikem rakoviny.

Křivohlavý (2002) hovoří o psychické stránce a její souvislosti s vnímáním příznaků. Uvádí, že lidé v psychicky zatěžujících situacích jsou často přesvědčeni, že pocítují příznaky určité choroby. Tato mylná domněnka může být způsobena aktivací fyziologickými procesy reagujícími na stres. Uvedené fyziologické projevy dotyčný vnímá jako ohrožující příznaky.

Tato kapitola byla věnována tématem stresu, jeho příčinách, důsledků a možnému řešení v kontextu pomáhajících profesí.

2.5.1 Syndrom vyhoření

Termín syndrom vyhoření je podle Kebzy a Šolcové (2003) také znám pod anglickým názvem „burnout syndrome“. V překladu do českého jazyka bychom mohli použít označení, jako je: „vyhaslost“, „vyčerpání“, nebo též „vypálení“.

„Syndrom vyhoření (burn out) se vyskytuje ve všech subjektivně náročných povoláních, kdy nastává nerovnováha mezi emočními stavy a postupně dochází k vyčerpání psychických i fyzických rezerv člověka.“ (Zacharová, 2008, s. 41)

Šolcová a Kebza (2003) uvádějí, že syndrom vyhoření nelze vymezit jen z jednoho úhlu pohledu. Avšak existují názory odborníků, kteří se často obecně shodují na níže uvedených tvrzeních:

- Člověk se cítí být psychicky vyčerpaný.
- Projevuje se zejména u povolání, vyžadující stěžejní pracovní náplň kontaktu s lidmi.
- Příznaky se dotýkají hlavně duševní oblasti, v menším zastoupení také složky tělesné a sociální.
- Vyčerpání postihuje zejména emocionální a poznávací oblasti. Ve většině případů dochází i ke komplexní únavě.
- Příčina syndromu vyhoření je dána dlouhotrvajícími stresovými prožitky.

Křivohlavý (1998) uvádí několik povolání, u kterých se výskyt syndromu vyhoření projevuje nejčastěji. Jde o různé obory. Mezi rizikové skupiny mimo jiné spadají pedagogičtí pracovníci. Nelze však jednoznačně říci, že výskyt tohoto syndromu se týká pouze zaměstnaneckých profesí. Syndrom vyhoření se může projevit také v důsledku nespokojenosti ve vzájemných vztazích v rodině, či partnerském životě.

2.6 Nemoc a psychosomatika

Existuje široká paleta nahlížení na nemoc. S tím také souvisí obtížnost ve vymezení jejího pojmu. Tato kapitola poukazuje na rozdílnost ve vnímání nemoci různými autory.

Nemoc je podle lékařského slovníku definována jako „*porucha zdraví. Obvykle je zjištělná objektivně, bývá vnímána nemocnou osobou a stává se předmětem zdravotnických služeb. Podle časového průběhu rozeznáváme počáteční období prepatogeneze, časná patogeneze*

(latentní, popř. asymptomatická fáze nemoci), rozvinutá patogeneze a ukončení nemoci (vyléčením, přechodem do chronické fáze nebo smrtí).“ (Vokurka a Hugo, 2015, s. 683)

Mareš a Vachková (2009) uvádí několik teorií, jak na nemoc pohlížet. Z klinického hlediska nemoc zahrnuje možné příčiny jejího vzniku, projevy, diagnostiku a léčbu.

Křivohlavý (2002) se domnívá, že neexistuje pouze klinické pojetí nemoci. Také osoby bez zdravotnické odbornosti zaujímají určitý úhel pohledu na nemoc.

Také Mareš a Vachková (2009) píší o chápání nemoci daného jednotlivce. Jde mimo jiné o to, jak dotyčný člověk svou nemoc vnímá a jakým způsobem se s ní vyrovnává. Např. při vnitřních nebo vnějších nepříznivých okolnostech.

Zacharová a Šimíčková-Čížková (2011) uvádějí, že nemoc obsahuje aspekty sociální, duševní a somatické.

Podle Čeledové a Čevely (2010) nemoc, stejně jako zdraví, nemá jednotnou definici. V širokém pojetí je možné nemoc chápat jako narušené zdraví. Pokud je člověk nemocen, lidský organismus ztrácí schopnost přizpůsobit se jak vnitřním, tak vnějším podmínkám prostředí.

Podle Dohnala (2014) je známo několik nemocí, které se v prvotních fázích neprojevují a neomezuji osobní ani pracovní život člověka. Nemocný se v raných fázích nemoci cítí zdravě. V počáteční fázi nejeví zájem o své vlastní zdraví, stejně tak jako o pravidelné preventivní prohlídky u lékaře. Avšak teprve při lékařském vyšetření se může dojít k závěru, že je funkčnost některých orgánů narušena i přes subjektivní pohodu daného jedince. Jedná se o choroby, u kterých člověk zpočátku nepocítuje příznaky nemoci. Přičemž daný orgán nemusí být narušen natolik, aby se u člověka dané onemocnění projevilo. Příslušnou léčbou se zamezí progresi nemoci či úmrtí nemocného. V této fázi je léčba nutná, aby nedošlo k rozvoji nemoci. Nemoc se u člověka projeví také v sociální oblasti, která vede k psychické zátěži. Stres může oslabit imunitní systém.

Podle Zacharové a Šimíčkové-Čížkové (2011) lze obecně říci, že psychosomatika je označení pro propuknutí tělesné nemoci z psychických vlivů. O somatopsychice hovoříme tehdy, jestliže somatická oblast působí na psychiku člověka. Z uvedeného je zřejmé, že duševní a somatická stránka jsou ve vzájemné interakci. Je známo několik onemocnění psychosomatického původu. V této souvislosti se nejčastěji vyskytují nemoci, jakými jsou: vysoký krevní tlak, vředová choroba žaludku a duodena, určité dermatologické nemoci, ischemická choroba srdeční, či průduškové astma.

Zacharová a Šimíčková-Čížková (2011) dále uvádějí, že prozatím neexistuje přesný postup, jak psychosomatika působí. Nicméně lze říci, za psychosomatickými onemocněními se může podílet dlouhodobý stres, genetické predispozice, věk, obranyschopnost organismu, prodělané nemoci, či prostředí, ve kterém člověk žije.

2.6.1 Symptomy a rozdíly v jejich vnímavosti

Symptom neboli příznak se může u člověka vyskytovat z různých příčin. Příznaky se mohou projevovat ze závažných, či méně závažných důvodů. Mezi jednoznačné subjektivní příznaky patří bolest a únava. Tyto symptomy lze těžko objektivně zhodnotit. Jako lépe rozpoznatelné projevy řadíme např. zvracení nebo průjem. Na základě příznaků člověka, tak jeho výsledků z příslušně provedených vyšetření, lékař určuje diagnózu. (Vokurka, 2008)

Křivohlavý (2002) uvádí několik proměnných ve vnímavosti symptomů. Zde budou uvedeny pouze některé z faktorů, které přispívají k individuálním prožívání daného člověka.

Autor dále uvádí, že příznaky jsou různými lidmi prožívány různorodě. Jsou jedinci, kteří své tělesné projevy bedlivě pozorují a přikládají jim zásadní význam. Jiní pocítují jen nepatrné známky, kterým nevěnují pozornost. U některých jedinců může dojít k záměrnému potlačení příznaků. Podstata tohoto účelného chování spočívá v tom, že jedinec správně vyhodnotí negativní příznaky, avšak dojde k potlačení jejich projevů.

Lidé s neurotickými tendencemi vykazují zvýšenou citlivost na změny svého subjektivního zdravotního stavu. Dalším faktorem, který ovlivňuje míru pocítování nežádoucích příznaků je typ osobnosti. Bylo zjištěno, že introverti mají vyšší sklony ke vnímání negativních projevů oproti extrovertním jedincům. Intenzivnější vnímavost k příznakům nastává v období klidu, nejčastěji mimo pracovní dny. Dále studie ukázaly, že lidé, kteří svoji práci považují za zajímavou a obohacující, nežádoucí známky tolik nepocítují. Naopak je to u jedinců, kteří ve svém zaměstnání nejsou spokojeni. (Křivohlavý, 2002)

Tato podkapitola poukazuje zejména na subjektivní stránku vnímání zdravotního stavu každého jednotlivce.

Bolest

„Bolest je nepříjemný senzorický a emocionální zážitek, spojený se skutečným nebo potenciálním poškozením tkáně, nebo který je v termínech takového poškození popisován.“ (Dlouhá, Havlíková a Marek, 2002, s. 578)

Rokyta a kol. (2009, s. 12) se shoduje s výše uvedenou definicí. Navíc zdůrazňuje, že bolest má ryze subjektivní charakter. Bolest autor definuje jako: *„Nepříjemný smyslový a emoční zážitek spojený se skutečným nebo potencionálním poškozením tkáně nebo popisovaný výrazy pro takové poškození. Bolest je vždy subjektivní.“*

Vokurka (2015, s. 131) souhlasí s výše uvedenými definicemi, navíc však konkrétněji uvádí příklady příčin vzniku bolesti. Dále konkretizuje její účel. Bolest podle autora je *„nepříjemný pocit a vjem, který patří k základním a důležitým příznakům onemocnění (zánětu, úrazu, nádoru aj.) a jehož biologickým smyslem je upozornit na vznikající chorobu, poškození či ohrožení, popř. omezit též pohyb v určité části těla.“*

Na základě uvedených definic lze říci, že bolest je subjektivní příznak. Tento symptom jedince varuje, že určitá oblast v těle může být ohrožena nebo poškozena.

2.7 Zdravotní stav učitelů v tuzemských a zahraničních výzkumech

Podle Čeledové a Čevely (2010) pracovní prostředí vyvíjí na člověka různé požadavky. Tyto nároky na jedince působí buď v pozitivním, či negativním slova smyslu. Jestliže člověk nedisponuje dostatečnými pracovními schopnostmi přímo úměrnými nárokům pracovního prostředí, může tento faktor vyvolat poruchu zdraví až onemocnění. V konečném důsledku vznik onemocnění může zapříčinit pracovní neschopnost. V pracovních podmínkách také mohou nastat situace, které následně mohou vyústit nemoc, či úraz. Tyto důsledky zapříčiněné negativními činiteli bývají nazývány jako *„pracovní úrazy“* a *„nemoci z povolání“*.

Z uvedeného textu je zřejmé, že lidé se mohou potýkat s nemocí, které mohou souviset s jejich profesí. Existuje několik výzkumů, které mapují zdravotní stav učitelů. Níže uvedený text zahrnuje studie, které byly provedeny jak v České republice, tak v zahraničí.

Paprštejnová a Šmejkalová a kol. (2011) provedly kvantitativní výzkum prostřednictvím dotazníku, který se zabýval zdravotním stavem učitelů základních, středních odborných

a vysokých škol ve vybraných krajích České republiky. Uvedeného výzkumu se celkem zúčastnilo 484 učitelů. Dospělo se k následujícím výsledkům. Nejvíce, tedy 13, 4 % respondentů uvedlo, že trpí chorobami pohybového ústrojí. Potížemi kardiovaskulárního systému označilo 8 %. Dále dotazovaní uváděli problémy respiračního ústrojí – 5,2 %. Onemocnění trávicí soustavy uvedlo 4,8 % respondentů. Odpovědi na psychické potíže se objevovaly spolu s onemocněním diabetu nejméně. Jiná onemocnění ve výzkumném šetření zaznamenalo 9,7 % probandů. Také autorky provedly výzkum, který se zabýval celkovým vnímáním subjektivního zdravotního stavu pedagogů. Ti nejčastěji hodnotili svůj zdravotní stav docela dobře až průměrně. Nejméně učitelů odpovědělo, že se cítí špatně a vážně nemocní.

Zemánek in Cichá a kol. (2017) provedl výzkum, který mapoval zdravotní stav, životní styl a socioekonomické zázemí pedagogů na základních a středních školách ve vybraném regionu. Oblast, která se v citovaném výzkumu věnovala subjektivnímu zdravotnímu stavu, zahrnovala otázky týkající se zánětů horních cest dýchacích, onemocnění hlasivek, bolestí hlavy, bolestí zad a bolestí dolních končetin.

Zahraničních výzkumů týkajících se objektivního zdravotního stavu učitelů je několik. Například v Bulharsku autorky Vangelova, Dimitrova a Tzenova (2018) provedly kvantitativní výzkumné šetření zaměřené na porovnání diagnostikovaných nemocí učitelů vzhledem k jejich věku.

Následující text této podkapitoly popisuje zahraniční kvantitativní výzkum, který se z části podobal tématu této bakalářské práce. Zabýval stresem a somatizační poruchou u pedagogů v Texasu.

Podle výzkumu Howard a kol. (2017) jsou za somatizační poruchu považovány tělesné potíže, které jsou vyvolané stresem a nemají organickou příčinu, tzn., že lékařské vyšetření neodhalilo příčinu potíží. Zjistilo se, že k významně vyššímu riziku somatizační poruchy jsou náchylní učitelé s dlouholetou praxí, či pedagogové základních škol. Významnou roli na vznik této poruchy má také nespokojenost s profesí. Učitelé se somatizační poruchou uváděli vyšší intenzitu stresu, současně také nízkou úroveň duševního a tělesného zdraví. Z tělesných potíží se jednalo o odpovědi týkající se poruch zažívacího traktu, pohybového aparátu, neurologických, kardiologických, či plicních potíží.

Výzkumu se zúčastnilo 2 899 učitelů z Texasu, z čehož 940 (32 %) oslovených podle výzkumného šetření splnilo kritéria, která poukazují na somatizační poruchu. Zatímco

1 959 (68 %) respondentů nevedlo odpovědi, které v konečném sečtení bodů při kritériálním hodnocení odpovědí týkající se zdravotních potíží poukazovaly na somatizační poruchu. (Howard a kol., 2017)

2.8 Vybrané projevy a možné nemoci v souvislosti se zátěží

Vzhledem k zaměření a k cíli práce považuji za vhodné zmínit alespoň vybrané příznaky a možné nemoci učitelů, se kterými se v praxi může setkat. Tato kapitola se bude zaměřena na katary horních cest dýchacích, poruchy hlasu z profesního přetěžování, příznaky kardiovaskulárních onemocnění, bolesti hlavy, bolesti zad a bolesti břicha.

2.8.1 Katary horních cest dýchacích

Mezi záněty horních dýchacích cest patří rýma (rhinitida), zánět hltanu a nosohltanu (rinosfaryngitida), zánět hrtanu (laryngitida), zánět průdušnice (tracheitida), zánět průdušek (bronchitida). (Průcha a Zivna, 2008)

Tyto záněty se obecně dělí na dvě skupiny – akutní a chronické. Nejčastěji se však objevuje jejich akutní forma, která zpravidla vymizí za pár dní. Nicméně jestliže člověk v akutním stádiu nedodrží léčebný režim správně, může se tento zánět modifikovat do chronické fáze. Chronickou formou nemoci jsou ohroženi rovněž lidé se sníženou imunitou vlivem působení další nemoci, která probíhá, nebo již proběhla. V neposlední řadě do rizikové skupiny patří také ti, kteří jsou dlouhodobě a neustále vystavováni patogenními činiteli vyvolávající tyto onemocnění. (Průcha a Zivna, 2008)

Kukačka (2010) se o zánětech horních cest dýchacích zmiňuje v souvislosti se stresem. Uvádí, že dlouhotrvající psychická zátěž člověka negativně ovlivňuje imunitní systém a má vliv mimo jiné na vznik opakovaných zánětů horních a dolních cest dýchacích.

Akutní (infekční rýma)

Rýma nebo patří do skupiny infekčních onemocnění, postihující nosní dutinu. Je známo několik podtypů tohoto zánětu. Obecně se rhinitida dělí na *infekční*, *alergickou* a *ostatní*. (Hahn, 2019)

Akutní rýma je jedním z typů zánětů nosní dutiny. Patří mezi nejčastěji se vyskytující onemocnění. Převážně je vyvolána virovými původci. Toto virové onemocnění však může být zhoršeno nástupem bakteriální formy infekce. (Mačák, Mačáková a Dvořáčková, 2012)

Na vznik onemocnění se podílí několik faktorů. Mohou to být vlivy náhlých teplotních změn okolního prostředí, období v přelomu zimy a jara, nedostatečné množství vitamínů v organismu, stresové situace, alergenů apod. (Průcha a Zivna, 2008)

Zpočátku se objevuje únava, bolest hlavy, špatná průchodnost nosních dutin, vodnatý sekret z nosu. Dále může nemocný vykazovat známky huhňavosti při řečovém projevu. Jedinec může pociťovat svědění nosu a zhoršenou schopnost vnímat pachy či vůně. Tato počáteční fáze trvá několik dní a příznaky postupně slábnou. Vodnatá sekrece se mění v hlen, zlepšuje se nosní průchodnost i čichová percepce. (Hahn, 2019)

Mačák, Mačáková a Dvořáčková (2012) hovoří o rýmě z nachlazení. Této problematice se věnují pouze okrajově. Avšak k tomuto onemocnění dodávají, že se mohou vyskytovat projevy, jako jsou: chrapot, kašel, nebo zvýšená tělesná teplota.

U rýmy se také může objevit nedoslýchavost při postižení určité části Eustachovy trubice. (Průcha a Zivna, 2008)

Zánět hrtanu (laryngitida)

Laryngitida vzniká následkem zánětu nosní dutiny a nosohltanu. Tento zánět může být vyvolán také bez předcházejícího onemocnění, kdy je postižen hrtan současně s průdušnicí a průduškami. Mezi faktory, které působí na vznik onemocnění, patří mimo jiné nedostatečná průchodnost vzduchu nosní dutinou. Vlivem zamezené nosní průchodnosti dochází k dýchání suchého a chladného vzduchu ústy s patogenními původci a nečistotami, které mohou na hrtan nasedat. Na vznik nemoci se dále podílí např. zakouření, či prašné prostředí, či intenzivní hlasová námaha, apod. Trávení času venku za špatného počasí může mít vliv na vznik tohoto zánětu, který se může vyskytovat opakovaně. To pak může vést k chronicitě tohoto onemocnění. (Průcha a Zivna, 2008)

Zánět hrtanu se projevuje chrapotem a bolestivostí v krku. U některých se mohou objevit problémy s hlasivkami, avšak v krátkodobém časovém horizontu. U tohoto typu onemocnění je vhodné hlasivky nenamáhat. (Mačák, Mačáková a Dvořáčková, 2012)

Těmito potížemi trpí zejména lidé z řad tzv. hlasových profesionálů. Zde řadíme mimo jiné i pedagogy. Je vhodné, aby tato skupina lidí dbala na léčbu tohoto onemocnění tak, aby akutní forma nepřešla do chronického stádia. (Průcha a Zivna, 2008)

Chronický zánět hrtanu a průdušnice

Tímto onemocněním jsou ohroženi lidé, kteří velmi často trpí akutními záněty dýchacích cest. Mezi rizikové faktory, které podporují vznik tohoto onemocnění, patří přemáhání hlasivek, kouření, náhlé změny teplot, nebo vystavování prašnému prostředí. (Mačák, Mačáková a Dvořáčková, 2012)

2.8.2 Poruchy hlasu z profesního přetěžování

Onemocnění hlasivek trpí nejčastěji lidé, kteří zaujímají profese, jako jsou např. pedagogové, zpěváci, herci, tlumočníci a řečníci. (Pelclová a kol., 2014)

Pelclová a kol. (2014) píše o tom, že pro akutní onemocnění je typický ústup potíží po přerušení námahy hlasivek. Je přítomen chrapot a jedinec je nucen vynaložit zvýšené úsilí při fonaci. Chronická forma onemocnění je charakteristická stálými obtížemi. Změny na hlasivkách jsou nezvratné. Do profesního přetížení hlasivek řadí hyperkinetickou dysfonii a těžkou fonastenií.

Hyperkinetická dysfonie

U hyperkinetické dysfonie nemocný vynakládá nadměrné úsilí při hlasovém projevu, nejčastěji vlivem hlučného prostředí. Následkem zvýšeného přetěžování dochází k funkční hlasové poruše a ke vzniku spastické tvorby hlasu. (Pelclová a kol., 2014)

Těžká porucha hlasivek (těžká fonastenie)

Těžká fonastenie je řazena mezi funkční poruchy. Onemocnění může vzniknout z neurotických vlivů. Užití nesprávné techniky při častém přetěžování hlasu patří také mezi faktor, jenž se na vyvolání tohoto onemocnění podílí. Nemocný trpí chrapotem a neschopností zpěvu. (Pelclová a kol., 2014)

Člověk, vystavující se zvýšené námaze při hlasovém projevu (např. pedagog), by měl redukovat hluk ve třídách a účastnit se hlasové edukace u odborníků, zabývajících se touto problematikou. (Pelclová a kol., 2014)

2.8.3 Příznaky kardiovaskulárních onemocnění

Tato podkapitola se zaměřuje na příznaky poukazující na kardiovaskulární onemocnění. Jelikož například palpitace může souviset s psychosomatikou, považuji za vhodné ji alespoň rámcově zmínit.

Stres se může mít negativní dopad na různé typy orgánových soustav. Pokud psychická zátěž působí na kardiovaskulární systém, v počátečním stadiu dochází k výkyvům krevního tlaku. V této fázi ještě nejsou patrné orgánové změny, člověk vnímá nepříjemné pocity, jako je úzkost, dyspnoe, nebo bodavá bolest v oblasti srdce. Intenzivní emocionální zážitek může vyvolat srdeční infarkt, nebo jiná závažná onemocnění. (Kukačka, 2010)

Křivohlavý (2002) ve své publikaci hovoří o výzkumu zaměřující se na typy osobností, který naznačuje, že lidé, jež žijí zdravým aktivním stylem, jsou méně náchylní ke kardiovaskulárním nemocem. Pracovně vytížení jedinci, kteří se svému zaměstnání záměrně zabývají velmi intenzivně, mohou potenciální varovné příznaky nevědomě přehlížet. Děje se tak z důvodu toho, že jejich pozornost nespočívá v zaměření se na své tělo a zdraví. Prioritou těchto lidí není zdravý životní styl, nýbrž například pracovní oblast, která je podle nich důležitá v extrémním slova smyslu.

Bušení srdce (palpitace)

Palpitaci definuje Nejdlá (2006, s. 191) takto: „*Palpitace neboli bušení srdce je pocit zrychlené a nepravidelné srdeční činnosti.*“

Štejfá (2007, s. 564) se rovněž shoduje na tom, že se jedná o pocit bušení srdce. Avšak také popisuje oblasti, kde člověk může neobvyklé projevy palpitace registrovat. Říká, že palpitace je „*bušení srdce, při kterém pacient nepříjemně vnímá vlastní srdeční činnost jako úder v krajině srdce nebo v krku.*“

Dobiáš (2013, s. 58) také hovoří o palpitaci jako o pocitu bušení srdce, jeho charakteru. Kromě lokalizace možných pocitů přidává další možné doprovodné projevy: „*Palpitace jsou subjektivně vnímané pocity abnormální srdeční akce, nebo pocit bušení srdce, případně svírání nebo „knedlíku“ v krku.*“

Z výše uvedených definic je zřejmé, že se autoři shodují na podstatě projevů palpitace.

Nejedlá (2006) rozlišuje palpitaci fyziologickou a patologickou. Fyziologické bušení srdce může spustit stres, horečka, nebo nadměrné kouření.

Dobiáš (2013) nahrazuje pojem *fyziologická palpitace* za palpitaci benigní. Tento druh palpitace může být vyvolán psychickou zátěží, hypertenzí, sporadickými poruchami srdečního rytmu. Bývají často spojovány převážně s jedinci s neurotickými tendencemi, mohou se objevit u žen v počátečním stadiu menopauzy a v neposlední řadě se s těmito pocity setkávají lidé v psychicky zatěžujících situacích. Projevy psychogenního charakteru by neměly mít negativní vliv na zhoršení tělesné kondice při zvýšené zátěži.

Avšak palpitace se nemusí projevit pouze v důsledku nezávažných příčin. Pokud etiologie spočívá v onemocnění srdce komorovou tachykardií, tento stav může člověka ohrozit na životě. Závažná forma palpitace bývá doprovázena pocitem na omdlení, nevolností, změnou zrakové ostrosti, či slabostí. (Dobiáš, 2013)

Nejedlá (2006) rovněž píše o nemocech, které mají za následek vznik palpitací. Tento druh palpitace označuje jako patologický, a ten dále autorka rozděluje dle původu na organické onemocnění a funkční příčiny. Mezi organické příčiny palpitací můžeme zařadit např. zvýšenou činnost štítné žlázy, nebo ischemickou chorobu srdeční. Naopak funkční forma může být tzv. *neurocirkulační astenie*.

Neurocirkulační astenie patří mezi bolesti, které nesouvisí s onemocněním srdce a cév. Termín *neurocirkulační astenie* není v dnešní době již často používán a projevy tohoto charakteru jsou zařazovány do oblasti psychosomatiky. (Štejfa, 2007)

Z uvedeného textu je zřejmé, že palpitace se mohou projevovat z různých příčin. Tyto příčiny mohou být méně, či více závažné. Může se jednat o příčiny spojené s kardiovaskulárním onemocněním. Méně závažné jsou příčiny psychogenní, u kterých není nalezen organický původ tohoto projevu.

2.8.4 Bolesti hlavy

Bolestmi hlavy je postižena více než 1/3 populace dospělých jedinců. Častějším výskytem jsou bolesti hlavy chronického rázu. Bolesti hlavy mohou být vyvolány z různých příčin. Z hlediska etiologie můžeme bolesti hlavy rozčlenit na dvě kategorie, tedy na primární a sekundární. (Rokyta a kol., 2009)

Vokurka (2015) uvádí, že bolesti hlavy se mohou projevit dokonce při nadbytečném užívání medikamentů tlumící bolest. Tato bolest bývá označována jako *Hortonova cefalgie*.

Primární bolesti hlavy

Muntau (2009) uvádí, že u primárních bolestí hlavy, klinické a doplňující vyšetření poukazují na nepřítomnost organické změny ve smyslu patologie. Tato autorka dále doplňuje, že primární bolesti hlavy se objevují samostatně bez souvislosti s jinými nemocemi.

Tenzní bolesti hlavy

Tenzní bolesti hlavy mají v populaci četný výskyt. Tyto bolesti mohou být vyvolány psychickou zátěží a únavou. (Rokyta a kol., 2009)

Rovněž Vokurka (2015) uvádí, že tenzní bolesti hlavy mají ve valné většině souvislost se stresovými faktory.

Není neobvyklé, že bolest tohoto charakteru je doprovázena depresemi, hněvem, pocity tlaku a stahu. Zmíněné pocity tenze a spasmu bývají lokalizovány na pokožce hlavy a v oblasti krčních svalů. (Rokyta a kol., 2009)

U tenzních bolestí souvislost mezi napětím krčního svalstva a tlakovou bolestí hlavy prozatím není prokázána. Kromě tlakové a stahující bolesti si může člověk stěžovat i na bolest tupou. Jedinci, trpící těmito bolestmi, přirovnávají tenzní typ bolesti k pevně utaženému pásku kolem hlavy. Avšak lidé s těmito symptomy mohou také vnímat, že je bolí celá hlava. Další projevy, které může dotyčný uvádět, jsou hypersenzitivita a nízký práh bolesti krčních svalů a pokožky v oblasti hlavy. U tohoto typu bolesti se neprojevuje zvýšená citlivost na světlo, nauzea, ani zvracení. Při zvýšené fyzické aktivitě není bolest prohlubována. (Rokyta a kol., 2009)

Bývá popisována mírná až střední bolestivost. Obvykle trvá déle než 30 minut a může být pociťována až po dobu 1 týdne. Z hlediska délky trvání se od sebe odlišují akutní a chronické

tenzní bolesti. Jestliže bolest přetrvává v daném měsíci více než 15 dní, jedná se o chronickou formu. (Rokyta a kol., 2009)

Migrény

Migréna je všeobecně známým termínem používaným při bolestech hlavy. Migrenózními bolestmi trpí 20 % ženské a 7 % mužské populace v rámci Evropy. V počáteční fázi je pociťována únava, dochází ke ztrátě koncentrace, u tohoto stavu je patrná světloplachost a špatná snášenlivost zvukových podnětů. Dalším příznakem prvotní fáze je pocit svalového napětí až ztuhlosti svalstva. Existují migrény s absencí aury, nebo migrény doprovázené aurou. (Rokyta a kol., 2009)

Vokurka (2015) uvádí, že bolest lokalizovaná v oblasti páteře může mít následně vliv na vznik migrenózních bolestí. V takovém případě jde o tzv. cervikokraniální syndrom.

Migrény s přítomností aury

Aura je jakousi předzvěstí pro nástup migrenózních příznaků. Příznaky aury jsou spojovány se změnou zrakového vnímání. V souvislosti s aurou mohou nastat určité stavy, které bývají popisovány jako světelné a blýskající se částečky, může dojít k poruše zrakového pole a neostrému vidění. Dvojití vidění bývá hlášeno výjimečně. (Rokyta a kol., 2009)

Symptomy, které může dotyčný uvádět či vykazovat, jsou bolesti hlavy, nastupující do 60 minut po auře, nevolnost, zvracení, změna nálady v pozitivním slova smyslu, či nutková potřeba jídla. Těmito ataky trpí většinou adolescenti a mladí lidé. U gravidních žen se projevy postupně mizí a v pozdějším období tyto migrény již nepropukají vůbec. (Rokyta a kol., 2009)

Zdroje, podílející se na vzniku migrény s aurou mohou být různé vzhledem k individualitě každého člověka. Avšak z obecné roviny můžeme říci, že krátkodobá, ale častěji chronická psychická zátěž může tyto nepříznivé stavy podpořit. U většiny případů bývají migrenózní záchvaty zaznamenány až po odeznění stresujícího období. Lidé, kteří trpí těmito migrénami, by se měli vyvarovat sýru, banánům, kvasnicím nebo čokoládě. Uvedené potraviny obsahují tzv. tyramin, který je potenciálním spouštěčem těchto bolestí. (Rokyta a kol., 2009)

Migrény bez přítomnosti aury

Migrenózní záchvaty bez aury trvají minimálně 4 hodiny a mohou přetrvávat až po dobu 3 dnů. Nemocní obvykle charakterizují bolest jako pulzující a lokalizují ji pouze na jedné polovině hlavy. Jedinci s migrénou s absencí aury trpí středními až silnými bolestmi. Bývají přítomny tyto symptomy: zvýšená citlivost na světlo, nauzea a zvracení. Při zvýšené pohybové činnosti se bolest může zhoršovat. (Rokyta a kol., 2009)

Sekundární bolesti hlavy

Rokyta a kol. (2009) uvádí, že sekundární bolesti hlavy souvisejí s přítomností určitého somatického onemocnění. Existuje několik příčin bolestí hlavy z vedlejších příčin. Nejčastěji mohou být sekundární bolesti hlavy způsobeny: úrazem, stomatologickou příčinou, žvýkáním, zíváním, zpěvem, útlakem nervu např. cévou, atd.

Vokurka (2015) dodává, že sekundární bolesti hlavy mohou být způsobeny vysokým krevním tlakem, zánětlivými a cévními mozkovými příhodami, insuficiencí ledvin, nádory, otravami. Dalšími příčinami mohou být onemocnění uší, očí, nebo vedlejších nosních dutin.

Nemalou pozornost musíme věnovat případům, u kterých se projevují bolesti hlavy společně s akutními poruchami vědomí, řeči, zraku, nebo citlivosti. V neposlední řadě je nutné znát další varovné příznaky spojené s bolestmi hlavy, kterými jsou: nevolnost, emesis a ztuhlost šíje. (Rokyta a kol., 2009)

Z uvedených poznatků lze obecně konstatovat, že jak primární, tak sekundární bolesti hlavy jsou příznakem, vyvolaným z různých příčin. Primární bolesti hlavy bývají způsobeny zpravidla psychogenními vlivy, kdežto sekundární bolesti mají organickou příčinu.

2.8.5 Bolesti zad

Rokyta a kol. (2009) rozlišuje bolesti zad dle časového hlediska na akutní, subakutní a chronické. Akutní bolest zad se vyznačuje délkou trvání bolesti do 6 týdnů. Doba trvání subakutní bolesti se pohybuje v období od 6 do 12 týdnů. Chronická fáze tohoto onemocnění je charakterizována trvalými či recidivujícími potížemi, trvající 3 měsíce a déle. Dále diferencuje bolesti zad na základě závažnosti objektivního lékařského nálezu nebo plánované léčby.

Podle Vokurky (2015) mohou být příčiny bolestí zad různé. Nejčastěji jde o příčiny spojené s určitými onemocněními páteře. Člověk však může tyto bolesti pociťovat v souvislosti s jinou nemocí. Konkrétně mohou vznikat z důvodu onemocnění močového, zažívacího, kardiovaskulárního a respiračního systému.

Rokyta a kol. (2009) uvádí, že bolesti zad se pojí s nedostatkem pohybové aktivity. Další vliv, který může způsobovat bolesti, je sedavé zaměstnání s nepřiměřeným a nevhodným zatížením opěrné soustavy páteře.

Podle Křivohlavého (2002) je celá řada příčin bolestí zad, např. úrazy apod. Velkou úlohou zde však zaujímají psychické obtíže.

Morschitzky a Sator (2012) souhlasí, že bolesti zad mohou zapříčinit jak tělesné, tak psychické faktory. Přičemž se podrobněji věnuje příčinám bolestí zad na základě lokalizace a délkou trvání bolestí. Hovoří např. o tzv. cervikálním syndromu, což je soubor příznaků bolestí zad projevující se v krční oblasti zad. Akutní potíže tohoto syndromu bývají spojovány s náhlým nevhodným pohybem, či s nadměrným zatížením. Kdežto chronická forma obtíží krční části páteře bývá způsobena psychogenními a psychosociálními vlivy. Mimo jiné se věnuje bolestmi v bederní krajině, nazývanými jako tzv. lumbago. Jde o akutní, nebo chronické bolesti beder bez organické příčiny, při kterém může bolest vystřelovat do hýždí či dolních končetin, popřípadě je bolest pociťována pouze v bederní části zad. Zejména psychosociální faktory se podílejí na vzniku chronických potíží.

Autoři Morschitzky a Sator (2012) dále uvádějí, že bolesti zad bývají až ze 70 % lokalizovány v bederní a křížové části. Na druhém místě, tedy z 25 % bývají udávány bolesti šíje. V 5 % jsou určovány v hrudní oblasti páteře.

Klasifikace bolestí zad dle závažnosti

Prosté bolesti zad

Prosté bolesti zad se projevují výskytem bolesti při pohybu. Tato bolest vzniká reakcí nervových zakončení na bolestivou stimulaci ve svalech, v okostici, či kloubech. Bederní a křížová oblast patří mezi nejčastěji vyskytující se bolesti v této kategorii. Bolest mívá tupý až tlakový charakter a může vyzařovat do stehenní oblasti. Tyto bolesti zad se projevují ve věkové kategorii 20 – 55 let. Subjektivní potíže slábnou, jestliže pacient dodržuje vhodnou

tělesnou aktivitu bez přetěžování pohybového aparátu. Prognóza je příznivá, jelikož u 90 % lidí s diagnózou prostých bolestí zad dojde k vyléčení. (Rokyta a kol., 2009)

Nervová kořenová bolest

Nervová kořenová bolest bývá spojována s výhřezem meziobratlové ploténky, nebo vznikem zúžení páteřního kanálu. Další příčina může být vlivem pooperačních stavů a vznikem jizev, které utlačují nerv. Tento typ neurogenní bolesti se vyznačuje bolestivostí jedné, nebo obou dolních končetin. Přičemž může docházet k variabilním poruchám citlivosti, které pramení z porušené oblasti daného kořenového nervu. Neurogenní bolest je pro pacienta subjektivně intenzivnější než u jedince s prostými bolestmi zad s poruchou citlivosti a nervovém dráždění. U tohoto typu onemocnění dochází k úspěšnému uzdravení pouze u 50 % nemocných do 6 týdnů. (Rokyta a kol., 2009)

Závažná onemocnění

Za vznik velmi závažných onemocnění zad mohou stát různé příčiny, následky, ale také onemocnění. Zde řadíme nádorová a infekční onemocnění, záněty, různé malformace, fraktury. Mezi další vážné onemocnění zad patří např. útlak míšních nervů s nemožností vyprazdňování z důvodu výhřezu meziobratlového disku. V takovém případě je nutné problém řešit operační cestou. (Rokyta a kol., 2009)

Z uvedeného textu je zřejmé, že bolesti zad mohou být příznakem méně až velice závažných poruch v páteři, nebo jejího okolí. Na příčinách vzniku bolestí se podílí řada tělesných vlivů. Značný vliv na bolesti zad má však psychika jedince.

2.8.6 Bolesti dolních končetin

Jsou známy různé příčiny bolestí nohou. Bolesti dolních končetin mohou být způsobeny např. cévními, degenerativními, infekčními, metabolickými, či vrozenými onemocněními. Dále mohou být příznakem zánětu, poranění, nebo otoků dolních končetin. (Veverková, 2015)

Rokyta a kol. (2009) uvádí, že bolesti dolních končetin mohou být projevem onemocnění páteře, nebo jako doprovodný symptom prostých bolestí zad.

Bolesti, které přetrvávají dlouhodobě, bývají nejčastěji spojovány s žilním onemocněním. Avšak objektivní nález nemusí v raném stadiu poukazovat na poruchu žilního systému, byť subjektivně člověk může bolesti pociťovat. (Veverková, 2015)

Bolesti kloubů mohou mít různé příčiny. Pokud jde o akutní formu, nejčastěji se jedná o úrazy, nebo zánětlivé procesy v dané oblasti. Jestliže hovoříme o chronické formě bolestí, může se jednat o degenerativní změny daného kloubu – artrózu. Ta vyskytuje i v podobě akutní při onemocnění horních cest dýchacích. (Příkrýl a Kocourek, 2010)

Šafránková a Nejedlá (2006) uvádějí, že artróza může mít rovněž různorodou příčinu. Např. věk, přetěžování kloubů, obezita, úrazy apod. Mohou být postiženy jak velké, tak malé klouby, včetně kloubů meziobratlových. Výskyt artróz u velkých kloubů bývá nejčastěji diagnostikován v kloubu kyčelním. Na druhém místě v četnosti postižení zaujímá kloub kolenní.

Autorky dále uvádějí, že následkem dráždění nervů a omezeným pohybem v kloubu vlivem tvoření výrůstků dochází k reflexnímu zkrácení svalových skupin. Tento mechanismus zapříčiní bolest dalších kloubů a nastává atypická poloha končetin současně s páteří.

U artróz bolest začíná v ranních hodinách, můžeme pozorovat kulhovou a šetřící chůzi s bolestí, může být omezena pohyblivost kloubu, ale také úplná neschopnost jím pohybovat. U artrózy kolenního kloubu může docházet k bolestem při vzestupném stoupání do schodů. U malých kloubů může dojít k vykloubení z kloubního pouzdra. (Šafránková a Nejedlá, 2006)

Z uvedeného textu vyplývá, že příčiny bolestí dolních končetin bývají způsobeny žilním onemocněním, artrózou, úrazy apod. Bolesti dolních končetin mohou být však také příznakem bolestí zad, na které má značný vliv psychosomatika.

2.8.7 Bolesti břicha

Mezi další symptomy související se stresovými situacemi patří také bolesti břicha. Jsou zde rámcově zmíněny možné příčiny vzniku bolestí břicha. Jelikož v této souvislosti bývají bolesti břicha převážně vyvolány psychickými vlivy, tato podkapitola bude spíše zaměřena na jejich psychosomatický původ.

Bolesti břicha mohou mít různou etiologii. Z valné většiny mají psychosomatický podklad – hovoříme o funkčních poruchách. Další možnou příčinou bývá změna daných orgánů v trávicím traktu, či orgánová změna v jiných tělních systémech. Orgánové příčiny však nejsou tak časté. Akutní stavy jsou spojovány s náhlými břišními příhodami. Ty mohou být zapříčiněny krvácením, zánětem, obstrukcí střev, perforacemi, či gynekologickými vlivy. (Seifert, 2012)

Vokurka (2015, s. 131) popisuje charakter bolestí břicha a jejich různé biologické příčiny. Uvádí, že bolest břicha „*může mít charakter bolesti viscerální (z útroh) nebo somatické (z pobřišnice, břišní stěny). Způsobena může být postižením jednotlivých břišních orgánů (bolest viscerální není přesně lokalizována a často z ní nelze určit postižený orgán). V některých případech může být i přenesena (z oblasti hrudníku či páteře). Typickými bolestmi břicha jsou kolika a bolesti při dráždění pobřišnice (peritoneální příznaky).*“

Zažívací trakt je ovlivňován autonomním nervovým systémem. Tento vegetativní systém je dvojího typu – sympatický a parasympatický. Trávicí děje utlumuje sympatikus, zatímco parasympatikus je urychluje. Jestliže je člověk v krátkém psychickém vypětí nebo se náhle fyzicky namáhá, trávicí systém je ve chvilkové nečinnosti. Avšak pokud mají zátěžové či emocionální situace intenzivní ráz a přetrvávají delší dobu, dochází již k dysfunkcím trávicího traktu. Funkční poruchy na psychogenním podkladě se většinou projevují v oblasti nadbřišku a podbřišku. (Morschitzky a Sator, 2012)

Mezi funkční symptomy, které se vyskytují při potížích v nadbřišku, můžeme zařadit: „*nechutenství, nevolnost, pocit plnosti, bolesti žaludku, zvracení, říhání, pálení žáhy.*“ (Morschitzky a Sator, 2012, s. 60)

Příznaky poukazující na funkční poruchy v podbřišku mohou být následující: „*průjem, zácpa, dráždivé střevo.*“ (Morschitzky a Sator, 2012, s. 60)

Při stresujících situacích dochází k aktivaci sympatického nervového systému, který zpomaluje trávicí pochody, krevní zásobení žaludku a střev je nedostatečné. Současně se při zátěži aktivují hormony, které zužují průsvit malých tepen v oblasti sliznice žaludku. V důsledku chronického zatěžování organismu může být žaludeční stěna poškozena svými kyselinami vlivem snížené krevní distribuce trávicího traktu. (Morschitzky a Sator, 2012)

Z uvedeného textu vyplývá, že akutní stres chvilkově přerušuje činnost trávicího traktu. Zatímco chronický stresu může mít za následek poruchy zažívacího ústrojí.

3 METODIKA PRÁCE

V empirické části bakalářské práce provádím popis a celkové shrnutí problematiky výzkumu, který je považován za nedílnou součást bakalářské práce. Empirická část práce se opírá o teoretické poznatky uvedené v předchozí kapitole této práce (viz kapitola 2).

3.1 Metodika výzkumu

Základní specifika výzkumného šetření:

Základní pojetí: kvantitativní výzkum

Výzkumná metoda: dotazování

Technika sběru dat: dotazník

O jednotlivých oblastech kvantitativního sběru dat, jehož obsahem je především zmapovat subjektivní zdravotní stav učitelů mateřských škol, pojednávají následující podkapitoly.

3.1.1 Teoreticko-praktická příprava

Pro zpracování teoretické části bakalářské práce jsem vyhledávala, nastudovala a následně použila poznatky z literatury v tištěné, ale také v elektronické formě. Tyto validní zdroje obsahovaly informace z několika různých oborů. Týkaly se především zdravotnictví, pedagogiky a psychologie jak v širším, tak užším slova smyslu. Dále jsem čerpala poznatky z českých i zahraničních výzkumů. Zahraniční výzkumy jsem vyhledávala prostřednictvím elektronického zdroje v databázi EBSCOhost.

Před samotným vypracováním praktické části bakalářské práce jsem rovněž vycházela z poznatků několika oborů odborné literatury a výzkumů.

Otázka týkající se vnímání celkového zdravotního stavu, kterou jsem použila v mém dotazníku, byla inspirována výzkumem Paprštejnové, Šmejkalové a kol. (2011).

Pro určité dotazníkové položky jsem použila totožné otázky, které použil Zemánek v monografii Ciché a kol. (2017) kvůli srovnání některých dílčích výsledků mého výzkumu.

Před vlastní realizací výzkumného šetření jsem oslovila vybrané mateřské školy, se kterými jsem následně konzultovala termín osobního předání dotazníků.

3.1.2 Výzkumné problémy

Na základně hlavního cíle bakalářské práce, jehož úkolem bylo zmapovat subjektivní vnímání zdravotního stavu učitelů a popsat jejich možné problémy související zejména s psychosomatikou, byly vytyčeny dílčí cíle (viz kapitola 1). V souladu s dílčími cíli byly zformulovány 3 výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č. 1

Má práce učitelů vliv na jejich zdravotní stav?

Výzkumná otázka č. 2

Bude více než 50 % dotázaných učitelů vnímat určité subjektivní zdravotní potíže?

Výzkumná otázka č. 3

Existuje souvislost mezi subjektivními pocity únavy a počtem naspaných hodin?

3.1.3 Charakteristika výzkumného souboru

Byly osloveny mateřské školy jak ve městech, tak na vesnicích Zlínského kraje. V tomto kraji je podle Rejstříku škol a školských zařízení celkem 319 mateřských škol.

Věkové rozpětí oslovených učitelů bylo 30 let a méně až 61 a více let. Výzkum byl zaměřen na subjektivně vnímaný zdravotní stav učitelů mateřských škol ve Zlínském kraji s důrazem na potíže pohybového aparátu, bolesti hlavy, respirační nemoci a názory učitelů na jejich zdravotní stav v souvislosti s vykonáváním jejich profese. V neposlední řadě se zaměřila na délku spánku a míru odpočinku. Celkem se do kvantitativního šetření zapojilo 16 mateřských škol Zlínského kraje, přičemž lokalita a konkrétní názvy škol jsou zobrazeny v následující tabulce (viz Tabulka 1).

NÁZVY MATEŘSKÝCH ŠKOL	LOKALITA MATEŘSKÝCH ŠKOL
Mateřská škola Zlín, Osvoboditelů 3778, příspěvková organizace	Zlín (okres Zlín)
Mateřská škola Vsetín, Trávníky 1218	Vsetín (okres Vsetín)
Mateřská škola Vsetín, Sychrov 96	
Mateřská škola Vsetín, Luh I 1832	

NÁZVY MATEŘSKÝCH ŠKOL	LOKALITA MATEŘSKÝCH ŠKOL
Mateřská škola Valašské Meziříčí, Seifertova 160, okres Vsetín, příspěvková organizace	Valašské Meziříčí (okres Vsetín)
Mateřská škola Valašské Meziříčí, Krhová 445, okres Vsetín, příspěvková organizace	Valašské Meziříčí – Krhová (okres Vsetín)
Mateřská škola Rožnov pod Radhoštěm, 1. máje 1153, okres Vsetín, příspěvková organizace	Rožnov pod Radhoštěm (okres Vsetín)
Mateřská škola Radost Rožnov pod Radhoštěm, 5. května 1701, okres Vsetín, příspěvková organizace	
Mateřská škola Na Zahradách, Rožnov p. R., příspěvková organizace	
Základní škola T. G. Masaryka a mateřská škola Horní Bečva, okres Vsetín	Horní Bečva (okres Vsetín)
Základní škola a Mateřská škola Jarcová, okres Vsetín, příspěvková organizace	Jarcová (okres Vsetín)
Mateřská škola Podhradní Lhota, okres Kroměříž, příspěvková organizace	Podhradní Lhota (okres Kroměříž)
Mateřská škola PRAMÍNEK, Valašská Bystřice, okres Vsetín	Valašská Bystřice (okres Vsetín)
Mateřská škola Vidče, okres Vsetín	Vidče (okres Vsetín)
Mateřská škola Zašová, okres Vsetín	Zašová (okres Vsetín)
Mateřská škola DUHA, Na Potoku 369, Zubří, okres Vsetín	Zubří (okres Vsetín)

Tabulka 1. Název a lokalita mateřských škol zahrnutých do výzkumného šetření
(zdroj: vlastní výzkum)

3.1.4 Použitá metoda

Bylo provedeno kvantitativní výzkumné šetření. Jako metoda sběru dat byl použit anonymní dotazník vlastní konstrukce.

Jak uvádí Chráska (2016), dotazník musí korespondovat s charakteristikou a specifiky oslovených respondentů. Otázky by měly být interpretovány srozumitelnou formou a být přiměřeně obsáhlé.

Otázkou v mém dotazníku, týkající se vnímání celkového zdravotního stavu, jsem se inspirovala v časopise *Pedagogika* článkem *Zdravotní stav a životní styl učitelů různých stupňů škol* od autorek Paprštejnové, Šmejkalové a kol. (2011), kde v kapitole *Subjektivní hodnocení zdravotního stavu respondentů* uvádějí tabulku výsledků na otázku „*Jak se celkově cítíte po zdravotní stránce?*“.

Určité otázky obsažené v mém dotazníku byly inspirovány knihou *Pedagogická antropologie v podmínkách současné školy* (Cichá a kol., 2017) v kapitole *Osobnost začínajícího učitele pohledem antropologie* (Zemánek in Cichá a kol., 2017), ve které se rovněž popisuje problematika subjektivních bolestí hlavy, bolestí dolních končetin, bolestí zad a katary horních cest dýchacích.

Chráska (2016) rozlišuje několik typů položek, které se v dotazníku mohou objevovat. Ve svém výzkumu jsou použity položky uzavřené, polouzavřené, škálové, výčtové.

Použitý dotazník vlastní konstrukce obsahuje celkem 16 otázek. Otázka č. 1 je škálová, která obsahuje 4 výroky a k nim příslušných 5 hodnotících škál. Otázka č. 2 je polouzavřená a zároveň výčtová, u které je možné označit více odpovědí. Otázka č. 4 je polouzavřená, která při kladné odpovědi obsahuje otevřenou podotázku. Polouzavřené otázky č. 5 – 10 obsahují při kladné odpovědi volnou výpověď pro intervaly obtíží, přičemž otázky č. 5 – 8, obsahují navíc při kladné odpovědi podotázky, které mají výčtový charakter. Uzavřené otázky jsou otázky č. 3, 11 – 16. Kompletní znění použitého dotazníku (viz příloha 1).

Statistické zpracování proběhlo v programu Microsoft Excel za pomoci tabulek a grafů.

3.1.5 Organizace výzkumu

Výzkum byl realizován od začátku září do půlky prosince roku 2019. Účastnili se ho učitelé mateřských škol ve vybraných mateřských školách Zlínského kraje.

Nejprve jsem vyhledala mateřské školy ve Zlínském kraji prostřednictvím internetových stránek. Následně telefonicky oslovila vedení vytipovaných mateřských škol. Poté jsem konzultovala s ředitelkami téma dotazníkového šetření, zda souhlasí s provedením daného výzkumu. V případě souhlasu byl sjednán den a hodina osobního setkání. Tam jsem podrobněji vysvětlila téma a způsob vyplnění odpovědí a domluvila rámcový termín pro vyzvednutí již vyplněných dotazníků. Současně jsem ředitelkám předala kontakt v případě jakýchkoliv nejasností. Po uplynutí času na vyplnění dotazníků, jsem se telefonicky spojila s příslušnými mateřskými školami a domluvila konkrétní datum a čas pro jejich vyzvednutí.

Podle Chrásky (2016) je několik možností, jak dotazník osloveným jedincům předat. Může se jednat o rozesílání prostřednictvím pošty, zprostředkovaně pomocí jiné osoby. Mezi další způsob předávání patří také osobní setkání. Výhoda této formy spočívá ve velké míře návratnosti.

4 VÝSLEDKY

Tato kapitola je věnována výsledkům výzkumné části. Prostřednictvím odpovědí na otázky v dotazníkovém šetření se došlo k závěrům, které jsou náležitě okomentovány a popsány, některé z nich jsou také pro přehlednost graficky znázorněny.

Vyhodnocení výzkumu

Otázka č. 1. Na příslušné škále 1 – 5 ohodnoťte každý z výroků

Cílem otázky č. 1 bylo zjistit názory probandů na náročnost učitelské profese. Dále na psychickou zátěž u každého z oslovených v souvislosti s prací v mateřské škole, vliv profese na celkový zdravotní stav a spokojenosti s vykonáváním profese. Jednalo se o škálovou položku. Otázka byla pomocí tabulky rozčleněna do 4 kategorií, obsahující následující výroky:

- **Výrok č. 1:** „*Domnívám se, že práce učitelů mateřských škol je náročná.*“
- **Výrok č. 2:** „*Práce v mateřské škole je pro mne psychicky zatěžující.*“
- **Výrok č. 3:** „*Domnívám se, že moje současná profese učitele v mateřské škole celkově působí na můj zdravotní stav pozitivně.*“
- **Výrok č. 4:** „*Současná pozice, jakožto pedagoga v mateřské škole mne naplňuje.*“

Každý výrok umožňoval označit jednu odpověď z níže uvedených 5 škál:

1 – naprosto souhlasím,

2 – spíše souhlasím,

3 – nevím

4 – spíše nesouhlasím

5 – naprosto nesouhlasím

Z výsledků odpovědí z výroku č. 1, otázky č. 1 vyplývá, že většina oslovených vnímá práci mateřských škol jako náročnou. Odpověď „naprosto souhlasím“ uvedlo 99 (77 %) probandů, „spíše souhlasím“ 25 (20 %) oslovených. Výsledky jsou graficky zobrazeny (viz obr. 1).

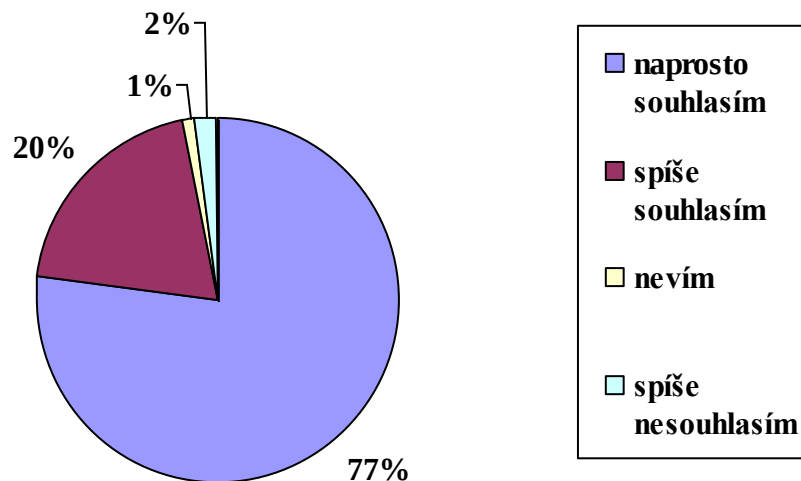
Z výsledků odpovědí z výroku č. 2, otázky č. 1 vyplývá, že většina oslovených učitelů vnímá práci v mateřské škole jako psychicky zatěžující (68 %). Nejčtenější odpověď byla

„spíše souhlasím“ 42 %, další nejčastější odpovědí byla „naprosto souhlasím“ 26 %. Odpověď „spíše nesouhlasím“ uvedlo 22 % dotázaných. Výsledky jsou graficky zobrazeny (viz obr. 1).

Z výsledků odpovědí z výroku č. 3, otázky č. 1 vyplývá, že nejčastější odpověď na otázku týkající se pozitivního vlivu profese na zdraví, byla „spíše souhlasím“ 38 %. „Spíše nesouhlasím“ uvedlo 27 % probandů. Téměř 1/4 oslovených (24 %) označila odpověď „nevím“. Výsledky jsou graficky zobrazeny (viz obr. 2).

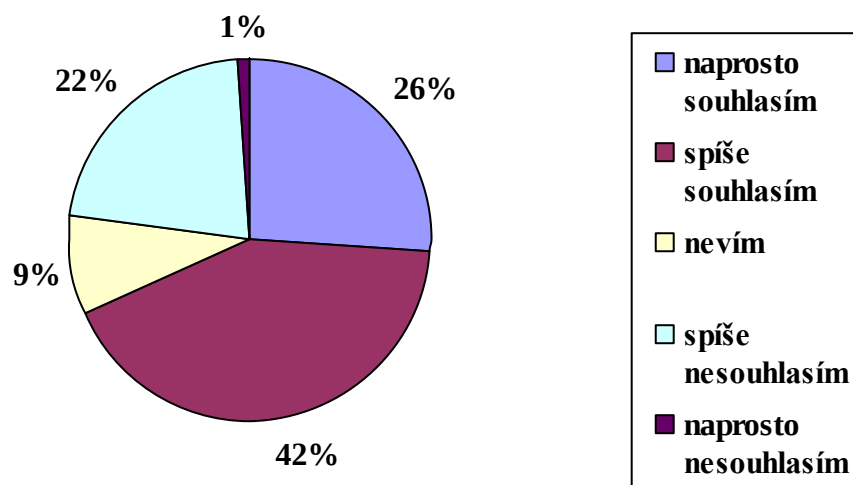
Z výsledků odpovědí z výroku č. 4, otázky č. 1 je zřejmé, že valná většina probandů (95 %) vnímá, že je profese naplňuje. 61 % probandů odpovědělo „naprosto souhlasím“. 34 % označilo odpověď „spíše souhlasím“. Výsledky jsou graficky zobrazeny (viz obr. 2).

Domnívám se, že práce učitelů mateřských škol je náročná



N = 128

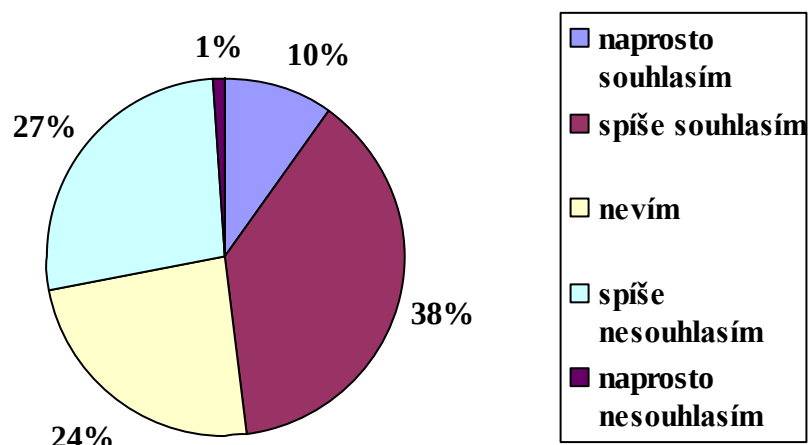
Práce v mateřské škole je pro mne psychicky zatěžující



N = 128

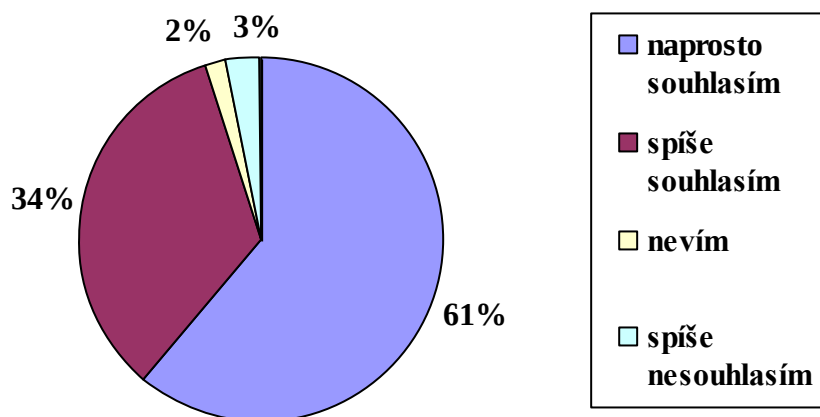
Obr. 1. Grafické znázornění vyhodnocení otázky č. 1 (zdroj: vlastní výzkum)

**Domnívám se, že moje současná profese učitele v
mateřské škole celkově působí na můj zdravotní stav
pozitivně**



N = 128

**Současná pozice, jakožto pedagoga v mateřské škole mne
naplňuje**



N = 128

Obr. 2. Grafické znázornění vyhodnocení otázky č. 1 (zdroj: vlastní výzkum)

Otázka č. 2. Co je podle Vás nejnáročnější na práci pedagoga v mateřské škole.

(Můžete označit více odpovědí)

Cílem otázky bylo zjistit, jaké oblasti jsou pro oslovené učitele v jejich profesi nejnáročnější. Jednalo se o polouzavřenou a zároveň výčtovou otázku, u které mohli oslovení označit několik z níže uvedených možností.

- Zodpovědnost za děti
- Komunikace s dětmi
- Komunikace s kolegy (pedagogy)
- Komunikace s rodiči
- Práce s dítětem se specifickými vzdělávacími potřebami
- Pedagogická příprava
- Administrativa
- Spolupráce s ostatními institucemi (základní školy, pedagogicko-psychologické poradny)
- Jiná možnost – uveďte

Z výsledků odpovědí u otázky č. 2 vyplývá, že učitelé nejčastěji označovali odpovědi týkající se zodpovědnosti za děti (87 %), dále komunikace s rodiči (57 %), práce s dítětem se specifickými vzdělávacími potřebami (48 %). Dále pak uváděli administrativu (39 %). Méně časté odpovědi se týkaly pedagogické přípravy (18 %), komunikaci s dětmi (8 %) a komunikaci s kolegy (7 %). Variantu týkající se spolupráce s ostatními institucemi neoznačil žádný z oslovených učitelů. Celkový počet odpovědí v absolutním počtu činil 337.

V možnosti „jiná odpověď“ probandi využívali velmi výjimečně. Avšak se zde vyskytovaly odpovědi, jako „velký počet dětí ve třídě“, „hluk“, „náročnost na hlasivky“, „nebo přemýšlení nad pracovními povinnostmi mimo pracoviště“.

Otázka č. 3. Svůj současný zdravotní stav vnímám jako

Cílem otázky č. 3 bylo zjistit, jak probandi subjektivně hodnotí jejich zdravotní stav. Jednalo se o otázku uzavřenou. Dotazovaní mohli označit pouze jednu z pěti odpovědí:

- Velmi dobrý (nemám žádné zdravotní potíže)
- Spíše dobrý (vnímám jen mírné zdravotní potíže)
- Dobrý (přestože trpím zdravotními potížemi)

- Spíše špatný (zdravotní potíže mne výrazně omezují)
- Špatný (trpím zdravotními potížemi s komplikacemi)

Z výsledků odpovědí u otázky č. 3 je patrné, že většina oslovených probandů hodnotí pozitivně. Jako „spíše dobrý“ uvedlo 48 % dotazovaných. 26 % probandů odpovědělo „velmi dobrý“. Možnost „dobrý“ označilo 22 %. Na tuto otázku neodpovědělo 3 % oslovených učitelů. 1 % uvedlo, že jejich zdravotní stav je špatný.

Otázka č. 4. Účastníte se preventivních lékařských prohlídek?

Cílem otázky bylo zjistit, zda se probandi účastní preventivních prohlídek u lékaře. Jednalo se o uzavřenou otázku, u které dotazovaní volili jednu z možností:

- ne (přejděte k otázce č. 5)
- ano

Pokud jste odpověděl/a „ano“, napište jakých prohlídek a jak často.

Cílem otevřené podotázky bylo specifikovat druhy prohlídek a jejich četnost. V případě kladné odpovědi na uzavřenou otázku měli probandi přejít k otevřené podotázce.

I když všichni probandi odpověděli „ano“, možnost bližšího vysvětlení využila jen část dotázaných.

Většinou se jednalo o obecné odpovědi v rámci povinných periodických prohlídek v zaměstnání, preventivních prohlídek u praktického lékaře, stomatologa, gynekologa. Sporadicky se objevovaly odpovědi prohlídek u ortopeda a neurologa. Někteří respondenti starší 50 let uváděli mamografické vyšetření. 1 proband uvedl návštěvy v onkologické ambulanci. Frekvencovanost prohlídek nebyla u většiny specifikována. Předpokládáme tedy, že se jedná o standardně stanovené prohlídky.

Otázka č. 5. Trpíte katary horních cest dýchacích (rýma, kašel, atd.)?

Cílem otázky bylo zjistit, zda a jak často oslovení učitelé trpí záněty horních cest dýchacích. Jednalo se o polouzavřenou otázku, přičemž kladná odpověď umožňovala vypsát četnost výskytu kataru. U této otázky probandi mohli volit jednu z následujících odpovědí:

- ne (přejděte k otázce č. 6)
- ano (napište, jak často)

Pokud jste odpověděl/a „ano“, trpíte při nich i onemocněním hlasivek (chrapotem)?

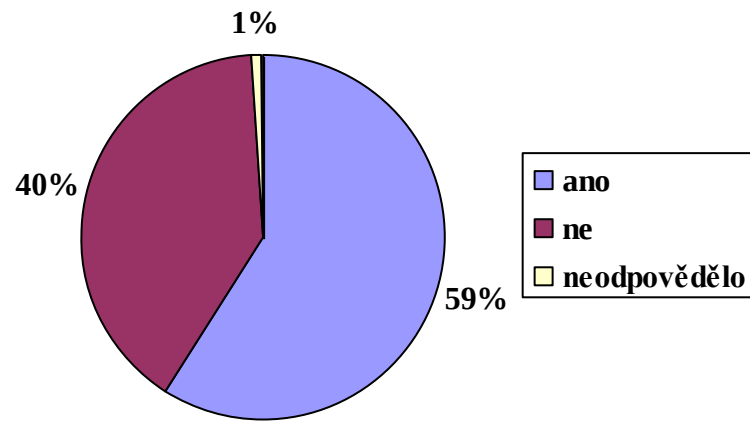
Cílem podotázky bylo zjistit, zda u katarů horních cest dýchacích dotazovaní souběžně trpí onemocněním hlasivek. Při kladné odpovědi probandi měli přejít na uzavřenou podotázku, která obsahovala tyto možnosti:

- ne
- ano

Z výsledků odpovědí u otázky č. 5 vyplývá, že většina dotazovaných učitelů trpí záněty horních cest dýchacích. 76 (59 %) oslovených učitelů odpovědělo kladně. Odpověď „ne“ uvedlo 51 (40 %) dotázaných. 1 % neodpovědělo.

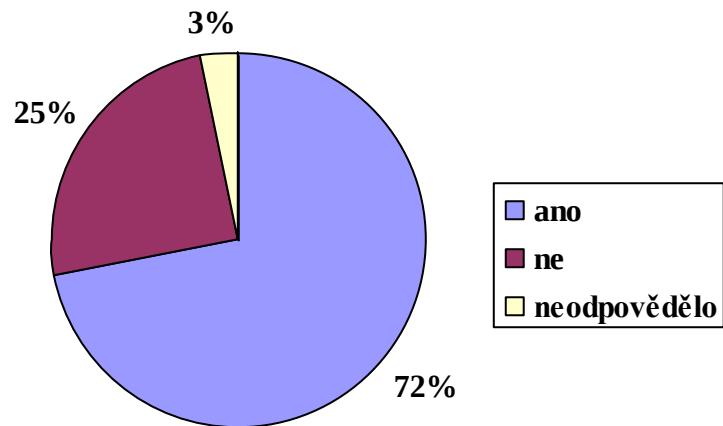
Z výsledků odpovědí na podotázku týkající se onemocnění hlasivek při katarech horních cest dýchacích je zřejmé, že většina odpověděla kladně. 55 (72 %) probandů trpí kataru horních cest dýchacích společně s onemocněním hlasivek. Celkový počet respondentů k této podotázce měl dosahovat 76 probandů. 2 (3%) z nich na tuto otázku neodpovědělo. 1/4 dotázaných trpí nemocemi horních dýchacích cest samostatně bez postižení hlasivek. Výsledky jsou graficky zobrazeny (viz obr. 3).

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



N = 128

**Pokud jste odpověděl/a "ano", trpíte při nich i
onemocněním hlasivek (chraptivostí)?**



N = 76

Obr. 3. Grafické znázornění vyhodnocení otázky č. 5 (zdroj: vlastní výzkum)

Otázka č. 6. Míváte bolesti dolních končetin?

Cílem otázky bylo zjistit, zda a jak často oslovení učitelé trpí bolestmi dolních končetin. Jednalo se o polouzavřenou otázku, přičemž kladná odpověď umožňovala vypsát četnost výskytu daných bolestí. Probandi mohli volit jednu z následujících možností:

- ne (přejděte k otázce č. 7)
- ano (napište jak často)

Pokud jste odpověděl/a ano, pokuste se Vaše bolesti lokalizovat. (Můžete označit více odpovědí).

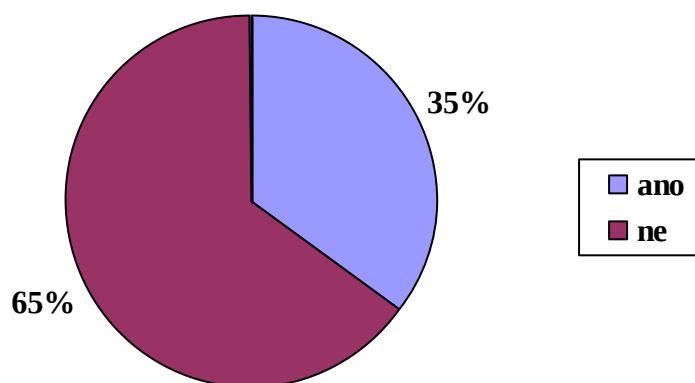
Cílem podotázky bylo zjistit, jaké oblasti na dolní končetině jsou pro oslovené učitele bolestivé. Při kladné odpovědi na bolest dolních končetin měli dotazovaní učitelé odpovědět na uzavřenou výčtovou podotázku, ve které mohli označit více odpovědí. Podotázka obsahovala tyto možnosti:

- kyčel
- koleno
- noha
- svaly

Z výsledků odpovědí na otázku č. 6 vyplývá, že většina oslovených pedagogů netrpí bolestmi dolních končetin. Odpověď „ne“ označilo 65 % probandů. Odpověď „ano“ uvedlo 35 %, tedy 45 dotázaných. Výsledky jsou graficky zobrazeny (viz obr. 4).

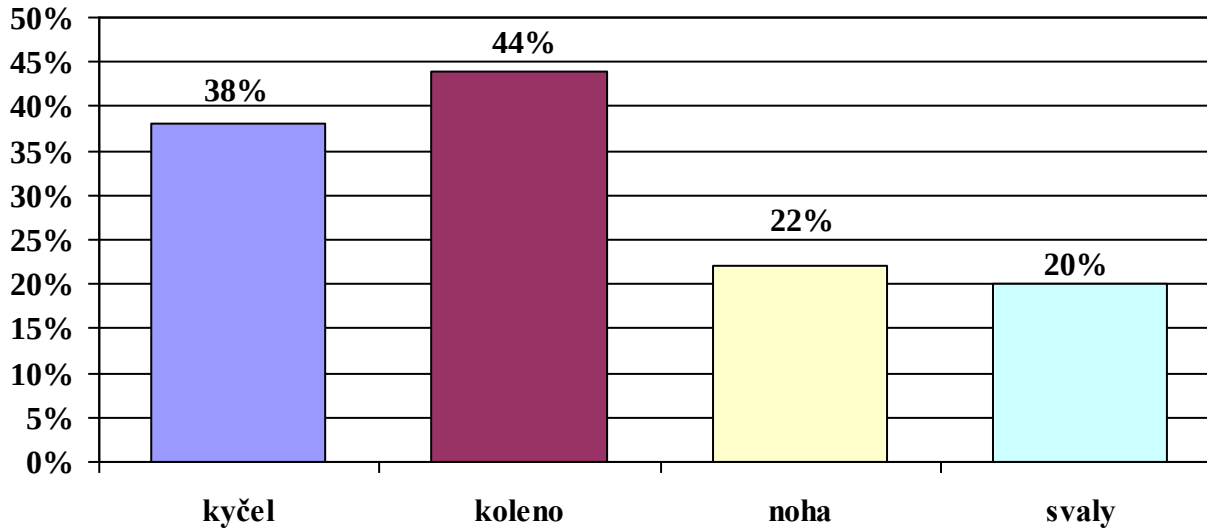
Z výsledků odpovědí na podotázku týkající se lokalizace bolesti dolních končetin vyplývá, že nejčastější bolest dolních končetin je v koleni. Tuto možnost uvedlo 20 (44 %) dotazovaných. Naopak nejméně dotazovaných uvedlo možnost „svaly“, a sice 9 (20 %) oslovených. Možnost kyčel uvedlo 17 (38 %) respondentů. Odpověď „noha“ uvedlo 10 (22 %) oslovených učitelů. Na tuto podotázku odpovídalo celkem 45 oslovených učitelů, celkový počet odpovědí na tuto podotázku bylo 56. Výsledky jsou graficky zobrazeny (viz obr. 4).

Míváte bolesti dolních končetin?



N = 128

**Pokud jste odpověděl/a ano, pokuste se Vaše problémy lokalizovat
(Můžete označit více odpovědí)**



N = 45

Obr. 4. Grafické znázornění vyhodnocení otázky č. 6 (zdroj: vlastní výzkum)

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

Cílem otázky bylo zjistit, zda a jak často trpí oslovení probandi bolestmi hlavy. Jednalo se o polouzavřenou otázku, přičemž kladná odpověď umožňovala vypsát četnost výskytu daných bolestí. Oslovení učitelé mohli volit jednu z následujících možností:

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

Pokud jste odpověděl/a „ano“, pokuste se Vaše bolesti hlavy lokalizovat, určit intenzitu bolesti a délku trvání bolesti. (Můžete označit více odpovědí).

Cílem podotázky bylo zjistit, v jakých oblastech hlavy probandi pociťují bolest. Dále zjistit intenzitu a délku trvání bolestí hlavy. Při kladné odpovědi na bolest hlavy měli dotazovaní odpovědět na uzavřenou podotázku, ve které mohli probandi označit více odpovědí. Obsahovala následující oblasti a možnosti:

Lokalizace na hlavě:

- čelo
- temeno (spánek)
- týl

Intenzita bolesti:

- Mírná (dovoluje běžnou činnost a nemusí být léčena medikamenty)
- Střední (nedovoluje běžnou činnost a ustoupí po užití léků)
- Těžká (nutí vyhledat lékařskou pomoc)

Délka trvání bolesti:

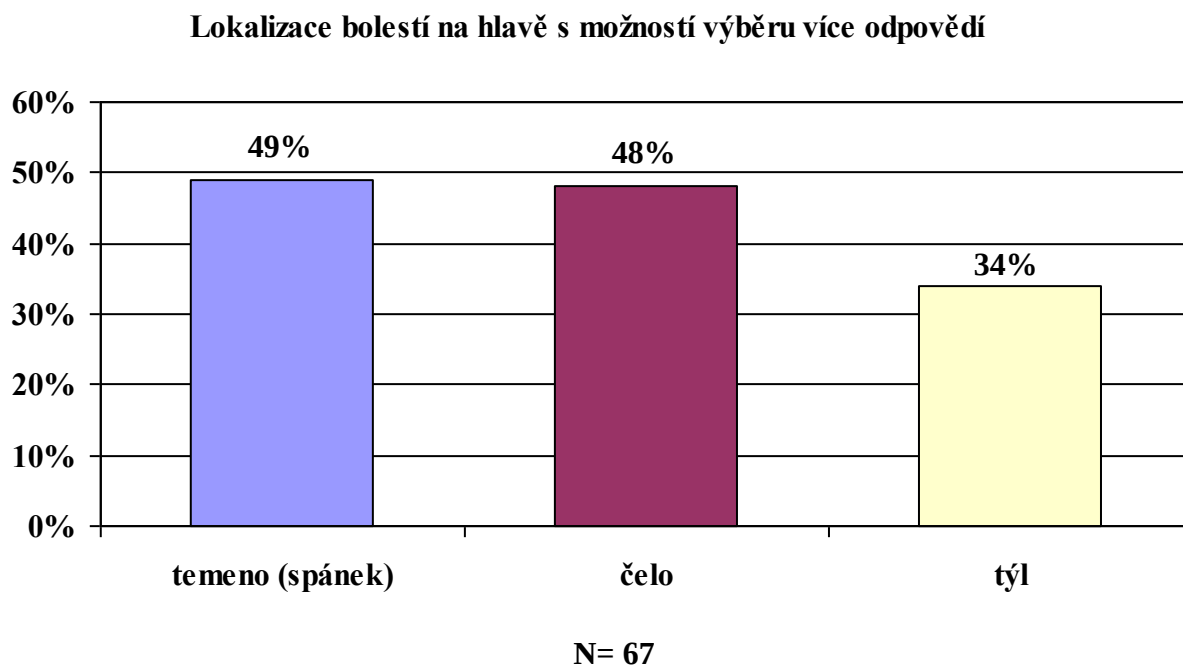
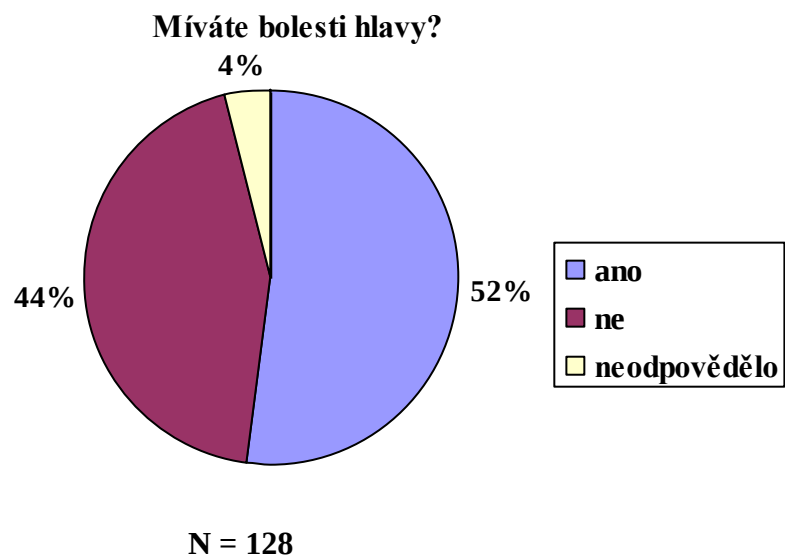
- minuty
- hodiny
- dny

Z výsledků odpovědí na otázku č. 7 vyplývá, že více než 1/2 probandů trpí bolestmi hlavy. Na tuto otázku odpovědělo 67 (52 %) oslovených učitelů „ano“. 5 (4 %) dotazovaných neodpovědělo. Výsledky jsou graficky zobrazeny (viz obr. 5).

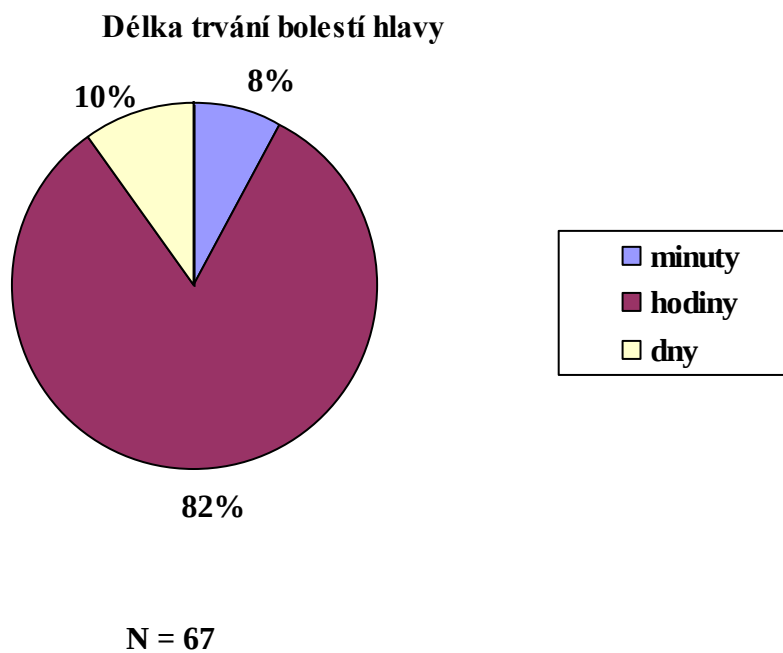
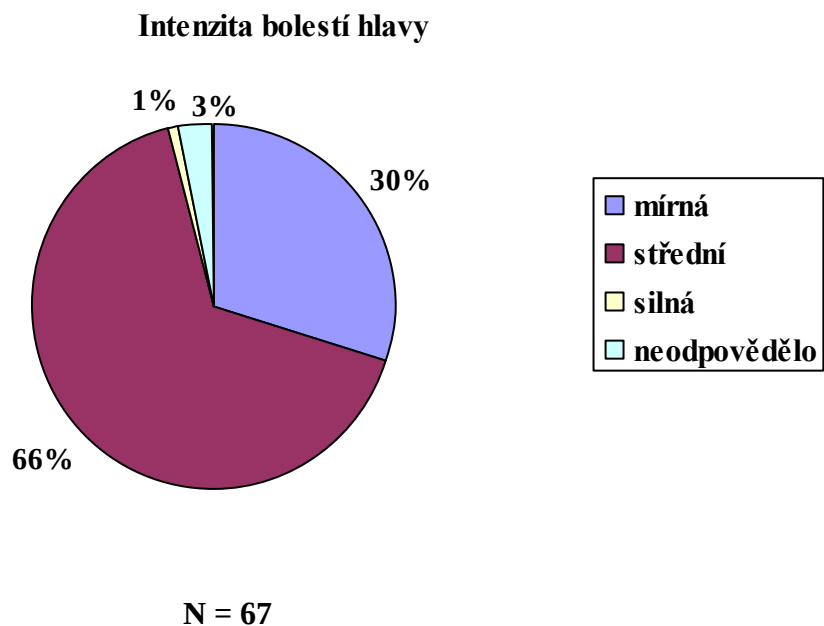
Z výsledků odpovědí na podotázku týkající se lokalizace bolesti na hlavě vyplývá, že nejčastěji byly uváděny odpovědi týkající se bolesti „temene/spánku“. Tedy 33 (49 %) dotázaných uvedlo temeno/spánek a 32 (48 %) uvedlo možnost „čelo“. Možnost „týl“ uvedlo 23 (34 %) probandů. Na tuto podotázku odpovídalo celkem 67 oslovených učitelů. Celkový počet odpovědí na tuto otázku bylo 88. Výsledky jsou graficky zobrazeny (viz obr. 5).

Z výsledků odpovědí na podotázku týkající se intenzity bolesti je zřejmé, že více než 1/2 odpovědí byla zaznamenána u střední intenzity bolesti. Tuto možnost uvedlo 66 % probandů. 30 % dotázaných odpovědělo, že trpí mírnými bolestmi hlavy. Možnost „silná“ intenzita bolesti byla uvedena pouze u 1 %. Neodpovědělo 4 %. Možnost z výběru více odpovědí respondenti u této otázky nevyužívali. Celkem na tuto podotázku mělo odpovídat 67 dotazovaných učitelů. Výsledky jsou graficky zobrazeny (viz obr. 6).

Z výsledků odpovědí na podotázku týkající se délky trvání bolesti hlavy je patrné, že převážná většina odpověděla, že bolest trvá hodiny. Tuto odpověď označilo 82 % probandů. Byť učitelé měli možnost označit v této podotázce více odpovědí, označili pouze jednu odpověď. Celkem na tuto podotázku odpovídalo 67 dotazovaných učitelů. Výsledky jsou graficky zobrazeny (viz obr. 6).



Obr. 5. Grafické znázornění vyhodnocení otázky č. 7 (zdroj: vlastní výzkum)



Obr. 6. Grafické znázornění vyhodnocení otázky č. 7 (zdroj: vlastní výzkum)

Otázka č. 8. Míváte bolesti zad?

Cílem otázky bylo zjistit, zda a jak často probandi trpí bolestmi zad. Jednalo se o polouzavřený typ otázky, přičemž kladná odpověď umožňovala dotazovaným vypsát četnost výskytu bolestí zad. Probandi mohli volit jednu z níže uvedených možností:

- ne (přejděte k otázce č. 9)
- ano (napište, jak často)

Pokud jste odpověděl/a „ano, pokuste se Vaše problémy lokalizovat. (Můžete označit více odpovědí).

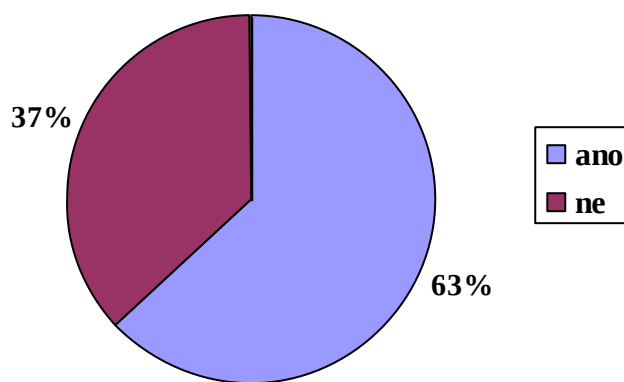
Cílem podotázky bylo zjistit, v jakých oblastí zad oslovení učitelé pociťují bolesti. Při kladné odpovědi týkající se bolesti zad, měli probandi odpovědět na uzavřenou podotázku, ve které mohli označit více možností. Jednalo se o uzavřený typ podotázky. Obsahovala tyto možné odpovědi:

- krční část páteře
- hrudní část páteře
- bederní část páteře
- křížová a kostrční část páteře
- svalstvo

Z výsledků odpovědí na otázku č. 8 vyplývá, že více než 1/2 dotázaných trpí bolestmi zad. Odpověď „ne“ uvedlo 47 probandů (37 %). Kladnou odpověď zvolilo 81 oslovených učitelů (63 %). Výsledky jsou graficky zobrazeny (viz obr. 7).

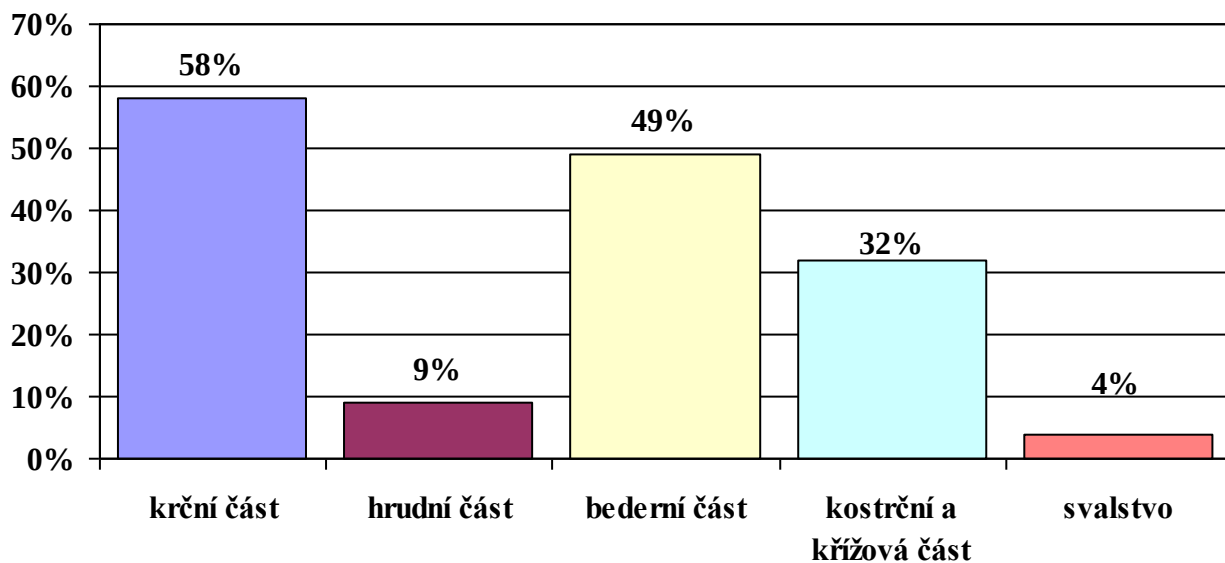
Z výsledků odpovědí na podotázku týkající se lokalizace bolestí zad vyplývá, že 47 dotázaných (58 %) trpí bolestmi v oblasti krční páteře. 40 oslovených (49 %) uvedlo bolesti v oblasti beder, 26 probandů (32 %) označilo odpověď kříže a kostrč. Nejméně respondentů si stěžovalo na bolesti hrudní části páteře a svalstva. Hrudní oblast páteře označilo 7 oslovených (9 %) a 3 oslovení učitelé (4 %) uvedli svalstvo. Celkový počet odpovědí na tuto podotázku činilo 123. Výsledky jsou graficky zobrazeny (viz obr. 7).

Míváte bolesti zad?



N = 128

**Pokud jste odpověděl/a „ano, pokuste se Vaše problémy lokalizovat.
(Můžete označit více odpovědí).**



N = 81

Obr. 7. Grafické znázornění vyhodnocení otázky č. 8 (zdroj: vlastní výzkum)

Otázka č. 9. Míváte bolesti v oblasti břicha? (střeva, žaludek)

Cílem otázky bylo zjistit, zda a jak často probandi trpí bolestmi břicha. Jednalo se o polouzavřený typ otázky, přičemž kladná odpověď umožňovala probandům vypsát četnost výskytu daných bolestí. Probandi volili jednu z níže uvedených odpovědí:

- ne (přejděte k otázce č. 10)
- ano (napište, jak často)

Z výsledků odpovědí na otázku č. 9 je patrné, že převážná většina probandů netrpí bolestmi břicha. 104 (81 %) oslovených učitelů odpovědělo „ne“, zatímco 24 (19 %) uvedlo, že trpí bolestmi břicha. Výsledky jsou graficky zobrazeny (viz obr. 8).

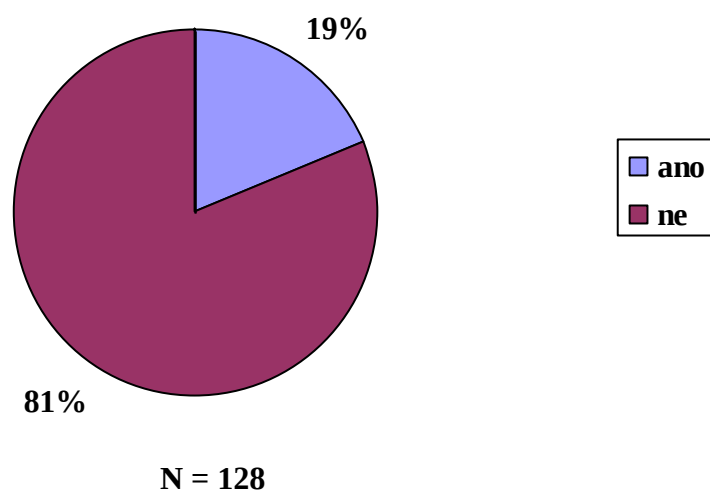
Otázka č. 10. Míváte pocit bušení srdce?

Cílem otázky bylo zjistit, zda a jak často probandi vnímají pocit bušení srdce. Jednalo se o uzavřenou otázku, která při kladné odpovědi umožňovala osloveným učitelům vypsát četnost výskytu ve vnímání pocitu bušení srdce. Dotazovaní učitelé volili jednu z níže uvedených možností:

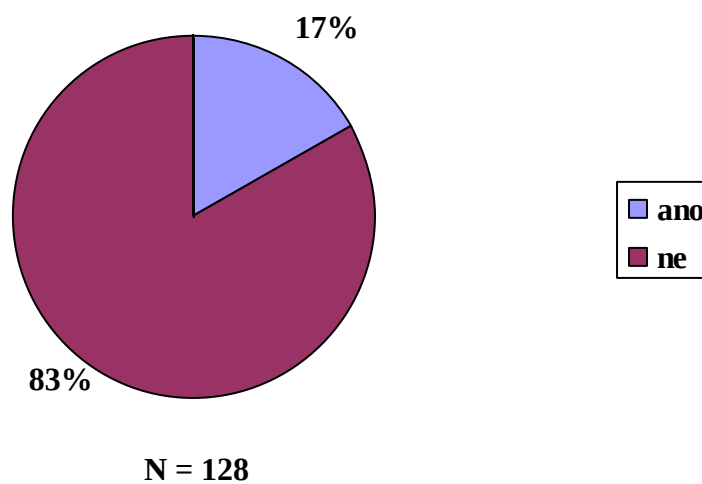
- ne (přejděte k otázce č. 11)
- ano (napište, jak často)

Z výsledků odpovědí na otázku č. 10 vyplývá, že valná většina probandů nepocítuje bušení srdce. Odpověď „ne“ označilo 106 (83 %) dotázaných učitelů. Kladnou odpověď uvedlo 22 (17 %) oslovených učitelů. Výsledky otázky jsou graficky zobrazeny (viz obr. 8).

Míváte bolesti v oblasti břicha?



Míváte pocit bušení srdce?



Obr. 8. Grafické znázornění vyhodnocení otázky č. 9, 10 (zdroj: vlastní výzkum)

Otázka č. 11. Kolik hodin denně naspíte za poslední měsíc?

Cílem otázky bylo zjistit počet naspaných hodin u probandů za poslední měsíc. Jednalo se o uzavřený typ otázky, který obsahoval 6 možných odpovědí. Dotazovaní měli zvolit jednu z následujících možností:

- méně než 5 hodin
- 5 – 6 hodin
- 6 – 7 hodin
- 7 – 8 hodin
- 8 – 9 hodin
- více než 9 hodin

Z výsledků odpovědí na otázku vyplývá, že nejčastěji probandi naspí 6 – 7 hodin (39 %). Druhou nejčtenější odpovědí bylo 7 – 8 hodin, kterou uvedlo 30 % dotázaných. 5 – 6 hodin spánku uvedlo 22 % oslovených učitelů. Výsledky jsou zobrazeny (viz obr. 9).

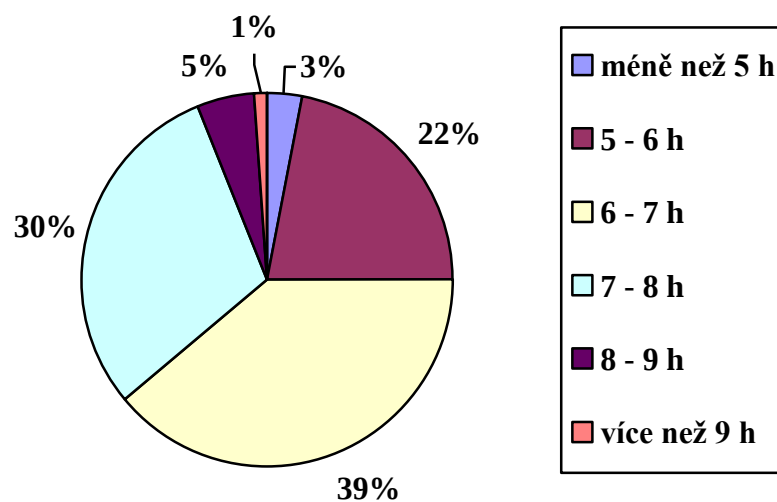
Otázka č. 12. Jak se cítíte ráno po spánku za poslední měsíc?

Cílem otázky bylo zjistit kvalitu odpočinku a míru subjektivního pocitu únavy ráno po probuzení. Jednalo se o uzavřenou otázku. Probandi měli označit jednu z těchto odpovědí:

- velmi odpočatě
- spíše odpočatě
- spíše unaveně
- velmi unaveně

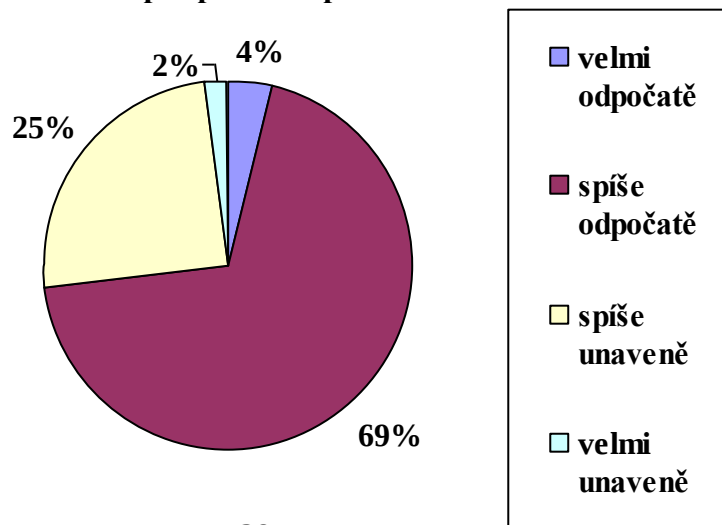
Z výsledků odpovědí na otázku je patrné, že většina probandů (73 %) se po spánku cítí velmi nebo spíše odpočatě. Z čehož 69 % z nich uvedlo odpověď „spíše odpočatě. 24 % dotazovaných označilo odpověď „spíše unaveně“. Výsledky analýzy otázek č. 11, 12, jsou graficky zobrazeny (viz obr. 9).

Kolik hodin spánku naspíte za poslední měsíc?



N = 128

Jak se cítíte ráno po spánku za poslední měsíc?



N = 128

Obr. 9. Grafické znázornění vyhodnocení otázky č. 11, 12 (zdroj: vlastní výzkum)

Otázka č. 13. Věk

Cílem otázky bylo zjistit, jaké je věkové zastoupení učitelů v mateřských školách. Jednalo se o uzavřený typ otázky. Probandi vybírali z 5 možností.

- do 30 let
- 31 – 40 let
- 41 – 50 let
- 51 – 60 let
- 61 a více let

Z analýzy otázky vyplývá, že největší věkové zastoupení měla skupina lidí ve věku 51 – 60 let, celkem 44 probandů. Dále byla nejpočetněji zastoupena skupina učitelů do 30 let. Výsledky jsou zobrazeny (viz obr. 10).

Otázka č. 14. Pohlaví

Cílem otázky bylo zjistit jaká je četnost v pohlaví mezi učiteli oslovených mateřských škol ve Zlínském kraji. Jednalo se o otázku uzavřenou, probandi volili ze dvou možností

- žena
- muž

Z výsledků výzkumu vyplývá, že mezi učiteli mateřských škol je většina žen. Výzkumu se zúčastnilo 128 probandů, z toho bylo 127 žen a 1 muž.

Výsledky jsou zobrazeny (viz obr. 10).

Otázka č. 15. Délka praxe

Cílem této bylo zjistit, jaká je délka praxe u oslovených probandů. Jednalo se o otázku uzavřenou, probandi měli možnost volit z 6 různých možností, které zahrnovaly rozpětí jejich dosavadní praxe.

- 5 let a méně
- 6 – 10 let
- 11 – 15 let
- 16 – 20 let
- 21 – 25 let

- 26 let a více

Z výsledků analýzy odpovědí na otázku vyplývá, že nejčetnější zastoupení 58 probandů (45%) má ve výzkumu skupina učitelů s praxí více než 26 let v oboru. 36 učitelů (28%) má absolvováno méně než 5 let praxe, 20 oslovených (16%) se pohybuje v rozmezí 6 až 10 let praxe v oboru. Výsledky jsou graficky zobrazeny (viz obr. 11).

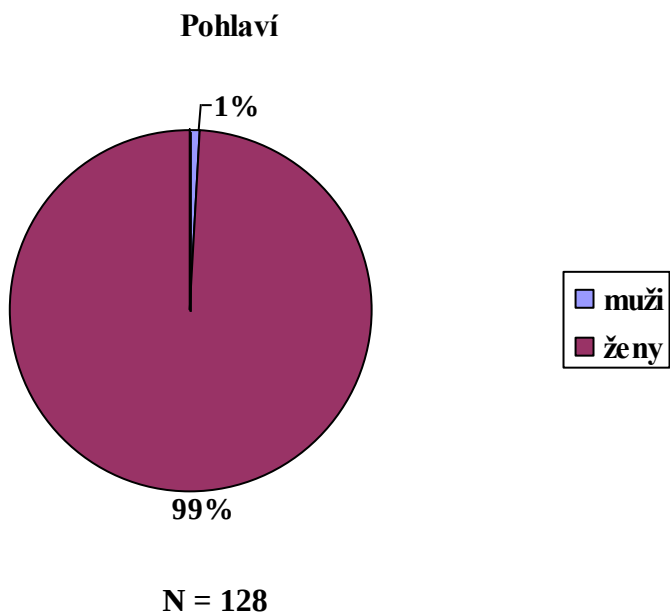
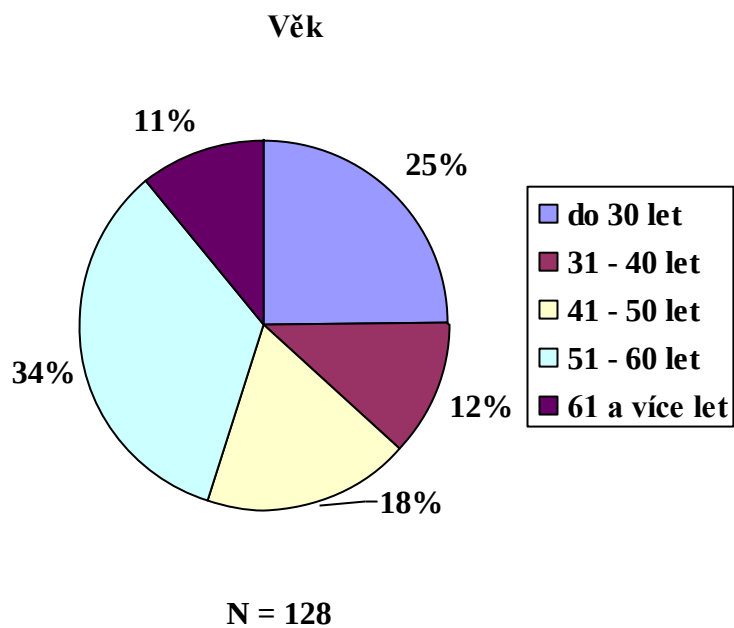
Otázka č. 16. Nejvýše dosažené vzdělání

Tato otázka měla zmapovat nejvyšší dosažené vzdělání u oslovených probandů. Jednalo se o uzavřený typ otázky, která zahrnovala celkem 3 možnosti odpovědí:

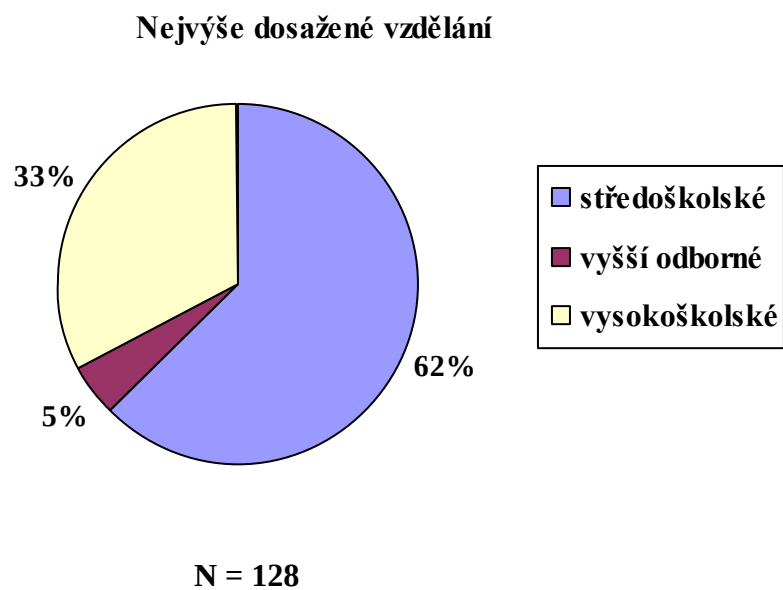
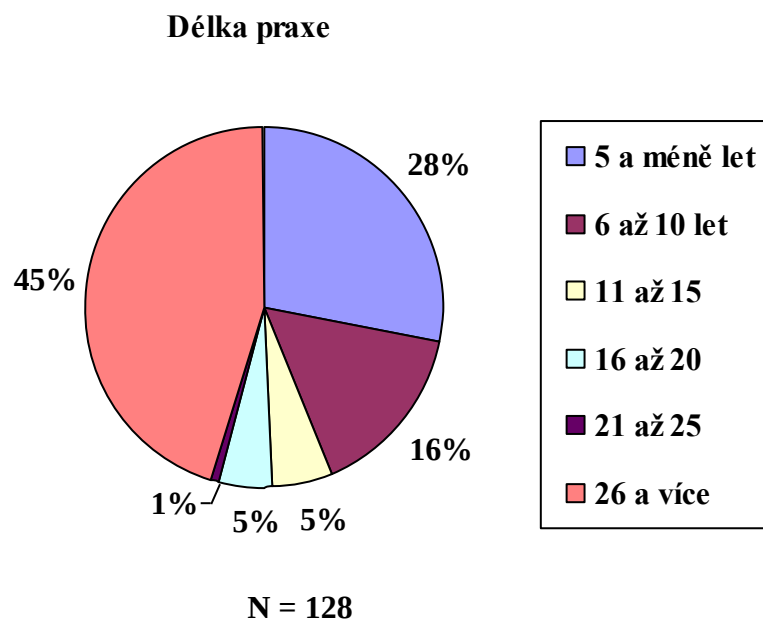
- střední odborné s maturitou
- vyšší odborné
- vysokoškolské

Z výsledků analýzy odpovědí na otázku č. 16 vyplývá, že 80 oslovených probandů (62%) má nejvyšší dosažené vzdělání středoškolské. 42 učitelů (33%) uvedlo vysokoškolské vzdělání a 6 pedagogů (5%) má vyšší odbornou školu. Výsledky jsou graficky zobrazeny (viz obr. 11).

Demografické údaje



Obr. 10. Grafické znázornění vyhodnocení otázky č. 13, 14 (zdroj: vlastní výzkum)



Obr. 11. Grafické znázornění vyhodnocení otázky č. 15, 16 (zdroj: vlastní výzkum)

5 DISKUSE

Cílem této kapitoly je uvést výsledky a možná vysvětlení, která se vztahují k výzkumným otázkám. Dále je úlohou této kapitoly porovnat určité pasáže vlastního výzkumu s výzkumem Zemánka in Cichá a kol. (2017), konkrétně porovnat subjektivně vnímané potíže u pedagogů mateřských škol s učiteli na základních a středních školách. Tato kapitola také zahrnuje efektivitu použité metody dotazování a zjištěné výhody a nevýhody při zvolené formě realizace samotného výzkumu. Dále poukazuje na možné praktické využití výsledků této práce. Pro přehlednost se budu v rámci diskuze věnovat jednotlivým výzkumným otázkám.

Výzkumná otázka č. 1:

Má práce učitelů vliv na jejich zdravotní stav?

Odpověď na tuto otázku výzkumnou otázkou zjišťovala otázka č. 1 výrok č. 3:

- ***Domnívám se, že moje současná profese v mateřské škole celkově působí na můj zdravotní stav pozitivně.***

Téměř 1/2 oslovených učitelů (48 %) uvedlo, že jejich vykonávaná profese v mateřské škole má pozitivní vliv na jejich zdravotní stav. Negativní vliv vnímá 28 % dotázaných. Můžeme zde sledovat poměrně velké zastoupení neutrálních odpovědí (24 %). Lze tudíž říci, že necelá 1/4 dotázaných nevidí přímou souvislost mezi prací v mateřské škole a jejich zdravotním stavem. Dalo by se říci, že tato skupina probandů nevnímá vliv jejich profese na pozitivní a negativní zdravotní stav. Dále je možné, že tito oslovení učitelé mohou spatřovat příčiny zdravotních potíží mimo pracovní sféru.

Porovnáme-li výsledky týkající se názoru na pozitivní vliv profese na zdraví oslovených učitelů s názory na jejich psychickou zátěž profese, můžeme pozorovat v počtu odpovědí rozdíly. Byť pro necelou polovinu (48 %) oslovených jejich práce učitele v mateřské škole působí na jejich celkový zdravotní stav pozitivně a 24 % odpovědělo neutrálně, u otázky týkající se psychické zátěže již bylo pouze 9 % neutrálních odpovědí a 68 % probandů uvedlo, že je práce pro ně práce učitele v mateřské škole psychicky zatěžující.

Přestože téměř polovina dotazovaných vnímá pozitivní vliv jejich profese na zdraví, více než polovina oslovených uvedla, že je pro ně práce učitelů mateřských škol psychicky zatěžující. Přesvědčivé výsledky jsou patrné u hodnocení své profese. Bylo zjištěno,

že až 95 % oslovených učitelů je spokojeno se svou aktuální profesí. Z porovnání výsledků je patrné, že i přes psychicky náročnou práci převažuje spokojenost se současným zaměstnáním. Domnívám se, že spokojenost v dané práci může z určité části ovlivnit hodnocení celkového zdravotního stavu v souvislosti s vykonávanou profesí. Jak uvádí Křivohlavý (2002), lidé, kteří zaujímají pozitivní postoj ke své profesi, mohou být méně vnímaví k nežádoucím příznakům.

Výzkumná otázka č. 2:

Bude více než 50 % dotázaných učitelů vnímat určité zdravotní potíže?

Odpověď na tuto výzkumnou otázku zjišťovaly otázky č. 5, 6, 7, 8, 9, 10:

- *Trpíte katarý horních cest dýchacích?*
- *Míváte bolesti dolních končetin?*
- *Míváte bolesti hlavy?*
- *Míváte bolesti zad?*
- *Míváte bolesti v oblasti břicha?*
- *Míváte pocit bušení srdce?*

Z výzkumu vyplývá, že více než 50 % učitelů pociťuje určité somatické potíže. Konkrétně jde o potíže týkající se bolesti zad (63 %), katarů horních cest dýchacích (59 %) a bolesti hlavy (52 %). Méně než 50 % probandů si stěžovalo na bolesti dolních končetin (35 %). Nejméně probandů uvádělo odpovědi, které se týkaly bolesti břicha (19 %) a bušení srdce (17 %).

Ze zjištěných výsledků mého výzkumu vyplývá, že více než 50 % probandů trpí bolestmi zad (63 %). Tento závěr může pouze obecně korespondovat s výzkumem Paprštejnové a Šmejkalové a kol. (2011). Zjistilo se, že nejčastější odpovědi učitelů zapojených do jejího výzkumu trpí potížemi pohybového aparátu. Otázkou podle mého názoru však je, jaké oblasti pohybového systému byly zjišťovány. Morschitzky a Sator (2012), uvádějí, že bolesti zad mohou mít jak tělesné, tak psychické příčiny, přičemž z tělesných potíží jsou to například faktory, které se podílí na přetěžování páteře a dále jsou to nevhodné pohyby. Domnívám se, že tyto potíže mohou mít souvislost s vykonáváním učitelské profese u dětí předškolního věku vzhledem ke specifickým pohybům učitele k dítěti a stresovými faktory v zaměstnání. Otázkou ke zvážení však podle mého názoru také je, zda existují u probandů nepříznivé situace mimo pracovní sféru, které by mohly bolesti zad nepříznivě ovlivňovat.

Mezi další nejčastější odpovědi se týkaly katarů horních cest dýchacích 76 (59 %). Z výzkumu vyplynulo, že až 55 (72 %) oslovených učitelů, kteří trpí záněty horních cest dýchacích, mívají tyto záněty společně s onemocněním hlasivek. Otázkou je, jak oslovení učitelé přistupují k hlasové hygieně, léčbě při akutních katarů horních cest dýchacích, či jak učitelé zvládají stresové situace. Na tuto problematiku upozorňuje rovněž řada autorů, např. Průcha a Zivina (2008) se zaměřují na důslednou léčbu katarů horních cest dýchacích, Pelclová a kol. (2014) zohledňuje oblast hlasové hygieny, Kukačka (2010) upozorňuje na souvislost mezi stresem a následnými záněty horních cest dýchacích. Je zajímavé, že 2 dotazovaní učitelé mateřských škol vedle otázky týkající se respiračního onemocnění poznamenali, že netrpí na záněty horních cest dýchacích, přesto mívají problémy s hlasivkami. Problematikou poruch hlasu se zabývá Pelclová a kol. (2014), která hovoří mimo jiné o těžké poruše hlasivek. Na vzniku této poruchy se podílí časté přetěžování hlasu, či neurotické faktory. Nemocný trpí chrapotem a neschopností zpěvu. Lze tedy říci, že odpovědi 2 oslovených učitelů, kteří uvedli, že netrpí katarů horních cest dýchacích a přesto mají problémy s hlasem, korespondují s poznatky Pelclové a kol. (2014), týkající se poruch hlasu z přetěžování. Podle mého názoru tyto odpovědi mohou souviset například s hlasovou námahou při komunikaci s větším počtem dětí předškolního věku. Jak uvádí Pelclová a kol. (2014), je nutné, aby pedagog dbal na redukování hluku ve třídách. Průcha a Zivina (2008) vidí jako rizikový faktor pro katarů horních cest dýchacích sníženou imunitu jedince, či dlouhodobé vystavování se patogenními činiteli vyvolávající toto onemocnění. Podle mého názoru však některé faktory nelze zcela ovlivnit. Na základě několika rozhovorů s učitelkami mateřských škol v rámci pedagogické praxe i přímým pozorování se domnívám, že lze jen částečně ovlivnit např. bagatelizující postoj některých rodičů k respiračním onemocněním jejich dětí.

Z analýzy výzkumného souboru vyplynulo, že bolestí hlavy trpí více než polovina (52 %) oslovených učitelů. Bylo zjištěno, že u většiny dotázaných tyto bolesti trvají v řádu hodin (82 %). Bolesti trvající dny, uvedlo 10 % a minuty 8 % respondentů. Touto problematikou se zabývá rovněž (Rokyta a kol., 2009), který říká, že délka trvání bolestí u primárních bolestí hlavy bývá v řádech minut, hodin až dní. Podle uvedených délek trvání však nelze přesně určit, o jaký typ bolestí hlavy se u respondentů zapojených do výzkumu jedná. Jak uvádí Rokyta a kol. (2009), intenzita tenzních bolestí bývá mírná až střední. Většina probandů uváděla střední intenzitu bolesti, což by mohlo nasvědčovat tenzním bolestem hlavy. Oslovení pedagogové

mohou také trpět i jiným onemocněním, které bolesti hlavy vyvolávají. Jak uvádí Vokurka (2015), sekundární bolesti hlavy mohou mít několik organických příčin. Výzkum však nebyl zaměřen na objektivní nálezy, ani na podrobné symptomy, tudíž nelze vyloučit ani vyvrátit závažnost či nezávažnost bolestí hlavy u učitelů. Nicméně Rokyta a kol. (2009) uvádí, že primární bolesti hlavy jsou velmi časté a souvisí zpravidla s psychickou zátěží. Z toho důvodu se domnívám, že příčina bolestí hlavy u většiny respondentů může být způsobena psychogenně. Podle mého názoru zdravý styl života, např. zásady duševní hygieny by mohly do určité míry pomoci těmto příznakům předcházet.

Oblast týkající se bolesti dolních končetin se vyskytovala u méně než poloviny (35 %) dotázaných. V porovnání s ostatními oblastmi subjektivních potíží se jedná o méně časté symptomy dotázaných pedagogů, zúčastněných v mém výzkumu. Co se týče lokalizace, většina oslovených učitelů uváděla bolesti v oblasti kyčle a kolene. Domnívám se, že jejich potíže pramení z postižení pohybového aparátu. Jak uvádějí autorky Šafránková a Nejedlá (2006), artróza postihuje nejčastěji kloub kyčelní, druhé místo postižení zaujímá kloub kolenní. Nutno dodat, že převážná většina probandů, která odpověděla kladně na bolesti dolních končetin, byla ve věku 51 – 61 a více let. Uvedené věkové zastoupení i poměrně nízké zastoupení kladných odpovědí na tuto otázku podle mého názoru naznačují, že bolesti dolních končetin u oslovených učitelů nemusí jednoznačně souviset s jejich vykonávanou profesí, avšak např. s věkem. Jak uvádí Příkryl a Kocourek (2010) chronická forma artróz bývá spojována s kloubním opotřebením.

Výzkumná otázka č. 3:

Existuje souvislost mezi subjektivními pocity únavy a počtem naspaných hodin?

Dalším z úkolů praktické části bylo zmapovat spánek učitelů mateřských škol. To zjišťovaly otázky č. 11, 12:

- ***Kolik hodin denně naspíte za poslední měsíc?***
- ***Jak se cítíte ráno po spánku za poslední měsíc?***

V počtu naspaných hodin bylo nejčastěji zaznamenáno u varianty 6 – 7 hodin (39 %). Druhá nejčastější odpověď byla varianta 7 – 8 hodin (30 %). Většina z dotázaných (69 %) uvedla, že se cítí ráno po probuzení spíše odpočatě a 4 % velmi odpočatě. Celkem se tedy odpočatě cítí většina probandů (73 %). Z uvedených výsledků lze říci, že 6 – 8 hodin spánku

je pro většinu dotázaných (69 %) dostatečná doba pro odpočinek. Toto zjištění také naznačuje, že mezi oslovenými učiteli existuje souvislost mezi optimálním počtem naspaných hodin a subjektivním pocitem odpočinku.

Dále bylo zjištěno, že 27 % respondentů se cítí unaveně a 22 % naspí 5 – 6 hodin, 3 % méně než 5 hodin. Tyto výsledky naznačují, že existuje možná souvislost mezi nízkým počtem naspaných hodin a subjektivními pocity únavy.

Otázka týkající se počtu naspaných hodin obsahovala 6 odpovědí, což může být zdánlivě nadbytečné (varianty odpovědí: méně než 5 hodin; 5 – 6 hodin; 6 – 7 hodin; 7 – 8 hodin; 8 – 9 hodin; více než 9 hodin). Tyto poměrně podrobné odpovědi však vychází z poznatků o tzv. cirkadiálním rytmu. Této problematice se věnovala Plháková (2007), která uvádí, že fáze spánku trvá přibližně 1, 5 hodiny a několikrát se v průběhu spánku opakuje. Pokud je spánek v průběhu některé z fází přerušen, může dojít ke spánkové deprivaci.

Na základě podrobného zkoumání výsledků bylo zjištěno, že 94 (73 %) oslovených učitelů se ráno po spánku cítí odpočatě. Tato skupina probandů uváděla, že naspí 7 – 8 hodin (45 %), 6 – 7 hodin (34 %), 5 – 6 hodin (11 %), 8 – 9 hodin (8 %), více než 9 hodin (1 %) a méně než 5 hodin (1 %).

Dále bylo zjištěno, že 34 (27 %) respondentů se cítí po probuzení unaveně. Tato skupina probandů uváděla, že naspí 6 – 7 h (47 %), 5 – 6 h (38 %), 7 – 8 h (9 %), méně než 5 h (6 %).

Pokud porovnáme skupinu, která se cítí odpočatě se skupinou, která se cítí unaveně, dojdeme k určitým odlišnostem v četnosti počtu naspaných hodin. 45 % respondentů se naspí 7 – 8 hodin a cítí se odpočatě, naopak 9 % oslovených učitelů uvedlo, že naspí za poslední měsíc 7 – 8 hodin a cítí se po probuzení unaveně. Dále je značný rozdíl mezi oběma skupinami patrný v počtu 5 – 6 hodin. Při naspaných 5 – 6 hodin se odpočatě se cítí 11 %, zatímco unaveně se cítí 37 %. Pouze 1 % se cítí po 5 hodinovém spánku odpočatě, kdežto unaveně se cítí 6 % oslovených učitelů.

Toto zjištění poukazuje na individuální potřebu spánku oslovených učitelů. Méně často se objevovaly variabilní odpovědi týkající se únavy při optimálním počtu naspaných hodin. Domnívám se, optimální počet hodin spánku a následná únava by mohla souviset např. s narušením fází spánku. Dané problematice se věnovala Plháková (2007).

Jak bylo uvedeno na začátku této kapitoly, dalším cílem bylo také komparovat vlastní výzkum zaměřeným na skupinu učitelů mateřských škol s výzkumem Zemánka

in Cichá a kol. (2017), který byl naopak zaměřen na pedagogy základních a středních škol na přelomu školního roku 2013/2014. Rozdílem mezi výzkumnými soubory bylo dále genderové zastoupení, protože v mém šetření podstoupila většina žen a jeden muž. Některé otázky se tematicky i formálně shodovaly u obou výzkumů. Jednalo se o bolesti dolních končetin, hlavy, zad, problémy dýchacího systému a onemocnění hlasivek.

Výzkumu Zemánka in Cichá a kol. (2017) zúčastnilo 219 dotazovaných učitelů ze základních a středních škol moravského regionu. U citovaného výzkumu bylo zapojeno 158 žen (72,1 %) a 61 mužů (27,9 %). V mém výzkumu bylo osloveno 128 učitelů mateřských škol ve Zlínském kraji. Výzkumného šetření se podrobilo 127 žen a 1 muž.

Zmíněný autor ve svém výzkumu detailně porovnával rozdíly ve výsledcích mezi pohlavím, věkem a stupni dané školy. Jelikož v mém výzkumném souboru byla markantní většina učitelek (127 žen a 1 muž), následující text se bude zabývat pouze těmi výsledky, na které u výzkumu Zemánka in Cichá a kol. (2017) odpověděly pouze učitelky (158 žen).

Je zajímavé, že většina oslovených žen z mého výzkumu neuvádí bolesti dolních končetin. Kladnou odpověď na tuto otázku uvedlo v mém výzkumu 35 % dotázaných. Naopak u výzkumu Zemánka in Cichá a kol. (2017) na tutéž otázku kladně odpovědělo až 62,7 % žen. V mém výzkumu si dotázaní nejvíce stěžovali na bolesti kolene, což je srovnatelné s výzkumem Zemánka in Cichá a kol. (2017), kde se jednalo rovněž o nejčastější odpověď. Avšak procentuální zastoupení bylo značně rozdílné. Na bolest v kolenu si v mém výzkumu stěžovalo 44 %, u výzkumu Zemánka in Cichá a kol. (2017) variantu koleno označilo pouze 8,7 % dotázaných. Lokalizace v oblasti kyčle bylo v mém výzkumu zaznamenáno u 38 % oslovených, ve výzkumu Zemánka in Cichá a kol. (2017) se jednalo o méně frekventovanou odpověď (1,4 %). Bolest svalů v mém výzkumu činilo 20 %, tedy nejméně z možných odpovědí. Naopak ve výzkumu Zemánka in Cichá a kol. (2017) se jednalo o druhou nejčastější odpověď (8,2 %). Podle mého názoru mohou tyto rozdíly poukazovat na odlišné zatížení pohybového aparátu u dané profese. Jelikož u citovaného výzkumu otázku týkající se lokalizace neodpovědělo 64,8 % učitelů základních a středních škol, závěry pramenící z porovnání obou výzkumů nemusí být zcela přené.

V mém výzkumu odpovědělo 52 % dotazovaných, že trpí bolestmi hlavy. U výzkumu Zemánka in Cichá a kol. (2017) bylo zjištěno, že bolesti hlavy mívá 48,7 % učitelek.

Z uvedeného vyplývá, že v této oblasti tedy nebyl zaznamenán výraznější procentuální rozdíl mezi oslovenými učiteli v mateřských školách a na vyšších stupních škol.

Na otázku ohledně zánětů horních cest dýchacích odpovědělo v mém výzkumu 59 % dotazovaných kladně. Odpověď „ano“ byla zaznamenána u 48, 1 % učitelek ze základních a středních škol. Byl zde tedy patrný rozdíl. Velmi výrazný rozdíl lze vyčíst z výsledků uvedeného výzkumu Zemánka in Cichá a kol. (2017), týkající se onemocnění hlasivek při katarrech horních cest dýchacích. Z mého výzkumu vyplývá, že 72 % oslovených trpí katarry horních cest dýchacích paralelně s onemocněním hlasivek. Naopak z výzkumného šetření, Zemánka in Cichá a kol. (2017) je patrné, že tato četnost podstatně nižší. Konkrétně u citovaného výzkumu pouze 31,1 % dotázaných (žen i mužů) uvedlo, že trpí katarry horních cest dýchacích současně s onemocněním hlasivek. Nutno dodat, že 43,8 % oslovených učitelů ze základních a středních škol na tuto otázku neodpovědělo, tudíž nemusí být porovnání mezi těmito dvěma výzkumy zcela přesné. Zároveň se domnívám, že tento procentuální rozdíl mezi oběma výzkumnými soubory může být ovlivněn specifickým přístupem při komunikaci s dětmi předškolního věku a odlišnou komunikací s žáky na základních a středních školách.

Na otázku týkající se bolestí zad odpovědělo v mém výzkumu 63 % oslovených učitelů kladně. V komparaci s výzkumem Zemánka in Cichá a kol. (2017) dominovala odpověď „ano“ u většiny žen, a sice 54,4 %. Domnívám se, že tento procentuální rozdíl v četnosti kladných odpovědí mezi oběma výzkumy může být mimo jiné podmíněn odlišným druhem fyzické námahy a zatížení pohybového aparátu v dané profesi.

Pro výzkumnou část jsem použila anonymní dotazník vlastní konstrukce. Pro prvotní kontakt s mateřskými školami jsem zvolila telefonickou komunikaci. Zde bych zmínila fakt, že téměř u všech učitelů bylo při telefonické komunikaci nutné zdůraznit a vysvětlit účel výzkumného šetření. Často mělo vedení školy obavy z uvádění citlivých údajů týkající se zdravotního stavu jejich zaměstnanců. Po vysvětlení zaměření tématu souhlasily s osobním setkáním. Telefonické oslovení bylo u jedné mateřské školy neúspěšné. Ostatní oslovené mateřské školy se účastnily výzkumného šetření. Po telefonicky sjednané schůzce jsem dotazník předala ředitelkám v tištěné podobě při osobním setkání. Toto osobní převzetí dotazníků často ředitelky oceňovaly.

Podle mého názoru má osobní předávání dotazníků svá pozitiva, ale i negativa. Na základě zkušeností z předávání dotazníků formou osobního setkání v rámci výzkumného

šetření se domnívám, že tento způsob je efektivní z hlediska vysoké návratnosti. Dále spatřuji pozitivní stránku ve zlepšování komunikativních a organizačních schopností studenta/výzkumníka při oslovování vedoucích pracovníků škol. Nicméně jako negativní zde vnímám časovou a organizační náročnost. Jelikož ředitelky a jiní vedoucí pracovníci škol rovněž mnohdy pracují v provozu, bylo u většiny nutné, abych se co nejvíce přizpůsobila jejich požadavkům a uzpůsobila tak termíny v ostatních mateřských školách v daných městech v určitý den a čas.

U většiny ředitelek jsem se setkala s neutrálními odezvami, některé ředitelky téma výzkumné části bakalářské práce uvítaly, jelikož údajně často vyplňují dotazníky týkající se dětí, nikoliv jich samotných. Je nutno dodat, že osobní setkání u jedné školky nebylo možné uskutečnit i po konkrétně telefonicky domluveném termínu pro vyzvednutí. Nicméně ostatní mateřské školy spolupracovaly a návratnost byla většinová.

Výzkumné šetření této práce probíhalo v mateřských školách Zlínského kraje. Konkrétně se jednalo z převážné části o okres Vsetín. V budoucnu by výzkum na obdobné téma mohl být zaměřen i na ostatní okresy, či kraje. Tím by návazný výzkum přinesl rozšíření zkoumaného souboru a možnosti srovnání mezi zkoumanými regiony.

Výsledky práce by mohly sloužit zřizovatelům, či ředitelům mateřských škol, jako odrazový bod k zamyšlení nad možnými kroky prevence v rámci udržení dobrého zdravotního stavu učitelů mateřských škol. Dále pedagogům či studentům, kteří se zajímají o tuto problematiku.

Jsem si vědoma, že práce přesahuje doporučený rozsah, nicméně jsem považovala za vhodné uvést prezentované údaje jak v teoretické, tak v praktické části. Doporučený poměr teoretické a praktické části byl zachován.

ZÁVĚR

V bakalářské práci jsem se zabývala subjektivním zdravotním stavem učitelů mateřských škol. Dále jsem uvedla zdravotní problémy, které jsou pro učitelskou profesi specifické, v neposlední řadě jsem popsala problematiku pojmů zdraví a nemoci a jejími možnými souvislostmi jak v obecné, tak specifické rovině. Také jsem věnovala pozornost osobnosti učitele mateřských škol a s tím spojenými nároky a rolemi, které rovněž mohou následně ovlivňovat jejich zdravotní stav. Popsala jsem nejčastější příznaky související zejména s psychickými příčinami, rovněž byly uváděny i ty příznaky, které vznikají z převážné části na tělesném podkladě.

K dosažení cíle byl použit dotazník zaměřený na cílovou skupinu učitelů mateřských škol ve Zlínském kraji. Dotazník byl předán a vyzvednut osobní formou. Celkem se anonymního dotazníkového šetření zúčastnilo 128 respondentů, z čehož bylo 127 žen a 1 muž.

Hlavním cílem práce bylo zmapovat subjektivní stav učitelů a popsat jejich možné problémy související zejména s psychosomatikou.

Na základě hlavního cíle práce byly vytyčeny výzkumné otázky, které měly za úkol zjistit, zda práce konkrétního pedagoga ovlivňuje jeho zdravotní stav, zmapovat nejčtenější potíže učitelské profese a zjistit, jak daní učitelé vnímají pocity únavy s počty naspaných hodin.

Z analýzy zjištěných dat vyplynulo, že téměř polovina oslovených respondentů vnímá pozitivní vliv profese na jejich zdravotní stav (48 %). Co se týče psychického zatížení, více než polovina oslovených učitelů vnímá jejich profesi jako psychicky zatěžující (68 %). Takřka všichni dotazovaní učitelé jsou spokojeni se svou současnou profesí (95 %).

Více než 50 % probandů uvedlo potíže týkající se bolesti zad (63 %), po bolestech zad dominovaly katary horních cest dýchacích (59 %), přičemž převážná část oslovených, kteří trpí záněty horních cest dýchacích, mívají potíže s hlasivkami. Mezi další potíže, které byly zaznamenány u více než 50 % respondentů, se týkaly bolestí hlavy (52 %). Méně než 50 % učitelů trpí bolestmi dolních končetin (35 %), bolestí břicha (19 %) a bušení srdce (17 %).

Většina učitelů uvedla, že se cítí po spánku za poslední měsíc odpočatě (73 %). Nejčastější odpověď za poslední měsíc byla varianta 6 – 7 hodin (39 %), 7 – 8 hodin (30 %). Souhrnně lze říci, že převážná část (69 %) respondentů naspí 6 – 8 hodin. V rámci tohoto zjištění

můžeme dojít k závěru, že u oslovených učitelů existuje souvislost mezi optimálním počtem naspaných hodin a subjektivním pocitem odpočinku. Více než čtvrtina (27 %) respondentů se po spánku cítí unaveně. Necelá čtvrtina (22 %) probandů naspí 5 – 6 hodin, 3 % méně než 5 hodin. Celkově lze říci, že čtvrtina (25 %) naspí méně než 6 hodin a více než čtvrtina (27 %) se cítí unaveně. Tyto výsledky naznačují, že existuje možná souvislost mezi nízkým počtem naspaných hodin a subjektivními pocity únavy.

Oslovení pedagogové považují za nejnáročnější ve svém zaměstnání zodpovědnost za děti (87 %) a komunikaci s rodiči (57 %). Dále pak práci s dítětem se specifickými vzdělávacími potřebami (47 %).

Na základě obsahu teoretických poznatků čerpanými z odborné literatury, zhodnocení výsledků a konstatování závěrů opírající se o úlohy práce, lze říci, že cíle bakalářské práce byly splněny.

Výsledky této bakalářské práce mohou využít zejména začínající pedagogové, kteří mají zájem o tuto profesi a zároveň jim není lhostejné jejich zdraví a v té souvislosti také psychické zdraví dětí předškolního věku, které by mohlo být potenciálně narušeno vlivem potíží, kterými mohou učitelé trpět. Dále by mohla práce přispět k hlubšímu pochopení a souvislostí v oblasti zdraví, nemoci a individuálním vnímáním zdravotního stavu a projevů, které se mohou jevit jako ohrožující, nebo naopak. Pro začínajícího výzkumníka se zájmem o danou problematiku by mohla práce sloužit jako cenný zdroj informací a dobrý výchozí bod k dalšímu zkoumání.

SOUHRN

Předložená bakalářská práce se zabývá subjektivním zdravotním stavem učitelů mateřských škol. Učitel mateřské školy zaujímá několik rolí, se kterými se pojí řada povinností. Snad nejzásadnější úlohou pedagoga mateřské školy je svědomitě pečovat o dítě, které mu rodiče svěřili. Přichází do kontaktu nejen s dětmi a jejich rodiči, ale také s různými jinými institucemi. Reaguje na vzniklé změny a řeší různé situace v samotném provozu. Tyto situace se týkají například samotných dětí předškolního věku a jejich rodičů. Je odborníkem, u něhož se mimo jiné předpokládá odborná znalost pedagogických jevů a jejich aplikování do praxe. Kvůli náročnosti učitelské profese se učitel dostává do stresujících situací. To se může u daného učitele projevit psychickými, či fyzickými potížemi.

Teoretická část práce se věnuje mateřskou školou a její funkcí, učitelům mateřské školy a otázkou zdraví a jeho poruch. Zdraví je široký pojem, který nemá jednotnou definici. Obecně zdraví zahrnuje tělesnou, psychickou a sociální oblast. Do zdraví spadá mimo jiné problematika prevence a zdravý životní styl. Spánek je nezbytnou potřebou každého člověka. Následky dlouhodobé poruchy spánku se mohou nepříznivě projevovat jak v tělesné, tak i duševní schránce jedince. Tyto následky se mohou promítat do pracovní sféry. Nemoc je stejně jako zdraví obecným pojmem a dotýká se somatické, duševní a sociální stránky člověka. Dlouhodobé vystavování stresu ovlivňuje jak tělesnou, tak psychickou stránku jedince. Tyto negativní psychické vlivy mohou vyústit v subjektivní nežádoucí projevy jak po stránce psychické a fyzické. Dlouhodobý stres je významným faktorem pro vznik syndromu vyhoření. Každý člověk vnímá subjektivní potíže různorodě. Na individuální vnímavosti potíží se podílí řada faktorů. Tyto subjektivní potíže mohou mít organickou příčinu, avšak u některých z nich je objektivní příčina neznámá. Některé projevy mohou souviset s vykonáváním učitelské profese. Učitel se může vlivem stresujících situací, ale také z důvodu dalších příčin, potýkat se symptomy katarů horních cest dýchacích, bolestí zad, bolestí dolních končetin, bolestí hlavy. Dalšími potíží mohou být také bušení srdce, či bolesti břicha.

Praktická část bakalářské práce zahrnuje metodiku, výsledky, diskuzi a závěry vyplývající z provedeného kvantitativního výzkumného šetření. Tohoto výzkumu se zúčastnili pedagogové mateřských škol ve Zlínském kraji. Pro sběr dat byl využit dotazník vlastní konstrukce, který byl předáván osobně. Výzkumu se celkem účastnilo 128 učitelů mateřských škol Zlínského kraje,

z čehož bylo 127 žen a 1 muž. Dotazník obsahoval 16 otázek. Bylo zjištěno, že téměř polovina (48 %) učitelů vnímá pozitivní vliv své profese na jejich celkový zdravotní stav. Negativní působení profese na zdraví vnímá více než čtvrtina (28 %). Nejčtenější subjektivní tělesné potíže se objevovaly u bolestí zad (63 %), další četné stížnosti se týkaly katarů horních cest dýchacích (59 %), dále bolestí hlavy (52 %), bolestí dolních končetin (35 %). Většina (73 %) se po spánku cítí odpočatě. Učitelé uváděli, že naspí 6 – 7 hodin (39 %), dále 7 – 8 hodin (30 %). Jako nejnáročnější na práci pedagoga mateřské školy považují oslovení učitelé zodpovědnost za děti (87 %) a dále komunikaci s rodiči (57 %).

Tato bakalářská práce by mohla posloužit zřizovatelům, ředitelům a učitelům mateřských škol jako zdroj k zamyšlení nad prevencí v rámci udržení zdraví učitelů a zájemcům o tuto profesi nebo téma.

Klíčová slova: mateřská škola, učitel mateřské školy, zdraví, spánek, stres, nemoc, symptom, příčiny symptomů, psychosomatika

SUMMARY

This bachelor thesis deals with the subjective state of health of nursery school teachers. The kindergarten teacher takes on several roles, which are associated with a number of duties. Perhaps the most important role of a kindergarten teacher is to conscientiously care for the child entrusted to him by his parents. It comes into contact not only with children and their parents, but also with various other institutions. It responds to changes and solves various situations in the operation itself. These situations concern, for example, pre-school children themselves and their parents. He is an expert who, among other things, assumes professional knowledge of pedagogical phenomena and their application in practice. Due to the difficulty of the teaching profession, the teacher gets into stressful situations. This can show mental or physical difficulties for the teacher.

The theoretical part is devoted to kindergarten and its functions, kindergarten teachers and the issue of health and its disorders. Health is a broad term that does not have a uniform definition. Generally, health includes the physical, psychological and social areas. Among others, health issues include prevention and a healthy lifestyle. Sleep is an inevitable need of every person. The consequences of long-term sleep disturbance may be adversely affected in both the physical and mental well-being of the individual. These consequences can be projected into the working world. As well as health, illness is a general term and touches on the somatic, mental and social aspects of man. Prolonged exposure to stress affects both the physical and psychological aspects of an individual. These negative psychological effects can result in subjective undesirable manifestations both psychically and physical. Long-term stress is an important factor in the development of burnout. Each person perceives subjective problems in different ways. A number of factors contribute to the individual susceptibility of problems. These subjective problems may have an organic cause, but in some of them the objective cause is unknown. Some manifestations may be related to the teaching profession. Due to stressful situations, but also for other causes, the teacher may face symptoms of upper respiratory tract catarrh, back pain, lower limb pain, headache. Other problems may also be palpitations or abdominal pain.

The practical part of the thesis includes methodology, results, discussion and conclusions resulting from the quantitative research. This research was attended by kindergarten teachers

in the Zlín Region. A questionnaire of own design was used for data collection and it was handed over in person. A total of 128 nursery school teachers from the Zlín Region participated in the research, of which 127 were women and 1 was male. The questionnaire contained 16 questions. It was found that almost half (48 %) of teachers perceived the positive impact of their profession on their general health. More than a quarter (28 %) perceive the negative impact of the profession on health. The most frequent subjective physical problems occurred in back pain (63 %), other numerous complaints related to upper airway catarrh(59%), headache (52 %), lower limb pain (35 %). Most (73 %) feel rested after sleeping. Teachers said they slept 6 – 7 hours (39 %), followed by 7-8 hours (30 %). The addressed teachers consider responsibility as the most demanding work of a kindergarten teacher children (87 %) and communication with parents (57 %).

This bachelor thesis could serve as a resource for the founders, headmasters and teachers of kindergartens to reflect on prevention of maintaining the health of teachers and those interested in this profession or topic.

Keywords: kindergarten, kindergarten teacher, health, sleep, stress, illness, symptoms, causes symptoms, psychosomatics

REFERENČNÍ SEZNAM

Seznam použité literatury

1. CICHÁ, Martina a kol. 2017. *Pedagogická antropologie v podmínkách současné školy*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5246-3.
2. ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA. 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3213-8.
3. ČESKO. Zákon č. 372/2011 Sb. ze dne 8. prosince 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).
4. DLOUHÁ, Jarmila, Jana HAVLÍKOVÁ a Oldřich MAREK. 2002. **2002**(12). Léčba chronické bolesti. *Interní medicína pro praxi* [online]. [cit. 2020-02-16]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2002/12/02.pdf>
5. DOBIÁŠ, Viliam. 2013. *Klinická propedeutika v urgentní medicíně*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4571-8.
6. DOHNAL, František. 2014. *Studijní texty k dějinám farmacie*. 1. vyd. Praha: Karolinum. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-246-2608-6.
7. HAHN, Aleš. 2019. *Otorinolaryngologie a foniatrie v současné praxi*. 2., dopl. a akt. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0572-4.
8. HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ. 2000. *Psychologický slovník*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-303-X.
9. HOLEČEK, Václav. 2014. *Psychologie v učitelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. Pedagogika. ISBN 978-80-247-3704-1.

10. HOWARD, Krista, Kelly HASKARD-ZOLNIEREK, Angela JOHNSON, Sinjin ROMING, Rachel PRICE a Briana COBOS. 2017, 22(4) Somatization disorder and stress in teachers: a comprehensive occupational health evaluation. *Journal of Applied Biobehavioral Research* [online]. [cit. 2019-02-09]. DOI: 10.1111/jabr.12105. ISSN 10712089.
Dostupné z: <http://doi.wiley.com/10.1111/jabr.12105>
11. CHRÁSKA, Miroslav. 2016. *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. 2., akt. vyd. Praha: Grada. Pedagogika. ISBN 978-80-247-5326-3.
12. JANDEČKOVÁ, Kateřina a Martin MATOULEK. 2016. *Edukace zaměřená na zdravý životní styl pacientů s vážným psychiatrickým onemocněním: metodická příručka pro zaměstnance*. 1. vyd. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice. ISBN 978-80-906518-3-8.
13. KEBZA, Vladimír a Iva ŠOLCOVÁ. 2003. *Syndrom vyhoření: (informace pro lékaře, psychology a další zájemce o teoretické zdroje, diagnostické a intervenční možnosti tohoto syndromu)*. 2., rozš. a dopl. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 80-7071-231-7.
14. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 1998. *Jak neztratit nadšení*. 1. vyd. Praha: Grada. Psychologie pro každého. ISBN 80-7169-551-3.
15. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2002. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0179-0.
16. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 2009. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.
17. KUKAČKA, Vladislav. 2009. *Zdravý životní styl*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zemědělská fakulta. ISBN 978-80-7394-105-5.
18. KUKAČKA, Vladislav. 2010. *Udržitelnost zdraví: vědecká monografie*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Zemědělská fakulta. ISBN 978-80-7394-217-5.

19. MAČÁK, Jiří, Jana MAČÁKOVÁ a Jana DVOŘÁČKOVÁ. 2012. *Patologie*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3530-6.
20. MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ. 2015. *Výchova ke zdraví*. 2., akt. vyd. Praha: Grada. Pedagogika (Grada). ISBN 978-80-247-5351-5.
21. MANDINCOVÁ, Petra. 2011. *Psychosociální aspekty péče o nemocného: onemocnění štítné žlázy*. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-3811-6.
22. MAREŠ, Jiří a Eva VACHKOVÁ. 2009. *Pacientovo pojetí nemoci I*. 1. vyd. Brno: MSD. ISBN 978-80-7392-120-0.
23. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. 2007. *Holistické přístupy v péči o zdraví*. 2., nezměn. vyd. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-457-3.
24. MASTILIAKOVÁ, Dagmar. 2014. *Posuzování stavu zdraví a ošetrovatelská diagnostika: v moderní ošetrovatelské praxi*. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-5376-8.
25. MORSCHITZKY, Hans a Sigrid SATOR. 2012. *Když duše mluví řečí těla: stručný přehled psychosomatiky*. 2. vyd. Praha: Portál. Spektrum; 51. ISBN 978-80-262-0310-0.
26. MOUREK, Jindřich. 2012. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2., dopl. vyd. Praha: Grada. Sestra. ISBN 978-80-247-3918-2.
27. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy: MŠMT [online]. c2013–2020 [cit. 2020-02-02].
Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/predskolni-vzdelavani/nejcastejsi-dotazy-k-predskolnimu-vzdelavani-aktualizace-k>
28. MÜLLEROVÁ, Dana a Anna AUJEZDSKÁ. 2014. *Hygiena, preventivní lékařství a veřejné zdravotnictví*. 1. vyd. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2510-2.

29. MUNTAU, Ania. 2009. *Pediatric*. 2., české vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2525-3.
30. NEJEDLÁ, Marie. 2006. *Fyzikální vyšetření pro sestry*. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1150-8.
31. NEŠČÁKOVÁ, Libuše. 2014. *Zákoník práce 2014 v praxi: komplexní průvodce s řešením problémů: Právní stav k 1. 1. 2014*. 4. vyd. Praha: Grada. Právo pro praxi. ISBN 978-80-247-5124-5.
32. OREL, Miroslav a kol. 2016. *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2., akt. a dopl. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5516-8.
33. OREL, Miroslav a Věra FACOVÁ. 2009. *Člověk, jeho mozek a svět*. 1. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2617-5.
34. PAPRŠTEINOVÁ, Markéta, Jindra ŠMEJKALOVÁ a kol. 2011. **2011**(2). Zdravotní stav a životní styl učitelů různých stupňů škol. *Pedagogika: Časopis pro vědy o vzdělání a výchově*. [online]. [cit. 2019-09-11]. ISSN 0031-3815.
Dostupné z: <https://pages.pedf.cuni.cz/pedagogika/?p=827&lang=cs>
35. PELCLOVÁ, Daniela a kol. 2014. *Nemoci z povolání a intoxikace*. 3., dopl. vyd. Praha: Karolinum. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-246-2597-3.
36. PLHÁKOVÁ, Alena. 2007. *Učebnice obecné psychologie*. 1. vyd., dotisk. Praha: Academia. ISBN 978-80-200-1499-3.
37. PRŮCHA, Ivan a Iva ZIVNA. 2008. **2008**(11). Akutní katary horních cest dýchacích. *Medicína pro praxi* [online]. [cit. 2020-02-2].
Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2008/11/05.pdf>
38. PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ. 2013. *Pedagogický slovník*. 7., akt. a rozš. vyd. Praha: Portál, ISBN 978-80-262-0403-9.

39. PŘIKRYL, Pavel a Tomáš KOCOUREK. 2010. **2010**(11). Vyšetřovací postupy a léčba bolestí kloubů. *Medicína pro praxi* [online]. [cit. 2020-03-01]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2010/11/11.pdf>
40. PUGNEROVÁ, Michaela a Jana KVINTOVÁ. 2016. *Přehled poruch psychického vývoje*. 1. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-5452-9.
41. *Rámcový vzdělávací program pro předškolní vzdělávání* [online]. Praha: MŠMT, 2018. [cit. 2020-02-03]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/predskolni-vzdelavani/ramcovy-vzdelavaci-program-pro-predskolni-vzdelavani-od-1-1>
42. Rejstřík škol a školských zařízení. *Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy* [online]. Praha: MŠMT, c2013-2020. [cit. 2020-02-14]. Dostupné z: <https://rejstriky.msmt.cz/rejskol/>
43. ROKYTA, Richard a kol. 2009. *Bolest a jak s ní zacházet: učebnice pro nelékařské zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3012-7.
44. ŘEHULKA, Evžen. 2016. *Zdraví - učitelé - škola*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-8254-0.
45. SEIFERT, Bohumil. 2012. **2012**(8). Bolesti břicha. *Medicína pro praxi* [online]. [cit. 2020-02-01]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2012/09/10.pdf>
46. ŠAFRÁNKOVÁ, Alena a Marie NEJEDLÁ. 2006. *Interní ošetřovatelství*. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 80-247-1777-8.
47. ŠMELOVÁ, Eva. 2006. *Mateřská škola a její učitelé v podmínkách společenských změn: teorie a praxe II*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Učebnice. ISBN 80-244-1373-6.

48. ŠMELOVÁ, Eva a Michaela PRÁŠILOVÁ. 2018. *Didaktika předškolního vzdělávání*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-1302-4.
49. ŠTEJFA, Miloš. 2007. *Kardiologie*. 3., přeprac. a dopl. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1385-4.
50. VANGELOVA, Katya, Irina DIMITROVA a Bistra TZENOVA. 2018. **2018**(5). Work ability of aging teachers in Bulgaria. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health* [online]. [cit. 2019-02-09]. DOI: 10.13075/ijomeh.1896.01132. ISSN 1232-1087. Dostupné z: <http://www.journalssystem.com/ijomeh/WORK-ABILITY-OF-AGING-TEACHERS-IN-BULGARIA,80292,0,2.html>
51. VOKURKA, Martin. 2008. *Patofyziologie pro nelékařské směry*. 2. vyd. Praha: Karolinum. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-246-1561-5.
52. VOKURKA, Martin a Jan HUGO. 2015. *Velký lékařský slovník*. 10. akt. vydání. Praha: Maxdorf Jessenius. ISBN 978-80-7345-456-2.
53. VEVERKOVÁ, Lenka, Petr VLČEK a Ivan ČAPOV. 2015. **2015**(3). "Pane doktore, bolí mne nohy..." Diferenciální diagnostika bolestí dolních končetin. *Interní medicína pro praxi* [online]. [cit. 2020-02-01]. Dostupné z: <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2015/03/08.pdf>
54. ZACHAROVÁ, Eva a Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ. 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. 1. vyd. Praha: Grada. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4062-1.
55. ZACHAROVÁ, Eva. 2008. **2008**(1). Syndrom vyhoření - riziko ohrožující zdravotnické pracovníky. *Interní medicína pro praxi* [online]. [cit. 2020-02-15]. Dostupné z: https://www.internimedicina.cz/artkey/int-200801-0010_Syndrom_vyhoreni-riziko_ohrozujici_zdravotnicke_pracovniky.php
56. ZEMÁNEK, Petr. 2017. Osobnost začínajícího učitele pohledem antropologie. In: CICHÁ, Martina a kol. *Pedagogická antropologie v podmínkách současné školy*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. Monografie. ISBN 978-80-244-5246-3.

Seznam použitých symbolů a zkratek

aj.	a jiné
akt.	aktualizované
a kol.	a kolektiv
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
cit.	citováno
č.	číslo
dopl.	doplněné
MŠMT	Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy
např.	například
obr.	obrázek
přeprac.	přepracované
rozš.	rozšířené
s.	strana
Sb.	sbírky
tzn.	to znamená
tzv.	takzvaný
vyd.	vydání
%	procento

Seznam obrázků

Obrázek 1: Grafické znázornění vyhodnocení otázky č. 1	46
Obrázek 2: Grafické znázornění vyhodnocení otázky č. 1	47
Obrázek 3: Grafické znázornění vyhodnocení otázky č. 5	51
Obrázek 4: Grafické znázornění vyhodnocení otázky č. 6	53
Obrázek 5: Grafické znázornění vyhodnocení otázky č. 7	56
Obrázek 6: Grafické znázornění vyhodnocení otázky č. 7	57
Obrázek 7: Grafické znázornění vyhodnocení otázky č. 8	59
Obrázek 8: Grafické znázornění vyhodnocení otázky č. 9, 10	61
Obrázek 9: Grafické znázornění vyhodnocení otázky č. 11, 12	63
Obrázek 10: Grafické znázornění vyhodnocení otázky č. 13, 14	66
Obrázek 11: Grafické znázornění vyhodnocení otázky č. 15, 16	67

Seznam tabulek

Tabulka 1: Název a lokalita mateřských škol zahrnutých do výzkumného šetření	40
--	----

Seznam příloh

Příloha 1: Ukázka vyplněného dotazníku	
--	--

Příloha 1: Ukázka vyplněného dotazníku (zdroj: vlastní výzkum)

Vážené učitelky/vážený učitelé,

jmenuji se Hana Sušňová a studuji obor Učitelství pro mateřské školy na Univerzitě Palackého v Olomouci. V rámci bakalářské práce realizuji dotazníkové šetření na téma „Analýza subjektivního zdravotního stavu učitelů mateřských škol ve Zlínském kraji“. Proto bych Vás chtěla požádat o vyplnění dotazníku, který je zcela anonymní. Získané informace z dotazníku budou použity pouze pro výzkumné účely vedoucí k vypracování méji bakalářské práce.

Předem děkuji za Váš čas, ochotu a spolupráci.

U většiny otázek bude možné označit **pouze jednu** odpověď. Méně často se objevují otázky, které Vám umožní **vybírat z více možností** (vždy bude uvedeno u konkrétní otázky). U některých odpovědí máte možnost napsat **vlastní názor**.

1) Na příslušné škále 1 – 5 ohodnoťte každý z výroků

	1 – naprosto souhlasím	2 – spíše souhlasím	3 – nevím	4 – spíše nesouhlasím	5 – naprosto nesouhlasím
Domnívám se, že práce učitelů mateřských škol je náročná	☐	☒	☐	☐	☐
Práce v mateřské škole je pro mne psychicky zatěžující	☐	☐	☒	☐	☐
Domnívám se, že moje současná profese učitele v mateřské škole celkově působí na můj zdravotní stav pozitivně	☐	☐	☒	☐	☐
Současná pozice, jakožto pedagoga v mateřské škole mne naplňuje	☐	☒	☐	☐	☐

2) Co je podle Vás nejnáročnější na práci pedagoga v mateřské škole (Můžete označit více odpovědí)

- ☒ a) Zodpovědnost za děti
- ☐ b) Komunikace s dětmi
- ☐ c) Komunikace s kolegy (pedagogy)
- ☒ d) Komunikace s rodiči
- ☒ e) Práce s dítětem se specifickými vzdělávacími potřebami
- ☐ f) Pedagogická příprava
- ☐ g) Administrativa
- ☐ h) Spolupráce s ostatními institucemi (základní školy, pedagogicko-psychologické poradny)
- ☐ i) Jiná možnost – uveďte

.....

.....

.....

3) Svůj současný celkový zdravotní stav vnímám jako

- a) Velmi dobrý (nemám žádné zdravotní potíže)
- ☒ b) Spíše dobrý (vnímám jen mírné zdravotní potíže)
- c) Dobrý (přesto, že trpím zdravotními potížemi)
- d) Spíše špatný (zdravotní potíže mne výrazně omezují)
- e) Špatný (trpím zdravotními potížemi s komplikacemi)

4) Účastníte se preventivních lékařských prohlídek?

- a) Ne (přejděte k otázce č. 5)
- ☒ b) Ano

Pokud jste odpověděl/a „ano“, napište jakých prohlídek a jak často

PREVENTIVNÍ PROHLÍDKY

ZAMĚNOVÉ PROHLÍDKY

5) Trpíte katarý horních cest dýchacích (rýma, kašel, atd.)?

- a) Ne (přejděte k otázce č. 6)
- ☒ b) Ano (napište jak často) 1-2x za měsíc

Pokud jste odpověděl/a „ano“, trpíte při nich i onemocněním hlasivek (chrápotem)?

- a) Ne
- ☒ b) Ano

6) Míváte bolesti dolních končetin?

- ☒ a) Ne (přejděte k otázce č. 7)
- b) Ano (napište, jak často)

Pokud jste odpověděl/a „ano“, pokuste se Vaše bolesti lokalizovat. (Můžete označit více odpovědí)

- a) kyčel
- b) koleno
- c) noha
- d) svaly

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

a) Ne (přejděte k otázce č. 8)

☒ b) Ano (napište jak často)

cca 2x týdně

Pokud jste odpověděl/a „ano“, pokuste se Vaše bolesti hlavy lokalizovat, určit intenzitu bolesti a délku trvání bolesti. (Můžete označit více odpovědí)

Lokalizace na hlavě:

a) čelo

b) temeno (spánek)

☒ c) týl

Intenzita bolesti:

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

☒ b) střední (nedovoluje běžnou činnost a ustoupí po užití léků)

c) silná (nutí vyhledat lékařskou pomoc)

Délka trvání bolesti:

a) minuty

☒ b) hodiny

c) dny

8) Míváte bolesti zad?

a) Ne (přejděte k otázce č. 9)

☒ b) Ano (napište, jak často)

občas

Pokud jste odpověděl/a „ano“, pokuste se Vaše bolesti lokalizovat. (Můžete označit více odpovědí)

☒ a) krční část páteře

b) hrudní část páteře

c) bederní část páteře

d) křížová a kostrční část páteře

e) svalstvo

9) Míváte bolesti v oblasti břicha? (střevo, žaludek)

☒ a) Ne (přejděte k otázce č. 10)

b) Ano (napište, jak často)

10) Míváte pocit bušení srdce?

☒ a) Ne (přejděte k otázce č. 11)

b) Ano (napište, jak často)

11) Kolik hodin denně naspíte za poslední měsíc?

- a) méně než 5 hodin
- b) 5 – 6 hodin
- c) 6 – 7 hodin
- ☒ d) 7 – 8 hodin
- e) 8 – 9 hodin
- f) Více než 9 hodin

12) Jak se cítíte ráno po spánku za poslední měsíc?

- a) Velmi odpočatě
- ☒ b) Spíše odpočatě
- c) Spíše unaveně
- d) Velmi unaveně

13) Věk

- ☒ a) Do 30 let
- b) 31 – 40 let
- c) 41 – 50 let
- d) 51 – 60 let
- e) 61 a více let

14) Pohlaví

- ☒ a) žena
- b) muž

15) Délka praxe

- ☒ a) 5 let a méně
- b) 6 – 10 let
- c) 11 – 15 let
- d) 16 – 20 let
- e) 21 – 25 let
- f) 26 let a více

16) Nejvýše dosažené vzdělání

- ☒ a) Střední odborné s maturitou
- b) Vyšší odborné
- ☒ c) Vysokoškolské

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Hana Sušňová
Katedra:	Katedra antropologie a zdravotní vědy
Vedoucí práce:	Mgr. Petr Zemánek, Ph.D.
Rok obhajoby:	2020

Název práce:	Analýza subjektivního zdravotního učitelů mateřských škol ve Zlínském kraji
Název v angličtině:	Analysis of the subjective health status of kindergarten teachers in the Zlín region
Anotace práce:	Bakalářská práce se zabývá subjektivním zdravotním stavem učitelů mateřských škol. Na učitele mateřských škol je kladeno několik nároků, které následně mohou ohrozit jejich tělesné či duševní zdraví. Teoretická část práce se zabývá učitelem mateřské školy a funkcí mateřské školy. Dále se věnuje otázkou zdraví a jeho poruch. Také je zde nastíněna problematika prevence, zdravého životního stylu a spánku. Dále je zde popsána problematika stresu a syndromu vyhoření. Učitel se může potýkat se symptomy, jako jsou bolesti hlavy, bolesti zad, bolesti břicha, bušení srdce, bolesti dolních končetin či s projevy spojené s katary horních cest dýchacích. Je zde také nastíněna problematika, která poukazuje na faktory, které mají vliv na individuální vnímavost příznaků. Praktická část se věnuje kvantitativnímu výzkumu. Jako nástroj pro kvantitativní sběr dat byl použit dotazník vlastní konstrukce. Celkem se výzkumu účastnilo 128 učitelů mateřských škol Zlínského kraje. Zjistilo se, že necelých 50 % oslovených učitelů vnímá pozitivní vliv své profese na celkový zdravotní stav. Dále se zjistilo, že více

	než 50 % učitelů mateřských škol trpí bolestmi zad, kataru horních cest dýchacích a bolestmi hlavy. Většina oslovených učitelů se po spánku cítí odpočatě a naspí 6 – 8 hodin. Nejnáročnější na jejich profesi učitelé vnímají zodpovědnost za děti, dále pak komunikaci s rodiči. Tato práce by mohla sloužit zřizovatelům a pedagogickým pracovníkům mateřských škol, studentům, či zájemcům o tuto problematiku nebo profesi.
Klíčová slova:	učitel mateřské školy, zdraví, spánek, stres, nemoc, psychosomatika
Anotace v angličtině:	The bachelor thesis deals with the subjective health condition of kindergarten teachers. At kindergarten teachers several demands are placed that may endanger their physical or mental health. The theoretical part deals with the kindergarten teacher and the function of the kindergarten. It also deals with health and its disorders. It also outlines prevention, healthy lifestyle and sleep. Further there is described the issue of stress and burnout. The teacher may experience symptoms such as headaches, back pain, abdominal pain, palpitations, lower limb pain, or symptoms associated with catarrhs of the upper respiratory tract. There is also outlined the issue that points out factors that affect individual susceptibility of symptoms. The practical part is devoted to quantitative research. A questionnaire of own construction was used as a tool for quantitative data collection. Altogether 128 teachers of nursery schools of the Zlín region participated in the research. It was found, that less 50 % of the addressed teachers perceive the positive influence of their profession on general health. Furthermore, it was found that more than 50 % of nursery teachers suffer from back pain,

	upper respiratory catarrh and headache. Most of the addressed teachers feel rested after sleeping and sleep for 6 – 8 hours. Teachers perceive the most demanding of their profession as responsibility for children, as well as communication with parents. This work could serve the founders and pedagogical staff of kindergartens, students, or those interested in this issue or profession.
Klíčová slova v angličtině:	kindergarten teacher, health, sleep, stress, illness, psychosomatics
Přílohy vázané v práci:	Příloha 1: Ukázka vyplněného dotazníku
Rozsah práce:	89 stran
Jazyk práce:	český jazyk