

**Univerzita Karlova v Praze
Lékařská fakulta v Hradci Králové**

DISERTAČNÍ PRÁCE

Markéta Papršteinová

2014

**Univerzita Karlova v Praze
Lékařská fakulta v Hradci Králové**

Doktorský studijní program
Hygiena a preventivní lékařství

**Percepce zdravotních rizik vyplývajících ze životního stylu a pracovní
zátěže u učitelů různých stupňů škol**

**Perception of the health risks resulting from health, lifestyle and
professional strain of teachers of various school levels**

Mgr. Markéta Papršteínová

Školitel: doc. MUDr. Jindra Šmejkalová, CSc.

Hradec Králové, 2014

Obhajoba dne:

Prohlášení:

Prohlašuji tímto, že jsem doktorskou disertační práci zpracoval/a samostatně a že jsem uvedl/a všechny použité informační zdroje. Zároveň dávám souhlas k tomu, aby tato práce byla uložena v Lékařské knihovně Lékařské fakulty UK v Hradci Králové a zde užívána ke studijním účelům za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou publikační nebo přednáškovou činnost, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

Souhlasím se zpřístupněním elektronické verze mé práce v informačním systému Univerzity Karlovy v Praze.

Hradec Králové, dne 4. března 2014

Poděkování

Děkuji paní doc. MUDr. Jindře Šmejkalové, CSc. za odborné vedení a vlídnou pomoc během doktorského studia, za cenné rady a doporučení, díky kterým vznikala tato disertační práce.

Děkuji paní RNDr. Evě Čermákové za statistické zpracování dat.

Děkuji také všem učitelům, kteří věnovali svůj čas vyplňování dotazníků, a tak se podíleli na výzkumu.

Souhrn

Percepce zdravotních rizik vyplývajících ze životního stylu a pracovní zátěže u učitelů různých stupňů škol

Úvod: Je obecně známo, že učitelská profese je svázána s řadou zdravotních rizik. Pedagogové jsou exponováni nadměrné pracovní psychické a senzorické zátěži, pracují dlouhodobě ve vynucené poloze, ve zvýšeném riziku hluku, infekcí a poruch hlasivek. Ve srovnání s běžnou populací se u nich častěji vyskytují onemocnění, která souvisí s pracovním stresem.

Cíl práce: Zjištění percepce zdravotních rizik vyplývajících ze zdravotního stavu, životního stylu a pracovní zátěže u učitelů různých stupňů škol.

Metodika: V rámci průřezové epidemiologické studie jsme metodou anonymního dotazníkového šetření získali údaje od 484 respondentů, a to od 201 učitelů základních škol, 227 učitelů škol středních a 56 vysokoškolských učitelů. Zjišťovali jsme přítomnost rizikových faktorů a jejich percepci učitelů s ohledem na stupeň školy, věk a pohlaví respondentů. Pracovní psychická zátěž byla hodnocena Meisterovým dotazníkem a byla provedena klasifikace zátěže.

Výsledky: Zjistili jsme, že řada respondentů byla exponována několika rizikovým faktorům současně. Nejčastěji se jednalo o závažná onemocnění u blízkých příbuzných a zvýšenou pracovní psychickou zátěž. Této jsou zvýšeně exponováni zejména učitelé základních škol, u nichž jsme diagnostikovali stupeň zátěže 2 s tendencí k přetížení. Téměř 40 % respondentů již trpělo chronickou nemocí, nejčastěji nemocemi pohybového aparátu a kardiovaskulárním onemocněním. Přístup učitelů ke zdraví byl hodnocen na základě prevalence ovlivnitelných rizikových faktorů životního stylu a z účasti na preventivních prohlídkách. Ve srovnání s průměrnou českou populací vykazovali učitelé nižší tělesnou hmotnost (24 % mělo nadváhu a jen 6,6% bylo obézních), méně kouřili (pouze 12,3 %, z toho 7 % pravidelně a 5,3 % příležitostně), stravovali se vcelku pravidelně (76,5 %) a měli více pohybové aktivity. Rovněž účast našich respondentů na preventivních prohlídkách byla relativně dobrá - na prohlídky k praktickému lékaři pro dospělé chodilo pravidelně 77,5% učitelů, k praktickému zubnímu lékaři dokonce 92,1%. Respondenti si byli svých rizik poměrně dobře vědomi, což se promítalo zejména do obav z možných budoucích zdravotních důsledků. Jisté podcenění rizik jsme zaznamenali pouze u kuřáků.

Závěr: Ve srovnání s údaji z devadesátých let minulého století lze u učitelů pozorovat pozitivní změny v přístupu ke zdraví, zejména snížení prevalence zdravotně rizikových faktorů a zvýšení účasti na preventivních prohlídkách. Ze všech zdravotních rizik, kterým jsou učitelé na našich školách vystaveni, se nám jako nejzávažnější jeví být neúměrně vysoká pracovní psychická zátěž u učitelů základních škol. Preventivní programy by měly být směřovány především tímto směrem.

Summary

Perception of health risks from lifestyle and work psychic load of teachers from different school levels

Introduction: It is well known that the teaching profession is associated with numerous health risks. Teachers are exposed to excessive mental work and sensory stress, long working in a forced position at increased risk of noise, infections and voice disorders. Compared with the general population, there are more frequently found diseases related to occupational stress.

Aim: To determine the perception of health risks arising from particular health state, lifestyle and workload of teachers from different school levels.

Methods: In the context of cross-sectional epidemiological study we used an anonymous questionnaire enquiry to obtain data from 484 respondents, ranging from 201 primary school teachers, 227 teachers of secondary schools and 56 university teachers. We have investigated the presence of risk factors and their perception by teachers with regard to the school level, age and gender of the respondents. Working psychological stress was assessed by Meister questionnaire.

Results: We found that many respondents were exposed to several risk factors simultaneously. Most often it was a serious illness in close relatives, and increased mental work load. This was increasingly exposed especially among elementary school teachers, for which we diagnosed load level 2 with a tendency to overload. Almost 40% of respondents suffered from chronic diseases, the most frequently from musculoskeletal and/or cardiovascular diseases. Teachers' approach to own health was evaluated on the basis of the prevalence of modifiable risk factors of the lifestyle and participation in preventive examinations. In comparison with the general Czech population teachers showed a lower body weight (24% were overweight and only 6.6% were obese), smoked less (only 12.3%; 7% regularly and 5.3% occasionally), ate the fairly regularly (76.5%) and had more physical activity. The participation of our respondents on preventive check-ups was relatively good - on general practitioner's preventive examinations regularly participated 77.5% of the teachers, on dental prevention even 92.1%. Respondents were aware of their risks quite well, which was mainly reflected in the fear of possible future health consequences. Certain underestimation of risk occurred only in smokers.

Conclusion: In comparison with data from the nineties of the last century we can observe in our teachers positive changes in the approach to own health, especially the decrease of health risk factors prevalence and increase participation in preventive examinations. Of all the health risks to which teachers in our schools are exposed to, high psychological job stress for teachers of primary schools we consider as the most serious one. Preventive programs should be aimed mainly in this direction.

Obsah

1	LITERÁRNÍ PŘEHLED	11
1.1	ANALÝZA ZDRAVOTNÍK RIZIK	11
1.1.1	PERCEPCE RIZIKA A KOMUNIKACE.....	11
1.1.2	HODNOCENÍ A ŘÍZENÍ RIZIK.....	13
1.1.3	HODNOCENÍ EXPOZICE JAKO ZÁKLAD HODNOCENÍ ZDRAVOTNÍCH RIZIK.....	15
1.2	ZDRAVÍ, NEMOC A ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL.....	15
1.2.1	DEFINICE ZDRAVÍ A NEMOCI.....	16
1.2.2	HODNOCENÍ NEMOCI A ZDRAVÍ	19
1.2.3	PODPORA ZDRAVÍ A PREVENCE.....	22
1.2.4	DETERMINANTY ZDRAVÍ	26
1.2.4.1	Sociální determinanty zdraví.....	26
1.2.5	ŽIVOTNÍ STYL.....	28
1.2.5.1	Životní styl současného člověka	30
1.3	RIZIKOVÉ FAKTORY ŽIVOTNÍHO STYLU	31
1.3.1	KOUŘENÍ	31
1.3.2	VZTAH K ALKOHOLU.....	33
1.3.3	TĚLESNÁ HMOTNOST	34
1.3.4	POHYBOVÁ AKTIVITA.....	37
1.3.5	VÝŽIVA A ŽIVOTOSPRAVA	38
1.4	KVALITA ŽIVOTA	41
1.5	CHARAKTERISTIKY UČITELSKÉ PROFESE.....	44
1.5.1	VYMEZENÍ UČITELSKÉ PROFESE	44
1.5.1.1	Feminizace učitelské profese	52
1.5.2	TYPOLOGIE UČITELŮ	52
1.5.3	PRESTIŽ UČITELŮ.....	54
1.6	PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ A STRES	54
1.6.1	PRACOVNÍ ZÁTĚŽ A STRES	55
1.6.1.1	Teoretické poznatky o stresu.....	56
1.6.1.2	Vliv stresu na tělesné zdraví.....	60
1.6.2	PRACOVNÍ ZÁTĚŽ A ZDRAVÍ UČITELŮ	62
1.6.2.1	Zdroje a příčiny pracovní zátěže učitelů	64
1.6.2.2	Nemoci související s pracovními podmínkami učitele	66
1.6.3	SYNDROM VYHOŘENÍ.....	68
1.6.4	ZVLÁDÁNÍ ZÁTĚŽE V UČITELSKÉ PROFESI	73
1.6.4.1	Způsoby zvládnání stresu (copingové strategie)	74
1.7	PRACOVNÍ SPOKOJENOST UČITELŮ.....	75
2	CÍLE DISERTAČNÍ PRÁCE	79
3	METODIKA	80
3.1	VÝZKUMNÝ VZOREK.....	80
3.2	METODIKA SBĚRU DAT	82
3.3	METODIKA ANALÝZY DAT	84
4	VÝSLEDKY.....	85

4.1 PŘEHLED NEJČASTĚJŠÍCH PRACOVNÍCH RIZIK	85
4.1.1 PRACOVNÍ PSYCHICKÁ ZÁTĚŽ	89
4.1.2 VNÍMÁNÍ KONFLIKTNÍCH SITUACÍ	97
4.1.3 SPOKOJENOST UČITELŮ SE ZVOLENOU PROFESÍ	98
4.2 ZÁTĚŽ V RODINNÉ ANAMNÉZE	105
4.3 ZÁTĚŽ V OSOBNÍ ANAMNÉZE	106
4.4.1 ZVÝŠENÁ TĚLESNÁ HMOTNOST	112
4.4.2 ZVÝŠENÝ KREVNÍ TLAK	112
4.4.3 ZVÝŠENÁ HLADINA CHOLESTEROLU	113
4.4.4 PREVALENCE KOUŘENÍ	113
4.4.5 KONZUMACE ALKOHOLICKÝCH NÁPOJŮ	114
4.4.6 UŽÍVÁNÍ LÉKŮ	116
4.4.8 MÍRA POHYBOVÉ AKTIVITY A DALŠÍ FAKTORY ŽIVOTNÍHO STYLU	121
4.5 KUMULACE VYBRANÝCH RIZIKOVÝCH FAKTORŮ	123
4.6 VNÍMÁNÍ RIZIKA	125
4.7 PŘÍSTUP UČITELŮ RŮZNÝCH STUPŇŮ ŠKOL K VLASTNÍMU ZDRAVÍ	129
5 DISKUZE	134
5.1 EXPOZICE ZDRAVOTNĚ RIZIKOVÝM FAKTORŮM	134
5.2 PERCEPCE ZDRAVOTNÍCH RIZIK	138
5.3 PŘÍSTUP UČITELŮ K VLASTNÍMU ZDRAVÍ	140
6 ZÁVĚR	145
7 LITERATURA	147
8 PŘÍLOHY	154
8.1 SEZNAM PŘÍLOH	154
8.2 PŘÍLOHA A - SEZNAM TABULEK	155
8.3 PŘÍLOHA B – SEZNAM GRAFŮ	157
8.4 PŘÍLOHA C – DOTAZNÍK	158

Úvod

Zdraví je všeobecně uznávanou hodnotou, kterou člověk v průběhu svého života různě vnímá. Zdraví je subjektivně vnímáno jako pocit pohody (well – being) či nepohody. Na zdraví každého z nás má vliv chování a způsob života, jaký vedeme. Každý z nás může zdraví zařadit mezi prvořadě hodnoty, a tím jej pozitivně ovlivnit. Často stačí změnit postoj k sobě samému, pozitivně myslet, pěstovat dobré mezilidské vztahy, osvojit si dovednosti řešit problémy a zvládat stres, dodržovat životosprávu. Abychom se ale mohli takto správně rozhodnout, musíme mít dostatečné znalosti o tom, co našemu zdraví prospívá a naopak. Aktuálním problémem dnešní doby jsou civilizační choroby – kardiovaskulární choroby, nádorová onemocnění, obezita a cukrovka, které souvisejí se životním stylem, sociálními determinantami zdraví a kvalitou života. Statistické údaje dokazují, že kardiovaskulární choroby jsou v rozvinutých zemích nejčastější příčinou smrti. V České republice zemře ročně na tyto nemoci přes 50 000 lidí. Po kardiovaskulárních chorobách jsou druhým nejzávažnějším onemocněním nádorová, jelikož jsou na druhém místě mezi příčinami úmrtí. Za zvyšující se počet těchto onemocnění si částečně můžeme sami rizikovým životním stylem. V poslední době je stále zdůrazňovaná možnost předcházení poškození zdraví, tedy odstraňování rizikových faktorů. Více než polovina rizik vzniká a je řešitelná na úrovni jedince, kdy zdravý způsob života jako základní determinanta zdraví se na zdraví podílí z 50 – 60 %, stav a kvalita životního prostředí je rizikem pro vznik onemocnění z 20 - 25 %. S rostoucím životním tempem, narůstajícími požadavky na výkon a zvyšujícím se časovým tlakem se v posledních letech běžného života v populaci rozvinutých zemích pojí stres.

Výzkumu percepce zdravotních rizik, jehož závěry by následně mohly být využity mimo jiné i pro realizaci konkrétních preventivních opatření, nebyla dosud v České republice věnována dostatečná pozornost. Touto problematikou se zabývali v rámci projektu „Vnímání rizika a míra zdravotního uvědomění u zaměstnanců různých profesí“ pracovníci z LF UK v Hradci Králové (Šmejkalová, Skalská, 2003; Šmejkalová, Skalská, 2004). Výsledky projektu ukázaly, že ve shodě s literárními údaji je i v podmínkách České republiky úroveň zdravotního vědomí a informovanosti do jisté míry ovlivněna socioekonomickým statutem. Bylo prokázáno, že vnímání rizika bylo významně oslabeno zejména u dělnických profesí. Vysoké podcenění zdravotních rizik bylo nicméně nalezeno i u zdravotníků či laické veřejnosti s vysokoškolským vzděláním, konkrétně u učitelů

a úředníků. Z uvedeného šetření rovněž vyplynulo, že učitelé nevystupovali v otázce přístupu ke zdraví a vnímání rizika jako skupina homogenní, takže by bylo nanejvýš vhodné provést detailní analýzu s ohledem na stupeň školy, na které respondenti učí. To je také záměrem této disertační práce, ve které předkládáme výsledky studie provedené s cílem zhodnotit míru percepce rizika vyplývajícího z konkrétního životního stylu, zdravotního stavu a pracovních rizik u učitelů základních, středních a vysokých škol.

1 Literární přehled

1.1 Analýza zdravotník rizik

Analýza zdravotního rizika je postup, kterým se vyhledávají příčiny, které dané zdravotní riziko vyvolávají. Zkoumá se jaký vliv má expozice, vlastnosti látky, technické zabezpečení procesu, stávající opatření k jeho omezení, řízení tak, aby bylo možno lépe a cíleně zdravotní riziko omezit (Volf, 2002).

1.1.1 Percepce rizika a komunikace

Jedním z důležitých faktorů pro dosažení změny chování v otázkách vlastního zdraví je vnímání rizika.

Vnímání (percepce) rizika je intuitivní proces, kdy jednatel váží oba aspekty rizika, tj. pravděpodobnost výskytu události a závažnost následků výskytu uvažované události: zahrnuje vnímání i hodnocení (interpretaci) rizika jedincem, která může vést ke změně chování a k aplikaci zásad zdravého způsobu života.

Riziko může být definováno jako součet představovaného nebezpečí a úrovně znepokojení, které toto u jedince vyvolává. Ve vnímání rizika jde o náš odhad a hodnocení nebezpečí určitého jevu a situace, jde tedy o to, jak na základě vlastní zkušenosti anebo přesvědčení interpretujeme okolní svět.

Postoje k riziku vyjadřují tendence hodnotit rizikovou situaci příznivě nebo nepříznivě a podle toho jednat. Základními znaky jsou náchyllost nebo averze k riziku, neboli úroveň opatrnosti. Vysoká náchyllost k riziku, respektive akceptovatelnost rizika může být nebezpečná. Přijatelnost (akceptovatelnost) rizika je pro jednotlivce opět otázkou subjektivního soudu, nyní však individuum ze svého úhlu pohledu porovnává nebezpečí s možným přínosem, který je s rizikem spojen. Rozlišování těchto konceptů umožňuje pochopit, proč dva různé subjekty mohou dojít ke stejnému závěru, jde-li o stupeň rizika, a přesto nemusí dojít ke shodě, zda je riziko přijatelné. Přijatelnost nebo odpor k riziku nesouvisí s vědomostmi nebo jejich nedostatkem, hlavním faktorem je zde odlišnost hodnot mezi skupinami. Tyto interpretace souvisejí s normami, hodnotovými systémy a kulturními

zvláštnostmi, které jsme si osvojili. Hodnocení rizika je založeno jak na charakteristikách nebezpečí, tak na osobních filozofiích (konceptích, interpretacích). Důležitou úlohu zde sehrávají: pozorovatelnost jevů, hodnocení úrovně ohrožení, dostupné informace, způsob jejich podání a vlastní zkušenost jedince s daným rizikem (Vymětal, 2009).

Výzkum vnímání rizika ukázal silný vliv sociálně psychologických faktorů a kulturní podmíněnost hodnocení rizika. To, jak bude člověk závažnost rizika hodnotit a v jakém rozsahu bude riziko akceptovat, závisí na typu nebezpečí, osobních zkušenostech jedince, jeho přesvědčeních a postojích a na rozmanitých sociálních vlivech. Jedinec hodnotí více negativně riziko, kterému je vystaven nedobrovolně, na rozdíl od situací, kdy se může svobodně rozhodnout. V této souvislosti je například možné zmínit obecně známou skutečnost podceňování zdravotních důsledků kouření aktivními kuřáky. Tito mají tendenci se domnívat, že konkrétně jich se riziko netýká, resp. že jsou v nižším riziku než ostatní kuřáci (Oncken, McKee, 2005; Weinstein, Marcus, 2005). Zejména mladší kuřáci podceňují rozvoj závislosti na nikotinu a optimisticky věří, že mají situaci pod kontrolou a v budoucnu mohou přestat kouřit kdykoli si budou přát (Slovic, 2001).

Vnímání rizika, tzn. uvědomění si vlastní zranitelnosti, vnímavosti a možnosti poškození vlastní osoby, může vést ke změně chování a k aplikaci zásad zdravého způsobu života. Na druhé straně lze předpokládat, že lidé, kteří dodržují zdravý způsob života, budou vnímavější k případným zdravotním rizikům (Harwell, Blades, 2005).

Poznané a vyhodnocené riziko musí být odpovídajícím způsobem sdíleno (komunikováno) s cílovou komunitou, aby jí mohlo být přiměřeně vnímáno. Pouhé šíření informací, které nebere v úvahu celou šířku problému a nejistoty zahrnuté v riziku, nezajišťuje nutně efektivní komunikaci rizika. Správně naplánovaný a řízený postup pomáhá, aby předávaná informace byla žádoucím způsobem formulována, předávána, vnímána a vše vyústilo ve smysluplnou akci.

Sedm hlavních pravidel komunikace rizika:

1. Akceptování a zainteresování komunity jako partnera.
2. Pečlivé naplánování a vyhodnocení postupu (různé cíle a různé publikum vyžadují odlišný přístup).
3. Sledování konkrétního zájmu cílové skupiny (komunity).

4. Nutnost být čestný, upřímný a otevřený.
5. Spolupráce s dalšími vhodnými partnery.
6. Spolupráce se sdělovacími prostředky (médií).
7. Jasně podání a zaujetí pro problém.

Přesto je nutné očekávat zcela rozdílnou percepci (vnímání) rizik např. podle vzdělání členů komunity, jejich stáří, pohlaví, životní zkušenosti, osobního vztahu k problému (Tuček, Cíkr, 2005).

1.1.2 Hodnocení a řízení rizik

Hodnocení zdravotních rizik (dále také HRA – Health Risk Assessment) je myšlenkový pochod, při kterém se nejprve odhadne (kvalitativně či kvantitativně) zdravotní riziko a na základě vstupních informací o charakteru látek (škodlivin) se zjistí a slovně či číselně vyjádří pravděpodobnost změny – tedy zhoršení zdravotního stavu obyvatel. Toto riziko se na základě medicínských a dalších odborných znalostí a s přihlédnutím k etickým a právním normám vyhodnotí. Takto vyhodnocené riziko se charakterizuje a uvedou se jeho nejistoty a omezení. Výsledkem je odborný názor – stanovisko, závěr, vyjádření o přijatelnosti či nepřijatelnosti zdravotního rizika z odborného (medicínského, resp. hygienického) hlediska. Tento názor je nutno v procesu komunikace rizika sdělit vhodnou formou veřejnosti tak, aby se veřejnost stala aktivním článkem v řízení rizika (Volf, 2002).

Hodnocení a řízení rizik vychází ze systematického sledování (monitorování) všech faktorů pracovního prostředí a pracovních podmínek z hlediska zátěže lidského zdraví těmito faktory a jejich možného škodlivého vlivu na zdraví a bezpečnost pracovníků při práci. Předpovídá možnost vzniku pracovních úrazů, nemocí z povolání či jiných poškození zdraví souvisejících s prací a pracovními podmínkami. Součástí této činnosti je posouzení návrhů na opatření k omezení nebo vyloučení rizik včetně kontroly a hodnocení přijatých opatření.

Hodnocení rizika má čtyři základní kroky:

Určení bezpečnosti zahrnuje sběr a vyhodnocení dat o možných typech poškození zdraví, která mohou být vyvolána danou látkou (faktorem) a o podmínkách expozice, za kterých k těmto poškozením dochází. K tomuto účelu je využíváno dat získaných

v epidemiologických studiích, pokusech na dobrovolnících, z pokusů na izolovaných orgánech, tkáních atd. Všechny údaje jsou kriticky hodnoceny za účelem zjistit, zda sledovaná látka vykazuje nepříznivé účinky pro člověka a životní prostředí.

Vyhodnocení vztahu mezi dávkou a odpovědí popisuje kvantitativní vztahy mezi dávkou a rozsahem nepříznivého účinku (poškození, nemoc). Cílem je získání základních parametrů pro kvantifikaci rizika, přičemž existují dva základní typy účinků – prahový a bezprahový.

Hodnocení expozice (třetí krok hodnocení rizika) představuje nabídku nebezpečného faktoru, která zakládá vznik rizika, ale nemusí být plně využita. Hodnocení expozice, stejně jako oba předcházející kroky hodnocení rizika jsou vždy zatíženy nejistotami, které vyplývají z nejistot v popisu základních fyzikálních, chemických a biologických jevů a také z nepřesností při získávání vstupních údajů.

Charakterizace rizika zahrnuje integraci (syntézu) dat získaných v předchozích krocích a vede k určení pravděpodobnosti, s jakou dojde k některému z možných poškození zdraví. Pro hodnocení rizika je důležité prodiskutovat úroveň nejistoty, která je vlastní konečným odhadům.

Komplexní úpravu celé oblasti ochrany zdraví při práci představuje v EU rámcová směrnice č. 89/391/EHS, která konstatuje, že pracovníci mohou být vystaveni na pracovišti během svého pracovního života nebezpečným faktorům prostředí. Expozice pracovníků těmto faktorům často vede k pracovním úrazům a vzniku chorob z povolání. Směrnice proto uvádí hodnocení rizika jako jednu ze tří stěžejních oblastí pro ochranu zdraví a bezpečnost při práci. Směrnice určuje strategii pro identifikaci nebezpečnosti a kontrolu rizik, zdůrazňuje význam konzultací a aktivní účasti všech zainteresovaných osob, které se na ochraně zdraví a bezpečnosti při práci podílejí (zaměstnanci, zaměstnavatelé, poskytovatelé pracovně lékařské péče). Ukládá zaměstnavateli zajistit identifikaci nebezpečnosti faktorů pracovního prostředí a zhodnocení možných zdravotních rizik pro zaměstnance.

V naší legislativě je oblast hodnocení rizik na pracovišti uvedena v Zákoníku práce (zákon č. 65/1965 Sb., ve znění pozdějších předpisů) a v zákonu o ochraně veřejného zdraví (zákon č. 258/2000 Sb., ve znění pozdějších předpisů).

Řízení rizika znamená přijetí odpovídajících opatření k odstranění rizika nebo snížení jeho

míry na přijatelnou úroveň na základě provedeného hodnocení rizika včetně kontroly účinnosti přijatých opatření a informování zaměstnanců o riziku (Tuček, Cikrt, 2005). Je-li riziko vyšší než nepřijatelná úroveň, je třeba neprodleně přijmout opatření na jeho snížení, kdy navržená opatření jsou dále zkoumána z hlediska vlivů v ekonomické, politické a sociální oblasti, přičemž se uplatňují zejména tyto analytické postupy: ekonomická analýza (analýza efektivnosti nákladů), právní analýza (zkoumající možnosti harmonizace různých variant s legislativou), politická analýza (vyšetřující možné politické důsledky vyplývající z rozhodnutí), analýza veřejného mínění (Bláha, Cikrt, 1996).

1.1.3 Hodnocení expozice jako základ hodnocení zdravotních rizik

Klíčem pro hodnocení rizik možného ohrožení zdraví zaměstnanců je hodnocení expozic a zátěží faktory pracovního prostředí s přihlédnutím k pracovním podmínkám. Při předpokladu nepřiměřené pracovní zátěže (pracovní polohou, pohybem, energetickým výdejem atd.) je potřebné porovnat ji s příslušnými limity (energetického výdeje, svalových sil, hmotnosti břemen pro muže, ženy). Součástí prováděných zjištění je i subjektivní odezva pracovníků na zátěž, neformální a řízené rozhovory pomocí dotazníkových metod (Meisterův dotazník, Bortnerova škála atd.) K hodnocení zátěže je možné přiměřeně použít závěrů epidemiologických studií a údajů o pracovní úrazovosti a nemocnosti, porovnání nálezů a výsledků měření provedených v obdobných provozech a na obdobných pracovištích.

S vyhodnocením rizik při práci je třeba odpovídajícím způsobem seznamovat cílové skupiny pracovníků včetně podnikového managementu (komunikace rizika). Je třeba počítat s faktem, že každý člověk nebo skupina lidí vnímá komunikované riziko odlišně (Tuček, Cikrt, 2005).

1.2 Zdraví, nemoc a zdravý životní styl

Zdraví patří k nejvýznamnějším hodnotám života každého člověka. Zdraví však není jen významnou hodnotou individuální, má i hodnotu společenskou, neboť je zdrojem pro hospodářský a sociální rozvoj společnosti. Je jisté, že první, kdo o zdraví člověka rozhoduje, je on sám. V tomto smyslu je jeho individuální role prvořadá. Ale zdraví je také výsledkem mnoha vztahů, které člověka činí součástí širšího lidského společenství. Proto

péče o zdraví a starost o ně připadá také společnosti (Machová, Kubátová 2009). Vnímání a hodnocení zdraví se liší v různých populačních skupinách, neboť závisí na řadě okolností, na věku, pohlaví, vzdělání a socioekonomickém statusu posuzovatelů. Řada literárních zdrojů se shoduje v konstatování, že například pro mladé zdravé osoby je zdraví sice též pozitivní, ale spíše obecnou, abstraktní hodnotou a je vnímáno do značné míry jako samozřejmost. Podobně přisuzují někdy relativně nižší význam zdraví lidé s nižší úrovní vzdělání a socioekonomického statusu. Ke zdraví však nelze přistupovat jako k jednotlivému, izolovanému jevu. Jeho stav je vždy výsledkem interakce člověka s prostředím (přírodním, ale i civilizačním, charakterizovaným postupem civilizace obecně, rozvojem vědy, techniky a jeho důsledků, infrastruktury, průmyslu, ekonomiky a s nimi souvisejícího životního stylu a konečně i prostředím společenským), v němž člověk žije (Kebza, 2005).

1.2.1 Definice zdraví a nemoci

Definovat, co je zdraví, není jednoduché. Zdraví má mnoho aspektů, jejichž důležitost se mění s historickým vývojem společnosti, ale i v průběhu ontogenetického vývoje jedince, závisí na kultuře, sociálních podmínkách, ekonomice, rozvoji lékařské vědy (Machová, Kubátová 2009).

Ve světovém odborném písemnictví je shromážděno mnoho pokusů o definici zdraví, jde však o úkol velmi obtížný, protože jeho zpracovatel by měl současně:

- vyjádřit vrozenou (genetickou) i získanou individuální podmíněnost zdraví (životní styl);
- zachytit aktuální místo individua na škále „zdraví – nemoc“ ve smyslu fyzického zdravotního stavu;
- současně však též vzít v úvahu subjektivní údaje o vlastních pocitech prostřednictvím podnětů týkajících se charakteristik osobní pohody („well-being“), štěstí a životní spokojenosti včetně úrovně a kvality sociálních vztahů k druhým lidem;
- dále posoudit též příslušné vnější projevy lidského organismu, to je chování člověka ve vztahu ke zdraví a nemoci;
- to vše vyjádřit z hlediska dlouhodobých i krátkodobých proměn v čase, uplatňujících se v daném historickém, sociálním, politickém, ekonomickém

a kulturním kontextu vývoje společnosti (Kebza, 2005).

B. Vašina (1999) uvádí osm základních pojetí zdraví u souboru 9000 osob na základě výsledků rozsáhlého výzkumu zdraví M. Blaxtera, uskutečněného Univerzitou v Cambridge počátkem 90. let 20. století: (1) zdraví jako absence nemoci, (2) zdraví jako prožívaný stav oproti realitě „objektivního“ zdravotního stavu, (3) zdraví jako rezerva či záloha, (4) zdraví jako fyzická zdatnost, (5) zdraví jako energie a vitalita, (6) zdraví v podobě sociálních vazeb, (7) zdraví jako funkce ve smyslu schopnosti něco dělat s malým důrazem na pocity a prožívání, (8) zdraví ve smyslu psychosociální pohody.

J. Křivohlavý (2001) vychází z práce D. Seedhouse (1995). Seedhouse člení teorie zdraví do čtyř základních skupin podle způsobu charakterizování jeho podstaty (zdraví jako ideální stav), jako normální dobré fungování organismu, zdraví jako zboží – „Health is a commodity“ zdraví jako určitý druh síly. V jádru tohoto přístupu k otázkám zdraví jde o pojetí zdraví jako něčeho, co se dá (jako zboží na trhu) koupit nebo ztratit. Dá se koupit ve formě léku v lékárně nebo ve formě určitého lékařského zákroku (například zubního lékaře). Podaří-li se nám obstarat toto zboží (například lék v lékárně) a užijeme-li je, pak nám to přináší „zdraví“. Zlepšuje to náš zdravotní stav.

V přístupu J. Křivohlavého se setkáváme s rozčleněním teorií zdraví do sedmi skupin, přičemž kritériem je zde role, kterou zdraví v každé z posuzovaných teorií sehrává, a to zda zdraví je v příslušné teorii cílem samo o sobě, nebo prostředkem k dosažení určitého jiného cíle. První skupinou teorií zdraví je pojetí zdraví jako zdroje fyzické a psychické síly, druhou pojetí zdraví jako metafyzické síly (zdraví je zde prostředkem k dosahování vyšších cílů, než je samo zdraví), třetí skupinu tvoří koncepce salutogeneze A. Antonovského jako individuálního zdroje zdraví, čtvrtou tvoří pojetí zdraví jako schopnosti adaptace, pátou pojetí zdraví jako schopnost dobrého fungování organismu („fitness“), do šesté řadí pojetí zdraví jako zboží, do poslední, sedmé skupiny řadí koncepci pojímající zdraví jako ideál (Křivohlavý, 2001).

J. Payne (2002) vymezuje zdraví jako normu a potažmo dobro, které se týká oblasti léčení nemocí a chorob či jejich předcházení. Pojem zdraví je popisován jako zvláštní případ obecného pojmu dobro, se kterým dle autora sdílí některé výjimečné rysy. Poukazuje také na závislost definování zdraví na jeho kritériích a klade důraz na celistvost zdraví.

V. Břicháček (1999) uvádí typologizaci založenou na čtyřech možných východiscích: a) holistický přístup, jenž zdůrazňuje pojetí člověka a jeho zdraví jako celku, b) dynamický přístup, jenž pojímá zdraví jako proměnlivý jev, c) sociální přístup, jenž zařazuje člověka do přediva sociálních vztahů, d) interaktivní přístup, jenž zachycuje člověka v jeho širším pojetí.

Evropský regionální program Zdraví 21 (WHO, 1999, 2001) obsahuje jeden ústřední záměr – umožnit všem, aby dosáhli plného zdravotního potenciálu, a dále dva hlavní cíle, které podporují naplnění ústředního záměru:

- ochranu a rozvoj zdraví lidí po jejich celý život;
- snížení výskytu hlavních nemocí i úrazů a omezení strádání, které lidem přinášejí.

Etický základ tohoto programu vychází ze tří základních hodnot:

- z pojetí zdraví jako základního lidského práva;
- z uplatnění principů spravedlnosti a solidarity ve vztahu ke zdraví mezi jednotlivými zeměmi i skupinami lidí uvnitř jednotlivých zemí;
- z účasti a odpovědnosti jednotlivců, skupin, společenství, institucí, organizací a resortů na rozvoji zdraví (Kebza, 2005).

Světová zdravotnická organizace v roce 1948 definovala zdraví takto: Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo vady. Definice zdraví pro období dospívání zahrnuje ještě nepřítomnost rizikového chování a úspěšný přechod do společnosti. Pojem zdraví má tedy tři odlišné dimenze, které jsou navzájem těsně spojené. Není to pouze dimenze tělesného zdraví, ale i zdraví duševního a sociálního. Definice nevysvětluje, co se myslí pohodou. Pocit pohody ve vztahu ke zdraví prožívá každý člověk jinak, a proto zdraví je velmi subjektivní a podoba zdraví je u každého člověka jedinečná a relativní (Machová, Kubátová, 2009).

Obsah pojmu zdraví a zdravotní stav je do určité míry kvantitativně a kvalitativně měřitelný: k jejich hodnocení se používá standardních metodik v podobě souboru různých vyšetřovacích postupů, zaměřených především na odhalení příznaků nějaké nemoci (Kebza, 2005).

Při definici nemoci vycházíme z pojetí jednoty organismu a prostředí. Nemoc, obecněji porucha zdraví, je potenciál vlastností organismu, které omezují jeho možnost vyrovnat se

v průběhu života s určitými nároky vnějšího i vnitřního životního prostředí bez porušení životních funkcí. Nemoc je tedy porucha adaptace člověka, nedostatečnost, nebo selhání adaptivních mechanismů na podněty prostředí. Při nemoci se mobilizují regulační mechanismy ve snaze uvést vnitřní prostředí organismu do rovnováhy - homeostáza (Machová, Kubátová, 2009). V zásadě platí v medicíně i psychologii shoda v potřebě rozlišení choroby v objektivním slova smyslu, založeném na diagnóze (disease), a nemoci v subjektivním slova smyslu jako prožitku (illness) (Kebza, 2005).

1.2.2 Hodnocení nemoci a zdraví

Hranice mezi zdravím a nemocí není vždy jednoznačně stanovitelná: klinické příznaky nemusí být v určitých stádiích vývoje onemocnění ještě zcela jasné, nemusí se ještě ani dostavit subjektivní prožitek nemoci (illness), i když z hlediska patofyziologie již může být toto stádium stavem choroby (disease). Průběh nemoci lze rozdělit do několika období patogeneze, to je popisu procesů postupných změn stavu zdraví ve stav nemoci. Jde o stadium prepatogeneze, stadium časně patogeneze, to je latentní, asymptomatické či subklinické fáze nemoci, stadium rozvinuté patogeneze (prodromální stadium) a stadium završení patologického procesu s možným vyústěním v celkové nebo částečné vyléčení nebo ve vyléčení s trvalými následky či chronizací nemoci, eventuálně úmrtí (Žáček, 1984).

Kromě již zmiňovaných illness a disease lze rozlišovat následující pojetí nemoci:

- sickness: nemoc jako sociální prožitek, stav nepohody;
- handicap: vada, určité znevýhodnění;
- disability: tělesné snížení funkčních schopností;
- impairment: poškození, ztráta nebo abnormalita struktury nebo funkce (Čeledová, Čevela, 2010).

Klinická stádia nemoci můžeme rozdělit na:

- latentní, kdy se nemoc klinicky nijak neprojevuje;
- prodromální, kdy se jedná o časnou patogenezi: objevují se první, nespecifické příznaky;
- manifestní, zde se jedná o rozvinutou patogenezi: jsou přítomné specifické i nespecifické příznaky nemoci;

- rekonvalescence;
- úplné uzdravení;
- neúplné uzdravení;
- přechod do chronicity;
- smrt (Čeledová, Čevela, 2010).

Pro vznik nemoci je nutná vzájemná součinnost tří skupin faktorů (jedná se o etiologickou triádu): 1. Vlastní původce určité nemoci (agens), jenž může ovlivnit vznik a vývoj nemoci svou přítomností, ale v některých případech i svou absencí. 2. Osobnost jako specifický nositel nemoci s jejími demografickými, psychologickými, behaviorálními, fyziologickými a sociálními charakteristikami. 3. Vnější prostředí ve smyslu přírodního, společenského a civilizačního prostředí (Kebza, 2005).

Hodnocení zdraví na individuální úrovni je vlastně komplexním zhodnocením zdravotního stavu člověka (health status), jež by mělo vycházet z kvantitativní i kvalitativní metodologie a zahrnout jeho fyzickou, psychickou, sociální, spirituální a etickou dimenzi. Úroveň zdraví na skupinové nebo společenské úrovni není jen výsledkem hodnocení nebo dokonce pouhým zprůměrováním mnoha individuálních zdravotních stavů. Je též všeobecně uznávaným měřítkem vyspělosti dané společnosti nejenom v oblasti medicíny, ale i v oblasti ekonomické, politické a kulturní. Úroveň zdraví společnosti totiž není určována jen ekonomickými možnostmi země či momentální politickou situací, ale je neodlučitelně spojena s úrovní vzdělávání v oblasti zdraví, především úrovní odborného středního a vysokého školství a na ně navazující výchovou generací zdravotníků, což vyžaduje relativně dlouhou tradici.

K hodnocení zdraví populace se používá jednak určitých obecnějších charakteristik, vyjadřujících úroveň zdraví podle daných kritérií, jednak též některých zprostředkovaných, nepřímých údajů, postihujících aktuální vývoj vztahu mezi zdravím a nemocí ve skupině, komunitě nebo společnosti, jako je:

- nemocnost (morbidita, poměr počtu nemocných k počtu obyvatel), vyjádřitelná v relativních číslech jako
- incidence (počet nově vzniklých onemocnění za určité období vztahený k danému počtu obyvatel, nejčastěji k 1000 nebo k 100 000), nebo

- prevalence (počet všech případů daného onemocnění vztažený k počtu obyvatel, opět nejčastěji k 1000 nebo k 100 000),
- úmrtnost (mortalita, poměr počtu zemřelých na dané onemocnění nebo na všechny příčiny k celkovému počtu obyvatel),
- smrtnost (letalita, poměr počtu zemřelých na dané onemocnění k celkovému počtu onemocnění touto chorobou),

případně se přistupuje k realizaci cílených studií, zaměřených na určité specifické charakteristiky zdraví na reprezentativních vzorcích sledované populace (Kebza, 2005).

Střední délka života (life expectancy) vyjadřuje očekávanou délku života bez narušení zdraví, to je část života jedince, jež není poznamenána postiženími (disability), poruchami (disorders) anebo chronickými onemocněními. Mezi nejčastěji uváděné ukazatele střední délky života patří údaj vyjadřující roky života bez zdravotního postižení (disability-free life years, zkráceně DFLY) a léta kvalitního života (quality-adjusted life years). Střední délku života také můžeme definovat jako střední hodnotu počtu let, které zbývají jedinci do smrti při narození i v jednotlivých letech života).

Mezi dalšími charakteristikami zdraví, uváděnými v literatuře, se objevují též *prediktory zdraví*, což jsou proměnné, umožňující prostřednictvím analýzy dostupných dat, týkajících se určité oblasti zdraví, kvalifikovaně odhadnout budoucí trendy vývoje v této oblasti za předpokladu zachování jeho hlavních linií a tendencí.

Tyto charakteristiky však nevystihují podstatu zdraví v jeho komplexnosti. Ke zjištění prožitkové dimenze zdraví, tedy toho, jak se (celkově, ale především ve vztahu ke zdraví) člověk cítí, co jej trápí a co naopak těší, se v psychologii a medicíně užívá postupů zaměřených na zjištění úrovně kvality života jedince, skupiny a společnosti (Kebza, 2005).

Ke sledování zdravotního stavu populace lze využít:

- zdravotnické statistiky, sem patří například povinná hlášení (infekční nemoci, tuberkulóza, vrozené vývojové vady, pohlavní choroby, nemoci z povolání a jiné);
- šetření epidemiologická, kdy východiskem šetření jsou převážně údaje ze zdravotnických statistik. Dělí se na longitudinální, která sledují výskyt nemoci

v delším období, umožňují analyzovat determinanty či asociace mezi rizikovými faktory, a průřezová, která informují o hladině nemocnosti v určitém okamžiku;

- šetření sociologická, sem řadíme rozhovory a dotazníky (Čeledová, Čevela, 2010).

Další charakteristikou zdraví jsou *indikátory zdraví*, což jsou kvantitativní i kvalitativní ukazatele zdraví; proměnné, jejichž prostřednictvím lze přímo nebo nepřímo hodnotit změny ve zdravotním stavu a eventuálně i rozsah na plnění záměrně navozovaných změn (Kebza, 2005).

1.2.3 Podpora zdraví a prevence

Důležitým prvkem v moderní péči o zdraví se stává podpora zdraví a prevence nemoci jako její první článek. Zahrnuje veškeré snahy o pozvednutí celkové úrovně zdraví, a to jak posilováním plné tělesné, duševní a sociální pohody, tak zvyšováním odolnosti vůči nemocem. Hlavní zdroje péče o zdraví nejsou tedy jen finanční prostředky, materiální a technické vybavení zdravotnických služeb. Nejdůležitější činitelé v péči o zdraví jsou lidé, jak žijí, jak jsou sami ochotni se na péči o zdraví účinně podílet, a celá společnost, jaké vytváří ekonomické a sociální podmínky pro život lidí. Podpora zdraví se odehrává za aktivní účasti jednotlivých občanů, skupin, komunit, organizací i společnosti jako celku. Jednotlivci mohou podporovat své zdraví přijetím zdravého životního stylu a péčí o své životní prostředí. Společenská podpora zdraví se uplatňuje: vytvářením podmínek pro realizaci zdravého životního stylu jednotlivců, ochranou a tvorbou zdravého životního prostředí tím, že společnost pečuje o dobrou životní úroveň, o vytváření pracovních příležitostí a dobrých pracovních podmínek, o vytváření příležitostí pro sportovní a rekreační aktivity a podporuje vzdělávání a šíření informací majících vztah ke zdraví.

Podpora zdraví je tedy soustava činností politických, ekonomických, technologických a výchovných, jejichž cílem je chránit zdraví, prodlužovat aktivní život a zabezpečovat zdravý vývoj nových generací. Důležitá role v podpoře zdraví připadá ženám. Úroveň zdraví celé rodiny v rozhodující míře formuje žena, zejména v oblasti výživy rodiny, péče o dítě, vytváření jeho hygienických návyků a vztahu ke zdraví, a to nejen pro současnost, ale i pro budoucnost. Proto velmi záleží na její vzdělanosti a hodnotové orientaci (Machová, Kubátová, 2009).

Na podporu zdraví úzce navazuje prevence. Prevence je ve své podstatě zaměřena proti nemocem a je vedena snahou jim předcházet. Prevence se provádí u jedince nebo na úrovni celé společnosti. Rozlišení prevence od podpory zdraví umožňuje jejich zaměření. Na rozdíl od prevence je podpora zdraví koncipována nikoli jako aktivita proti nemocem, ale jako aktivita pro zdraví. Je zaměřena proti obecným příčinám nemocí. Zahrnuje jak prevenci, tak i zdravotní výchovu, komunitní aktivity (např. Zdravé město, Škola podporující zdraví) a tvorbu celkově příznivého prostředí.

Prevence se zpravidla dělí podle času. Podle tohoto hlediska rozlišujeme prevenci primární, sekundární a terciární. Primární prevence je součástí podpory zdraví, sekundární a terciární prevence jsou záležitostmi spíše medicínskou.

Primární prevence se týká období, kdy nemoc ještě nevznikla. Jejím cílem je zabránit vzniku nemoci. V primární prevenci se uplatňují především aktivity posilující zdraví nebo odstraňující rizikové faktory (např. vyvarovat se nadměrné konzumace alkoholu, nekouřit, umývat si ruce před jídlem, zavádět nekuřácká místa, používat bezpečnostní pásy v automobilu), popř. jsou to činnosti zaměřené proti určitým nemocem (např. očkování), (Machová, Kubátová, 2009). Primární prevence se dále dělí na nespecifickou (obecnou) prevenci, zaměřenou na celkový zdravotní stav člověka, a specifickou prevenci (profylaxi), zaměřenou proti vzniku konkrétní nemoci či choroby (Kebza, 2005). Dle Schwarzera (1992) vychází primární prevence z paradigmatu psychologie zdraví, jež se zabývá rolí psychologických faktorů při udržování dobrého zdravotního stavu, při prevenci nemocí, při zvládnání negativních zdravotních stavů (emocí), při poskytování psychologické pomoci pacientům v průběhu údravy a při vyrovnávání se s chronickými nemocemi“ (Křivohlavý, 2001).

Základem sekundární prevence je časná diagnostika nemoci a účinná léčba. Jde o snahu předejít nežádoucímu průběhu nemoci a zabránit komplikacím. Řadí se sem i ty preventivní prohlídky, jejichž smyslem je zjistit rané stadium nemoci již v jejím počátku, jako např. gynekologické prohlídky žen, zubní prohlídky (Machová, Kubátová, 2009).

Obsah a časové rozmezí preventivních prohlídek stanoví vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 3/2010 Sb., o stanovení obsahu a časového rozmezí preventivních prohlídek, účinností od 1. 2. 2010, a to:

- V oboru praktický lékař pro dospělé (preventivní prohlídka se provádí vždy jednou za dva roky, zpravidla po uplynutí 23 měsíců po provedení poslední preventivní prohlídky).
- V oboru praktický lékař pro děti a dorost.
- V oboru stomatologie (se jedná o preventivní prohlídky, které se provádějí jedenkrát ročně u dětí v prvním roce života mezi šestým až dvanáctým měsícem a dvakrát ročně u dětí a dorostu od jednoho roku života do 18 let věku, zpravidla po uplynutí 5 měsíců po provedení poslední preventivní prohlídky).
- V oboru gynekologie a porodnictví se preventivní prohlídky provádějí v 15 letech věku a dále jedenkrát ročně, zpravidla po uplynutí 11 měsíců po provedení poslední preventivní prohlídky (Čeledová, Čevela, 2010).

Mezi hlavní aktivity sekundární prevence patří jednak screeningové programy, jednak postupy primární lékařské péče. Podstatou screeningu jsou postupy sloužící k odhalování dosud neznámých variant průběhu nemoci. Mohou být realizovány prostřednictvím anamnestického zjištění přítomnosti rizikových faktorů, fyzikálního vyšetření pacienta nebo laboratorními a některými dalšími metodami. Screeningové postupy by měly vyhovovat některým obecně definovaným kritériím. Především jde o dostatečnou senzitivitu postupu, která zajišťuje v optimálním případě odhalení všech případů nemoci, dále o specificitu postupu, zajišťující minimalizaci falešně pozitivních výsledků. Dále sem patří přijatelnost postupu pro pacienty i zdravotnické pacienty z hlediska účasti na screeningových programech především u nejrizikovějších skupin populace a dostatečná bezpečnost postupů pro pacienty. V rámci screeningových postupů je třeba též počítat s rizikem falešně pozitivních zjištění, spojených s negativními psychologickými dopady na pacienty (Kebza, 2005).

Terciární prevence se zaměřuje na prevenci následků nemocí, vad, dysfunkcí a handicapů, které by vedly k invaliditě a k imobilitě pacienta (operativní náhrada kyčelního kloubu, protézy). Jejím cílem je tedy omezit na nejnižší míru následky nemocí a jejich pracovní i sociální důsledky a co nejdéle udržet kvalitu života (Machová, Kubátová, 2009).

Podle cílového objektu se prevence dělí na *globální*, zaměřenou na celou populaci, selektivní, usilující o zachycení rizikových skupin populace, a indikativní, zahrnující péči

o již diagnostikované ohrožené skupiny (Kebza, 2005).

Preventivní medicína je akreditovaná medicínská specializace, zahrnující všechny postupy a prostředky prevence nemocí, podpory a posilování zdraví. Aktivity preventivní medicíny bývají děleny do dvou hlavních oblastí: do oblasti veřejného zdraví (public health), zahrnující aktivity vládních a komunitních institucí, posilující a podporující zdravotní stav jedinců i skupin populace, a do oblasti hodnocení zdravotních rizik, zahrnující jednak vlastní hodnocení rizikových faktorů ve vztahu ke zdraví, dále výchovu k protektivním zdravotním návykům a konečně i screening rizikových faktorů (Sharrar, 1992).

Každá složka tohoto preventivního řetězce má své intervenční metody a prostředky.

Jiné dělení prevence může být podle toho, kdo ji poskytuje, na prevenci zdravotnickou, společenskou nebo osobní (Machová, Kubátová, 2009).

Mezi preventivní metody řadíme:

Salutogenní činnost: ochrana, podpora a rozvoj zdraví (health promotion). Cílem je nejen udržení zdraví, ale i zvyšování jeho úrovně. Možnými prostředky je získávání zájmu člověka o jeho vlastní zdraví, výchova obyvatelstva, aby měnilo své postoje a chování v žádoucím směru, správná životospráva, racionální výživa, tělesná a psychická aktivita, otužování.

Protektivní činnost, kdy protektivní znamená ochranný, podpůrný. Protektivní činnost ochraňuje před vznikem nemoci dosud zdravé osoby. Výsledkem je, že se z celospolečenského hlediska snižuje incidence nemocí. Možnými prostředky je očkování, protiúrazová zábrana, opatření proti nemocem z povolání, poradenství zaměřené na specifická rizika.

Vyhledávací činnost se vztahuje na osoby ohrožené vysokým rizikem onemocnění, na osoby latentně nemocné a ty manifestně nemocné, kteří však nejsou z jakýchkoliv důvodů léčeni. Včasné vyhledání nemoci umožňuje včasnou léčbu a tím snižování prevalence chorob. Možnými prostředky jsou preventivní prohlídky individuální nebo hromadné, depistáž, screening (Pacovský, 1999).

Většina lidí uznává důležitost prevence a chápe, že je lepší nemocem předcházet než jimi trpět. Uvědomují si, že preventivní opatření a preventivní prohlídky vedou ve svém

důsledku ke zvýšení kvality života i k jeho prodloužení. Přesto však někdy dobře míněná preventivní opatření přijímají lidé neochotně nebo na ně nedbají, zatímco i třeba nepříjemnému léčení se ochotně podrobují. Tento přístup souvisí s tím, že dokud je člověk zdravý a nemá žádné obtíže nebo bolesti, necítí potřebu navštěvovat lékaře. Tento přístup k prevenci může dále souviset s tím, že se lidé domnívají, že právě jim určitá nemoc nehrozí (Machová, Kubátová, 2009).

1.2.4 Determinanty zdraví

Determinanty zdraví lze tedy definovat jako komplexy příčinných faktorů působících integrovaně na zdraví v pozitivním nebo negativním smyslu (Čeledová, Čevela, 2010).

Zdraví člověka je složitě podmíněno kladným i záporným působením nejrůznějších faktorů (osobních, společenských, ekonomických, životního prostředí). Tyto faktory se nazývají *determinanty zdraví*. Některé patří do výbavy osobnosti jedince (dědičné či získané výchovou), jiné jsou součástí jeho životního prostředí (přírodního nebo společenského). Determinanty zdraví můžeme rozdělit na vnitřní a zevní. Determinanty vnitřní jsou dědičné faktory. Dědičnou (genetickou) výbavu získává každý jedinec již na začátku svého ontogenetického vývoje od obou rodičů. Do tohoto genetického základu se promítají vlivy přírodního a společenského prostředí i určitý způsob života.

Zevní faktory, které mají vliv na zdraví, se člení do tří základních skupin:

- životní styl,
- kvalita životního a pracovního prostředí,
- zdravotnické služby - jejich úroveň a kvalita zdravotní péče (Machová, Kubátová, 2009).

1.2.4.1 Sociální determinanty zdraví

Dominantní faktory socioekonomického prostředí zahrnují ekonomickou úroveň společnosti, bydlení, zaměstnání, reálný příjem, zaměstnanost, či nezaměstnanost, úroveň životního prostředí, sociální status jedince i úroveň mezilidských vztahů.

V posledních letech se ukazuje důležitost následujících deseti sociálních determinant zdraví:

Sociální gradient - vliv úrovně socioekonomických faktorů a determinancí, například vzdělání, zaměstnání nebo bydlení na zdraví. Ukazuje se, že chudí lidé se dožívají nižšího věku a jsou častěji nemocní než bohatí. Tato skutečnost podporuje významnost sociálního gradientu. Sociální gradient dopadá na celou společnost, neboť jak materiální, tak sociální příčiny přispívají k rozdílům v incidenci nemocí a úmrtnosti mezi různými sociálními skupinami. Čím déle žijí lidé ve stresujících sociálních a ekonomických podmínkách, tím větší dopad má tato situace na jejich zdraví.

Dětství – zdravotní důsledky raného vývoje a výchovy trvají po celý život, neboť základy zdraví v dospělosti se vytvářejí v raném dětství. Chudé emoční zázemí v rodině a nedostatečný biologický vývoj vytvářejí základ nezdravého biologického a lidského potenciálu.

Stres – stresující podmínky, které lidé dlouhodobě prožívají, zvyšují jejich úzkost a vedou k pocitům, že se s nimi nedokáží vyrovnat. Psychosociální rizika se v průběhu života akumulují a zvyšují pravděpodobnost nejen duševních, ale i fyzických onemocnění.

Práce – psychosociální prostředí v práci je důležitou determinantou zdraví a přispívá k sociálnímu gradientu špatného zdravotního stavu. Výrazně neuspokojující nebo nejisté zaměstnání má stejně nepříznivé dopady na zdravotní stav jako nezaměstnanost.

Nezaměstnanost – představuje zdravotní riziko, které je signifikantně vyšší v regionech, kde je míra nezaměstnanosti vysoká. Nezaměstnaní lidé a jejich rodiny trpí významně vyšším rizikem nemoci, ale i předčasného úmrtí. Zvláště významná jsou onemocnění duševní a kardiovaskulární choroby.

Sociální vyloučení a chudoba mají hlavní vliv na zdraví i předčasné úmrtí. Vyloučenost ze života společnosti vede ke zhoršení zdraví, zvyšuje riziko nemoci, invalidizace a sociální izolace, čímž vzniká bludný kruh.

Výživa – správné stravovací návyky mají zásadní význam pro podporu zdraví. Nedostatek i nadbytek potravin či nesprávné složení stravy se projeví zdravotními komplikacemi až předčasnými úmrtími.

Závislosti – jakákoliv forma závislosti je škodlivá pro zdraví. Závislost na alkoholu, užívání drog, lécích či kouření jsou těsně spjaty se sociálním a ekonomickým znevýhodněním a poškozením zdraví.

Sociální opora – sociální opora a dobré sociální vztahy významně přispívají ke zdraví. Sociální opora působí jak v rovině individuální, tak v rovině sociální. Lidé, kteří postrádají sociální a emocionální oporu, trpí více zdravotními a psychickými problémy.

Doprava – dopravu zde vnímáme jako dopravu podporující zdraví a sociální kontakty, takzvaná zdravá doprava. Sem řadíme chůzi, jízdu na kole a používání veřejné dopravy (Čeledová, Čevela, 2010).

1.2.5 Životní styl

Vývoj zdravotního stavu zásadně ovlivňuje životní styl (způsob života), řazený mezi klíčové determinanty zdraví (Holčík, 2009), jehož hlavní dimenze (výživa, fyzická aktivita, vykonávaná práce a vše, co s ní souvisí, sexuální aktivita, osobní duševní pohoda, vztahy k okolí, způsob a kvalita zvládnutí zátěže, stresu a absence či naopak rozvoj závislosti) zásadně ovlivňují vývoj zdravotního stavu (Kebza, 2005). Životní styl můžeme definovat takto: životní styl zahrnuje formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru z různých možností. Životní styl je tedy charakterizován souhrou dobrovolného chování (výběrem) a životní situace (možnosti). Člověk se může správně rozhodnout tehdy, má-li dostatečné znalosti o tom, co jeho zdraví podporuje a upevňuje, ale také o tom, co mu škodí. Vzhledem k zásadnímu významu životního stylu pro zdraví je proto nutné, aby poskytování odpovídajících znalostí, včetně rozvíjení dovedností a návyků a formování postojů, bylo součástí výchovy od útlého věku v rodině i ve škole a aby bylo spojováno s výchovou k odpovědnosti za vlastní zdraví (Machová, Kubátová, 2009).

Údaje publikované v odborné literatuře naznačují, že rozhodující vliv na zdravotní stav člověka má v současné době právě životní styl, který tento člověk uplatňuje (odhady, publikované tradičně v literatuře, uvádějí, že ovlivňuje zdravotní stav pravděpodobně z cca 50 - 60%), dále úroveň a dostupnost poskytované zdravotní péče (odhadovaný vliv na zdraví je cca 15%), vnější vlivy, jako je životní prostředí, sociální vlivy (cca 15 - 20%) a vnitřní, genetická predispozice organismu (cca 10 - 15%). Tyto odhady jsou ovšem

skutečně pouze přibližné, obecně je totiž velmi obtížné až nemožné vyjádřit procentuálním podílem vliv jednotlivých skupin faktorů, neboť ve zdraví se jednak uplatňují významné interindividuální i intraindividuální rozdíly, jednak vliv jednotlivých uváděných faktorů se liší z etiopatogenetického hlediska u různých skupin nemocí (nozologických jednotek), ale i v různých místech na Zemi podle odlišných geografických, klimatických, ekonomických, politických a kulturních (společensko-historických) podmínek, a liší se také u různých populačních skupin (Kebza, 2005).

Zdravotní stav společnosti se hodnotí především na základě nemocnosti a úmrtnosti. Z rozboru příčin chorob s vysokou nemocností a úmrtností vyplývá, že zdraví nejvíce poškozuje:

- kouření;
- nadměrný konzum alkoholu;
- zneužívání drog;
- nesprávná výživa;
- nízká pohybová aktivita;
- nadměrná psychická zátěž;
- rizikové sexuální chování.

Žádný z rizikových faktorů však nepůsobí izolovaně, ale ve vazbě na jiné faktory životního stylu a jednotlivé jeho součásti nelze od sebe oddělovat. Proto pozitivní působení životního stylu se uplatňuje jen komplexním dodržováním správných zásad (Machová, Kubátová, 2009).

Podle úmrtnosti a nemocnosti se nejčastěji hodnotí zdravotní stav obyvatelstva, proto i lékaře zajímají nejčastější a nejzávažnější onemocnění, aby se mohla prevence zaměřit právě na tyto oblasti.

Struktura příčin úmrtí se také odlišuje podle pohlaví. Ženy více umírají na selhání oběhového systému, muži více na novotvary. Nejčastější příčinou pracovní neschopnosti jsou onemocnění dýchacího ústrojí. Výskyt dlouhodobých a chronických nemocí stoupá.

Pro vznik chronických civilizačních onemocnění je rizikový západní styl života, který charakterizuje nízká pohybová aktivita, nadměrný příjem vysoko kalorické stravy a vysoká úroveň psychosociálního stresu (Honzák, 2009; Šíma, 2009).

1.2.5.1 Životní styl současného člověka

Genetická výbava není jediným rizikovým faktorem vážných onemocnění. Jde totiž častěji o kombinaci genetických dispozic vlivu prostředí a volby životního stylu, což významně ovlivňuje vznik i průběh nemoci. Zatímco vliv prostředí můžeme ovlivnit jen zprostředkovaně snahou o minimalizaci, životní styl si volíme sami. Proto klademe tak velký důraz na vliv životního stylu jako determinantu zdraví (Čeledová, Čevela, 2010).

Životní styl obyvatel vyspělých zemí se zásadně změnil: Současný člověk začal vést převážně sedavý způsob života. V pracovní době sedí, do práce a z práce se dopravuje autem nebo jiným dopravním prostředkem, nechodí pěšky po schodech, když je k dispozici výtah či eskalátor. Po práci opět sedí u počítače nebo u televize. I do domácích prací zasáhla technika a zbavila člověka pohybu. Zhoršují se také mezilidské vztahy. Životní styl mnoha jedinců se orientuje na neustálou honbu za úspěchem, mocí a penězi. Pracovní vytíženost, která z toho vyplývá, poznamenává život celé rodiny. Neustálý spěch, nedostatek času na sebe, na ostatní členy rodiny včetně dětí vytvářejí stresové situace a bývají příčinou rozpadu rodiny.

Člověk na začátku nového tisíciletí stojí na rozcestí. Na jedné straně lítá do kosmu, objevuje podstatu genetické informace, dovede potírat mnohé infekční choroby. Na druhé straně se objevují nové problémy, které mu život předčasně zkracují nebo zhoršují jeho kvalitu. Jsou to *civilizační choroby* – kardiovaskulární choroby, nádorová onemocnění, obezita a cukrovka, které jsou důsledkem změny životního stylu, z něhož se vytrácí pohyb, přibývá přejídání a zhoršují se mezilidské vztahy. Řešením není odmítnutí technického pokroku, ale uvědomění si své biologické podstaty a z toho vyplývající potřeby pohybu, přiměřenosti energetické hodnoty potravy energetickému výdeji a také pěstování dobrých mezilidských vztahů na základě vzájemného porozumění, pochopení a úcty (Machová, Kubátová, 2009; Kunzová, Hrubá, 2013).

V etapě mezi 21. až 44. rokem (reprodukční věk) a 45. až 63. rokem (zralý věk) hovoříme o kritických letech pro zdraví. Tyto roky mají největší vliv na to, jak dlouho a v jaké pohodě budeme žít. Jde o období, kdy se připravujeme na zdravé stárnutí. Pokračujeme

v pravidelných lékařských prohlídkách s kontrolou krevního tlaku, hmotnosti, lipidového profilu, krevních testů, u žen mamografickým vyšetřením, u mužů vyšetřením prostaty.

Nevyvážená strava patří k nejčastějším příčinám vážných onemocnění. Chybné stravovací návyky mohou vést k srdečním chorobám, rakovině, cévní mozkové chorobě, hypertenzi, diabetu, obezitě, osteoporóze a dalším. Pravidelná a přiměřená fyzická aktivita snižuje rizika mnoha těžkých onemocnění fyzických, ale i psychických - deprese (Čeledová, Čevela, 2010).

1.3 Rizikové faktory životního stylu

1.3.1 Kouření

Vliv kouření na mozek je komplikovaný a dosud není zcela objasněn. Kouření zvyšuje vyplavování některých látek, jako například beta-endorfinu, který má význam pro pozitivní emoční ladění. Kuřáci sahají po cigaretě jak pro navození příjemného pocitu, tak i pro zahnání potíží, jimiž se projevuje nikotinový abstinenci syndrom. Obecně lze říci, že na nikotinu je závislý kuřák, který kouří nejméně 10 - 15 cigaret denně a první cigaretu si zapaluje do jedné hodiny po probuzení.

Kouření tabáku je jedním z nejrizikovějších faktorů životního stylu, protože je nejčastější příčinou zbytečných a předčasných onemocnění a úmrtí. Základní škodlivé součásti tabákového kouře jsou nikotin, dehty, oxid uhelnatý, amoniak, nitrosaminy, formaldehyd, kyanid, arzenik a řada dalších. Mnoho z těchto látek je prudce jedovatých a rakovinou tvorných (kancerogenních).

Nikotin se velmi rychle vstřebává do krve a již za sedm sekund po vdechnutí se dostává do mozku. Je to návyková látka, na kterou vzniká závislost. Při poklesu hladiny nikotinu v krvi se u kuřáka objevují abstinenci příznaky (nutkavá touha po cigaretě, špatná nálada, podrážděnost, neschopnost soustředit se, nervozita, úzkost, poruchy spánku, zvýšená chuť k jídlu). Nikotin zvyšuje krevní tlak, zrychluje srdeční činnost, způsobuje stažení srdečních cév. Za kardiovaskulární onemocnění je kromě nikotinu odpovědný také oxid uhelnatý.

Dehty z tabákového kouře se usazují v plicích. Jsou příčinou vzniku rakoviny plic. Cigaretový kouř je však komplexním kancerogenem, který se podílí na vzniku rakoviny

i jiných orgánů – hrtanu, ústní dutiny, jícnu, močového měchýře, slinivky břišní, ledvin a děložního čípku. Riziko vzniku nádorového bujení v důsledku kouření je závislé na denním množství vykouřených cigaret, na hloubce inhalace cigaretového kouře, na počtu kuřáckých let a je vyšší při časném zahájení kouření.

Cigaretový kouř také vyvolává nadměrnou sekreci hlenových žlázek v průduškách a vede k jejich hypertrofii. Poškozuje též pohyblivost řasinek epitelové výstelky. Tím dochází k zadržování hlenu v dýchacích cestách a k zánětlivým změnám sliznice průdušek, které napomáhají vzniku chronického zánětu průdušek (chronická bronchitis).

K dalšímu zdravotnímu postižení u kuřáků dochází v oblasti dutiny ústní. Je prokázáno poškození dásní následkem poruch krevního oběhu a zánětlivých změn, odbourávání kostní hmoty v okolí zubů a jejich viklavost. Existuje přímá souvislost mezi počtem vykouřených cigaret, rizikem a závažností onemocnění dásní a závěsného aparátu zubů.

Rizikovost kouření spočívá i v tom, že obvykle nezůstává jen u kouření tabáku. Souběžné zneužívání tabáku, alkoholu a jiných návykových látek je běžným jevem. Kouření zabilo ve 20. století více lidí než obě světové války dohromady – kolem 100 milionů. Jen v roce 2003 bylo kouření tabáku celosvětově příčinou 5 milionů úmrtí.

Neexistuje žádný jiný faktor životního stylu, jehož ovlivněním by bylo možno dosáhnout tak pronikavého zlepšení zdraví, jako je kuřáctví. Jeho omezením by šlo podstatně snížit nemocnost a úmrtnost na srdeční a cévní choroby, zhoubné nádory a chronické nemoci dýchacího ústrojí.

Co se týče pasivního kouření, jímž rozumíme nedobrovolné vystavení osoby cigaretovému kouři, který uniká z volně hořící cigarety (jedná se o vedlejší proud kouře), byly prokázány stejné negativní účinky jako v případě kouření aktivního. Plynné látky a pevné částice bezprostředně působí dráždění a vyvolávají záněty. Následkem bývá kašel, sípavost, pálení očí, dušnost a zahleněnost.

Pasivnímu kouření je vystavena značná část populace. Uvádí se, že nekuřák, který stráví jednu hodinu v zakouřeném prostředí, vdechne takové množství škodlivin, jako kdyby vykouřil 15 cigaret (Machová, Kubátová, 2009; Vrba, Alradgi, Hrubá 2013).

1.3.2 Vztah k alkoholu

Alkohol je bezbarvá tekutina, která vzniká kvašením sacharidů. Chemickým složením je etanol. Používá se v různých oblastech, v lékařství jako rozpouštědlo a pro antiseptické vlastnosti. Je aktivní složkou alkoholických nápojů, kde je obsažen v různé koncentraci. Piva obsahují 3 - 8 objemových procent čistého alkoholu, stolní vína 8 - 14 %, likéry 20 - 50 % a destiláty 40 - 60 % alkoholu. Množství alkoholu v biologických tekutinách (např. v krvi) se vyjadřuje v promilích (1 ‰ je přibližně 1g alkoholu v 1 l tekutiny). Dle Světové zdravotnické organizace z roku 2004 jsou alkoholu globálně přičítána 4 % z celkové zátěže lidstva nemocemi (global burden of disease). To je stejný podíl, který je přičítán například tabáku a hypertenzi, z čehož plyne, že celkový efekt konzumace alkoholu je hodnocen jako značně nepříznivý (Fiala, 2005).

Alkohol je běžně používán pro jeho působení na nervovou soustavu (psychotropní droga) jako příjemný, snadný a rychlý způsob, jak se cítit dobře, k zahnání stresu, k povzbuzení chuti k jídlu. Účinek alkoholu však závisí na vypitém množství, na fyzickém a psychickém stavu konzumenta, na jeho náladě a na mnoha dalších faktorech. Při koncentraci v krvi kolem 0,5 ‰ alkohol omezuje napětí, strach, úzkost, navozuje uklidnění a poskytuje sebedůvěru. Při 1,5 ‰ již nastává ztráta zábran, nastupuje mnohomluvnost, potřeba sdružování, narušení svalové koordinace. Koncentrace 2 - 3 ‰ alkoholu v krvi působí již těžkou poruchu hybnosti, poruchu vnímání a soudnosti, zpravidla doprovázené agresivním chováním, v citech nastává obrát do smutku. Při koncentraci v rozmezí 3 - 4 ‰ dochází k bezvědomí, smrt nastává při koncentraci kolem 4 - 5 ‰ zástavou dechu a oběhovém a srdečním selhání při útlumu prodloužené míchy.

Kromě účinku na nervovou soustavu způsobuje alkohol další změny v organismu. Malé dávky alkoholu zvyšují sekreci slin, žaludeční a pankreatické šťávy a tím povzbuzují chuť k jídlu, vyšší dávky naopak sekreční činnost snižují, způsobují nekrózu žaludeční a střevní sliznice a chuť k jídlu tlumí. Mnoho alkoholiků proto zanedbává jídlo také z toho důvodu, že alkohol má energetickou hodnotu (100 g čistého alkoholu poskytuje 2930 kJ) a stačí pokrýt část energetické potřeby. Tím se jejich strava stává nevyváženou s karencí živin, vitamínů a minerálních látek.

Z přehledu účinků alkoholu na organismus vyplývá, že alkohol má i pozitivní účinky, ovšem jen u dospělých a jen tehdy, používá-li se v malém množství. Jeho prospěch je však

mnohem více převýšen poškozením mentálního a fyzického zdraví a narušením sociálních vztahů v rodině, s přáteli a v zaměstnání při zneužívání alkoholu. Alkohol je návyková látka, závislost na něm (alkoholizmus) je chronická, progresivní nemoc. Pokud člověk postižený alkoholizmem alkohol nemá, objeví se abstinenci příznaky (Machová, Kubátová, 2009).

Je například známou skutečností, že konzumace alkoholu je jedním z nejvýznamnějších faktorů přispívajících k vysokému krevnímu tlaku. A nejde přitom o vliv přehnaně vysoké konzumace. Již konzumace do 25 g denně zvyšuje riziko vzniku hypertenze o 43 %. Při konzumaci 50 g denně, se toto riziko již zvyšuje o 104 %, tedy více než dvojnásobně. Dostatečně je rovněž prokázán arytmogenní potenciál alkoholu, ať již z hlediska fibrilace síní, či ještě závažnějších poruch srdečního rytmu, bezprostředně ohrožujících život. Alkohol rovněž přímo poškozuje srdeční sval, je častou příčinou dilatační kardiomyopatie a chronického srdečního selhání, ale to již přeci jenom při vyšší úrovni konzumace. Ještě podstatnější důvody pro opatrnost s doporučováním alkoholu jsou v oblasti jiných onemocnění. Jednou z nejvýznamnějších je oblast zhoubných nádorů. Riziko je nejnižší při nulové konzumaci, a přímo úměrně se stupňuje s objemem konzumace, a to již od nejnižších hodnot. Zvýšení rizika bylo zatím prokázáno pro rakovinu ústní dutiny a hltanu, jícnu, hrtanu, tlustého střeva a rekta, jater a prsu.

Pro doporučení ohledně konzumace (ale i pro její hodnocení) se často využívá vyjádření v tzv. „jednotkách“, odpovídajících 10 g etanolu. Současná „rozumná“ doporučení (koncipovaná vzhledem ke kardiovaskulárnímu i nádorovému efektu) hovoří o doporučeném stropu pro denní konzumaci do 3 jednotek denně po muže a 2 pro ženy, kdy 2 jednotky odpovídají například jednomu püllitru dvanáctistupňového piva (Fiala, 2005).

1.3.3 Tělesná hmotnost

Udržování optimální tělesné hmotnosti je jedním ze základních předpokladů zdraví a všechny další rizikové faktory s tímto do určité míry souvisí. V současné praxi se používá hodnocení hmotnosti ve vztahu k výšce podle hodnoty tzv. Body Mass Indexu (BMI), jehož velikost silně souvisí s množstvím tělesného tuku. Vypočítá se podle vzorce (hmotnost v kilogramech dělená druhou mocninou výšky v metrech):

$$\text{BMI} = \text{hmotnost (kg)} / \text{výška}^2 \text{ (m)}$$

Normální rozmezí BMI je 18,5 – 24,9. Hodnoty nad 30,0 představují obezitu, u níž se rozlišují tři stupně.

Rozdělení hodnot BMI (pro dospělé populaci)

BMI (kg / m²)	Kategorie
pod 18,5	Podváha
18,5 – 24,9	Norma
25 – 29,9	Nadváha
30 – 34,9	obezita 1. stupně (lehká otylost)
35 – 39,9	obezita 2. stupně (výrazná otylost)
nad 40	obezita 3. stupně (morbidní otylost)

Nejnižší celková úmrtnost u mužů je v rozmezí BMI 23 – 24,9 a u žen při BMI 19 – 22,9. Vysoké riziko z hlediska obezity představuje zejména těžká obezita v mládí a ve středním věku. Dospělou populaci středního věku postihuje asi v 20% (BMI>30), takže se dá říci, že každý pátý dospělý Čech je obézní.

U obezity se kromě stupňů obezity dle BMI rozlišují dva typy obezity podle místa na těle, kde se tuk nejvíce hromadí: obezita mužského typu (androidní, typ jablko) a ženského typu (gynoidní, typ hruška). Androidní typ je charakterizován ukládáním zásobního tuku v oblasti hrudníku a uvnitř břicha, u typu gynoidního je charakteristické uložení tuku nejvíce na hýždích a stehnech. Tyto typy obezity však nejsou jednoznačně vázány na určité pohlaví. Vyšší riziko metabolických a oběhových onemocnění se vyskytuje především u obezity androidního typu s výrazným uložením tuku v břiše. Pro rozvoj zdravotních komplikací je rizikový obvod pasu u mužů nad 102 cm, u žen nad 88 cm (Zeman, 2005).

Snížení tělesné hmotnosti o 5 % původní hmotnosti již vede k výrazné redukci zdravotních rizik, především se snižuje krevní tlak a hladina rizikového cholesterolu. Při výraznějším poklesu hmotnosti (o 20 – 30 kg) se dále výrazně zlepší krevní tlak a metabolismus cukrů.

Zdravotní komplikace obezity můžeme rozdělit na mechanické a metabolické. Mezi

mechanické počítáme velké zatížení kloubů, šlach a dýchací potíže (dušnost). Obezita zvyšuje morbiditu a mortalitu, a to především na kardiovaskulární onemocnění (hypertenze, ischemická choroba srdeční, infarkt myokardu, ateroskleróza mozkových tepen a cévní mozková příhoda, ateroskleróza končetinových tepen), metabolická onemocnění (diabetes II. typu – vyskytuje se třikrát častěji u obézních osob v porovnání s jedinci s normální hmotností), zvýšená hladina cholesterolu v krvi (zvyšuje se hladina nebezpečného LDL cholesterolu) a některé nádory (karcinom prsu, dělohy, tračnicku). Obezita je tak po kouření druhou nejčastější a zároveň ovlivnitelnou příčinou smrti.

Nejčastější příčinou obezity je nadměrné přijímání potravy u člověka s nízkou pohybovou aktivitou. Obezita často vzniká v prostředí technicky dobře vybaveném, mechanizovaném, které vede k sedavému stylu života bez velké fyzické námahy. Mezi odborníky začíná převládat názor, že příčinou je spíše nedostatek fyzické aktivity než nadbytek potravy. Pohybová aktivita je důležitým doplněním diety. Nejlepší je chůze, jízda na kole, a plavání. Chůze je každému dostupná aktivita. Během jednoho cyklu pohybové aktivity by mělo být vydáno asi 800 kJ, což odpovídá chůzi rychlostí 5 - 6 km/hodinu po dobu 40 minut. Může se začít chůzí třikrát týdně po dobu 30 minut a postupem času přejít na chůzi pětkrát týdně s prodloužením času.

Na vzniku obezity se podílí i dědičnost, která se uplatňuje různým způsobem, např. rozdílnou schopností spalovat základní živiny, velikostí bazálního metabolismu (energie potřebná k zajištění základní činnosti orgánů v klidu) a určitou chuťovou rozlišovací schopností, která je předpokladem k výběru jídel určité chuti. Uvádí se, že dědičnost se na vzniku obezity podílí až v 50 %.

V posledních letech se stále více jako příčina obezity uvádí porucha regulace bílkoviny leptinu (leptin je jedním z regulátorů tělesné hmotnosti tím, že působí na centrum sytosti v hypotalamu a vyvolává v něm pocit hladu nebo naopak pocit nasycení, reguluje tak příjem potravy, ale i výdej energie a tvorbu a výdej tepla). U obézních se předpokládá rezistence na leptin. V důsledku toho centrum sytosti na jeho působení nereaguje, což se projevuje zvýšenou chutí k jídlu, omezením výdeje energie, tvorby a výdeje tepla. Jedinec pak špatně hubne, nerad se pohybuje, bývá často zimomřivý a jeho hlavním zájmem je konzumace jídla.

Dosáhne-li se redukce hmotnosti, klesne krevní tlak, sníží se hladina cholesterolu v krvi,

dochází ke zlepšení metabolismu cukrů, zlepšuje se dušnost, mohou se zmírnit bolesti kolenních a kyčelních kloubů a bolesti v zádech (Machová, Kubátová, 2009).

1.3.4 Pohybová aktivita

Pohyb je nezbytným a nejpřirozenějším předpokladem k zachování a upevňování normálních fyziologických funkcí organismu:

- zvyšuje tělesnou zdatnost;
- snižuje hladinu cholesterolu;
- přispívá k duševní svěžesti, zvyšuje pocit duševní pohody a odolnost vůči stresu, napomáhá lepšímu prokrvení a okysličení mozku;
- pomáhá proti bolestem v zádech;
- zpevňuje kosti a zmenšuje tak riziko zlomenin, zvláště u lidí ve vyšším věku;
- zlepšuje prokrvení kůže a tím fyzický vzhled;
- je prevencí chronických neinfekčních (tzv. civilizačních) chorob.

Cíleně prováděný aktivní pohyb by se proto měl stát nezbytnou součástí životního stylu dnešního člověka, jeho denního režimu (Machová, Kubátová, 2009).

Kvalita pohybu je ukazatelem aktuálního psychosomatického stavu zdraví a nemoci člověka, kdy pohybový projev je přímo propojen s tělesnými, psychickými a sociálními potřebami jedince (Hátlová, Špůrková, Šmídová, 2007).

Byl popsán zásadní podíl *pohybových aktivit* na dynamické stabilitě homeostatického triumvirátu“ tvořeného hormonální, imunitní a nervovou soustavou, i její příznivé působení na posílení psychosomatického potenciálu a na prevenci mnoha patologií i na pozitivní vliv této dynamické stability na terapii a průběh rehabilitace (Drbal, Bencko in Payne, 2005).

Přehled českých a zahraničních studií, které se zabývají vlivem pohybové aktivity na psychické a fyzické zdraví uvádí také Blahutková, Řehulka a Dvořáková (2005).

1.3.5 Výživa a životospráva

Ve zdravotním stavu obyvatelstva České republiky přetrvává vyšší předčasný výskyt civilizačních chorob, a to zejména aterosklerózy s různými komplikacemi, hypertenze, nádorů (především plic a tlustého střeva), obezity, diabetu druhého typu, dny, osteoporózy, zubního kazu a dalších chorob, které vedou k nemocnosti a úmrtnosti naší populace. Mezi všemi příčinami, které mají za následek tento stav, má velký význam nesprávná výživa a špatná technologie přípravy pokrmů.

Světová zdravotnická organizace stanovila pro region Evropy výživová doporučení, která se týkají i spotřeby některých potravin, jejich kuchyňské úpravy a stravovacího režimu.

Výživová doporučení

1. Upravit příjem celkové energetické dávky u jednotlivých skupin obyvatelstva v závislosti na pohybovém režimu tak, aby bylo dosaženo rovnováhy mezi příjmem energie a jejím výdejem.
2. Snížit příjem tuků u dospělé populace tak, aby celkový podíl tuků v energetickém příjmu nepřevýšil 30 % energetické hodnoty.
3. Zvýšit podíl rostlinných tuků v potravě a z nich zejména oleje olivového a řepkového.
4. Snížit příjem cholesterolu na maximálně 30 g za den.
5. Snížit spotřebu jednoduchých cukrů na 10 % celkové energetické dávky (tzn. u lehce pracujících dospělých asi 60 g na den) a zvýšit podíl škrobu.
6. Snížit spotřebu kuchyňské soli na 5 – 7 g za den a dávat přednost výrobkům s nižším obsahem soli.
7. Zvýšit příjem vitamínu C na 100 mg denně.
8. Zvýšit příjem vlákniny na 30 g denně.
9. Zvýšit podíl dalších ochranných látek jak minerálních, vitaminů a dalších výživových látek, které by zajistily odpovídající antioxidační aktivitu a další

ochranné procesy v organismu (zejména zinek, selen, vápník, jod, chrom, karoteny, vitamin E, ochranné látky obsažené v zelenině).

Doporučení ke spotřebě potravin

1. Vzhledem k přívodu ochranných látek, významných v prevenci nádorových a kardiovaskulárních onemocnění zvýšit spotřebu zeleniny a ovoce včetně ořechů a luštěnin. Denní příjem zeleniny a ovoce by měl dosahovat 600 g, včetně zeleniny tepelně upravené. Poměr zeleniny a ovoce by měl být asi 5 : 3.
2. Zvýšit spotřebu výrobků z obilovin s vyšším podílem z tmavé a celozrnné mouky.
3. Výrazně zvýšit spotřebu ryb, zejména mořských, a rybích výrobků, se zřetelem k významnému postavení těchto potravin v prevenci kardiovaskulárních chorob a chorob z nedostatku jodu.
4. Snižit spotřebu živočišných potravin s vysokým obsahem tuku (vepřový bůček, plnotučné mléko a mléčné výrobky s vysokým obsahem tuku, uzeniny, lahůdkářské výrobky s majonézou, cukrářské výrobky s máslovým krémem, trvanlivé a jemné pečivo).
5. Snižit spotřebu vajec na 200 kusů ročně, tj. nejvýše čtyři kusy týdně.

Doporučení pro přípravu pokrmů

1. Zaměřit se na racionální přípravu stravy, zejména na snižování ztrát vitamínů a jiných ochranných látek, dávat přednost vaření a dušení před smažením na tuku, při němž vznikají toxické zplodiny.
2. Používat recepty s nižším podílem použitého tuku a přitom volit vhodný tuk podle technologického postupu.
3. Zachovávat dostatečný podíl syrové zeleniny a ovoce, nejlépe formou zeleninových salátů ochucených olivovým nebo řepkovým olejem.
4. Rozšířit nabídku zeleninových a luštěninových pokrmů.

Doporučení pro stravovací režim

1. Dodržovat správný stravovací režim, který představuje pět denních dávek s pauzami tři hodiny mezi jednotlivými jídly.
2. Dodržovat pitný režim s denním příjmem 1,5 – 2 l nápojů, při zvýšené námaze nebo v teplém prostředí přiměřeně více. Vybírat vhodné druhy nápojů, nejlépe bez cukru.
3. Alkoholické nápoje konzumovat umírněně, aby denní příjem nepřekročil 20 g čistého lihu, tj. maximálně 200 ml vína nebo půl litru piva nebo 50 ml lihoviny.
4. Zaměřit se na výchovu správných postojů k jídlu a stravovacích návyků u dětí, protože jejich vytvoření v dětství je základem pro způsob stravování v dospělosti (Dostálová, Hrubý, Turek, 2004).

1.4 Kvalita života

K posouzení postavení individua na škále zdraví – nemoc a vystižení individuálních charakteristik jeho zdraví se v relativně nedávné době začalo používat speciálního metodického postupu, vycházejícího z pojetí tzv. „kvality života“ („quality of life“ v již zavedené zkratce QOL, někdy též ve specifikované podobě „health-related quality of life“ se zkratkou HRQOL). Ukázalo se totiž, že k vystižení komplexní charakteristiky zdravotního stavu již nepostačují dříve užívané postupy, vycházející ze stanovení diagnózy eventuální nemoci, doby dožití, resp. tzv. střední délky života, ale že je třeba identifikovat a zhodnotit i psychické, sociální a behaviorální determinanty lidského života, vztahující se ke zdraví. V praxi se většinou toto zaměření postupů zjišťujících kvalitu života týkalo – zvláště v počátcích systematického zájmu o problematiku kvality života, především subjektivního vyjádření míry narušení obvyklých životních podmínek v důsledku určité (nejčastěji somatické) choroby (Kebza, 2005).

V kvalitě života se promítá výrazně úroveň osobní pohody (well-being), úroveň schopnosti postarat se o sebe (sebeobsluhy), úroveň mobility a schopnosti ovlivňovat vývoj vlastního života.

Osobní pohoda (well-being) je často spojována s pojmem kvalita života. Lze říci, že well-being je hodnocením kvality života jako celku. Přes pluralitu názorů a přístupů k vymezení pojmu well-being se odborníci vcelku shodují v názoru, že se jedná o dlouhodobý emoční stav, ve kterém je reflektována spokojenost jedince s jeho životem. Rovněž panuje shoda v tom, že osobní pohoda musí být chápána a měřena prostřednictvím svých komponent kognitivních (životní spokojenost, morálka ve smyslu mravních zásad) a emočních (positivní emoce, negativní emoce) a že osobní pohoda se vyznačuje konzistencí v různých situacích a stabilitou v čase. Vzhledem k tomu, že v české terminologii se postupně ustálil úzus spojovat well-being především s dimenzí duševní pohody, což tento pojem nevyčerpává, autoři Šolcová a Kebza (2004) navrhují užívání českého ekvivalentu *osobní pohoda*, v němž je implicitně založena jak duševní, tak tělesná a sociální dimenze.

Z dalších pojmů, vystupujících v novodobé anglosaské terminologii, je třeba uvést dimenzi tělesné pohody („wellness“, či „fitness“), prožitek blaha („wellfare“), dosažení a prožití

úspěchu („success“), ale též komponentu přátelství („friendship“), či štěstí („happiness“).

Pojmu wellness se někdy používá jako synonyma k well-being, přiléhavěji se ale wellness vymezuje jako koncept, který se vztahuje k přijetí určitého chování a životního stylu, podněcujícího optimální fyzické a psychické zdraví. Takové chování zahrnuje zvládnání stresu, zdravou výživu, nekuřáctví, mírné nebo žádné požívání alkoholu, odpovídající spánek, fyzické cvičení apod.

z medicínského pohledu je pojem „well-being“ kromě této psychologické podstaty úzce propojen jednak s holisticky pojímaným zdravím, jednak s komplexně založeným pojetím životního stylu, zahrnujícím množství rizikových i protektivních faktorů. Významnou dimenzi komplexu well-beingu je též tělesná zdatnost (Šolcová, Kebza 2004).

Kováč (2001) informoval v odborné literatuře o průběhu realizace projektu WHO, týkajícího se kvality života (WHOQOL) a zaměřeného na šest hlavních oblastí: tělesné zdraví, psychické funkce, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, prostředí a spiritualitu.

Rozvojem tématu kvality života se v odborné literatuře zabývala řada autorů: Křivohlavý (2001, 2002), Vymětal (2003), Hnilica (2000, 2002), Buchtová (2004) a další.

Zásadním způsobem přispěla ke kategorizaci konceptů kvality života Veenhovenová (2000) ve své teorii „čtyř kvalit života“. Za zmiňované čtyři kvality považuje:

1. životní šance nebo-li předpoklady,
2. životní výsledky,
3. vnější kvality nebo-li charakteristiky prostředí včetně společnosti,
4. vnitřní kvality nebo-li charakteristiky individua.

Takto vymezené „kvality života“ pak dovolují kategorizovat koncepty dobrého života podle toho, kterým aspektem kvality života se zabývají. Kvadrant A zahrnuje ekologické, sociální, ekonomické a kulturní podmínky, které studuje ekologie, architektura, sociologie a sociálně-politické vědy. Do kvadrantu B patří fyzické a duševní zdraví, znalosti, schopnosti a umění života a je předmětem zájmu lékařství, psychologie a pedagogiky (včetně tělovýchovy a poradenství v oblasti životního stylu). Kvadrant C zahrnuje vnější užitečnost člověka pro jeho blízké okolí, pro společnost a lidstvo a jeho vnitřní cenu

v termínech morálního vývoje, morální dokonalosti a je tradičně předmětem zájmu filozofie. Kvadrant D představuje to pojetí kvality života, které ve vědách o člověku zažívá v současné době značný rozmach, je široce aplikováno v medicíně a vytváří vlastní metodologické postupy. Patří sem hodnocení spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi, hodnocení převažující nálady a celkové spokojenosti se životem, tedy většina dotazníků kvality života včetně dotazníku WHOQOL.

Čtyři kvality života podle Veenhovenové

	Vnější kvality	Vnitřní kvality
předpoklady	A. vhodnost prostředí životní prostředí, sociální kapitál, prosperita, životní úroveň	B. životaschopnost jedince psychologický kapitál, adaptivní potenciál, zdraví, způsobilost
výsledky	C. užitečnost života vyšší hodnoty než přežití, transcendentální koncepce	D. vlastní hodnocení života subjektivní pohoda, spokojenost, štěstí, pocit smysluplnosti

V současné době se kvalita života v medicíně a psychologii považuje za vícerozměrný, subjektivní a měřitelný konstrukt, který je vhodnějším indikátorem zdraví definovaného jako „stav celkové fyzické, duševní a sociální pohody, a ne pouze nepřítomnost nemoci“ (WHO, 1946), než mortalita a morbidita (in Dragomerická 2006).

Kvalita života bývá měřena ze tří perspektiv:

1. jako objektivní měření sociálních ukazatelů v termínech možností, bariér a zdrojů okolí,
2. jako subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem,
3. jako subjektivní odhad spokojenosti s jednotlivými životními oblastmi

Ukazatelé spadající pod první bod, jako je bezpečí, vzdělání, stabilita rodiny apod., se více hodí pro účely měření kolektivní kvality života, pro porovnání různě definovaných skupin populace a pro mezikulturní srovnání než pro jednotlivce. Je známo, že některé

charakteristiky tohoto typu ovlivňují kvalitu života jen částečně, a to tehdy, pokud klesnou pod určitou hranici (např. hranici chudoby). Celková spokojenost se považuje za výsledek osobních hodnot a životního stylu, jehož prostřednictvím se je jedinec snaží naplnit. Předpokládá se, že celková spokojenost nesouvisí s pouhým počtem oblastí, ve kterých je jedinec spokojen, ale se spokojeností v oblastech, které on sám hodnotí jako důležité. Co se týče třetího bodu, existují rozmanité výčty oblastí života. Většinou zahrnují fyzickou kondici a schopnost provádět běžné každodenní činnosti, prožívání, vztahy s blízkými lidmi a širším sociálním okolím, prostředí, ve kterém člověk žije, a trávení volného času. Pokud je zjišťování kvality života zaměřeno úzce na oblast zdravotního stavu, respektive na přítomnost nebo nepřítomnost symptomů, celkový funkční stav a stupeň postižení, specifikuje se jako „health-related quality of life“. Dotazníky WHOQOL toto úzké vymezení překračují.

Sekce všeobecných dotazníků obsahuje seznam téměř 100 instrumentů, z nichž je nejznámější

SF-36, SEIQOL a WHOQOL. U každého dotazníku je uvedena zkratka, plný název, autoři, účel měření, cílová populace, způsob administrace, počet položek, původní jazyk, ověřené jazykové verze a další informace (Dragomerická 2006).

1.5 Charakteristiky učitelské profese

1.5.1 Vymezení učitelské profese

Učitel je dle Pedagogického slovníku (Průcha, Walterová, Mareš, 2003) jeden ze základních činitelů vzdělávacího procesu, profesionálně kvalifikovaný pedagogický pracovník, spoluzodpovědný za přípravu, řízení, organizaci a výsledky tohoto procesu.

Edukátor je profesionál, který provádí edukaci (někoho vyučuje, vychovává, školí, zacvičuje, trénuje atd.). Z toho je zřejmé, že edukační činnost je charakteristická pro řadu profesí, nejen pro profesi učitelskou.

Pedagogický pracovník

Učitelé bývají označováni jako pedagogičtí pracovníci, někdy se oba tyto výrazy používají jako synonyma – což je ovšem nesprávné. Je nutné vymezit, že učitelé jsou součástí širší

profesní skupiny nazvané „pedagogičtí pracovníci“ vedle jiných profesionálů této skupiny. Právní vymezení skupiny pedagogičtí pracovníci podává § 50 zákona č. 29/1984 Sb. (ve znění pozdějších úprav): Pedagogickými pracovníky jsou učitelé (včetně ředitelů a zástupců ředitelů):

- předškolních zařízení,
- základních škol,
- základních uměleckých škol,
- středních škol,
- speciálních škol,
- speciálně pedagogických center a pedagogicko-psychologických poraden,
- učilišť,
- zařízení pro zájmové studium,
- školských zotavovacích zařízení,
- školských zařízení pro další vzdělávání pedagogických pracovníků,
- zařízení sociální péče;

kromě učitelů ještě vychovatelé škol a školských zařízení a zařízení sociální péče; mistři odborné výchovy; vedoucí pracovišť středních odborných a jiných učilišť a středisek praktického vyučování; instruktoři tělesné výchovy a trenéři sportovních škol a sportovních tříd.

Tentýž zákon stanovuje způsobilost a povinnosti pedagogických pracovníků v § 51. V souhrnu se ve znění citovaného zákona považují za pedagogické pracovníky ti, kdo „vyučují a vychovávají děti a mládež nebo dospělé“ nebo „vykonávají obdobnou činnost“ ve školách a jiných školských zařízeních.

V taxativním vyjmenování učitelů dle uvedeného znění zákona č. 29/1984 Sb. chybějí dvě kategorie, a to učitelé vyšších odborných škol a učitelé škol vysokých. Výklad zákona umožňuje řadit mezi pedagogické pracovníky i učitele vyšších odborných škol, (které byly

oficiálně ustanoveny až od roku 1996), i když nejsou přímo vyjmenováni v § 50. Co se týče vysokoškolských učitelů, tak zde došlo ke komplikaci ohledně terminologie zákona o vysokých školách č. 111/1998 Sb. Tento zákon neoperuje s pojmem „pedagogický pracovník“, ale vymezuje v § 70 zvláštní kategorii akademický pracovník.

Z toho vyplývá, že pracovníci vysokých škol, pokud vykonávají jakoukoliv „pedagogickou činnost“, jsou představiteli učitelské profese. Oficiální statistiky MŠMT ČR a ÚIV vykazují vysokoškolské pracovníky vyjmenované v odstavci 2 citovaného zákona jako „pedagogické pracovníky“ (Průcha, 2002).

Profese znamená „povolání spojené s určitou kvalifikací nebo odbornými znalostmi a dovednostmi, většinou vykonávané na základě zákonného oprávnění“.

Průcha (2002) vnímá vývoj profesní dráhy učitelů jako proces, který je vázán na životní cyklus, jež můžeme rozdělit do jednotlivých etap:

- volba učitelské profese (motivace ke studiu učitelství);
- profesní start (učitel-začátečník);
- profesní adaptace (první roky ve výkonu učitelského povolání);
- profesní stabilizace (zkušený učitel, učitel-expert);
- profesní vyhasínání (vyhoření).

S těmito etapami souvisejí přidružené procesy ve vývoji učitelské profese, zejména *profesní kontinuita* (kdy učitelé setrvávají v průběhu života u svého povolání) a *profesní migrace* (kdy učitelé přecházejí od své profese k jiným povoláním).

Učitelská profese je v řadě studií uváděna mezi pěti až deseti nejnáročnějšími profesemi (Vašina 1997, 2009).

Autoři Řehulka, Řehulková (2001) se ve své studii zabývali výzkumem učitelů základních škol z genderového hlediska. Pojem gender podle Velkého sociologického slovníku (1996) vyjadřuje, že vlastnosti a chování spojované s obrazem muže a ženy jsou formované kulturou a společností a mohou se měnit podle času a místa a je nutno gender odlišit od pohlaví. Řehulkovi potvrdili rozdílnost mezi učitelkami a učiteli v motivaci pro výkon učitelské profese, ve výčtu školních stresorů a v postupech, kterými tyto stresy zvládají.

Dále uvedli charakteristiky sociální role, které jsou očekávané u učitelek a učitelů z pohledu rodičů a žáků. Výzkumný soubor tvořilo 488 učitelek a učitelů, z čehož bylo 97 mužů, další data byla získána od 822 žáků 2. stupně základní školy (456 děvčat a 366 chlapců) a od 65 rodičů (45 matek a 20 otců). V první etapě byli nejdříve dotazováni učitelé, co pozitivního očekávají od učitelské profese. Již na první pohled byl rozdíl mezi učitelkami a učiteli.

Co pozitivního očekávají učitelé od své profese

UČITELKY	Pořadí	UČITELÉ
Práci s dětmi a mládeží	1	Zaměstnání
Tvořivou práci	2	Svobodnou práci
Odpovědnou péči o děti	3	Profesionalitu ve výchově
Osobní realizaci	4	Uplatnění vzdělání
Splnění přání pracovat s dětmi	5	Možnost profesionálního růstu
Pocit zadostiučinění z výchovné práce	6	Být odborníkem ve své aprobaci a v didaktice
Lásku žáků	7	Úctu žáků a společnosti
Vlastní osobní růst	8	Rozvoj tvořivosti

Zdroj: Řehulka, Řehulková (2001)

Autoři při stručném srovnání charakteru preferovaných hodnot u učitelek a učitelů došli k závěru, že ženy jsou zaměřeny především prosociálně a muži upřednostňují hodnoty individuálního rozvoje.

Školní a školské stresory podle učitelů

UČITELKY	Pořadí	UČITELÉ
Špatná atmosféra ve třídě	1	Malý plat
Nezvládnutelní žáci	2	Malá možnost postupu
Velká pracovní zátěž	3	Nekoncepčnost školství
Pocit bezmoci ve výchově	4	Nezájem některých žáků o vyučování
Nedocnění práce učitelky	5	Nedocnění práce učitele
Špatné vztahy s vedením školy	6	Nespolupráce rodičů
Nezájem některých žáků o vyučování	7	Nedostatek peněz ve školství
Nespolupráce rodičů	8	Zastaralost školy jako instituce
Fyzická námaha	9	Nedostatečné materiální vybavení škol
Malý plat	10	Problémoví žáci

Zdroj: Řehulka, Řehulková (2001)

Co se týče srovnání výpovědí ohledně stresu, který s touto profesí souvisí, tak u žen učitelek jsou spojeny zejména s efektivitou jejich pedagogické práce a souvisejí hlavně s výchovnou činností. U mužů-učitelů je stres spojen s nízkou společenskou prestiží učitelské profese a jeho podstata spočívá více než ve výchovné činnosti v problémech vyučovacího procesu.

Copingové strategie školního a školského stresu podle učitelů

UČITELKY	Pořadí	UČITELÉ
Trpělivost, poznání příčin	1	Poznání příčin
Posilování vlastního psychického a zdravotního stavu	2	Individuální racionální řešení
Hledání sociální opory	3	Přímé osobní řešení
Emocionální prožitek	4	Teoretické uchopení problému
Ochota ustoupit	5	Posilování vlastního psychického a zdravotního stavu
Únik před skutečností	6	Neřešení problému
Boj bez perspektivy	7	„Politické“ řešení problému

Zdroj: Řehulka, Řehulková (2001)

Charakteristiky učitelek a učitelů základních škol podle rodičů

UČITELKY	Pořadí	UČITELÉ
Emoce	1	Racionalita
Chápání	2	Rozkazy
Slabost	3	Síla
Sociální obratnost	4	Přímá autorita
„Matka“	5	„Otec“
Tolerance	6	Přísnost
Nervozita	7	Klid
Zaujetí pro učitelství	8	Učitelství jako zaměstnání

Zdroj: Řehulka, Řehulková (2001)

Celkově výsledky v této tabulce autoři hodnotí tak, že rodiče mají o učitelkách a učitelích náročné a konkrétní představy, z velké části vysoce pozitivní, pokud se občas objeví charakteristika negativní, tak se ukazuje jako výstižná a odpovídající výzkumným zjištěním.

Charakteristiky učitelek a učitelů základních škol podle žáků

UČITELKY	Pořadí	UČITELÉ
Emocionální	1	Lhostejní
Pracují bez plánu	2	Umí vysvětlovat
Jsou hodné	3	Klidní
Nervózní	4	Důslední
Různé	5	Stejní

Zdroj: Řehulka, Řehulková (2001)

Urbánek (1999) realizoval výzkumné šetření, jehož cílem bylo zjistit profesní časové zatížení učitelů, např. kolik času věnuje učitel všem profesním aktivitám v průběhu průměrného pracovního týdne a jaká je struktura profesní činnosti učitele. Výzkumné šetření bylo zaměřeno na časovou dimenzi profesních činností a sledovalo metodou časového snímku objem (časovou zátěž) a strukturu týdenních profesních aktivit v práci učitele základní školy. Soubor tvořilo 124 učitelů, do šetření byli zahrnuti jak učitelé prvního (n = 31), tak také druhého stupně (n = 93). Autor tímto šetřením poukázal na značnou časovou zátěž profesních činností učitelů základních škol. Potvrdil velké individuální rozdíly v časové zátěži u jednotlivých učitelů. Vyšší časová zátěž profesních aktivit byla shledána u žen - učitelek (o 159 minut týdně). Co se týče srovnání profesní zátěže učitelů malých a velkých skupin žáků, nepotvrdil se předpoklad, že s vyšším počtem žáků třídy se zvyšují nároky na časové zatížení učitelů. Překvapujícím zjištěním bylo porovnání časové zátěže zkušených a začínajících učitelů, kdy mladí učitelé věnovali své profesi výrazně méně času, než zkušení učitelé.

Šimíčková-Čížková (2009) se ve své výzkumné studii zabývala protektivními a negativními faktory učitelské profese, zjišťovala, s čím jsou spojena profesní očekávání učitelů a studentů učitelství. Kde jsou zdroje hlavních příčin negativních zážitků v učitelské profesi a naopak co tvoří učitelství přitažlivým? Zkoumaný soubor tvořili učitelé z praxe ze základních (n = 48) a středních škol (n = 56) z Moravskoslezského kraje a studenti učitelství (n = 52) Ostravské univerzity. Metodou šetření byla metoda dotazníková SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life). Bylo identifikováno šestnáct projektivních faktorů motivů a dvacet faktorů antimotivačních. Jako nejdůležitější pozitiva učitelské profese byly shledány: práce s dětmi, seberealizace, kreativita při práci, charakter pracovní doby včetně kumulovaného volna v době prázdnin. Vysokou negativní hodnotou je učitelský stres a zodpovědnost, kterým neodpovídá finanční ohodnocení práce. Dalšími silnými negativními faktory je chování žáků a špatná spolupráce s rodiči. Psychické vypětí profese je vnímáno ve zkoumaném souboru jako nejvíce zatěžující faktor práce učitele.

1.5.1.1 Feminizace učiteléské profese

Průcha (1997) označuje termínem feminizace učiteléské profese skutečnost, že v socioprofesní skupině učitelů existuje disproporce mezi počtem mužů a počtem žen: ženy tvoří výraznou většinu. Autor navíc ještě upozorňuje, že se děti v průběhu školní docházky v některých školách téměř vůbec nesebkávají s muži-učitelé, ale jen se ženami-učitelkami, kdy jako příčiny vysoké feminizace učiteléské profese uvádí tento autor tyto faktory:

- ustálenou dělbu práce mezi muži a ženami,
- nízkou finanční atraktivnost učiteléské profese pro muže,
- relativně nižší náročnost studia na pedagogických fakultách než na jiných fakultách vysokých škol.

Výrazná převaha učitelék v základním školství je v současné době patrná skoro ve všech vyspělých zemích světa. Řehulka a Řehulková (2001) uvádí, že je dána faktory, které můžeme označit za jako přirozené, to je větší zájem žen o práci s dětmi a mládeží, které souvisejí s rolí matky, o jejíž prožití mají ženy určitě větší zájem, než muži o prožitek role otce. Dále sem řadí faktory, které charakterizovaly učiteléské povolání jako práci nepřilíš fyzicky náročnou, kladoucí větší požadavky na kultivaci osobnosti. Švecová (2000) uvádí vliv patriarchálních postojů ve společnosti na sociální status prací, které by převážně měly vykonávat ženy. „Ženské“ profese se začínají diferencovat již v přípravném vzdělávání. To se projevuje ve vyšším zájmu studentek než studentů o studium učitelství a úbytek učitelů – mužů pokračuje po absolvování, kdy nenastupují na učiteléská místa, část pak opouští školu po nástupu. Lze identifikovat různé příčiny jako nedostatečně vysoké učiteléské platy pro obživu rodiny, nižší společenský status učiteléské profese v očích mužů atd.

1.5.2 Typologie učitelů

Socioprofesní skupina „učitelé“ je vnitřně velmi diferencovaná. Vytvářejí se tak různé typologie učitelů. Nejmarkantnější je typologizace podle toho, na kterém druhu a stupni školy učitelé pracují. To je respektováno v systému přípravy učitelů, v jejich platovém hodnocení, v pracovních podmínkách, prestiži aj. Uvnitř učiteléské profese působí také výrazné specifčnosti podle oborů, respektive vyučovaných předmětů (Průcha 2002).

Kohoutek (1996, 2002) uvádí typologii učitelů podle Döringa. Döringova kategorizace

osobnosti učitelů vychází z všeobecné typologie osobnosti dle Eduarda Sprangera, která je založena na upřednostňovaných hodnotách v životě.

Náboženský typ se vyznačuje tendencí a vnitřním pocitem posuzovat každý svůj čin a pohnutku z hlediska vyšších principů. Učitel je to velice spolehlivý, vážný, bez smyslu pro humor a dětskou hru. Jeví se žákům jako puntičkář a pedant. Tento typ má dva podtypy, a to pietistický (více citový) a ortodoxní (více intelektuální).

Estetický typ je v chování charakterizován převahou iracionálních prvků nad racionálními. Dokáže se vcítit do osobnosti žáka, vyznačuje se potřebou fantazie a citu. Vidí nejvyšší hodnotu v kráse, harmonii, půvabu, symetrii a tvaru. Tento typ má dva podtypy, a to aktivně tvořivý (nebere dostatečný ohled na zvláštnosti osobnosti žáků, ale utváří je jako umělecké dílo bez rozdílu) a pasivně receptivní typ (bere ohled na konkrétní zvláštnosti osobnosti žáka a rozvíjí v něm, co je pro něj specifické).

Sociální typ považuje za nejvyšší hodnotu lásku k lidem. Všem žákům se věnuje stejně. Bývá u žáků oblíben pro trpělivost a strýzlivost. Neklade příliš vysoké nároky na žáky a vychovává společensky užitečné a prospěšné lidi.

Teoretický typ vyučuje žáky zejména k teoretickým a výzkumným poznatkům. Je náročný na znalosti a vědomosti žáka, ale nezajímá se o jeho osobnost. Žáci se takového učitele většinou bojí.

Ekonomický typ charakterizuje snaha dosáhnout maximálních výsledků u žáků s vynaložením minimálního úsilí. Zajímá se o to, co je důležité, nedokáže ocenit tvořivost a fantazii žáků.

Mocenský typ snaží se vždy prosadit vlastní názor, klidně i násilím bez ohledu na osobnost žáka. Užívá si pocit osobnostní převahy, libuje si v trestání. Neřeší fakt, že se ho žáci bojí. Bývá velmi náročný, chce mít moc a uznání.

Další dělení učitelů podle způsobu výchovy na autokratického, liberálního a sociálně interakčního poskytuje Čáp (1993). Učitel *autokratický* je dominantní, rád trestá a nerespektuje potřeby žáků. Učitel *liberální* neklade na žáky vysoké požadavky a nepožaduje plnění zadaných úkolů. *Sociálně interakční* typ učitele dokáže porozumět dětem a jejich aktuálním potřebám. Vede žáky ke společné práci a k iniciativě.

1.5.3 Prestiž učitelů

Šanderová (2000) definuje *prestiž* jako váženost, jíž se lidé ve společnosti těší, a je jedním z předpokladů úcty, kterou si navzájem prokazují. Na prvních místech žebříčků prestiže profesí figurují v různých průzkumech a různých zemích vždy lékař, advokát nebo univerzitní profesor (Švecová, 2000).

Učitelé jsou přesvědčeni, že zvýšení jejich společenské prestiže nejvíce prospěje navýšení platů alespoň do takové úrovně, aby byly nad celostátním průměrem. Vycházejí ze zkušenosti s konzumní společností, ve škole zprostředkovanou míněním a postoji žáků a jejich rodičů. Ti často hodnotí důležitost učitelů pro společnost podle toho, jaké jsou jejich příjmy. Ve skutečnosti však výše platu nemá rozhodující vliv na prestiž profese“ (Vašutová, 2004, s. 136).

1.6 Psychická zátěž a stres

Přes pestrou různorodost a nejednotnost v teoretických i metodologických přístupech k fenoménu psychické zátěže je možné ji v obecné rovině vymezit jako dynamickou interakci situačních vlivů a vnitřních podmínek osobnosti, modifikovanou jevem interindividuální a intraindividuální variability. Pod tento rodový pojem lze subsumovat i velmi frekventovaný termín psychologického stresu, který představuje specifický druh psychické zátěže, při níž subjekt percipuje výraznou disproporci mezi vlivy prostředí a svými adaptivními možnostmi a která jej ohrožuje negativně anticipovanými konsekvencemi (Mlčák, 1994).

Kebza (2005) uvádí, že v odborném jazyce většina autorů rozlišuje zátěž (load) od stresu, neboť oba pojmy vyjadřují odlišný obsah: zátěž ve smyslu takové úrovně požadavků kladených na organismus, jíž je schopen dostát, je považována za stimulující faktor, bez jehož působení by organismus stagnoval ve vývoji a v soutěži s ostatními organismy by neobstál. Někteří autoři se domnívají, že živé organismy potřebují ke svému rozvoji nejen stimulující požadavky na úrovni zátěže, ale i takové, které úroveň jejich kapacity ke zvládnutí mírně překračují (z hlediska úrovně, ale především délky působení), jedná se o požadavky stresové. Z hlediska výsledného vlivu na organismus je rozhodující zejména rozložení účinku stresorů v čase a způsob řešení stresogenní situace: jednorázový, akutní a relativně silný stres, jehož působení je aktivně řešeno s pozitivním vyústěním

a následným odpočinkem, nepředstavuje pravděpodobně samostatně působící riziko pro zdraví, dlouhodobě působící nezvládaný chronický stres je takovým rizikem vždy.

Pro definici stresové situace je podstatný poměr mezi mírou (intenzitou) stresogenní situace (stresoru či stresorů) a „silou“ (schopnostmi, možnostmi) danou situaci zvládnout. O stresové situaci (o stresu) hovoříme jen v tom případě, že míra intenzity stresogenní situace je vyšší než schopnost či možnost daného člověka tuto situaci zvládnout. Obecně jde o tzv. nadlimitní – nadhraniční zátěž. Taková zátěž vede k vnitřnímu napětí (strain) a ke kritickému narušení rovnováhy (homeostázy) organismu (Křivohlavý, 2001).

Psychická zátěž je velmi důležitý faktor, který ovlivňuje pracovní pohodu. Intenzita psychické tenze (odezva organismu) na působení stresorů je závislá na typu osobnosti exponovaného člověka. Intenzitu stresu a jeho bezprostřední důsledky je možné posuzovat podle subjektivní výpovědi o percipovaném stresu, dále podle vlivu na výkon a spolehlivost pracovní a jiné činnosti a také podle fyziologické odpovědi organismu. K hodnocení vlivů pracovní činnosti na psychiku pracovníků při vyšetření různých profesí slouží Meisterův dotazník (Hladký a kol., 1993; Hladký, Žídková, 1999), který obrací pozornost k subjektivní odezvě pracovníka na pracovní činnost. Dotazník má deset položek, které se člení do tří faktorů: I. přetížení, II. monotonie - jednostrannost, III nespécifický faktor – stresová reakce na pracovní zátěž.

1.6.1 Pracovní zátěž a stres

Pracovní zátěž lze vyčlenit jako relativně samostatnou kategorii zátěže, související s nároky na vykonavatele určité profese. V podstatě jde o souhrn požadavků na pracovníka, plynoucích z interakce s pracovním prostředím. Objektívni faktory pracovního prostředí mohou za určitých okolností působit jako stresory prakticky v každém povolání, kde není vyloučeno, že požadavky kladené na pracovníka jej přetěžují nebo nedostatečně stimulují.

Blažková (2003) definuje psychickou pracovní zátěž, jež je typickým průvodním jevem profese učitele jako práci vykonávanou pod časovým tlakem, spojenou s vysokými nároky v oblasti jednání a vzájemné kooperace a spojená s rizikem ohrožení zdraví jiných osob.

Dle Mikšíka (1969) je možno je roztrídít na:

- ztížené nebo neobvyklé pracovní podmínky,

- časový tlak,
- tlak nevyhnutelného rizika,
- tlak předpokládaných důsledků chyb v rozhodování nebo ve výkonech,
- tlak z nedostatku informací potřebných pro řešení naléhavých problémů,
- tlak zodpovědnosti v širokém slova smyslu.

K nim je třeba přiřadit stresory pocházející ze sociálních vztahů na pracovišti.

Pro subjektivní prožívání nároků profese je důležité, jaký mají pro pracovníka smysl a jaký je jemu známý podíl na výsledcích včetně jeho podílu zodpovědnosti.

Rozlišování pracovní a mimopracovní zátěže je pouze teoretické. V lidském životě působí zátěžové vlivy jako celek bez ohledu na to, z jaké životní oblasti vycházejí.

1.6.1.1 Teoretické poznatky o stresu

Jak uvádějí autoři Míček a Zeman (1997), tak nejnosnější se ukázala teorie stresu Hanse Selyeho, který vytvořil moderní koncepci stresu. Pod tímto pojmem nejdříve myslel nejruznější zatěžující faktory vnějšího světa, později selhání adaptivních mechanismů, jejichž úlohou je udržet homeostázu organismu, a konečně chápal stres jako stav porušené homeostázy, jako fyziologickou disfunkci nebo nemoc.

Často je stres chápán také jako proces a stav zvýšeného opotřebování organismu. Vedle pojmu stres se občas objevuje také pojem distres, což je negativně prožívaný stres (např. prožívání silniční nehody); naproti tomu termín eustres označuje stres s pozitivním prožíváním jako např. při svatbě (Míček, Zeman, 1997).

V české odborné literatuře se jako synonyma stresu užívá někdy slova zátěž, synonymem stresoru je sousloví zátěžový podnět. Při reakci vůči jakémukoliv stresoru se v organismu mohou objevit tři hlavní fáze (stadia) adaptace:

1. *Poplachová reakce*, jež je první odpovědí na působení stresoru. Je vytvářena složitými biochemickými změnami, jež jsou spojeny s emisí adrenalinu, glukózy a jiných látek do krve. Působící stresory, ať už je to např. tělesné poranění, nebo psychické trauma, vytvářejí podobný typ příznaků, např. bolesti hlavy, horečku,

únavu, pocit schvácenosti.

2. *Stadium rezistence* je druhou fází obecného adaptačního syndromu. Je-li jedinec vystaven trvalejší stresoru, organismus vyvíjí rezistenci, jež je podporována zvýšenou činností předního laloku hypofýzy a kůry nadledvinek. Fyziologické procesy rozrušené poplachové reakce se snaží nyní obnovovat normální funkci.
3. Jestliže expozice zraňujícímu stresoru je příliš dlouhá a je dosaženo bodu, kdy organismus již není schopen rezistence, nastupuje stadium vyčerpání. Mnohé z fyziologických disfunkcí, které se objevily během poplachové reakce, objevují se znovu. Jestliže stresor pokračuje ve svém působení na organismus i po této době, nastávají různá onemocnění, eventuelně i smrt. Naštěstí jen málo stresorů se vyznačuje tímto velmi intenzívním, a proto negativním působením. Není ostatně správná běžně rozšířená představa, že každý stresor má jen negativní účinky. Některé stresory mají značný adaptivní význam (např. otužování).

Příznaky stresovanosti se projevují ve třech základních oblastech: fyziologické, emoční a behaviorální.

Stres ve fyziologické oblasti

Krátkodobé symptomy	Dlouhodobější projevy
Bušení srdce	Bolesti hlavy
Sucho (vyprahlost) v hrdle	Bolesti žaludku nebo napětí
Svíráání rukou	Bolesti zad
Hrbení ramen	Ztuhlost šíje a ramen
Napětí v šíji	Zvýšený krevní tlak
Pocení dlaní	Únava, vyčerpanost
Střevní potíže (neodbytné nucení na stolici)	
Nutkání k vymočení	
Pocit „vysušenosti“	

Dlouhodobé negativní ovlivnění stresujícími faktory vede k převaze sympatiku nad parasympatikem (sympatikotonii), což se klinicky projevuje:

- zvýšením adrenalinu v krvi,
- zvýšením počtu a amplitudy srdečních kontrakcí (stahů),
- zvýšením počtu červených krvinek,
- smrštění cév,
- zvýšením potřeby kyslíku,
- zvýšením krevního tlaku,
- zrychlením srážlivosti krve,
- zrychlením činnosti plic,
- zvýšeným obsahem cukru v krvi,

- vyšší svalovou energii,
- rychlou redukcí svalové únavy.

Emoční projevy stresu

Akutní příznaky	Chronické příznaky
Cítím se vzrušený	Předrážděnost
Nedokážu se soustředit	Poruchy koncentrace
Pochyby o sobě	Pocity méněcennosti
Mysl se toulá	Zatížen starostmi
Mysl je urychlena	Pocity frustrovanosti
Cítím se nervózní	Depresivita
Moc se starám	Pocity bezmocnosti
Negativní myšlenky	Pocity osamocení
	Nepružnost, nepřízpůsobivost

Behaviorální projevy stresu (změny chování)

- plačtivost,
- zapomnětlivost,
- zvyšování hlasu, vřískání,
- obviňování druhých,
- sekýrování druhých,
- hněvivost, vzteklost,
- netrpělivost,

- agitovanost (tělesný neklid, zvýšená pohyblivost)
- nutkavé přejídání,
- nutkavé kouření,
- nutkavé žvýkání gumy

1.6.1.2 Vliv stresu na tělesné zdraví

Jedním z nejvýznamnějších přínosů poslední doby k osvětlení otázky vztahu mezi zvládnáním psychických důsledků stresu a vypuknutím choroby (rakovina, kardiovaskulární onemocnění) jsou podle názorů Míčka a Zemana (1997) studie Grossartha – Matička a dále také Eysencka (1988).

Grossarth – Matiček sledoval dlouhodobě (asi 10 let) tři velké skupiny starších osob, kdy první byla 1353 členná, z malého města v Jugoslávii ve věku mezi 59 – 65 lety. Další skupinu tvořily nestresované osoby z Heidelbergu v počtu 1026 osob, ve věku mezi 40 – 60 lety a třetí soubor byl vybrán z občanů Heidelbergu, kteří byli „vysoce stresováni“ dle názorů jejich přátel a příbuzných, jejich věk byl mezi 42 – 63 lety.

Tato studie přinesla zajímavé závěry, kdy byla potvrzena závažnost stresu pro zdravotní stav. Stres se ukázal být velice vážným důvodem úmrtí. Soubor stresovaných měl o 40 % vyšší míru úmrtnosti, než nestresovaní jedinci. Vztahy mezi typem osobního vyrovnávání se stresem a typem onemocnění byly sledovány tzv. prospektivním způsobem, kdy byla nejdříve stanovena prognóza na základě zjištění osobních rysů (způsob vyrovnávání se s interpersonálními stresy, míra kouření, pití atd.) a tato prognóza byla během deseti let ověřována.

Grossarth–Matiček se pokusil charakterizovat čtyři základní typy reagování na stresory (a frustrace).

První tři z jeho typů mají jako společný znak svou intenzivní závislost na lidech nebo věcech, které nemohou získat.

První typ je nazván *nedostatečně stimulovaným*, lze ho ale také nazvat typem bezmocně závislým. Osoby tohoto typu vykazují trvalou tendenci k tomu, aby pokládaly emočně vysoce oceňovaný objekt za nejdůležitější podmínku své spokojenosti a štěstí. Stres je

vytváren trvalým odporem nebo nepřítomností tohoto objektu a je zažíván jako emočně traumatizující událost. Příslušníci tohoto typu se nedokážou oddělit od objektů své touhy (osoby nebo vysněného postavení) a zůstávají na nich stále závislími a tím prokazují nedostatek autonomie. Osoby tohoto typu inklinují k onemocnění různými formami rakoviny.

Tito autoři dále zjistili, že sklonem k onemocnění rakovinou korelují ještě další osobnostní vlastnosti. Kromě již uvedené beznaděje a bezmocnosti je to iracionálnost (neemoční, potlačená reakce na životní události, které by normálně vyvolaly silné emoce strachu nebo hněvu) a s tím spojený nedostatek exprese (vyjádření), jenž vede k depresi. Jinou vlastností tohoto typu je tendence k sebezáporu, to je tendence vyvarovat se sporů a přinést harmonii mezi lidmi a s lidmi, kteří jsou v nějaké roztržce. Dále je pro tento typ příznačná nepřítomnost hypochondrie a relativně nízká hladina úzkosti.

Druhý typ *hypervzrušivý*, je typem, který preferuje jiný způsob reagování ve stresových situacích a to, že vykazuje trvalou tendenci pokládat emočně vysoce důležitý nedosažitelný objekt za příčinu svého zvláštního distresu a nešťastnosti. Zamítání od objektu, ať se jedná o osobu nebo úspěch v zaměstnání, je zažíváno jako emoční trauma, ale osoba tohoto typu selhává při vyprošťování od tohoto objektu. Spíše se cítí více na něm emočně závislá, takže zůstává trvale v kontaktu s těmito negativně oceňovanými a citově rušivými lidmi a situacemi. Osoby tohoto typu neuspějí při vymaňování se od objektu a zažívají reakce vzteku, agrese, vzrušení. Tento hypervzrušivý typ má tendenci podléhat kardiovaskulárním nemocem.

Dle Míčka a Zemana (1997) má tento typ blízko ve své charakteristice k typu A, který objevili američtí vědci Friedman a Rosenman, kdy podle nich je osoba typu A náchylná k ischemické chorobě srdeční a vyznačuje se vlastnostmi:

- charakteristické výrazové projevy chování (rychlost pohybů, neklid, je-li taková osoba zpomalovaná),
- vysoká úroveň vnitřního úsilí a ctižádostivosti,
- přítomnost agresivních a hostilních pocitů (snaha být ve všem první),
- intenzita pocitů časové naléhavosti (stálý spěch, úzkostlivé šetření časem).

Třetí typ *ambivalence* je typem osob, které vykazují tendenci kolísat od typické reakce typu 1 k typické reakci typu 2 a zase nazpět. Tento typ podle Grossartha – Matička vykazuje stálou tendenci pokládat emočně vysoce ceněný objekt buď za nejdůležitější podmínku svého blaha, nebo za největší příčinu své vlastní nešťastnosti. U těchto osob kolísá pocit beznaděje či bezmoci a vzteku či vzrušení.

Výzkumy Grossartha – Matička přinesly zjištění, že toto kolísání mezi dvěma zápornými pocity není pravděpodobně tak zdravotně škodlivé, jako vyčerpávání stále stejným záporným citem, jež je nejškodlivější.

Čtvrtý typ – *osobní autonomie*, je typický silnou tendencí vážit si své vlastní autonomie a také autonomie těch osob, s nimiž si přejí být v kontaktu, jakožto nejdůležitější podmínky vlastní spokojenosti a štěstí. Osoby tohoto typu jsou schopné jednat s touto situací pomocí své schopnosti udržet si autonomii a tím se vyhnout stresovým reakcím.

V nejnovějších pracích je připisován značný význam vlivu stresu na činnost imunitního systému. Předpokládalo se, že vliv stresu zhoršuje funkci bílých krvinek, neboť právě jejich prostřednictvím chrání imunitní systém organismus před podněty vyvolávajícími odchylky od zdraví (Šolcová, Kebza, 1998). Snad nejběžnějším onemocněním, kde je zřejmá souvislost snížení funkcí imunitního systému se stresem, jsou „opary“. Trpí na ně mnoho lidí, jsou vyvolány virem, ale přesto bývají výsadou jen citlivějších lidí, kterým pak stačí jen drobná zátěž, většinou psychická a virus se projeví oparem. Silnější jedinci mívají opar až jako průvodní jev těžších virových onemocnění, kde je oslaben celý organismus (Chamoutová, 2006).

1.6.2 Pracovní zátěž a zdraví učitelů

Všeobecně se uznává, že učitelská profese nepatří k snadným, pokud jde o pracovní zátěž. Náročnost učitelské profese úzce souvisí s problematikou pracovní zátěže a učitelského stresu. Vztahy mezi stresem a somatickým onemocněním jsou velmi komplikované, podmíněné mnohostí různých vlivů. Není pochyb o tom, že akutní stavy mohou přispívat k exacerbaci již existujícího chronického onemocnění. Výzkumy naše i zahraniční např. Kyriacou a Sutcliffe (1978), Brindley a Rolland (1989), Grossarth- Maticek (1994) a další, poukazují, že i zdravotní stav odráží u učitelů úroveň zátěže, často jde o onemocnění chronická, která vzhledem k charakteru práce nemusí být vždy spojena s pracovní

neschopností. Dále tyto výzkumy potvrzují vysokou úroveň pracovní zátěže učitelů.

Co se týče zdravotního stavu učitelů, tak zdravotní problémy učitelů mají řadu aspektů. Řehulka a Řehulková (1998) ve svém výzkumu hovoří o důležitosti posuzovat výkon učitelské profese na základě tělesné a psychické zátěže, kdy při psychologickém výzkumu zátěže je důležité, aby objektivní zátěž byla i subjektivně jako zátěž pocíťována. Podle autorů je překvapivé, že učitelé většinou nehodnotí svoji profesi za nadprůměrně fyzicky zátěžovou. Na druhou stranu si mnoho učitelů stěžuje na fyzickou únavu po vyučování, dále na bolesti nohou apod. Dále se jako „nemoc z povolání“ u učitelů uvádí hlasová zátěž. Zátěž psychická je ještě významnější z hlediska negativního dopadu na zdraví učitelů. Psychická zátěž je proces psychického zpracovávání a vyrovnávání se s požadavky a vlivy životního a pracovního prostředí. Prostředím v tomto smyslu se rozumí vše, co člověka obklopuje včetně společenských vazeb, událostí a požadavků na chování (Hladký a kol. 1993).

Podle Řehulky a Řehulkové (1998) je možno rozlišovat zátěž:

- *senzorickou*, která je v učitelské profesi značná, učitel musí vykonávat svou práci při plném až vyostřeném vědomí, ze smyslů jsou kladeny velké nároky na zrak, sluch a nedostatky v těchto oblastech výrazně omezují možnosti úspěšného výkonu pedagogické práce,
- *mentální*, jež vyplývá z požadavků na zpracování informací, kladoucích nároky na psychické procesy, zejména na pozornost, paměť, představivost, myšlení a rozhodování (Hladký a kol. 1993),
- *emocionální*, která je nejvýraznější u učitelů základních škol a je tvořena „afektivní odezvou veškeré pedagogické práce“. Na jejím vzniku se podílí častá emocionální angažovanost na sociálních vztazích, které v práci učitelů vznikají.

Dále autoři Řehulka, Řehulková (1998) upozorňují na pravidelný výskyt neuroticismu, a to u učitelek (obvykle 40 %), přičemž u asi 10 % učitelek dosahuje takových hodnot, že by měly uvažovat o vyhledání odborné pomoci a nepracovat v současné době s dětmi a mládeží.

Neurotizující činitele učitelského povolání (Miňhová, 2000):

- *konflikt rolí jako důsledek pozičního pluralismu*, jenž je u učitelů a zvláště u učitelek neobyčejně silný (sloučit roli učitelky s rolí manželky či matky je velice náročné). Tento konflikt rolí je složitý zejména proto, že učitel je nucen plnit tzv. neslučitelné role. Vedle hlavní (emočně neutrální) role informátora (učitel informuje, předává poznatky) plní dále roli přítele, který si získává důvěru dětí, aby mohl být rádcem, terapeutem, což je zejména pozitivně emocionální role. Na druhé straně je učitel nucen plnit roli dozorce (negativně emocionální), musí zajistit kázeň, vyšetřovat přestupky atd.
- *vnitřní konflikt mezi emoční a racionální složkou postoje*. Učitel se dostává často do situací, v nichž prožívá tento druh konfliktu (při hodnocení a klasifikaci žáků, při rozhovorech s rodiči neprospívajících dětí apod.).
- *permanentní svázanost s pracovní problematikou*. Učitel se často zabývá pracovními problémy i ve svém volném čase.
- *časový stres*, jemuž je učitel často vystaven, spolu s nepravidelnou pracovní dobou, jež způsobuje problémy s vytvářením pevného dynamického stereotypu.

Většina výzkumů učitelů, obzvláště učitelek, ukazuje na vysokou míru zátěže. Mlčák (1994) konstatuje, že téměř třetina zkoumaných učitelů pociťuje při výkonu své profese silný stres. Další výzkum realizovaný Fontanou (1997) uvádí, že zjistil u 72 % učitelů mírný stres a 23 % učitelů trpělo vážným stresem.

1.6.2.1 Zdroje a příčiny pracovní zátěže učitelů

Fyzická anebo psychická zátěž se vyskytuje v různém poměru a s různou intenzitou v každé profesi a je příslušníky jednotlivých profesí rozdílným způsobem zvládána, což prokazují výzkumy v oblasti psychologie práce. V naší práci se orientujeme na profesi učitelů, kdy vlivem pracovní zátěže na zdraví učitelů se zabývala řada výzkumných studií:

Paulík (1998) se v jednom ze svých výzkumů, prováděném u učitelů základních, středních a vysokých škol, zaměřil při hodnocení zátěže na jejich subjektivní prožívání toho, co při učitelské práci působí rušivě, nepříjemně a může obtěžovat nad únosnou mez, takže se jednotlivé obtěžující okolnosti stávají zdrojem stresu. Za tímto účelem byl sestaven seznam

čtyřiceti běžných zátěžových situací představujících zdroj pracovních stresů učitelů a úkolem celkového počtu 520 učitelů (z toho 339 žen) bylo na dvou škálách vyjádřit četnost výskytu každé zátěžové situace a intenzitu pociťované zátěže. Ze studie vyplývá, že v popředí na všech typech škol je nepříjemný pocit, že učitelská práce je společností nedostatečně oceňována, a že sociální prestiž učitelů je relativně nízká, dále to byl neodpovídající plat, nedostatečné materiální vybavení školy pro výuku a nutnost podřizovat se administrativním rozhodnutím, která neberou v úvahu názory učitelů, nedostatek času pro odpočinek a relaxaci, rušivé působení různých nedostatků v chování žáků, nedostatečná spolupráce rodičů, velký počet žáků ve třídách. Vlivy zátěže byly pociťovány odlišně učiteli daných druhů škol, kdy např. rozdílná úroveň a velký počet žáků ve třídách byl zdrojem zátěže pro učitele základních škol, zatímco pro učitele středních škol byl nevýznamný. Vysokoškolští učitelé se významně lišili od učitelů základních a středních škol nižší spokojeností s nadřízenými, s kolegy, s pracovním prostředím a s platem.

V jiné studii autor Mlčák (1998) zkoumal psychickou zátěž u učitelů velkoměstských a venkovských škol, kdy na tomto výzkumu participovalo celkem 97 učitelů ZŠ, z nichž bylo 88 žen a 9 mužů. Srovnávána byla skupina učitelů z Ostravy a z venkova v okolí města Vyškova. Všem zúčastněným učitelům byl administrován dotazník TZSU (Taxonomie zátěžových situací učitele) a dále škála ŠSP (Škála sociální podpory), zjišťující úroveň subjektivně percipovaného prosociálního chování, poskytovaného rodinnými příslušníky, přáteli a spolupracovníky. Zjištěné výsledky prokazovaly ztíženou situaci učitelů pracujících ve velkoměstském prostředí: byla u nich celková úroveň stresu signifikantně vyšší než u učitelů venkovských škol, dále měli učitelé velkoměstských škol nižší úroveň sociální podpory.

Faktory ohrožení osobnosti učitele se zabývali Holeček, Jiřincová, Miňhová (2001), kteří v letech 1999 - 2000 provedli průzkum mezi učiteli základních a středních škol. Podle očekávání z šetření vyplynulo, že za největší stresor považují učitelé pracovní přetížení, které vyplývá z organizace vyučovacího procesu. Na druhém místě uváděli respondenti vedení školy, na třetím žáky a na posledních místech kolegy, školu a rodiče. V hodnocení stresorů se uprostřed nachází nedostatek seberealizace, neuspokojení z práce. Největší variabilita v odpovědích byla zjištěna v názorech na žáky, kdy pro některé učitele jsou žáci největším stresorem, pro mnohé naopak je to stresor nejmenší. Největší shody dosáhli učitelé v názorech na pracovní přetížení (časová tíseň, přemíra pracovní administrativy) kterou většina učitelů řadí mezi největší stresory.

Do výzkumu pracovní zátěže učitelů také vstupuje konfliktnost role a nejistota role učitelů. Vašina (1999 b) toto prohlášení potvrdil svým výzkumným šetřením. Zjišťoval, zda existuje vztah mezi úrovní pracovní zátěže, úrovní prožívané role nejistoty a konfliktní role a zdravím učitelů. Pomocí Symptomatologického dotazníku (pro hodnocení subjektivního zdraví) a Boyelova Dotazníku učitelského stresu a jiných výzkumných nástrojů zjišťoval příslušné charakteristiky pracovní zátěže. Přitom se též porovnávaly tyto charakteristiky ve vzorcích učitelů a ve vzorcích jiných profesních populací (lékaři, mistři odborného výcviku, operátoři v ocelárnách, výrobní mistři). V této studii autor zjistil, že osoby s vysokou vytrvalostní úrovní jsou vůči stresu méně vnímavé. Dalšími faktory ovlivňujícími stupeň konfliktní role a role nejistoty jsou rozličnost dovedností, identita, signifikance, autonomie a odezva ze zaměstnání. Tyto charakteristiky dle autora vedou k prožitku smysluplnosti práce a k prožitku odpovědnosti za výsledky práce, tím posilují způsob chování, který je typický pro vytrvalost. Výsledky potvrzují, že nejvyšší úroveň role nejistoty je spojena s profesí učitele, všechny ostatní sledované profese mají tuto úroveň signifikantně nižší.

1.6.2.2 Nemoci související s pracovními podmínkami učitele

Práce učitele má svá specifika, která mohou nepříznivě ovlivňovat jeho pracovní výkonnost a dokonce i zdraví. Při znalostech nevhodných nebo škodlivých faktorů v pracovních podmínkách je možno preventivně zabránit nebo omezit jejich působení.

Pracovním místem učitelů jsou nejen třídy, ale i sborovny, kabinety, chodby, tělocvičny, specializované učebny praktické výuky. Kromě toho učitelé vedou exkurze, výlety, pobyty na horách či školách v přírodě, případně další akce pořádané školou.

Hlavní práce učitele je po stránce energetického výdeje prací lehkou, při které se střídá sezení s přecházením u učitelů tělesné výchovy či některých druhů praktické výuky se jejich energetický výdej zvyšuje, ale fyzickou zátěž si mohou obvykle sami libovolně měnit podle trénovanosti a momentálního zdravotního stavu. Úrazy, které vzniknou v budově školy či při mimoškolní práci učitele v pracovní době jsou hodnoceny jako úrazy pracovní a postižený učitel má nárok na zvláštní sociální dávky po dobu nemoci a odškodnění.

Způsob práce učitele s žáky vyžaduje, aby měl dobrý sluch, neměl poruchy řeči. Specifické nároky na ostatní smyslové orgány již pracovní podmínky většiny učitelských profesí nevyžadují u specialistů vyučujících některé praktické předměty či hru na hudební nástroj se vyžaduje jemný hmat, u učitelů tělesné výchovy i neporušená funkce pohybově-

rovnovážného ústrojí.

Prostředí ve školách je upravováno účelně, přesto se v něm vyskytují faktory narušující pohodu a dosahující až rizikových parametrů z fyzikálních faktorů je to především hluk: v tělocvičnách, na chodbách o přestávce může hlučnost přesahovat 90 dB, při zpěvu, sborové recitaci se k těmto hodnotám blíží. Při běžném způsobu vyučování bývají hladiny hluku mezi 55-60 dB k vyšší hlučnosti přispívá hluk zvenčí, zejména dopravní. Vysoké hodnoty hluku v učebně musí učitel překonávat svým hlasovým výkonem u některých lidí, zvláště když nezvládnou techniku mluveného projevu, dochází k nadměrné námaze hlasivkových vazů v hrtanu. Ty se překrvují, otékají a vznikají na nich drobné mikroskopické trhlinky, které se hojí bujením pevné fibrózní tkáně. Tímto mechanismem vznikají na původně pružných a hladkých vazech malé nádorky – uzlíky, které znemožňují pravidelnou vibraci hlasivkových vazů při řeči, která se stává obtížnou až nemožnou. Léčba onemocnění je operativní, ale při pokračování zátěže se onemocnění opakuje a někdy další výkon povolání učitele znemožní.

Z chemických látek je třeba zmínit formaldehyd, fenol a podobné látky, těkající z nábytku, obložení, případně i stavebních materiálů. Významně nepříznivý může být stav znečištěného ovzduší ve sborovnách, pokud se v nich kouří. Někteří učitelé chemie či praktické výchovy mohou být exponováni používaným chemickým látkám.

V učitelské profesi se dále častěji vyskytují poruchy hlasivek (tzv. uzlíky na hlasivkách) a dále zejména infekční nemoci prokazatelně přenesené při kontaktu s nemocnými žáky (obvykle s výjimkou chřipky a onemocnění horních cest dýchacích). Rizikovým faktorem zde bývá nahromadění mnoha osob v relativně uzavřeném prostoru interiéru tříd, kde dochází k velkému přemnožení mikroorganismů; podíl choroboplodných zárodků souvisí s aktuální epidemiologickou situací a případným nosičstvím u žáků i mezi pracovníky školy. Nejčastěji jsou učitelé ohroženi akutními nemocemi horních cest dýchacích, obvykle virového původu, které se šíří vzduchem, do něhož jsou emitovány nemocnými a nosiči při dýchání, kašlání, kýchání a mluvení.

Neuropsychické zatížení vyplývající z časté komunikace s žáky, zodpovědnosti za jejich bezpečnost a z úkolů splnit výukové a výchovné osnovy, je dominantním rysem práce učitele. Stres je uznávaným rizikovým faktorem, který se uplatňuje při vzniku a rozvoji psychosomatických onemocnění, mezi něž počítáme nemoci srdce a cév (zejména jejich

akutní klinické formy), různá onemocnění trávicího a zažívacího ústrojí, z endokrinních nemocí cukrovku (diabetes mellitus).

Některé zahraniční práce popisují zvýšený epidemiologický výskyt spontánních potratů u učitelek na zvláštních školách a pečovatelek o zdravotně či psychicky postižené děti. Příčinná souvislost zatím nebyla vysvětlena, uvažuje se o možném vlivu psychických stresů anebo infekcí (Kotulán, 2000).

1.6.3 Syndrom vyhoření

Již od sedmdesátých let 20. století se psychologové a lékaři zabývají stavy celkového, především pak psychického vyčerpání, jež se objevuje v oblasti poznávacích funkcí, motivace i emocí a jež zasahuje a ovlivňuje postoje, názory, ale i výkonnost a následně celé vzorce především profesionálního chování a jednání osob, u nichž došlo k iniciaci proměnných, ovlivňujících vznik a rozvoj tohoto syndromu. Tyto stavy se označují jako syndrom vyhoření, vypálení, též vyhaslosti, nebo-li vyčerpání - burnout syndrom (Kebza, 2005).

Jak uvádí Urbanovská a Kusák (2005), byl pojem syndromu vyhoření neboli syndromu „burnout“ použit v literatuře poprvé H. Freudenbergerem v roce 1974.

Obecně jej lze charakterizovat jako stav vyčerpanosti nebo frustrace způsobený zanícením pro věc, způsobem života a práce nebo vztahy, které selhaly v tom smyslu, že nepřinesly očekávané uspokojení. Většinou je vztahován pouze na profesní oblast. Podle pedagogického slovníku se jedná o vyčerpání fyzických a psychických sil, ztrátu zájmu o práci, erozi profesionálních postojů. Syndrom burnout tvoří řada symptomů v oblasti psychické, fyzické i sociální. Za klíčovou složku je považováno emoční a kognitivní vyčerpání a opotřebením, odosobnění a celková únava. Velmi často se vyskytuje u jedinců s nereálnými cíli a očekáváními nebo jako výsledek nerovnováhy mezi požadavky na jedince kladenými a zdroji, které má k dispozici na jejich zvládnutí (Urbanovská, Kusák, 2005).

Vyčerpání ve smyslu burnout se dostavuje jako plíživý proces v důsledku dlouhodobě působícího převážně pracovního stresu, jak udává mnoho autorů (Křivohlavý, 1998; Kebza-Šolcová, 1998; Hennig-Keller, 1996). Ohroženi jsou zejména pracovníci přicházející do intenzivního styku s lidmi či pracovníci vykonávající odpovědnou profesi (zdravotníci,

učitelé, letečtí dispečeré atd.).

Profese učitele patří mezi nejohroženější tzv. syndromem vyhoření, vznikajícím následkem příliš dlouho trvajících nebo nadměrného pracovního zatížení. Obecně lze říci, že nadměrně ohroženými mohou být pedagogičtí pracovníci pracující s dětmi se specifickými vzdělávacími potřebami, a to zejména v segmentech, kde je obtížné vidět uspokojujivé výsledky své práce. Obrovská ztráta motivace pramenící z opakovaných neúspěchů provází např. často výuku dětí ze sociálně vyloučených lokalit (Svoboda, 2008; Svoboda, Pyšná, 2007).

Jak uvádí Kebza a Šolcová, (1998) je podle dosavadních poznatků z vnitřních podmínek pro vznik syndromu vyhoření riziková hlavně primární a sekundární vulnerabilita (náchyllost), osobnost typu A, úzkostné rysy, negativní afektivita, vyšší senzitivita, externí lokalizace kontroly a nízké či nestabilní sebehodnocení. Z vnějších rizikových faktorů hraje významnou roli chronický stres.

K protektivním, podpůrným vlivům jsou řazeny především vnitřní psychická pohoda (well-being) a nezdolnost (hardiness), chování typu B, osobní kompetence, z vnějších pak hlavně sociální opora a pracovní autonomie.

Intelligence, věk, stav, vzdělání a délka praxe jsou považovány za faktory z hlediska vzniku syndromu vyhoření neutrální (Kebza, Šolcová, 1998).

Jak uvádí Schwab (1996), burnout vzniká v procesu interakce mezi jedincem a situačními podmínkami a jeho vývoj má tři fáze:

1. nerovnováha mezi pracovními požadavky a schopnostmi jedince těmto nárokům dostát (stress);
2. bezprostřední krátkodobá emocionální odpověď na tuto nerovnováhu – pocity úzkosti, tenze, únavy a vyčerpání (strain);
3. změny v postojích a chování – tendence jednat s klienty neosobně a mechanicky (jedná se o defenzivní chování, psychologický únik ze situace, která se nedá zvládnout aktivním řešením problémů).

Kebza (2005) uvádí popis jednotlivých příznaků syndromu vyhoření podle úrovní, v nichž

se projevují:

Na psychické úrovni:

- dominuje pocit, že dlouhé a namáhavé úsilí o něco již trvá nadměrně dlouho a efektivita tohoto snažení je v porovnání s vynaloženou námahou nepatrná;
- výrazný je pocit celkového, především duševního vyčerpání, v duševní oblasti je pak prožíváno především vyčerpání emocionální, dále pak vyčerpání v oblasti kognitivní spolu s výrazným poklesem až ztrátou motivace;
- únava je popisována dosti expresivně (např. „mám toho po krk“), což je v rozporu s celkovým utlumením a oploštěním emocionality;
- dochází k utlumení celkové aktivity, ale zvláště k redukci spontaneity, kreativity, iniciativy a invence;
- převažuje depresivní ladění, pocity smutku, frustrace, bezvýchodnosti a beznaděje, tíživě je prožívána marnost vynaloženého úsilí;
- objevuje se přesvědčení o vlastní postradatelnosti až bezcennosti;
- projevy negativismu, cynismu a hostility ve vztahu k osobám, jež jsou součástí profesionální práce s lidmi (pacientům, klientům, zákazníkům);
- pokles až naprostá ztráta o témata související s profesí, často též negativní hodnocení instituce, v níž byla profese až dosud vykonávána;
- sebelítost, intenzivní prožitek nedostatku uznání;
- iritabilita, někdy též (selektivní) interpersonální senzitivita;
- redukce činnosti na rutinní postupy, užívání stereotypních frází a klišé.

Na úrovni fyzické:

- stav celkové únavy organismu, apatie, ochablost;
- rychlá unavitelnost, dostavující se po krátkých etapách relativního zotavení;
- vegetativní obtíže: bolesti u srdce, změny srdeční frekvence, zažívací obtíže;

- dýchací obtíže a poruchy (nemožnost se dostatečně nadechnout, „lapání po dechu“ atd.);
- bolesti hlavy, často nespecifikované;
- poruchy krevního tlaku;
- poruchy spánku;
- bolesti ve svalech;
- přetrvávající celková tenze;
- zvýšené riziko závislostí všeho druhu;
- zásahy do rytmu, frekvence a intenzity tělesné aktivity.

Na úrovni sociálních vztahů:

- celkový útlum sociability, nezájem o hodnocení ze strany druhých osob;
- výrazná tendence redukovat kontakt s klienty, často i s kolegy a všemi osobami majícími vztah k profesi;
- zjevná nechuť k vykonávané profesi a všemu, co s ní souvisí (plán či harmonogram práce, zpracování výsledků atd.) ;
- nízká empatie (projevuje se téměř vždy u osob s původně vysokou empatií);
- konkrétně-operační styl myšlení;
- postupné narůstání konfliktů (většinou ne však v důsledku jejich aktivního vyvolávání, ale spíše v důsledku nezájmu, lhostejnosti a „sociální apatie“ ve vztahu k okolí).

Syndrom vyhoření má řadu shodných nebo podobných symptomů s depresí (např. smutná nálada, ztráta motivace, energie, pocity bezcennosti atd.), ale na rozdíl od deprese, jež má negativní vliv na převažující spektrum životních aktivit, se negativní působení vyhoření omezuje převážně na myšlenky a pocity týkající se profesního výkonu a jeho důsledků. Po „přeladění“ psychiky na nepracovní oblast se tento rozdíl většinou postupně projevuje (Kebza, 2005).

Za významné uvádí Kebza (2005) stanovení rizikových (burnout podněcujících) a protektivních (burnout tlumících) okolností nebo faktorů. Co se týče rizikových faktorů, jsou v literatuře nejčastěji uváděny následující:

- neustále rostoucí životní tempo a nároky kladené na člověka;
- příslušnost k profesi, obsahující profesionální práci (někdy však jakýkoliv kontakt) s lidmi;
- nutnost čelit chronickému stresu;
- vysoké až nadměrné požadavky na výkon, nízká autonomie pracovní činnosti, monotonie práce;
- původně vysoký pracovní entuziasmus, angažovanost, zaujetí pro věc;
- chování typu a s důrazem na soutěživost a hostilitu;
- původně vysoká empatie, obětavost, zájem o druhé;
- původně střední až vysoká senzitivita;
- nízká asertivita;
- původně vysoký perfekcionismus, pedantství, odpovědnost;
- neschopnost relaxace;
- negativní aktivita, depresivní ladění;
- úzkostné, fobické a obsedantní rysy;
- vyšší skóre životních událostí;
- permanentně prožívaný časový tlak;
- vyšší habituální nastavení na fyzickou reaktivitu ve stresu s permanentně zvýšenou reaktivitou zvláště v oblasti kardiovaskulárního aparátu;
- externí lokalizace kontroly;
- nízké či nestabilní sebepojetí a sebehodnocení;

- chronické přesvědčení o neadekvátním společenském uznání a ekonomickém hodnocení vykonávané profese;
- stabilně prožívaný hněv (jako emoční stav), hostilita (jako osobnostní rys) a agrese (jako chování, v němž dochází k behaviorální expresi obojího), tzv. AHA syndrom Ch. Spielberga;
- syndrom „hopelessness-helplessness“ (prožitek bezmoci a beznaděje) a behaviorální ekvivalent, komplex „giving up-given up“, tj. komplex vzdání se vs. zanechání druhými.

1.6.4 Zvládání zátěže v učitelské profesi

Autoři Vašina a Valošková (1998) prokázali u souboru tvořeného více než 2400 učiteli a učitelkami základních a středních škol z různých oblastí České republiky, že subjektivně hodnocené zdraví je u nich na nižší úrovni než u běžné populace ekonomicky činného obyvatelstva, což potvrdilo shodu s výzkumy zátěže prováděných v jiných zemích. Zároveň byl potvrzen statisticky významný vztah mezi zátěží, zdravím a známými psychologickými rizikovými a protektivními (chování typu A, hostilita, respektive hardiness a sociální podpora) faktory zdraví. Termín hardiness (odolnost) autoři definují dle zahraničních pojetí jako „slitinu“ tří osobnostních vlastností:

- přesvědčení jedince, že je schopen ovlivňovat události ve svém životě a okolí;
- schopnost ztotožnit se sebou samým, s vlastní existencí, s tím, co jedinec dělá, s institucemi, do nichž patří, a nacházet v tom smysluplnost;
- přesvědčení, že změny a životní události nejsou jenom hrozbou, ale i výzvou pro další rozvoj.

V tomto výzkumu bylo zjištěno, že průměrné hodnoty zdravotních stesků jsou vyšší u učitelek než u učitelů a současně jsou tyto hodnoty nejvyšší u učitelů základních škol.

Další šetření realizované autory Řehulka a Řehulková (1998) bylo zaměřeno na zjištění, jak se učitelé brání svým potížím v povolání, jaké prostředky a způsoby používají proti těmto nepříznivým vlivům. Daný výzkum se týkal 220 učitelek základních škol v Brně a okolí, ve věku 25 – 55 let. U těchto respondentek zjistili, že k obraně proti pracovní zátěži používají:

- farmakologické prostředky, tj. zejména konzumaci léků na uklidnění, jež užívalo téměř 80 % učitelek;
- kouření, kdy v daném souboru bylo 43 % kuřaček;
- alkohol, většinou jako jednorázový prostředek k zvládnutí stresu, což realizovalo 19 % učitelek, zatímco 70 % učitelek jej považovalo za vhodný.

Pouze 10 % učitelek využívalo odbornou medicínsko-psychologickou pomoc.

1.6.4.1 Způsoby zvládnání stresu (copingové strategie)

Termín „coping“ znamená umět si poradit a vypořádat se s mimořádně obtížnou, téměř nezvladatelnou situací, stačit na neobvykle těžký úkol. Tímto termínem se znovu uvádějí do psychologie otázky odvahy zvládat překážky, s nimiž se na cestě životem střetneme, otázky vůle k životu a výdrže v obtížných situacích, případně i hrdinství. Tato tematika je stejně nedílnou součástí lidské přirozenosti, jako projevy vzdávání se v boji či selhávání (Křivohlavý 1994; Strnadová 2001).

V češtině se termínu „coping“ stále častěji používá ve významu „zvládat nadhraniční zátěž, tj. zvládat stresovou situaci“ (člověk se do takovéto situace může dostat díky životní krizi, konfliktům, nedorozumění, těžké nemoci atd).

Je nutno odlišit termíny adaptace a coping. Oba tyto termíny se vztahují k aktivitě člověka v těžké situaci. Zatímco adaptací se rozumí vyrovnávání se se zátěží, která je v relativně normálních mezích, v obvyklé, běžné, pro člověka poměrně dobře zvládnutelné toleranci, termínem coping se rozumí střetnutí člověka s nepřiměřenou, nadlimitní zátěží – mimořádně silnou a mimořádně dlouhou (distres). V této souvislosti jsou zvažovány jednak požadavky kladené na člověka a jednak i zdroje jeho sil (coping resources).

Speciální pozornost si zaslouží jeden aspekt zvládnání, kterým je předjímání (anticipace). Termínem „anticipatory coping“ se označují procesy, které probíhají před tím, než se jedinec dostává do těžké životní situace. To znamená, že člověk „bojuje s drakem“ ještě dříve, než se s ním potká. Předjímá toto střetnutí a v myslí se na ně předem připravuje. Jedná se o přípravu nejen myšlenkovou (kognitivní), ale i emocionální a volní, o přípravu vhodných strategií, vytváření zdrojů sil, specifických dovedností, cvičení se v určitých postupech, které zvyšují odolnost a naději na zvládnutí těžkostí (Strnadová, 2001).

Co se týče termínu „strategie“, tak v širším slova smyslu se jím rozumí „pečlivě vypracovaný plán, postup, program k dosažení zcela určitého vytčeného cíle“.

Křivohlavý (1994) ve své knize uvádí čtyři Lazarusem (1966) vtypované strategie zvládnání stresu:

1. Strategie netečnosti (apatie): ten, kdo se dostává do těžké stresové situace, nedbá na to, co se děje, chová se ke všemu zcela apaticky a upadá do pocitů bezmoci, deprese a beznaděje.
2. Strategie vyhnutí se působení noxy (škodliviny): v emocionální sféře se to projeví pocity obav, bázně a strachu.
3. Strategie napadení útočníka (noxy) – obrazně řečeno, jde o snahu zabít komára, který mne chce píchnout.
4. Strategie posilování vlastních zdrojů síly. Obrazně jde o výcvik dovedností, o jakési „cvičení pro zdraví, které zvyšuje tělesnou zdatnost“, o výcvik kontroly a sebevlády.

Termínem „malcoping“ se rozumí nebezpečné a poškozující strategie zvládnání stresu. Stres s negativními charakteristikami – distres, je nepříjemný stav, který se snaží člověk změnit jakýmkoliv způsobem, a tak není divu, že často sáhne po tom, co mu nabízí úlevu. Zázračným lékem proti stresu může být cigareta, pro někoho alkohol nebo drogy v různé formě (někdy s výrazným označením psychotropní látky). Z napětí se tak člověk může dostat nejen do stavu zdánlivého uvolnění, ale dokonce (v případě psychedelických látek) i do stavu povzneseného. Není to však zadarmo. Někdo za kouření platí rakovinou hrtanu, jiný astmatem (Strnadová, 2001).

1.7 Pracovní spokojenost učitelů

Pracovní spokojenost je obecně chápána jako takový psychický stav jednotlivce, pro který je charakteristický pocit radosti, štěstí, sebedůvěry a optimismu ve vztahu k subjektům a podmínkám daného pracovního prostředí a ke svým vlastním pracovním výsledkům. Pracovní spokojenost učitelů je zřejmě důležitou determinantou vykonávání učitelské profese. Od učitelů silně nespokojených v oblasti práce se jistě nedá očekávat, že budou velmi úspěšní či užiteční ve svém povolání (Průcha, 2002).

Pojem pracovní spokojenost reprezentuje v současné psychologii subjektivní stránku práce spojenou s reflexí pracujícího člověka založenou na hodnocení vlastní pracovní činnosti, jejich komponent a podmínek ve světle osobních potřeb, zájmů, hodnot, cílů apod.

Pracovní spokojenost, jako pro podstatnou část populace důležitá součást celkové životní spokojenosti, se z psychologického hlediska dává do souvislosti především s emocemi, motivací a integrací osobnosti (Paulík, 1999 b).

Štikar a kol. (1996) rozlišuje spokojenost s prací a spokojenost v práci, kdy spokojenost s prací se vztahuje více k činnostem spojeným přímo s výkonem povolání. Co se týče povolání učitelů, jde o vlastní vyučování a jednání s žáky ve škole, o pracovní režim učitele. Spokojenost v práci zahrnuje obsahově širší působení dalších vlivů souvisejících se samotnou pracovní činností jako je kontext vztahů mezi učiteli, žáky, jejich rodiči, společenská prestiž povolání učitelů apod.

Mezi další autory zabývající se pracovní spokojeností patří Štikar, Rymeš, Riegel, Hoskovec (2003) a Kollárik (1986).

Kollárik (1986) uvádí, že většina empirických dokladů potvrzuje tvrzení, že pracovní spokojenost je rozhodující determinantou celkové životní spokojenosti. Je možné předpokládat, že nespokojenost v práci se projevuje v nižší životní spokojenosti a provázejí ji takové jevy, jako například zvýšené psychické napětí, problémy se spánkem, celková únava, vysoký krevní tlak, žaludeční vředy apod.

Paulík (1999) realizoval vlastní výzkum spokojenosti v práci učitelů českých škol, kdy oslovil učitele základních, středních a vysokých škol z různých míst České republiky. Školy byly vybrány z různých lokalit (město, venkov) v ČR. Výzkumu se zúčastnilo celkem 1280 učitelů, 924 žen a 356 mužů. Na zkoumaném souboru byla použita série dotazovacích technik, zejména Inventář hodnocení spokojenosti učitelů (HSU), který obsahuje položky vztahující se nejen k hodnocení pracovní spokojenosti, ale i k některým souvisejícím jevům a k vlastní osobnosti. Jednalo se zejména o techniky, jež byly založeny na písemných dotaznících, které byly vyplňovány učiteli anonymně. Dále byl použit polostandardizovaný rozhovor s nahodilým vzorkem učitelů základních a středních škol, který byl zaměřený na jejich očekávání vztahující se k učitelské profesi. Z tohoto výzkumu vyplynuly důležité poznatky o pracovní spokojenosti učitelů:

- ženy učitelky vyjadřují na všech typech škol spokojenost častěji než muži a současně podíl žen mezi nespokojenými je menší než podíl mužů,
- relativně nejvyšší spokojenost převládá mezi učiteli vysokých škol, zejména u žen a nejvíce nespokojených učitelů, zejména mužů je na 2. stupni základních škol,
- mezi učiteli 1. stupně a 2. stupně základní školy je odlišnost, kdy učitelé 1. stupně jsou celkově spokojenější, než je tomu u učitelů na 2. stupni základních škol.

Odpověď na otázku, co učitelé očekávají od své práce, byla realizována pomocí polostandardizovaného rozhovoru, kdy dotázaní učitelé ze základních a středních škol uvedli mezi svými očekáváními, jež podmiňují určitým způsobem jejich pracovní spokojenost, následující atributy své profese:

- dobré vztahy v pedagogickém sboru: 37,18 %
- tvůrčí charakter práce: 37,02 %
- možnost formovat žáky a předávat jim své zkušenosti: 36,44 %
- možnost práce s dětmi, mladými lidmi: 35,13 %
- pocit dobře vykonané práce a dobrých výsledků: 32,26 %
- prázdniny a volný čas: 28,98 %
- pozitivní atmosféra ve třídě charakterizovaná zájmem žáků a klidem na práci: 23,32 %

Oproti tomu považují učitelé následující znaky své práce za natolik negativně ovlivňující pracovní spokojenost, že by si přáli jejich odstranění:

- neodpovídající platové podmínky a nedocení učitelé práce ve společnosti: 58,26 %
- nekázeň a snížená morálka žáků: 35,11 %
- nedostatečná spolupráce se školou ze strany rodičů: 28,22 %
- psychická zátěž a nedostatek času: 22,16 %

– nedostatečné vybavení školy: 18,98 %

Jak autor uvádí, lze řadu z uvedených očekávání učitelů vůči své profesi, jejichž naplnění ovlivňuje pracovní spokojenost, zahrnout do fenoménu seberealizace, kdy zážitek seberealizace doprovází zpravidla zaujetí pro smysluplnou a intenzivní činnost, jež naplňuje úsilí dosažení všeobecně hodnotného cíle. Pro uspokojivý pocit učitelů, že se ve své profesi realizují, je nutná zpětná vazba, jež zahrnuje informace o společenském uznání a ocenění práce učitelů.

2 Cíle disertační práce

Cílem disertační práce bylo **zjištění percepce zdravotních rizik vyplývajících ze zdravotního stavu, životního stylu a pracovní zátěže u učitelů různých stupňů škol.**

V souvislosti s hlavním cílem byly stanoveny dílčí cíle:

1. Monitorování pracovních rizik, zátěže v rodinné, resp. osobní anamnéze a v životním stylu učitelů různých stupňů škol dotazníkovou formou.
2. Hodnocení percepce uvedených rizik.
3. Hodnocení percepce podchycených rizik s ohledem na pohlaví, věk, délku učitelské praxe a školu, ve které respondenti pracují.
4. Budou hledány příčiny případných rozdílů a tyto analyzovány s cílem formulovat návrhy na opatření tak, aby se zvýšila kvalita života učitelů v České republice.

3 Metodika

3.1 Výzkumný vzorek

V rámci provedené epidemiologické studie jsme metodou anonymního dotazníkového šetření získali údaje od celkem 484 respondentů, a to od 201 učitelů ze 13 základních škol v Pardubicích a v Hradci Králové, od 227 učitelů z rovněž celkem 13 středních škol obou zmíněných měst (čtyřletých gymnázií, víceletých gymnázií a středních odborných škol) a od 56 vysokoškolských učitelů. Co se týče vysokých škol, pocházeli respondenti ze šesti fakult Univerzity Pardubice (Dopravní fakulty Jana Pernera a dále z fakulty filozofické, zdravotnických studií, chemicko-technologické, ekonomicko-správní a z fakulty elektrotechniky a informatiky). Dotazníky vyplnilo rovněž 7 vysokoškolských učitelů ze Strojní fakulty ČVUT a Přírodovědecké fakulty UK v Praze. Ve vyšetřovaném souboru bylo 145 mužů a 339 žen, což odpovídá vyššímu zastoupení žen v českém školství. Výjimku tvořili pouze učitelé na vysokých školách, kde bylo pouze 32,1 % žen. Průměrný věk respondentů činil 43,2 let (v rozmezí 22 až 76 let) k věkově nejstarším patřili učitelé čtyřletých gymnázií a středních odborných škol, zatímco nejmladší byli učitelé vysokých škol. Věkové rozdíly mezi skupinami byly statisticky významné ($p = 0,043$), (tab. 1). Sedmdesát procent všech dotázaných bylo vdaných/ženatých, 17,5 % svobodných, 10,4 % rozvedených.

V našem souboru převažovali učitelé, kteří se své profesi věnovali kratší dobu (tab. 1). Více než jedna třetina respondentů nevykonávala své povolání déle než 10 let, mezi učiteli vysokých škol to bylo dokonce 55,4 %. Necelých 30 % dotázaných učilo 11 – 20 let, na vysoké škole to však bylo pouze 16 % respondentů. Pětina dotázaných (21,7 %) učila 20 – 30 let, s prevalencí kolísající od 10,7 % u učitelů vysokých škol po 33,3 % v případě učitelů čtyřletých gymnázií. Učitelé víceletých gymnázií pak patřili mezi profesně nejdéle sloužící, když více než jedna čtvrtina z nich učila déle než 30 let (tab. 1). Rozdíly mezi jednotlivými skupinami byly statisticky významné ($p = 0,026$). Pracujících důchodců bylo mezi našimi respondenty 25 a byli zastoupeni rovnoměrně na všech školách v počtu od 8 na SOŠ, 7 na ZŠ, 4 na VŠ a po 3 na gymnáziích. Rozdíly v počtu pracujících důchodců na sledovaných školách nebyly statisticky významné.

Pracovní úvazek našich respondentů činil průměrně 30 hodin týdně, nejnižší byl u učitelů čtyřletých gymnázií, nejvyšší u učitelů vysokých škol (36,5 hod/týden), (tab. 1). Přímá týdenní vyučovací povinnost respondentů činila průměrně $18,9 \pm 5,6$ hod. Týdenní vyučovací povinnost byla ovšem na vysokých školách nejnižší ($14,9 \pm 5,5$ hod/týden). Výsledky jsou statisticky významně rozdílné.

Tab. 1 Obecná charakteristika sledovaného souboru (%).

	ZŠ	Gymnázium	Víceleté gym.	SOS	VŠ	Celkem	p-value
Muži – n	30	17	4	56	38	145	< 0,001 (***)
Muži - %	14,9	43,6	14,8	34,8	67,9	30,0	
Ženy – n	171	22	23	105	18	339	
Ženy - %	85,1	56,4	85,2	65,2	32,1	70,0	
Průměrný věk							
Let	42,09	44,97	42,44	44,9	41,33		0,043 (*)
Délka učitelské praxe							
1 – 10 let	29,8	30,8	29,6	33,8	55,4	34,1	0,026 (*)
11 – 20 let	31,3	30,5	29,6	34,4	16,0	29,6	
21 – 30 let	24,3	33,3	14,8	20,6	10,7	21,7	
≥ 31 let	14,5	15,4	25,9	11,3	17,8	14,5	
Týdenní pracovní úvazek							
Hodin/týden	29,4	24,3	24,7	30,8	36,5	29,1	< 0,001 (***)
Týdenní vyučovací povinnost							
Hodin/týden	20,1	18,9	20,5	20,3	14,9	18,9	< 0,001 (***)
Vedlejší zaměstnání (%)							
Ano	13,1	28,9	37,0	22,4	22,2	19,9	0,009 (**)
Průměrný počet hodin týdně v rámci vedlejšího pracovního poměru							
Hodin/týden	7,0	4,3	9,1	8,5	4,8	6,74	< 0,001 (***)

Při hodnocení celkové míry pracovního zatížení je třeba zohlednit, zda dotázaní mají vedle svého hlavního pracovního poměru ještě vedlejší zaměstnání. V našem souboru měla vedlejší zaměstnání pětina dotázaných (tab. 1). Mezi jednotlivými skupinami byly statisticky významné rozdíly v tom smyslu, že nejčastěji udávali vedlejší zaměstnání učitelé

víceletých (37 %) a čtyřletých (28,9 %) gymnázií, nejméně často pak učitelé základních škol (13,1 %). Statisticky významný rozdíl byl i v počtu hodin odpracovaných průměrně týdně ve vedlejším zaměstnání (tab. 1). Nejvyšší počet hodin udávali učitelé víceletých gymnázií (9 hod/týden) a středních odborných škol (8,5 hod/týden), naopak nejnižší počet hodin udávali učitelé čtyřletých gymnázií (4,3 hod/týden) a vysokoškolští učitelé (4,9 hod/týden).

3.2 Metodika sběru dat

V roce 2007 jsme realizovali anonymní dotazníkovou studii, primárně zaměřenou na zjišťování percepce a expozice zdravotních rizik vyplývajících z konkrétního životního stylu, zdravotního stavu a dané profese u učitelů různých stupňů škol. Součástí studie bylo i monitorování přístupu ke zdraví, kdy jsme zvolili metodu zjišťování prevalence rizikových faktorů životního stylu a účast na preventivních prohlídkách. Šetření probíhalo v kraji Pardubickém, Královéhradeckém a částečně i v Praze, a to u učitelů základních škol (1. i 2. stupně), čtyřletých a víceletých gymnázií, středních odborných škol a škol vysokých. Sběr dat na základních a středních školách probíhal tím způsobem, že nevyplněné dotazníky byly i s vratnou obálkou ponechány na školách v počtu odpovídajícímu počtu zaměstnanců. V případě vysokých škol byl dotazník se žádostí o vyplnění umístěn na domácí stránky Univerzity Pardubice a učitelé z jednotlivých fakult zasílali vyplněné dotazníky buď mailem nebo poštou na uvedenou adresu. Respondenti, kteří podepsali informovaný souhlas a souhlasili se zařazením do studie, obdrželi rozsáhlý anonymní dotazník, v jehož rámci byli učitelé dotazováni na **osobní údaje** (pohlaví, věk, dosažené vzdělání, rodinný stav, délku vykonávání učitelské profese, týdenní pracovní úvazek), na **zdravotní stav** (subjektivní hodnocení zdravotního stavu) a na **způsob života** (kouření, konzumace alkoholu, užívání léků na uklidnění a na spaní, míra pohybové aktivity, záliby a koníčky).

Součástí dotazníku byly i otázky zaměřené na subjektivní hodnocení případných pracovních rizik včetně vnímání **pracovní psychické zátěže**. V naší studii jsme míru pracovního stresu zjišťovali pomocí Meisterova dotazníku, který slouží k hodnocení vlivů pracovní činnosti na psychiku pracovníků a jeho použití, zejména v hygienické službě, má u nás dlouhou tradici (Hladký, A. a kol., 1987; Židková, Z. a kol., 2001; Židková, Z., 2002). Dotazník má deset položek, které se člení do tří faktorů: I. přetížení (časový tlak, odpovědnost, konfliktogenní práce), II. monotonie /jednostrannost (nezajímavost, otupující

práce, málo podnětů), III. nespecifický faktor stresové reakce (příliš náročná práce, psychicky vyčerpávající, kterou nelze dlouhodobě dělat se stejnou výkonností). Každá otázka je zodpovídána pomocí pětistupňové škály, kde odpovědi jsou zakotveny na kontinuu vyjadřujícím míru souhlasu od plného souhlasu až po plný nesouhlas. Statistické zpracování výsledků začíná výpočtem mediánu pro každou položku. Tyto jsou porovnávány s kritickou hodnotou mediánů, které představují normované hodnoty, stanovené W. Meisterem (Hladký a Matoušek, 1990; Židková, 2002). Výsledná klasifikace psychické zátěže byla provedena podle standardní metodiky dle Meistera (dostupné na internetu na <http://www.psvz.cz/zidkova/subdir/metody.htm>).

Takto komplexně pojatý dotazník (detailně viz. Příloha C) byl velmi obsáhlý, ze získaných výsledků však bylo možné odhalit konkrétní zdravotní rizika každého respondenta a jejich percepci nositelem. Vedle prostého zjištění prevalence rizikových faktorů v jednotlivých sledovaných skupinách jsme se následně pokusili vyhodnotit i kumulaci zjišťovaných rizik. Pro tento účel jsme si stanovili hranice optimálního stavu, od jejichž překročení jsme jednotlivé proměnné považovali za zdravotně rizikové. Vzhledem k tomu, že jsme měli k dispozici pouze subjektivní výpovědi respondentů, byl výčet námi podchycených rizik dosti omezený. Hodnotili jsme de facto pouze 8 faktorů: pozitivní rodinnou zátěž, pozitivní osobní anamnézu, nadváhu či obezitu respondentů, zvýšený krevní tlak (v případě, že ho pacient znal), zvýšený cholesterol (dtto), kouření, nízkou pohybovou aktivitu a pocit nadměrné pracovní psychické zátěže. Přehled rizikových faktorů zdravotního stavu vybraných na základě dotazníkového šetření uvádíme v tab. 2.

Poslední skutečností, kterou jsme se pokusili zjistit použitým dotazníkem, byl přístup ke zdraví. Tento můžeme hodnotit různými způsoby, v naší studii jsme zvolili metodu zjišťování prevalence rizikových faktorů životního stylu a účast na preventivních prohlídkách. Srozumitelnost dotazníku a jeho časovou náročnost jsme ověřili v rámci pilotní studie. Návratnost dotazníků byla poměrně nízká, průměrně 47 %, protože oslovení učitelé brali uvedenou aktivitu v řadě případů jako obtěžování. Velice záleželo na postoji ředitele příslušné školy, zda studii podpořil, či nikoli. Nejlépe spolupracovali učitelé středních odborných škol (návratnost 86 %).

Tab. 2 Rizikové faktory zdravotního stavu vybrané na základě dotazníkového šetření

Rizikový faktor:	Definice rizika:
Rodinná zátěž	pozitivní rodinná anamnéza
Chronické onemocnění	chronické obtíže a/nebo diagnostikované onemocnění
Kouření	pozitivní kuřácká anamnéza (současný pravidelný nebo příležitostný kuřák)
Nadváha či obezita	Nadváha: BMI 25 – 29,9; obezita: BMI \geq 30
Zvýšený krevní tlak	systolický krevní tlak \geq 140 a diastolický \geq 90, nebo respondent neznal přesnou hodnotu, ale věděl, že má krevní tlak zvýšený
Zvýšený cholesterol	hodnota vyšší než 5,2 mmol/l, nebo respondent neznal přesnou hodnotu, ale věděl, že má hodnotu cholesterolu zvýšenou
Nedostatek pohybu	méně než 2 hod aktivní pohybové aktivity za týden
Nadměrná pracovní psychická zátěž	porovnání zjištěných mediánů odpovědí na jednotlivé otázky s kritickou hodnotou mediánu stanovenou Meisterem + výpočet stupně pracovní psychické zátěže

3.3 Metodika analýzy dat

Statistické hodnocení bylo provedeno s využitím programu NCSS 2007. Pro porovnání kvantitativních dat (např. věk, vyučovací povinnost, BMI) byla použita Kruskalova-Wallisova neparametrická jednofaktorová analýza rozptylu s následným mnohonásobným porovnáním (ANOVA). Tato data jsou prezentována buď průměrem a směrodatnou odchylkou (SD) nebo mediánem a 25. a 75. percentilem. Pro vyhodnocení kvalitativních dat (např. dosažené vzdělání, míra pracovní psychické zátěže, zdravotní stav) byl použit χ^2 test nezávislosti v kontingenčních tabulkách, případně Fisherův přesný test. Tento typ dat je prezentován procentuálními četnostmi. Zvolená hladina významnosti byla $\alpha = 0,05$.

4 Výsledky

4.1 Přehled nejčastějších pracovních rizik

Z literárního přehledu vyplynulo, že učitelé jsou obecně exponováni řadě zdravotně rizikových faktorů. Prevalence jednotlivých rizik závisí především na specializaci učitele, tedy jaký předmět vyučuje (jiným rizikovým faktorům jsou exponováni učitelé tělesné výchovy a jiným učitelé chemie). Závisí přirozeně i na typu školy (moderní, zastaralé), přeplněnosti tříd, úvazku učitele apod. V práci učitele se setkáváme s různými oblastmi zátěží:

1. **Pracovní psychická zátěž:** stresogenní situace.
2. **Senzorická zátěž:** vysoké nároky na zrak a sluch (práce s počítačem).
3. **Hluk:** v tělocvičnách, na chodbách, o přestávkách.
4. **Chemické látky:** formaldehyd, fenol a podobné látky, těkající z nábytku, obložení, případně i stavebních materiálů, dále znečištění vnitřního ovzduší ve sborovnách, pokud se v nich kouří. Učitelé chemie, či praktické výchovy mohou být exponováni používáním chemických látek.
5. **Riziko infekce.** Přemnožení mikroorganismů vlivem nahromadění mnoha osob v relativně uzavřeném prostoru tříd, kdy podíl choroboplodných zárodků souvisí s aktuální epidemiologickou situací a případným nosičstvím u žáků i mezi pracovníky školy.
6. Zvýšené riziko **úrazů**.
7. **Poruchy hlasivek:** uzlíky na hlasivkách.
8. Vyšší pravděpodobnost **vzniku psychosomatických onemocnění** díky expozici chronickému stresu. Sem patří zejména nemoci srdce a cév (především jejich akutní klinické formy), různá onemocnění trávicího a zažívacího ústrojí, z endokrinních nemocí např. diabetes mellitus. Dále stres významně přispívá k rozvoji neurastenických příznaků

i onemocnění (zejména bolesti hlavy, únava, poruchy spánku, předráždění, neurastenický syndrom, deprese, neurocirkulační astenie), i k psychickým poruchám. V neposlední řadě je třeba zmínit, že stres ovlivňuje i imunitní funkce.

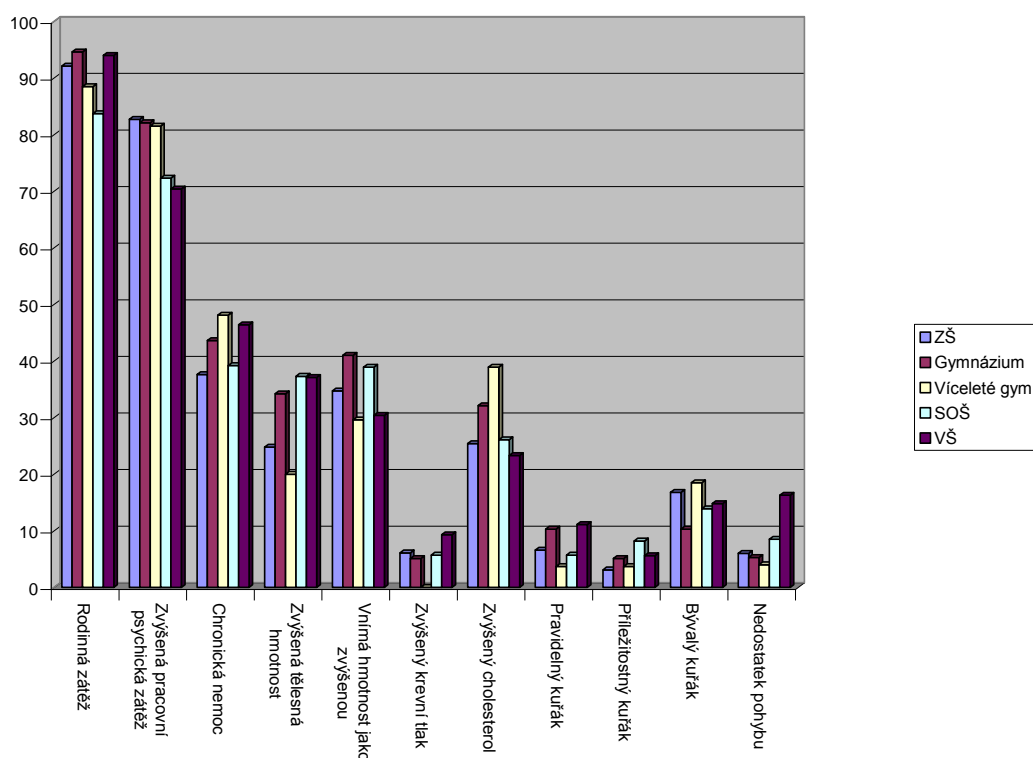
Výskyt zdravotně rizikových faktorů u osob sledovaného souboru byl poměrně značný. Jejich přehled uvádí graf 1 a tab. 3. Grafy prezentujeme přímo v textu a ne jako samostatnou přílohu z toho důvodu, že poskytují přehlednější obraz o situaci v jednotlivých sledovaných skupinách než tabulky, ve kterých uvádíme navíc statistickou významnost.

Tab. 3 Prevalence vybraných rizikových faktorů u učitelů různých stupňů škol (%).

Rizikový faktor:	ZŠ	Gymná -zium	Víceleté gym.	SOŠ	VŠ	Celkem	p-value
Rodinná zátěž	92,1	94,6	88,5	83,7	94,0	89,6	0,065 (NS)
Zvýšená pracovní psychická zátěž	82,7	82,1	81,5	72,3	70,4	77,7	0,101 (NS)
Chronická nemoc	37,6	43,6	48,1	39,2	46,4	40,3	0,657 (NS)
Zvýšená tělesná hmotnost, z toho:	24,8	34,2	20,0	37,3	37,1	30,9	0,064 (NS)
- nadváha	21,6	26,3	20,0	29,3	20,4	24,3	0,015 (NS)
- obezita	3,2	7,9	0,0	8,0	16,7	6,6	
Vnímá hmotnost jako zvýšenou	34,7	41,0	29,6	38,9	30,4	35,8	0,295 (NS)
Zvýšený krevní tlak	6,1	5,1	0,0	5,7	9,3	5,9	0,582 (NS)
Zvýšený cholesterol	25,4	32,1	38,9	26,1	23,3	26,6	0,699 (NS)
Pravidelný kuřák	6,6	10,3	3,7	5,7	11,1	7,0	0,717 (NS)
Příležitostný kuřák	3,1	5,1	3,7	8,2	5,6	5,3	
Bývalý kuřák	16,8	10,3	18,5	13,9	14,8	15,2	
Nedostatek pohybu	6,0	5,3	4,0	8,5	16,3	7,9	0,158 (NS)

χ^2 test v kontingenčních tabulkách,

Hladina významnosti: NS (nesignifikantní) = $p \geq 0,05$



Graf 1 Prevalence vybraných rizikových faktorů u učitelů různých stupňů škol (%)

Z uvedeného přehledu je zřejmé, že nejčastějším rizikovým faktorem byla rodinná zátěž a zvýšený pracovní stres. Jednotlivým rizikovým faktorům se budeme detailněji věnovat dále. Nyní prezentujeme **obecné charakteristiky učitelské profese**. V našem souboru téměř 90 procent (88,6 %) dotázaných používalo v práci počítač, mezi jednotlivými skupinami byly však statisticky významné rozdíly. Na vysokých školách a víceletých gymnáziích pracovalo s počítačem 100 % učitelů. Na ostatních středních školách je to přibližně 90 – 94 % respondentů a na základních školách je užívání počítačů nejnižší – v našem souboru s nimi pracovalo cca 80 % učitelů (tab. 4). Z hlediska fyzické namáhavosti práce hodnotili dotázaní svou práci jako *středně těžkou* (54,3 %) až *lehkou* (43,4 %), mezi jednotlivými skupinami však existují statisticky významné rozdíly. Za *více fyzicky namáhavou* považovali svoji práci zejména učitelé základních škol a víceletých gymnázií, učitelé vysokých škol hodnotili svoji profesi naopak spíše jako lehkou. S tím souvisí i *vnímání fyzické únavy*, kterou udávali nejčastěji učitelé základních škol a víceletých gymnázií (kolem 40 %), zatímco respondenti z vysokých škol a čtyřletých gymnázií si na *popracovní fyzickou únavu* stěžovali asi ve 30 %. Rozdíly mezi sledovanými skupinami však nebyly statisticky významné (tab. 4).

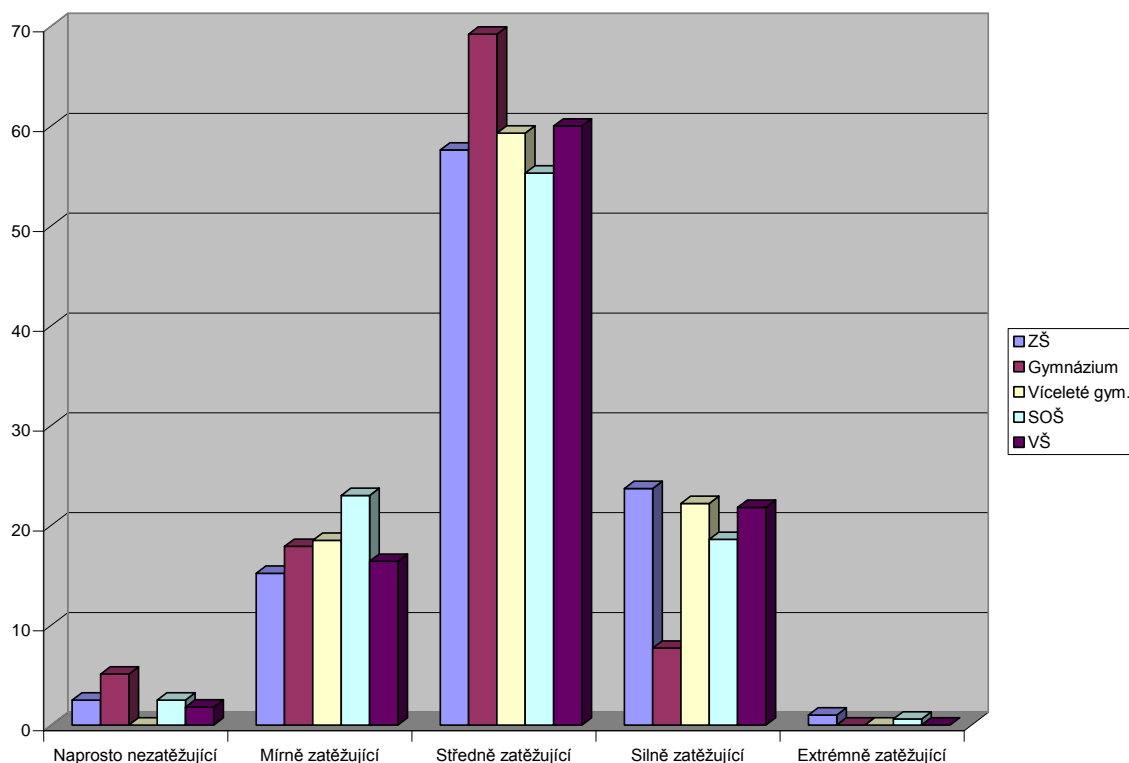
Tab. 4 Obecná charakteristika vykonávané profese (%).

	ZŠ	Gymnázium	Víceleté gym.	SOŠ	VŠ	Celkem	p-value
Práce s počítačem (Výsledky jsou uvedeny v %)							
Ano	79,4	89,7	100,0	93,8	100,0	88,6	< 0,001 (***)
Průměrný počet hodin práce s počítačem denně							
Hodin denně	1,2	1,7	1,9	2,98	5,1	3,63	< 0,001 (***)
Fyzická namáhavost práce (Výsledky jsou uvedeny v %)							
Velmi těžká	3,6	2,6	0,0	0,6	3,6	2,3	< 0,001 (***)
Středně těžká	64,9	53,8	66,7	50,0	23,6	54,3	
Lehká	31,4	43,6	33,3	49,4	72,7	43,4	
Fyzická únava (Výsledky jsou uvedeny v %)							
Ano	39,4	30,8	40,7	35,5	29,6	36,3	0,623 (NS)

Co se týče psychické únavy, hodnotila většina respondentů (58 %) své působení ve zvolené profesi jako *středně zatěžující*, 18 % jako *mírně zatěžující* a jedna pětina dotázaných považovalo své povolání za *silně zatěžující*. Zbylé dvě krajní možnosti (*naprosto nezatěžující*, resp. *extrémně zatěžující*) označilo pouze pár jednotlivců. Mezi jednotlivými skupinami nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly (graf 2, tab. 5).

Tab. 5 Hodnocení působení učitelů v učitelské profesi (%).

	ZŠ	Gymnázium	Víceleté gym.	SOŠ	VŠ	Celkem	p-value
Naprosto nezatěžující	2,5	5,1	0,0	2,5	1,8	2,5	0,757 (NS)
Mírně zatěžující	15,2	17,9	18,5	23,0	16,4	18,3	
Středně zatěžující	57,6	69,2	59,3	55,3	60,0	58,1	
Silně zatěžující	23,7	7,7	22,2	18,6	21,8	20,4	
Extrémně zatěžující	1,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,6	

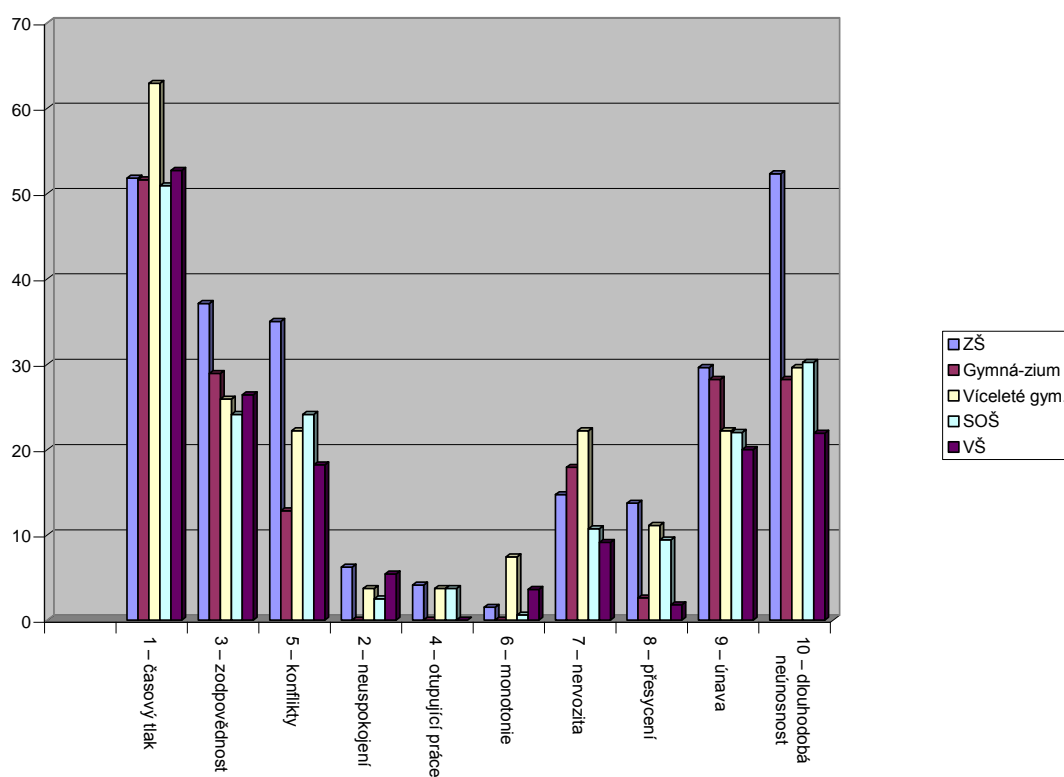


Graf 2 Hodnocení působení učitelů v učitelské profesi (%)

4.1.1 Pracovní psychická zátěž

Z pracovních rizik si učitelé stěžovali nejvíce na pracovní psychickou zátěž, kterou vnímalo 77,7 % dotázaných učitelů (tab. 3) a byla po zátěži v rodinné anamnéze nejčastějším rizikovým faktorem. Pro zjištění možných zdrojů pracovní psychické zátěže jsme použili Meisterův dotazník. Z jeho rozboru vyplynulo, že učitelé si nejvíce stěžovali na faktor „přetížení“, zejména na položku práce pod zvýšeným časovým tlakem a na faktor „stresové reakce“ na pracovní zátěž. Na práci vykonávanou pod časovým tlakem (položka 1) si stěžovalo 53 % dotázaných, nejčastěji profesori víceletých gymnázií (63 %). Pocit zodpovědnosti (položka 3) si uvědomovali zejména učitelé základních škol (37 %), nejméně pak učitelé na středních odborných školách. Rozdíly mezi školami byly nalezeny i při hodnocení položky 5 - konflikty a problémy. Na tuto položku si nejvíce stěžovali učitelé základních škol (35 %) a nejméně pak učitelé čtyřletých gymnázií a vysokoškolští učitelé. Faktor „jednostrannosti“ nebyl u našich respondentů výrazně vyjádřen. Častější

byly naopak stesky na projevy *stresové reakce*, zejména v položkách únava a dlouhodobá neúnosnost. Psychickou únavu a ochablost pociťovala čtvrtina dotázaných, nejčastěji učitelé základních škol (29,6 %) a učitelé čtyřletých gymnázií (28,2 %). 38 % respondentů se domnívalo, že není dlouhodobě únosné vykonávat zvolenou profesi v nezměněné intenzitě, u učitelů základních škol to bylo dokonce 52 %! Na nervozitu si stěžovalo 13,4 % dotázaných, nejčastěji učitelé víceletých a čtyřletých gymnázií a nejméně pak vysokoškolských učitelé (graf 3, tab. 6).



Graf 3 Hodnocení pracovní psychické zátěže u učitelů různých stupňů škol (%)

Tab. 6 Hodnocení pracovní psychické zátěže u učitelů různých stupňů škol (% respondentů, kteří na číselné škále zaškrtnli hodnotu 4 nebo 5, tzn. spíše/zcela souhlasím s danou položkou).

Faktor/ Položka číslo	ZŠ	Gymnázium	Víceleté gym.	SOŠ	VŠ	Celkem
<i>Přetížení</i>						
1 – časový tlak	51,8	51,6	62,9	50,9	52,7	53,0
3 – zodpovědnost	37,1	28,9	25,9	24,1	26,4	30,2
5 – konflikty (**)	35,0	12,8	22,2	24,1	18,2	26,9
<i>Jednostrannost</i>						
2 – neuspokojení	6,2	0	3,7	2,5	5,4	4,2
4 – otupující práce	4,1	0	3,7	3,7	0	3,1
6 – monotonie	1,5	0	7,4	0,6	3,6	1,7
<i>Stresová reakce</i>						
7 – nervozita	14,7	17,9	22,2	10,7	9,1	13,4
8 – přesycení	13,7	2,6	11,1	9,4	1,8	9,8
9 – únava (**)	29,6	28,2	22,2	22,0	20,0	25,4
10 – dlouhodobá neúnosnost (***)	52,3	28,2	29,6	30,2	21,9	38,1

Hladina významnosti: ** = $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Vlastní postup pro hodnocení pracovní psychické zátěže pomocí Meisterova dotazníku je následující. Nejprve je třeba vypočítat mediány odpovědí na každou z deseti otázek uvedeného dotazníku a tyto porovnat s kritickou hodnotou mediánu stanovenou Meisterem. Následně je třeba spočítat mediány všech tří hodnocených faktorů, tedy faktoru I – *přetížení* (tento vznikne součtem položek 1 + 3 + 5), faktoru II – *monotonie* (součet položek 2 + 4 + 6), a faktoru III, hodnotící *nespecifickou odezvu organismu na stres* (položky 7 + 8 + 9 + 10). Při hodnocení zatěžujících faktorů se vychází z překročení kritických hodnot mediánu. V těch položkách, kde zjištěný medián překračuje kritickou hodnotu, je práce hodnocena negativně a naopak, v položkách, v nichž medián nedosahuje kritickou hodnotu, kladně.

Pro konečné **vyhodnocení klasifikace psychické zátěže** jsme postupovali podle standardní metodiky prezentované na <http://www.psvz.cz/zidkova/subdir/metody.htm>, přičemž jsme použili porovnání mediánů jednotlivých faktorů. Uvedená metodika umožní zařadit psychickou zátěž do jedné ze tří kategorií. Kategorie 1 znamená zátěž, při které není pravděpodobné ovlivnění zdraví, subjektivního stavu a výkonnosti. Kategorie 2 je takový stupeň zátěže, při kterém může pravidelně docházet k dočasným ovlivněním subjektivního stavu, resp. výkonnosti a kategorie 3 znamená zátěž, při níž nelze vyloučit zdravotní rizika.

V tab. 7 uvádíme mediány odpovědí na jednotlivé otázky Meisterova dotazníku za celý soubor učitelů. V posledním sloupci je uvedena referenční hodnota stanovená Meisterem.

Z tabulky 7 je zřejmé, že učitelé překračují kritické hodnoty mediánu v položkách faktoru přetížení a nespecifické reakce. Stěžují si zejména na časový tlak, časté konflikty a problémy a na dlouhodobou neúnosnost vykonávat práci se stejnou výkonností, tedy na pocit přesycení. Z hodnocení je dále evidentní, že učitelé nepovažují svoji práci za jednotvárnou, otupující či přinášející malé uspokojení. Při zohlednění věku a pohlaví jsme nezaznamenali výrazné rozdíly (tab. 9). Zdá se pouze, že ženy si stěžují na pracovní konflikty a problémy více než muži, a že mladší jedinci si stěžují na nervozitu více než starší učitelé.

Klasifikace pracovní psychické zátěže provedená u celého souboru učitelů bez ohledu na stupeň školy, ve které respondenti učili, prokázala, že učitelé dosahují **stupně zátěže 1**, tedy zátěže, u které nepředpokládáme negativní ovlivnění zdraví. Stupeň klasifikace zátěže neovlivnil ani věk, resp. pohlaví respondentů (tab. 9).

Tab. 7 Hodnocení pracovní psychické zátěže (Meisterův dotazník) za celý soubor

Porovnání výsledných mediánů s kritickou (referenční) hodnotou.

Číslo položky	Otázka (zkráceně)	Zjištěná hodnota mediánu	Kritická hodnota mediánu
1	Časová tíseň	4	3
2	Malé uspokojení	1	2,5
3	Vysoká odpovědnost	3	3
4	Otupující práce	1	2,5
5	Problémy a konflikty	3	2,5
6	Monotonie	1	2,5
7	Nervozita	2	3
8	Přesycení	2	3
9	Únava	3	3
10	Dlouhodobá neúnosnost	3	2,5

Tab. 8 Výsledná klasifikace pracovní psychické zátěže učitelů

Faktor	Název faktoru	Součet položek	Zjištěný výsledek	Možné maximum
I	Přetížení	1 + 3 + 5	8	15
II	Monotonie	2 + 4 + 6	4	15
III	Nespecifický faktor	7 + 8 + 8 + 10	9	20
HS	Hrubý skór	I + II + III	22	50
Výsledný stupeň zátěže			1	

Tab. 9 Hodnocení pracovní psychické zátěže (Meisterův dotazník) s ohledem na pohlaví a věk respondentů. Porovnání výsledných mediánů s kritickou (referenční) hodnotou.

Položka	Otázka (zkráceně)	Muži	Ženy	Starší	Mladší	Krit. hodnota
1	Časová tíseň	4	4	3	4	3
2	Malé uspokojení	1	1	1	1,5	2,5
3	Vysoká odpovědnost	3	3	3	3	3
4	Otupující práce	1	1	1	1	2,5
5	Problémy, konflikty	2	3	3	3	2,5
6	Monotonie	1	1	1	1	2,5
7	Nervozita	2	2	2	3	3
8	Přesycení	2	2	2	2	3
9	Únava	3	3	3	3	3
10	Dlouhodobá neúnosnost	3	3	3	3	2,5
Faktor přetížení		9	9	9	9	
Faktor monotonie		5	4	4	4	
Faktor nespecifické reakce		10	10	10	10	
Hrubý skór		23	25	23	25	
Výsledný stupeň zátěže		1	1	1	1	

Zajímavé výsledky jsme ovšem získali, když jsme provedli zhodnocení pracovní psychické zátěže učitelů s ohledem na stupeň školy, na které učili (tab. 10). Z tabulky je zřejmé, že učitelé všech stupňů škol opět překračují kritické hodnoty mediánu v položce 1, 5 a 10, tzn., že si stěžují více než populační norma na práci vykonávanou pod časovým tlakem, na časté konflikty a problémy na pracovišti a na dlouhodobou neúnosnost vykonávat práci s nezměněnou intenzitou. V otázce přesycení a únavy pak dosahují kritické hodnoty mediánu, i když tento nepřekračují. Jisté rozdíly mezi zástupci jednotlivých škol však můžeme vysledovat. Učitelé vysokých škol například vykazují v některých položkách lepší hodnoty než jejich kolegové. Nestěžují si tak často na pracovní konflikty a problémy, podobně jako učitelé víceletých gymnázií a dosahují v této položce dokonce lepší výsledky než populační norma. Učitelé vysokých škol si nestěžují ani na ostatní položky faktoru nespecifické reakce na stres, tj. na nervozitu, přesycení a únavu. Zdá se tedy, že psychická zátěž na vysokých školách nedosahuje takové intenzity jako na školách středních a základních. Podle výsledku hrubého skóru je patrné, že nejvyšší stupeň zátěže udávají skutečně učitelé základních škol.

Při výpočtu výsledného stupně pracovní psychické zátěže jsme mezi jednotlivými stupni škol zjistili zásadní rozdíly. **U učitelů základních škol** jsme zjistili **stupeň zátěže 2 s tendencí k přetížení**. Jde o psychickou zátěž, při které může pravidelně docházet k dočasným ovlivněním subjektivního stavu, resp. výkonnosti. Učitelé všech sledovaných **středních škol** dosáhli **zátěže 1, ovšem těsně hraniční ke stupni 2** rovněž se zátěžovou tendencí k přetížení. U učitelů **vysokých škol** byl diagnostikován stupeň **zátěže 1**.

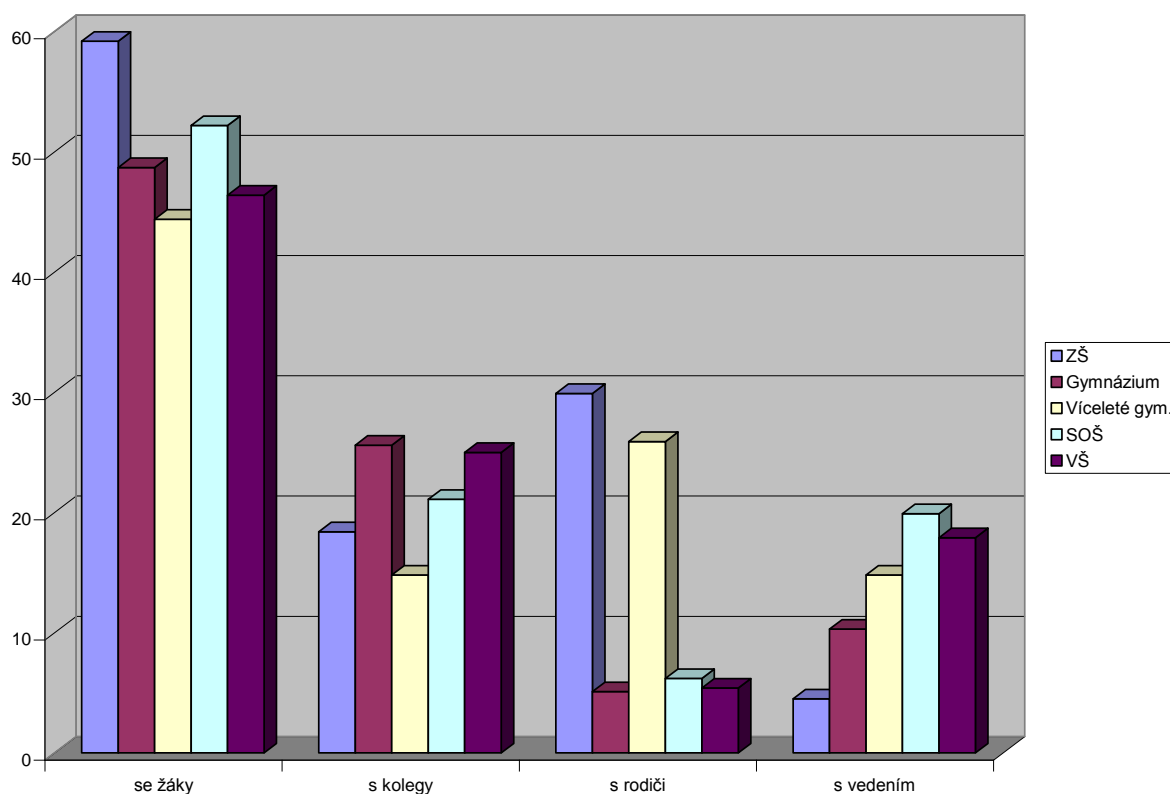
Tab. 10 Hodnocení pracovní psychické zátěže (Meisterův dotazník) u učitelů s ohledem na stupeň školy. Porovnání výsledných mediánů s kritickou hodnotou mediánu.

Otázka	ZŠ	Gymná - zium	Víceleté gym.	SOS	VŠ	Krit. hodnota
1-Časová tíseň	4	4	4	4	4	3
2-Malé uspokojení	1	1	1	1	1	2,5
3-Vysoká odpovědnost	3	3	3	3	3	3
4-Otupující práce	1	1	1	1	1	2,5
5-Problémy, konflikty	3	3	2	3	2	2,5
6-Monotonie	1	1	1	1	1	2,5
7-Nervozita	2	2	2	2	2	3
8-Přesycení	3	3	3	3	2	3
9-Únava	3	3	3	3	2	3
10-Dlouhodobá neúnosnost	4	3	3	2	2	2,5
Faktor přetížení	10	9	9	9	8	
Faktor monotonie	4	4	4	4	5	
Faktor nespecifické reakce	11	10	10	10	9	
Hrubý skór	26	23	24	23	22	
Výsledný stupeň zátěže	2	1*	1*	1*	1	

Pozn.: * stupeň zátěže 1, hraniční ke stupni 2

4.1.2 Vnímání konfliktních situací

Konflikty a problémy respondentů vyplývaly nejčastěji ze vztahu *učitel – žák* (53,7 %), dále ze vztahů *s kolegy* (20,5 %) a *s rodiči* (16,9 %) (graf 4, tab. 11). Význam těchto možných zdrojů konfliktních situací se však u jednotlivých stupňů škol lišil. Vztah se *žáky/studenty* hodnotili jako nejčastější zdroj konfliktů učitelé všech stupňů a rozdíly ve sledovaných skupinách nejsou statisticky významné. Statisticky významný rozdíl mezi sledovanými školami jsme nenalezli ani v případě interpersonálních konfliktů, na které si stěžovali zejména učitelé vysokých škol a gymnázií. Statisticky významné rozdíly mezi jednotlivými stupni škol jsme naopak zaznamenali v případě konfliktů *s rodiči* a *s vedením*. Styk *s rodiči* považovali za možný zdroj konfliktů nejčastěji učitelé základních škol a víceletých gymnázií, zatímco na čtyřletých gymnáziích, středních odborných školách a na vysokých školách se tyto problémy vyskytovaly ojediněle. Vztah *s vedením* považovali za konfliktní zejména učitelé SOŠ a VŠ.



Graf 4 Vnímání konfliktních situací učiteli různých stupňů škol (%)

Tab. 11 Vnímání konfliktních situací učiteli různých stupňů škol (%).

Konflikty	ZŠ	Gymnázium	Víceleté gym.	SOŠ	VŠ	Celkem	p-value
se žáky	59,2	48,7	44,4	52,2	46,4	53,7	0,276
s kolegy	18,4	25,6	14,8	21,1	25,0	20,5	0,655
s rodiči	29,9	5,1	25,9	6,2	5,4	16,9	< 0,001
s vedením	4,5	10,3	14,8	19,9	17,9	12,2	< 0,001

4.1.3 Spokojenost učitelů se zvolenou profesí

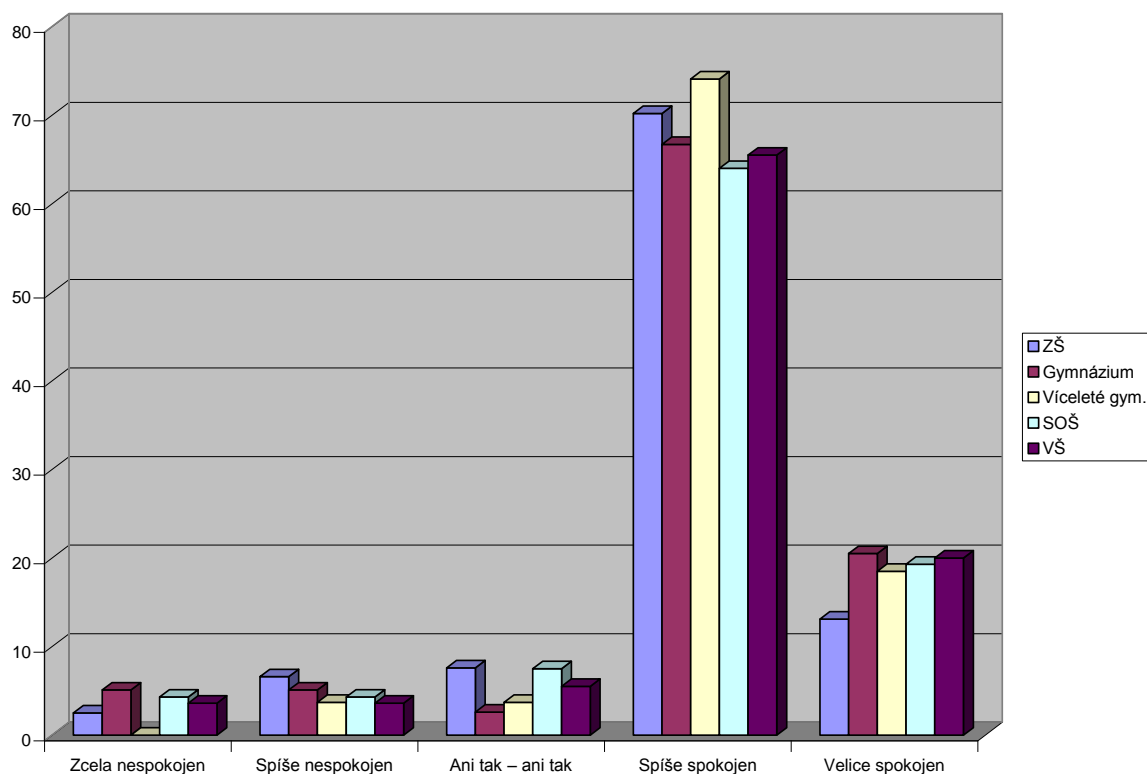
V další části dotazníku byli učitelé tázáni na spokojenost se zvolenou profesí. Položili jsme 7 otázek s 5 až 6 nabídnutými odpověďmi, ze kterých respondenti vybrali tu, která nejlépe vystihla jejich situaci.

Z šetření vyplynulo, že dotázaní byli se svojí profesí většinou spokojeni (84,4 %). *Velmi spokojeni* s výkonem své profese byli zejména učitelé vysokých škol a středních odborných škol, ale i učitelé ostatních stupňů škol byli se svým povoláním *spíše spokojeni* než *nespokojeni*. Mezi jednotlivými skupinami nebyly statisticky významné rozdíly (graf 5, tab. 12).

Tab. 12 Hodnocení spokojenosti učitelů se svým zaměstnáním (%).

	ZŠ	Gymnázium	Víceleté gym.	SOŠ	VŠ	Celkem	p-value
Zcela nespokojen	2,5	5,1	0,0	4,3	3,6	3,3	0,772 (NS)
Spíše nespokojen	6,6	5,1	3,7	4,3	3,6	5,2	
Ani tak – ani tak	7,6	2,6	3,7	7,5	5,5	6,7	
Spíše spokojen	70,2	66,7	74,1	64,0	65,5	67,5	
Velice spokojen	13,1	20,5	18,5	19,3	20,0	16,9	

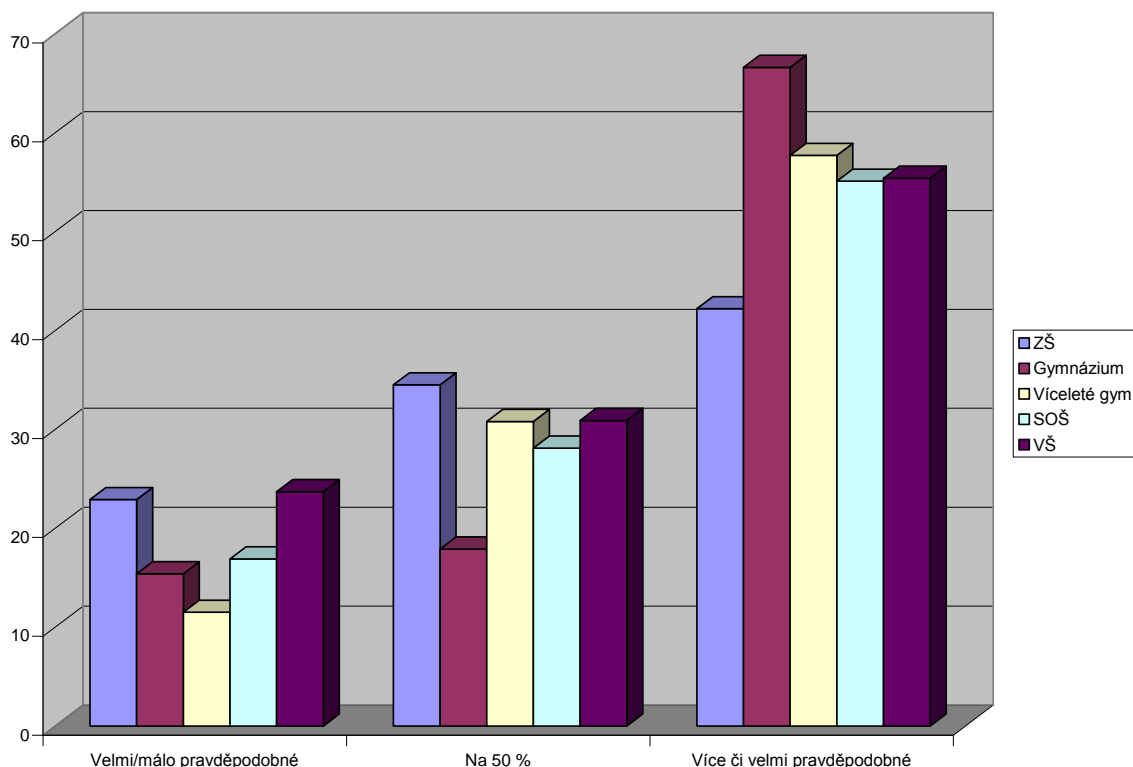
χ^2 test v kontingenčních tabulkách



Graf 5 Hodnocení spokojenosti učitelů se svým zaměstnáním (%)

Uvedená zjištění potvrzují i odpovědi na otázku, zda by si respondenti vybrali učitelství jako svoji životní profesi i v případě, že by mohli znovu volit. Téměř polovina dotázaných by si s velkou pravděpodobností opět zvolila stejně, v případě učitelů z gymnázií by to bylo dokonce 66,6 %. Za velmi málo, resp. málo pravděpodobné to nicméně považovala téměř jedna pětina respondentů (19,7 %), a to zejména učitelé ze základních (22,9 %), ale překvapivě i z vysokých (23,7 %) škol (graf 6, tab. 13).

Graf 6 Hodnocení možnosti opětovného výběru životního povolání učitelství (%)

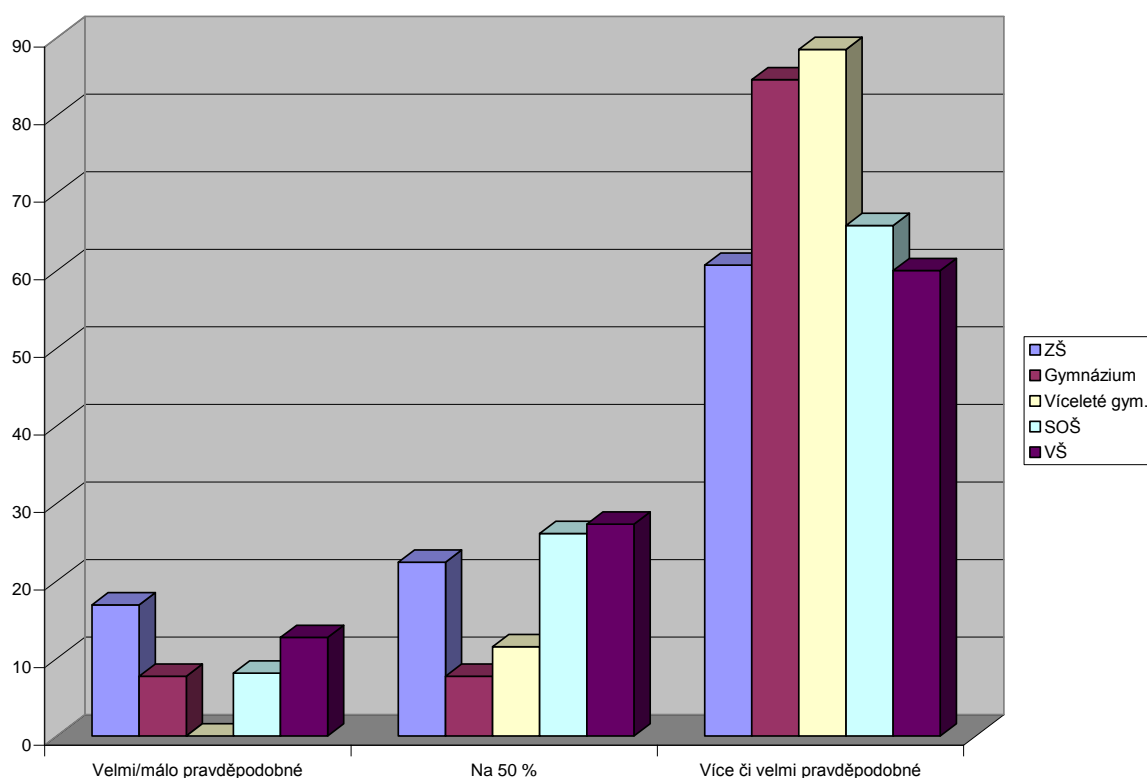


Tab. 13 Hodnocení možnosti opětovného výběru životního povolání učitelství (%).

	ZŠ	Gymnázium	Víceleté gym.	SOŠ	VŠ	Celkem	p-value
Velmi málo/málo pravděpodobné	22,9	15,4	11,5	16,9	23,7	19,7	0,017 (*)
Na 50 %	34,5	17,9	30,8	28,1	30,9	30,4	
Více či velmi pravděpodobné	42,2	66,6	57,7	55,1	55,4	49,7	

χ^2 test v kontingenčních tabulkách

Ještě lichotivěji vyzněly odpovědi na otázku, zda by si dotázaní při zcela volném výběru zvolili za své působiště stávající školu. Zde odpovědělo kladně téměř 66 % všech respondentů, nejčastěji šlo o učitele ze čtyřletých (84,6 %) a víceletých (88,5 %) gymnázií. Na svém současném pracovišti by si neprálo pracovat pouze 11,8 % dotázaných, nejčastěji se opět jednalo o učitele ze základních (16,9 %) a vysokých (12,7 %) škol (graf 7, tab. 14).



Graf 7 Hodnocení výběru působiště stávající školy (%)

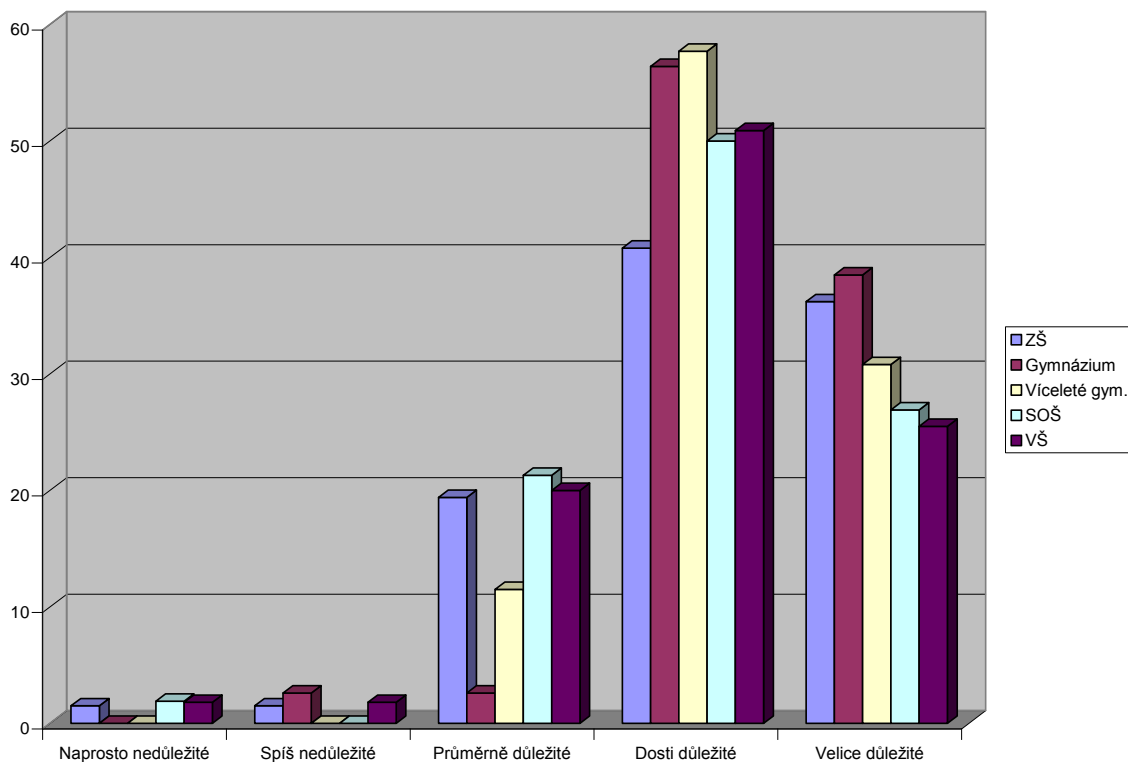
Tab. 14 Hodnocení výběru působiště stávající školy (%).

	ZŠ	Gymná-zium	Víceleté gym.	SOŠ	VŠ	Celkem	p-value
Velmi málo/málo pravděpodobné	16,9	7,7	0,0	8,1	12,7	11,8	0,044 (**)
Na 50 %	22,4	7,7	11,5	26,1	27,3	22,4	
Více či velmi pravděpodobné	60,7	84,6	88,5	65,8	60,0	65,8	

χ^2 test v kontingenčních tabulkách

O vztahu ke zvolené profesi vypovídá i odpověď na otázku, za jak důležité respondenti učitelství považují, jakou váhu mu přiřkládají ve svém životě (graf 8, tab. 15). Učitelé své profesi přisuzují ve svém životě velký význam. Téměř 80 % dotázaných považovalo učitelství za dosti (47,3 %) až velice (31,7 %) důležité. Rozdíly mezi skupinami nejsou statisticky významné, nejvyšší váhu nicméně přiřkládali své profesi učitelé ze čtyřletých

a víceletých gymnázií, kde jako „dosti“ a „velice důležité“ odpovědělo 94,9, resp. 88,5 % dotázaných.



Graf 8 Hodnocení důležitosti učitelství v životě učitelů (%)

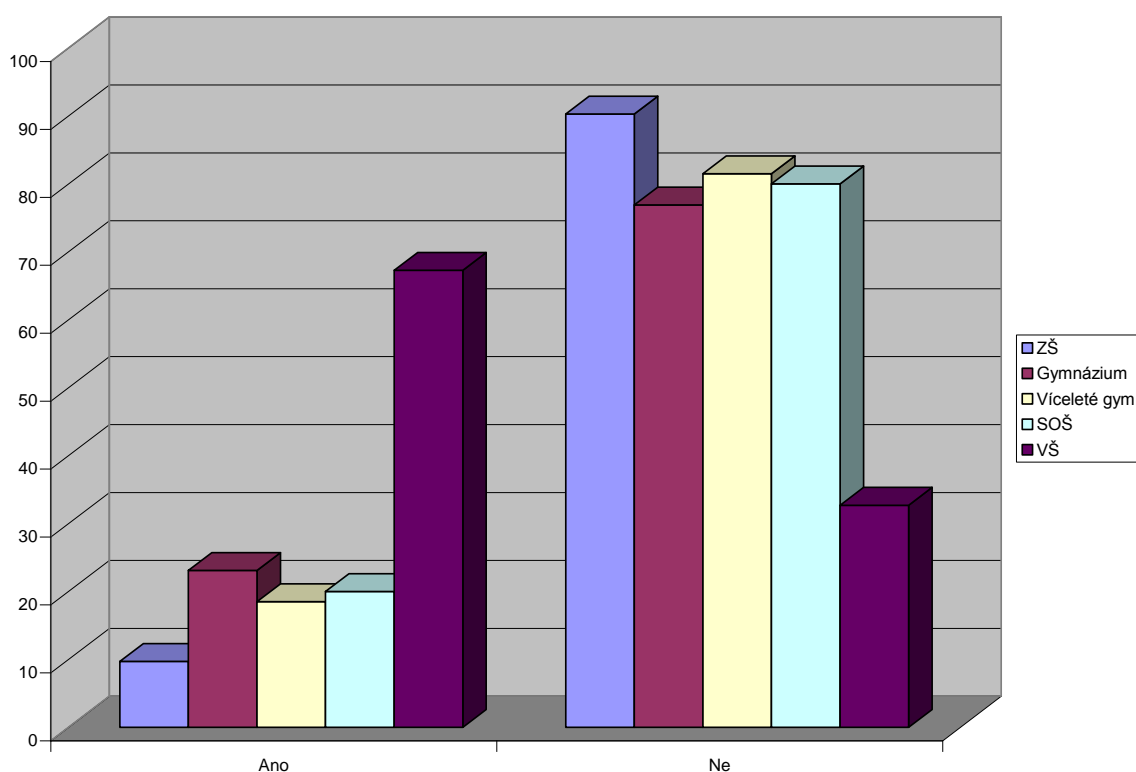
Tab. 15 Hodnocení důležitosti učitelství v životě učitelů (%).

	ZŠ	Gymnázium	Víceleté gym.	SOŠ	VŠ	Celkem	p-value
Naprosto nedůležité	1,5	0,0	0,0	1,9	1,8	1,5	0,447 (NS)
Spíš nedůležité	1,5	2,6	0,0	0,0	1,8	1,1	
Průměrně důležité	19,4	2,6	11,5	21,3	20,0	18,3	
Dosti důležité	40,8	56,4	57,7	50,0	50,9	47,3	
Velice důležité	36,2	38,5	30,8	26,9	25,5	31,7	

χ^2 test v kontingenčních tabulkách

Lze tedy konstatovat, že účastníci studie byli se svou profesí vcelku spokojeni a učitelství

přikládají velkou důležitost. Z tohoto hlediska je pak smutné, že lidé, kteří si osobně váží vysokého kreditu svého povolání, vnímali společenskou prestiž vykonávané profese jako velice nízkou (graf 9, tab. 16). Se společenskou prestiží své profese byla spokojena pouze pětina dotázaných (21,4 %), zatímco 78,6 % dotázaných, a to zejména učitelé základních škol, spokojeno nebylo. Výsledky mezi jednotlivými stupni škol jsou statisticky významně rozdílné, což je dáno zejména značnou nespokojeností s prestiží vykonávané profese u učitelů základních škol (90,3 %) a naopak poměrně vysokým vnímáním společenské prestiže ze strany vysokoškolských učitelů (67,3 %).

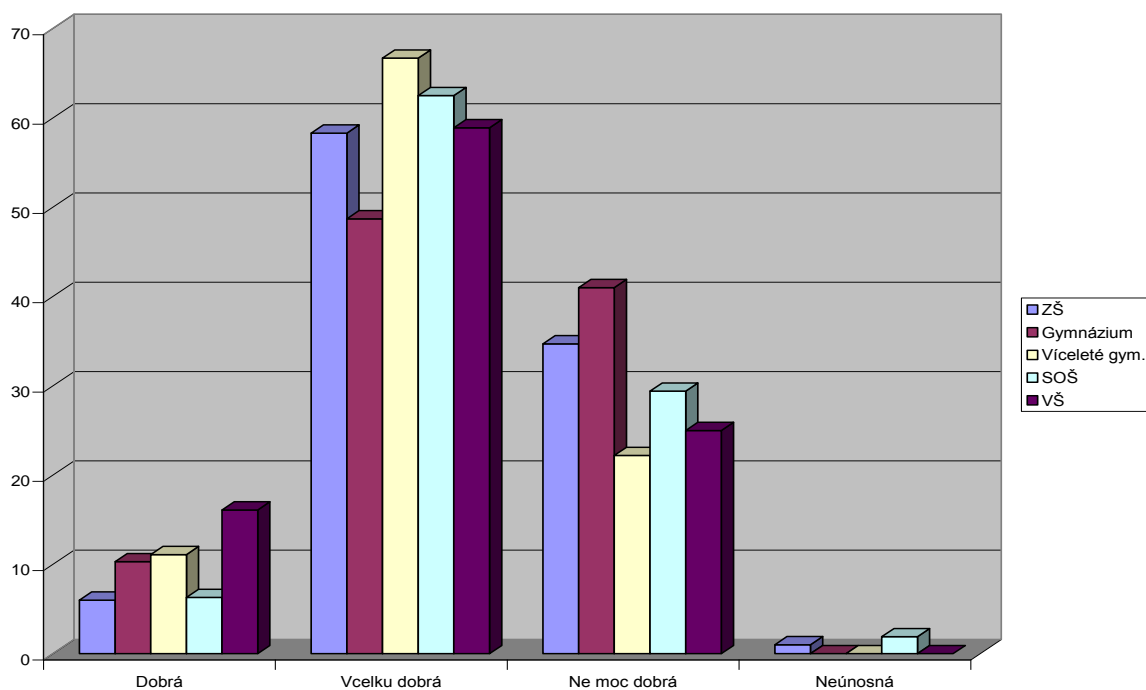


Graf 9 Spokojenost s prestiží vlastní profese (%)

Z našeho šetření vyplynulo, že finanční situaci rodiny považovalo za dobrou pouze necelých 8 % dotázaných, 60 % učitelů ji hodnotilo jako vcelku dobrou a téměř jedna třetina spokojená nebyla (graf 10, tab. 16). Nejméně spokojení s finanční situací své rodiny byli profesori čtyřletých gymnázií (41 %) a učitelé základních škol (34,7 %).

Tab. 16 Spokojenost s prestiží vlastní profese a s finanční situací rodiny (%).

	ZŠ	Gymnázium	Víceleté gym.	SOŠ	VŠ	Celkem	p-value
Spokojenost s prestiží vykonávané profese (%)							
Ano	9,7	23,1	18,5	20,0	67,3	21,4	< 0,001
Ne	90,3	76,9	81,5	80,0	32,7	78,6	
Spokojenost s finanční situací rodiny (%)							
Dobrá	6,0	10,3	11,1	6,3	16,1	7,9	0,308 (NS)
Vcelku dobrá	58,3	48,7	66,7	62,5	58,9	59,5	
Ne moc dobrá	34,7	41,0	22,2	29,4	25,0	31,6	
Neúnosná	1,0	0,0	0,0	1,9	0,0	1,0	



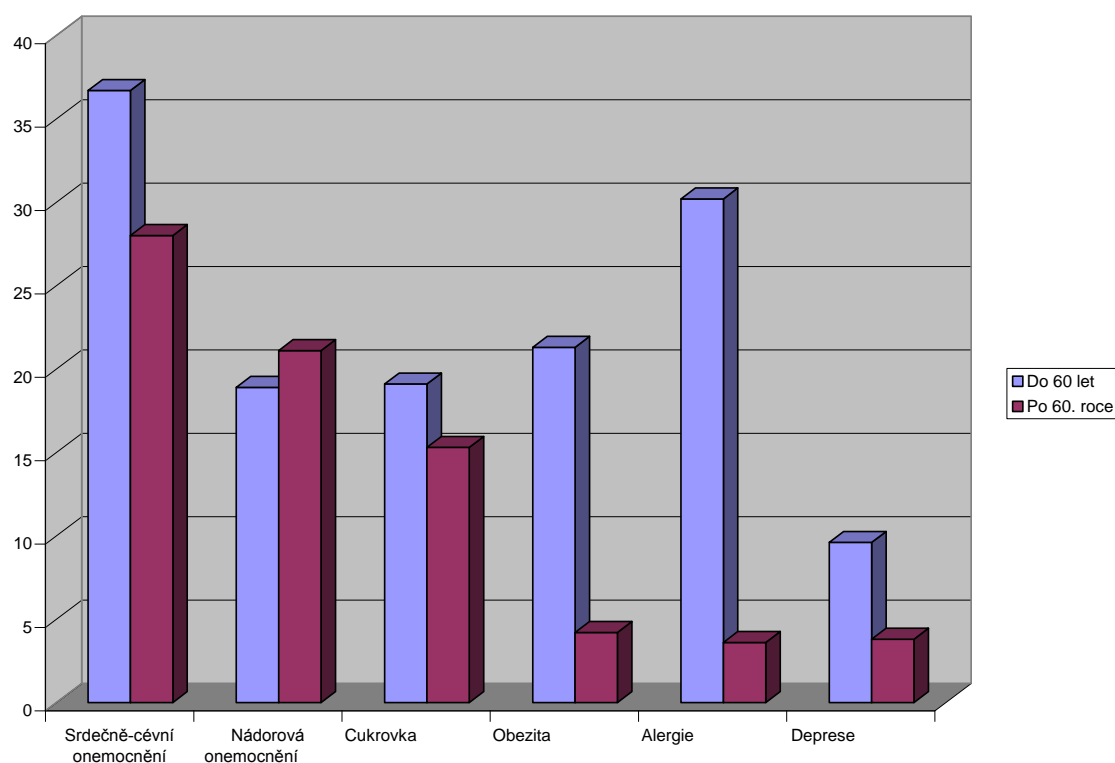
Graf 10 Spokojenost s finanční situací rodiny (%)

4.2 Zátěž v rodinné anamnéze

Pozitivní rodinná anamnéza byla prokázána jako nejčastější riziko a to téměř u 90 % dotázaných. Toto riziko šlo napříč všemi sledovanými skupinami a rozdíly mezi nimi nebyly statisticky významné. Jednotlivá onemocnění podchycená v rámci odběru rodinné anamnézy jsou uvedena v grafu 11 a tab. 17. Největší procento dotázaných (64,7 %) mělo v rodinné anamnéze zátěž *kardiovaskulárním onemocněním*. Čtyřicet procent učitelů udávalo zátěž *nádorovým onemocněním*, které se projevilo s přibližně stejnou prevalencí u přímých příbuzných před 60. rokem věku i později, stejně jako onemocnění *cukrovkou*, kterou udávalo celkem 34,4 % respondentů. Vysokou prevalenci jsme zaznamenali i v případě rodinného výskytu *obezity* (celkem u 25,5 % dotázaných) a *alergických onemocnění* (33,8 %), které se u rodinných příbuzných projevily zejména v mladším věku a jejich objevení po 60. roce věku bylo ojedinělé.

Tab. 17 Výskyt vybraných onemocnění v rodinné anamnéze učitelů (%).

Onemocnění	Začátek onemocnění			
	do 60 let		po 60. roce	
	n	%	n	%
Srdečně-cévní onemocnění	165	36,7	126	28,0
Nádorová onemocnění	85	18,9	95	21,1
Cukrovka	86	19,1	69	15,3
Obezita	96	21,3	19	4,2
Alergie	136	30,2	16	3,6
Deprese	43	9,6	17	3,8



Graf 11 Výskyt vybraných onemocnění v rodinné anamnéze učitelů (%)

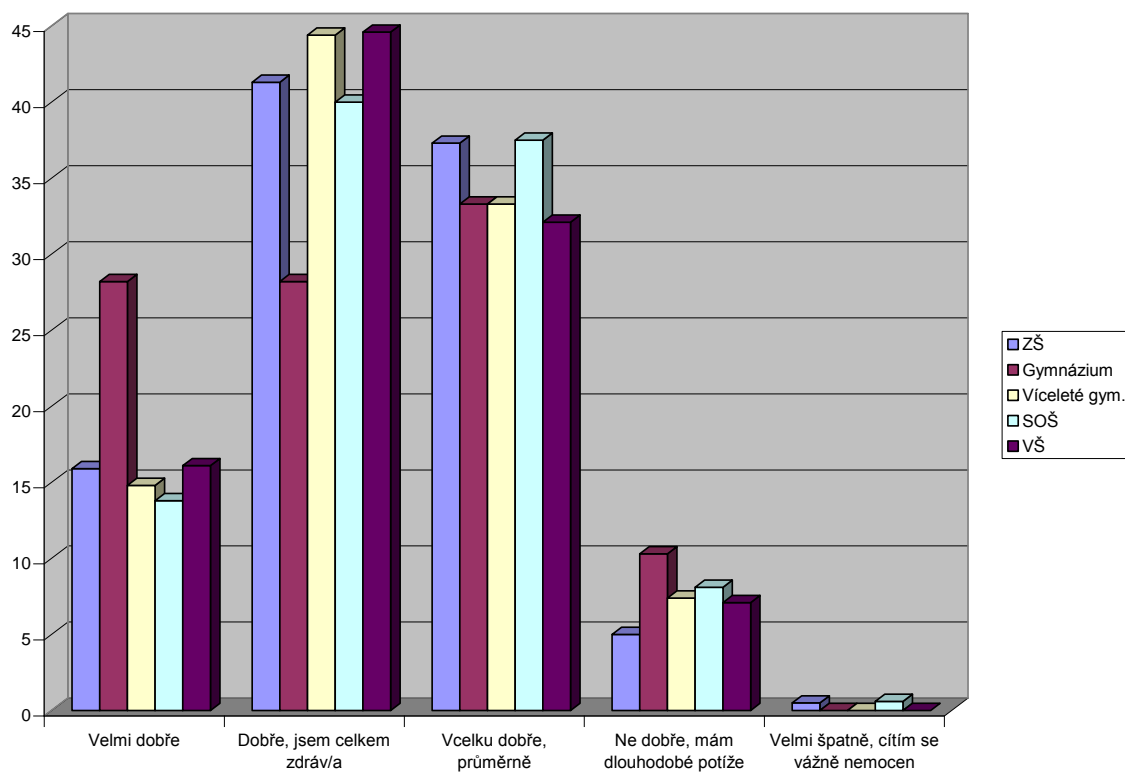
4.3 Zátěž v osobní anamnéze

Dalším významně častým rizikem byla pozitivní osobní anamnéza, tzn. výskyt chronických obtíží či přímo definovaného chronického onemocnění v anamnéze. Naši respondenti se většinou cítili *dobře* (40,4 %) či *průměrně* (36,2 %) a mezi jednotlivými skupinami nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly. Šestnáct procent dotázaných udávalo, že se cítí *velmi dobře*, mezi učiteli gymnázia to bylo dokonce 28 %, a to i přes poměrně vysoký věkový průměr v této skupině (45 let). *Dlouhodobé obtíže* udávalo 6,8 % dotázaných a vážně nemocen se cítil pouze jeden učitel základní školy a jeden ze střední odborné školy (graf 12, tab. 18).

Tab. 18 Subjektivní vnímání současného zdravotního stavu (%).

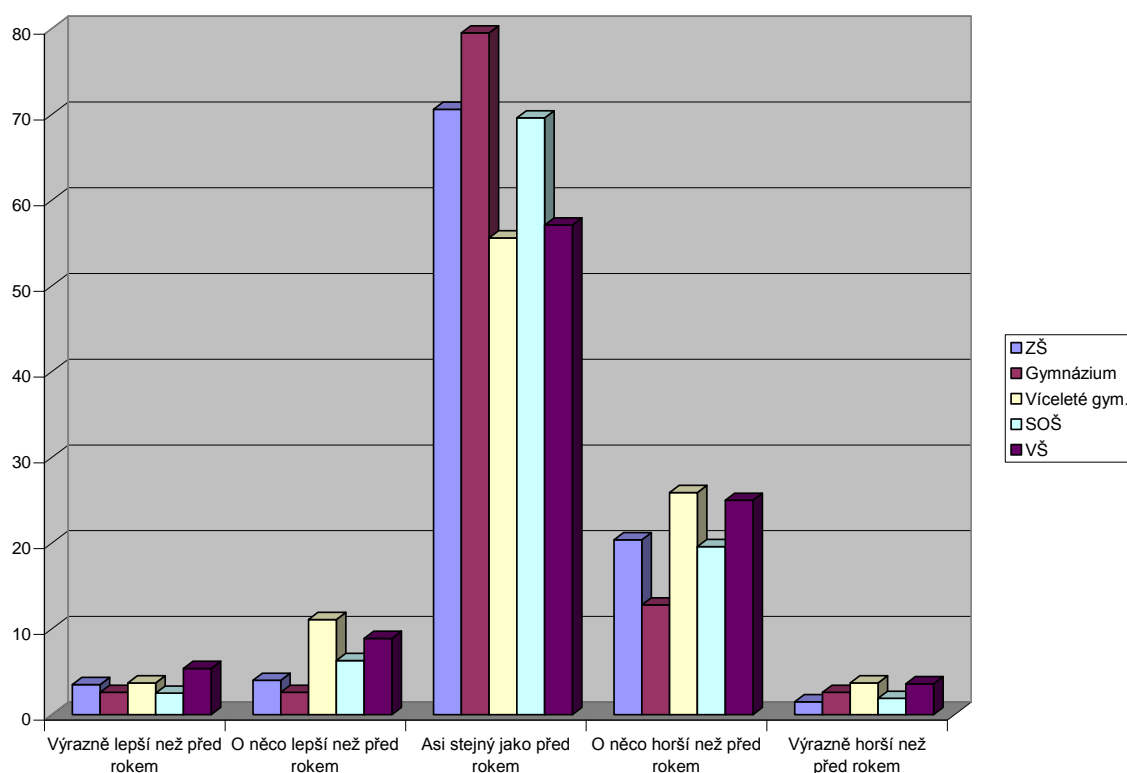
	ZŠ	Gymná- -zium	Víceleté gym.	SOŠ	VŠ	Celkem	p-value
Velmi dobře	15,9	28,2	14,8	13,8	16,1	16,1	0,900 (NS)
Dobře, jsem celkem zdrav/a	41,3	28,2	44,4	40,0	44,6	40,4	
Vcelku dobře, průměrně	37,3	33,3	33,3	37,5	32,1	36,2	
Ne dobře, mám dlouhodobé obtíže	5,0	10,3	7,4	8,1	7,1	6,8	
Velmi špatně, cítím se vážně nemocen	0,5	0,0	0,0	0,6	0,0	0,4	

χ^2 test v kontingenčních tabulkách



Graf 12 Subjektivní vnímání současného zdravotního stavu (%)

Ve srovnání s minulým rokem vnímali respondenti svůj současný zdravotní stav většinou jako *stejný*. Pětina dotázaných však udávala *určité zhoršení*. Nejčastěji se jednalo o učitele víceletých gymnázií a vysokých škol, kde si na zhoršení stěžovala dokonce čtvrtina respondentů. Rozdíly mezi sledovanými pracovišti ovšem nebyly statisticky významné (graf 13, tab. 19).



Graf 13 Porovnání subjektivně vnímaného zdravotního stavu nyní a před rokem (%)

Tab. 19 Porovnání subjektivně vnímaného zdravotního stavu nyní a před rokem (%).

	ZŠ	Gymnázium	Víceleté gym.	SOŠ	VŠ	Celkem	p-value
Výrazně lepší než před rokem	3,5	2,6	3,7	2,5	5,4	3,3	0,899 (NS)
O něco lepší než před rokem	4,0	2,6	11,1	6,3	8,9	5,6	
Asi stejný jako před rokem	70,6	79,5	55,6	69,6	57,1	68,6	
O něco horší než před rokem	20,4	12,8	25,9	19,6	25,0	20,4	
Výrazně horší než před rokem	1,5	2,6	3,7	1,9	3,6	2,1	

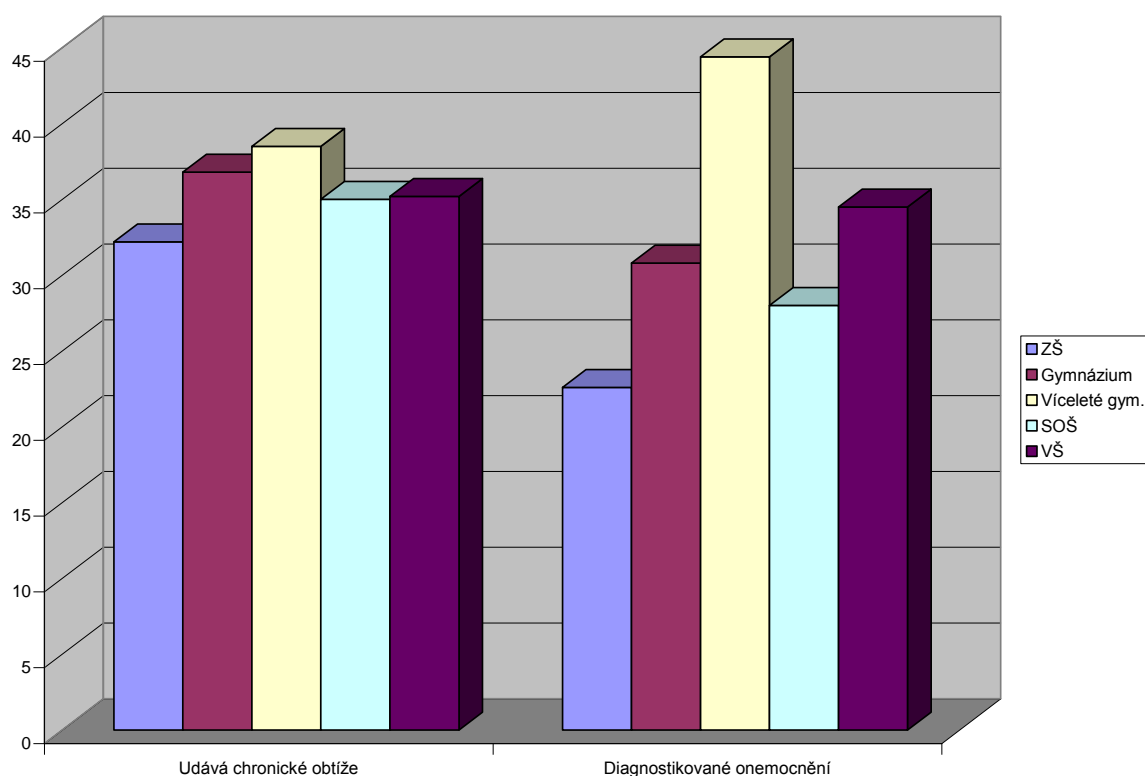
χ^2 test v kontingenčních tabulkách

Chronické obtíže nicméně udávala více jak jedna třetina všech dotázaných (34,2 %), tzn. i lidé, kteří svůj zdravotní stav vnímali jako vcelku dobrý/průměrný. Nejčastěji si na chronické obtíže stěžovali učitelé z víceletých a čtyřletých gymnázií, mezi jednotlivými skupinami však opět nebyly statisticky významné rozdíly. Počet skutečně diagnostikovaných onemocnění byl ve srovnání se subjektivně vnímanými obtížemi o něco nižší (27,7 %), a to ve všech sledovaných skupinách s výjimkou respondentů z víceletých gymnázií, u nichž byla prevalence chronických onemocnění nejvyšší (44,4 %), (graf 14, tab. 20).

Tab. 20 Chronické obtíže učitelů (%).

	ZŠ	Gymnázium	Víceleté gym.	SOŠ	VŠ	Celkem	p-value
Udává chronické obtíže	32,2	36,8	38,5	35,0	35,2	34,2	0,943 (NS)
Diagnostikované onemocnění	22,6	30,8	44,4	28,0	34,5	27,7	0,0981 (NS)

χ^2 test v kontingenčních tabulkách



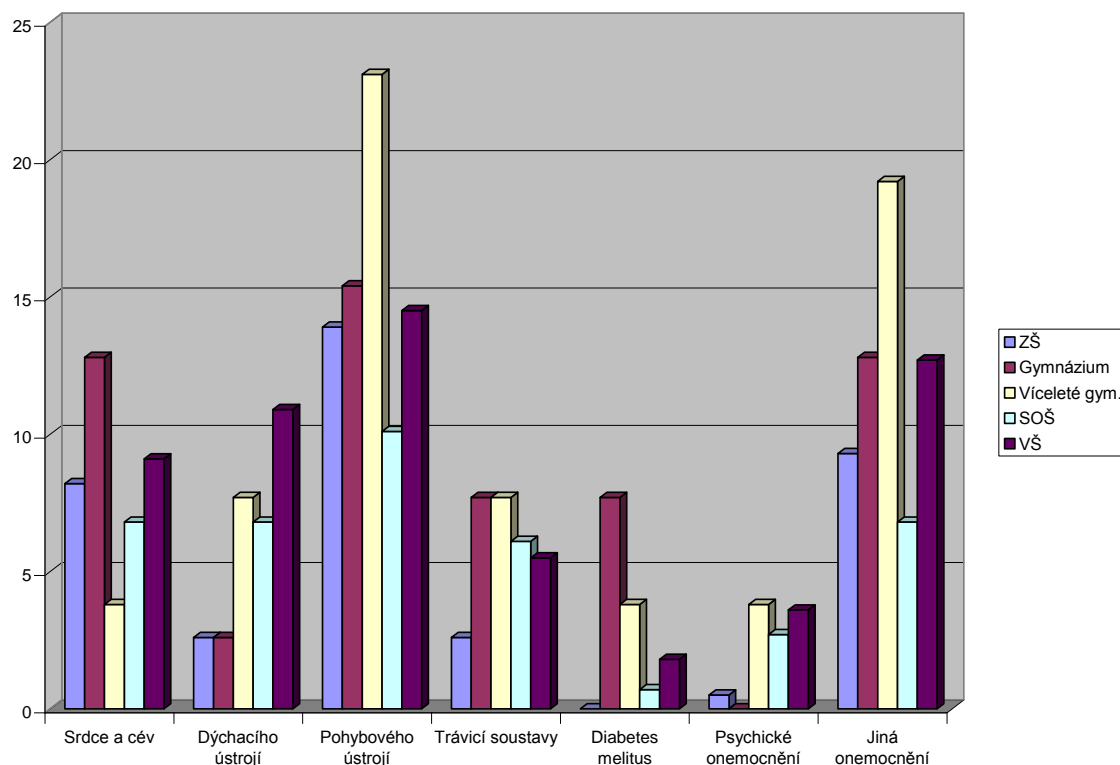
Graf 14 Chronické obtíže učitelů (%)

Z chronických onemocnění se u respondentů nejčastěji vyskytovaly nemoci *pohybového aparátu* (13,4 %) a *onemocnění srdce a cév* (8 %). Rozdíly mezi sledovanými skupinami nebyly statisticky významné s výjimkou *diabetu*, jehož výskyt u učitelů čtyřletých a víceletých gymnázií byl ve srovnání s ostatními skupinami významně častější. Prevalence psychických onemocnění byla relativně nízká (1,7 %), což může souviset s obecnou nechtí přiznávat potíže tohoto charakteru. Na danou otázku odmítlo odpovědět 22 respondentů (graf 15, tab. 21). Další chronická onemocnění uvedlo 41 respondentů. Byly to zejména alergie, bolesti hlavy, oční problémy, urologické problémy a onemocnění štítné žlázy.

Tab. 21 Chronická onemocnění učitelů (%).

Onemocnění:	ZŠ	Gymnázium	Víceleté gym.	SOŠ	VŠ	Celkem	p-value
Srdce a cév	8,2	12,8	3,8	6,8	9,1	8,0	0,689 (NS)
Dýchacího ústrojí	2,6	2,6	7,7	6,8	10,9	5,2	0,093 (NS)
Pohybového ústrojí	13,9	15,4	23,1	10,1	14,5	13,4	0,449 (NS)
Trávicí soustavy	2,6	7,7	7,7	6,1	5,5	4,8	0,420 (NS)
Diabetes melitus	0,0	7,7	3,8	0,7	1,8	1,3	0,002 (**)
Psychické onemocnění	0,5	0,0	3,8	2,7	3,6	1,7	0,282 (NS)
Jiná onemocnění	9,3	12,8	19,2	6,8	12,7	9,7	0,269 (NS)

χ^2 test v kontingenčních tabulkách



Graf 15 Chronická onemocnění učitelů (%)

4.4. Rizika plynoucí ze životního stylu

4.4.1 Zvýšená tělesná hmotnost

Vcelku uspokojivé výsledky jsme zjistili při analýze tělesné hmotnosti učitelů. Tělesnou hmotnost jsme posuzovali podle hodnoty Body mass indexu (BMI), kterou jsme vypočetli na základě informací o hmotnosti (kg) a výšce (cm), kdy za nadváhu je považována hmotnost v rozmezí 25- 29,9 a výsledky BMI ≥ 30 jsou hodnoceny jako obezita. Zvýšenou tělesnou hmotnost (BMI vyšší než 25) mělo 31 % respondentů, nejčastěji učitelé středních odborných (37,3 %) a vysokých (37,1 %) škol (graf 1, tab. 3). Tito také vykazovali nejvyšší prevalenci obezity (8, resp. 16,7 %). Nejpriznivější výsledky jsme zaznamenali u učitelů víceletých gymnázií a základních škol, kde měla vyšší tělesnou hmotnost pouze pětina, resp. čtvrtina dotázaných. Jednalo se většinou o nadváhu. Mezi učiteli víceletých gymnázií nebyl obézní nikdo, u učitelů základních škol pouze 6 jedinců (3,2 %). Zajímavé bylo porovnání mezi vypočtenou hodnotou BMI a subjektivním vnímáním vlastní hmotnosti. Respondenti, a to zejména respondentky, měli tendenci svoji hmotnost spíše přeceňovat a vnímali ji jako zvýšenou častěji, než by odpovídalo vypočtené hodnotě BMI. Toto povědomí jsme zaznamenali zejména u učitelů, resp. učitelek základních škol a čtyřletých gymnázií, tedy ve skupinách, kde byla nadváha zjištěna relativně méně často, vysokoškolští učitelé měli naopak spíše tendenci svoji hmotnost podceňovat.

4.4.2 Zvýšený krevní tlak

Údaje o krevním tlaku a cholesterolu jsme bohužel získali pouze ze subjektivních výpovědí respondentů. Z našeho šetření vyplynulo, že hodnotu svého krevního tlaku znalo přesně 54 % respondentů, 43 % přesnou hodnotu svého tlaku neznalo, ale učitelé věděli, že ho mají buď normální nebo zvýšený či spíše nízký (graf 1, tab. 3). Pouze 14 učitelů (3 %) vůbec netušilo, jak to s jejich krevním tlakem vypadá. V rámci našeho sledování jsme mezi rizikové zařadili osoby, které udaly, že mají systolický tlak vyšší než 140 a/nebo diastolický tlak vyšší než 90, nebo odpověděly, že přesnou hodnotu svého tlaku neznají, ale vědí, že ho mají zvýšený. Podle těchto kritérií bylo možné za rizikové považovat 5,9 % učitelů. Nejvyšší prevalenci osob se zvýšeným tlakem jsme našli mezi učiteli vysokých (9,3 %) a základních (6,1 %) škol, rozdíly mezi skupinami však nebyly statisticky významné.

4.4.3 Zvýšená hladina cholesterolu

Co se týče hladiny cholesterolu, byla úroveň informovanosti ještě nižší (graf 1, tab. 3). Pro potřeby naší studie jsme mezi rizikové zařadily osoby, které měly hodnotu cholesterolu vyšší nebo rovnou 5,2 mmol/l, nebo přesnou hodnotu neznaly, ale věděly, že ji mají zvýšenou. Přesnou hodnotu svého cholesterolu znalo pouze 14,4 % respondentů, 45 % přesnou hodnotu neznalo, ale věděli, že ho mají v normě. Necelých 12 % učitelů sice přesnou hodnotu neznalo, ale věděli, že mají cholesterol zvýšený. Více než 28 % dotázaných pak nevědělo, jak to s jejich cholesterolem vypadá. Rozdíly v informovanosti mezi učiteli různých typů škol opět nebyly statisticky významné.

4.4.4 Prevalence kouření

Prevalence negativních faktorů životního stylu je uvedena v tab. 22, která zachycuje sloupcová procenta kouření cigaret a užívání vybraných léků a pití kávy v jednotlivých sledovaných skupinách respondentů. Kvantitativní data vyjadřující počet vykouřených cigaret týdně, počet let kouření či týdenní konzumaci alkoholických nápojů jsou vzhledem k nesymetrickému rozložení četností prezentována jako medián a 25. a 75. percentil.

V našem souboru **kouřilo** 12,3 % dotázaných (7 % *pravidelně* a 5,3 % *příležitostně*), 15,2 % osob byli *bývalí kuřáci* a 72,6 % *nekuřáci* (graf 1, tab. 3). Rozdíly mezi jednotlivými skupinami nebyly statisticky významné, i když z tabulky 3 je zřejmé, že nejvyšší prevalence pravidelných kuřáků je u učitelů vysokých škol a profesorů čtyřletých gymnázií, nejnižší pak u profesorů víceletých gymnázií. Ti, spolu s učiteli základních škol, současně vykazovali nejvyšší frekvenci bývalých kuřáků. Co do počtu denně vykouřených cigaret nebyly mezi sledovanými skupinami statisticky významné rozdíly, padesát procent pravidelných kuřáků kouřilo 10 cigaret denně, přičemž nejmenší počet denně vykouřených cigaret (5) jsme našli mezi učiteli víceletých gymnázií a nejvyšší počet (15) u učitelů čtyřletých gymnázií. Průměrná délka kouření u osob s pozitivní kuřáckou anamnézou činila 10 let. Mezi jednotlivými skupinami nebyly zaznamenány statisticky významné rozdíly, i když jednoznačně nejdéle kouřili učitelé čtyřletých gymnázií (medián = 20 let), což lze do jisté míry vysvětlit i nejvyšším věkovým průměrem u respondentů této skupiny. S přihlédnutím k nejvyššímu průměrnému počtu denně vykouřených cigaret u této skupiny

musíme nicméně konstatovat, že v případě našeho šetření patřili učitelé čtyřletých gymnázií k nejrizikovější skupině (tab. 22).

4.4.5 Konzumace alkoholických nápojů

Co se týče konzumace alkoholických nápojů, nepatřili učitelé našeho souboru mezi rizikové konzumenty (tab. 22). Naši respondenti sice přiznávali, že pijí alkoholické nápoje, jejich konzumace však většinou nepřekračovala bezpečnou týdenní konzumaci alkoholických nápojů, za kterou považujeme 21 dávek pro zdravého muže (přičemž 1 dávka je 250 ml 12° piva, 100 ml vína či 25 ml tvrdého alkoholu) a 14 dávek pro zdravou ženu. Z celkového počtu 484 respondentů uvedlo pouze 239 osob (106 mužů a 133 žen), že pravidelně pijí pivo. Jejich průměrná týdenní spotřeba činila $1,7 \pm 1,7$ litru piva (medián=1) v rozmezí 0,1 až 12 litrů týdně. Nejvyšší spotřebu piva jsme zaznamenali u učitelů čtyřletých gymnázií ($2,2 \pm 2,7$ l) a vysokých škol (2 ± 2 l).

Víno pravidelně konzumovalo 264 dotázaných (66 mužů a 198 žen), a to v množství $5,3 \pm 6,4$ dcl týdně (medián = 4) v rozmezí 0,01 - 60 dcl týdně. Nejvyšší týdenní konzumaci vína uvedli učitelé čtyřletých ($6,4 \pm 5,2$ dcl) a víceletých ($6 \pm 6,2$ dcl) gymnázií, nejnižší pak učitelé vysokých škol ($4,3 \pm 3,8$ dcl).

Pravidelnou týdenní konzumaci destilátů uvedlo 128 respondentů, (53 mužů a 75 žen). Tito přiznali průměrný počet $2,2 \pm 3,1$ malých skleniček (25 ml) týdně (medián = 1). Jako nejnižší počet malých skleniček týdně uvedli dotázaní 0,001, nejvyšší počet pak představovalo 25 vypitých skleniček týdně. Nejvyšší spotřebu destilátů udávali učitelé víceletých gymnázií ($4,6 \pm 7,9$ skleniček týdně), ale obecně platí, že mezi sledovanými skupinami nebyly ve spotřebě alkoholických nápojů statisticky významné rozdíly.

Tab. 22 Negativní faktory životního stylu učitelů.

	ZŠ	Gymnázium	Víceleté gym.	SOŠ	VŠ	Celkem	p-value
<i>Kouření cigaret (%)</i>							
Pravid. kuřák	6,6	10,3	3,7	5,7	11,1	7,0	0,717 (NS)
Příležitost. kuřák	3,1	5,1	3,7	8,2	5,6	5,3	
Bývalý kuřák	16,8	10,3	18,5	13,9	14,8	15,2	
Nekuřák	73,5	74,4	74,1	72,2	68,5	72,6	
<i>Průměrný počet denně vykouřených cigaret u pravidelných kuřáků</i>							
Medián	10	15	5	10	9	10	0,425 (NS)
25.-75. percent.	7 – 15	8 – 20	5 – 5	5 – 13	6,5–17,5	7 – 15	
<i>Průměrná délka kouření cigaret u osob s pozitivní kuřáckou anamnézou (let)</i>							
Medián	10	20	10	10	10,5	10	0,277 (NS)
25.-75. percent.	3,25 – 15	7,25 - 36	4,25- 16,25	5 – 25	5,75 - 35,5	5 – 21	
<i>Průměrná konzumace piva za týden (litry/týden)</i>							
Medián	1	1	1	1	1	1	0,533 (NS)
25.-75. percent.	0,5 – 2	0,5 – 2,5	0,75 - 2,25	0,5 – 2	0,5 – 3	0,5 – 2	
<i>Průměrná konzumace vína za týden (dcl/týden)</i>							
Medián	4	5	4	4	3	4	0,425 (NS)
25.-75. percent.	2 -6	2 – 10	1 – 8,75	2 – 6	2 – 5	2 – 6	
<i>Průměrná konzumace destilátů za týden (cl/týden)</i>							
Medián	2	1	1	1	1	1	0,816 (NS)
25.-75. percent.	1 – 2	1 – 2,5	1 – 4,5	1 – 2	1 – 3	1 – 2	
<i>Užívání léků na uklidnění či prášků na spaní (%)</i>							
Pravidelně	3,0	2,6	0,0	1,3	7,1	2,7	0,413 (NS)
Občas	14,2	15,4	11,5	12,6	7,1	12,8	
Ne, nikdy	82,7	82,1	88,5	86,2	85,7	84,5	
<i>Pití kávy (%)</i>							
Pravidelně	71,1	71,8	66,7	62,9	62,5	67,2	0,174
Občas	16,4	12,8	7,4	23,3	26,8	19,1	

4.4.6 Užívání léků

Naše studie nepotvrdila zvýšené užívání léků na uklidnění či prášků na spaní (tab. 22). Naprostá většina respondentů (84,5 %) uvedla, že takové preparáty neužívá. Necelých 13 % dotázaných přiznalo jejich občasnou konzumaci a pouze 2,7 % respondentů uvedlo, že užívá hypnotika a sedativa pravidelně. Co se týče vlivu pohlaví na konzumaci uvedených preparátů, přiznalo občasnou konzumaci 10,4 % mužů a 13,8 % žen, pravidelnou 4,2 % mužů a 2,1 % žen. Nejvyšší pravidelnou konzumaci těchto preparátů uvedli učitelé vysokých škol (7,1 %), rozdíly mezi jednotlivými skupinami však nebyly statisticky významné ($p = 0,413$).

Rozdíly nebyly nalezeny ani v pití kávy, kterou pilo pravidelně 67,2 % a občas 19,1 % respondentů. Co se týče množství, udávali naši respondenti nejčastěji konzumaci 2 šálků kávy.

4.4.7 Stravovací režim

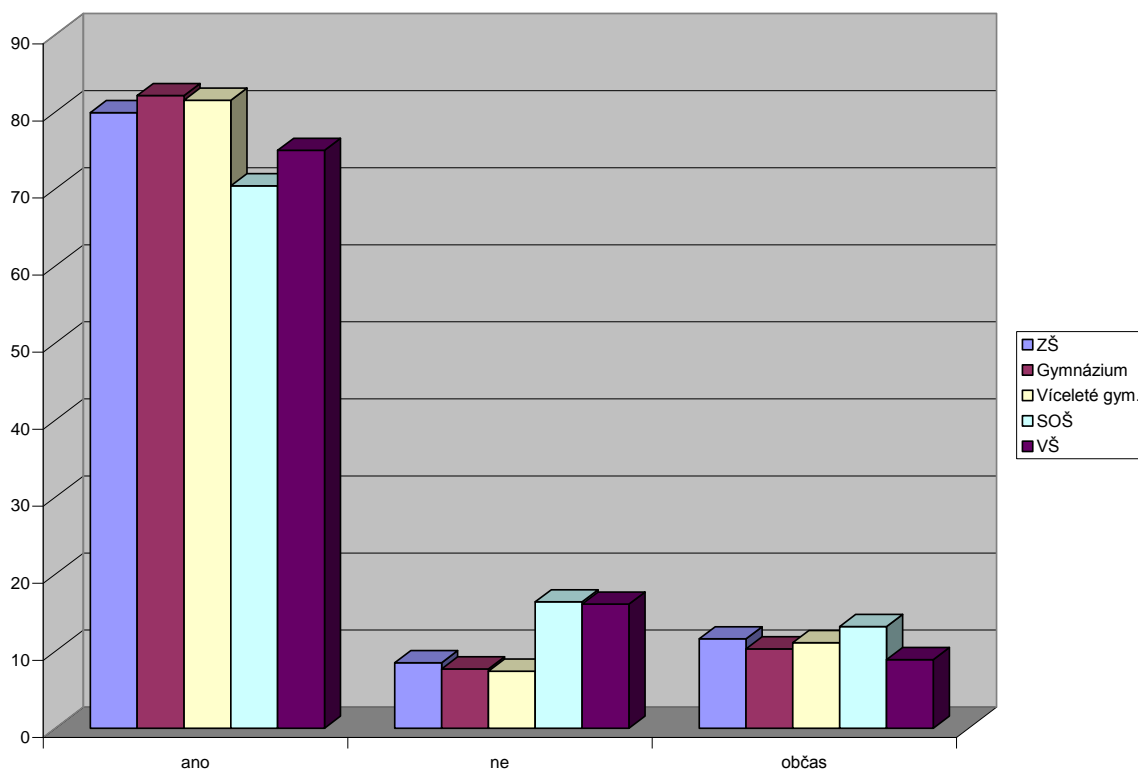
Vcelku kladně ve srovnání s jinými profesními skupinami můžeme hodnotit i stravovací režim učitelů (graf 16, tab. 23). *Pravidelně*, tj. minimálně 3 x denně, se stravovalo 76,5 % učitelů a 11,6 % se takto stravovalo *občas*. *Nepravidelně* se stravovalo pouze 11,9 % respondentů, a to zejména učitelé středních odborných a vysokých škol. Výsledky mezi sledovanými skupinami nebyly statisticky významně rozdílné.

Tab. 23 Stravovací režim učitelů (%).

	ZŠ	Gymnázium	Víceleté gym.	SOŠ	VŠ	Celkem	p-value
Pravidelné stravování (%)							
Ano	79,9	82,1	81,5	70,4	75,0	76,5	0,387 (NS)
Ne	8,5	7,7	7,4	16,4	16,1	11,9	
Občas	11,6	10,3	11,1	13,2	8,9	11,7	
Alespoň jedno teplé jídlo denně (%)							
Ano	84,4	84,6	63	66,5	62,5	74,8	< 0,001 (***)
Většinou	8	7,7	18,5	24,6	30,4	16,7	
Občas	7,6	5,1	18,5	7,6	7,1	7,9	
Ne	0	2,6	0	1,3	0,0	0,6	
V případě, že ano, jaké jídlo? (%)							
Oběd	86,5	81,1	92,0	76,5	67,9	80,8	0,048 (*)
Večeře	6,8	8,1	4,0	12,8	12,5	9,4	
Oběd i večeře	6,8	10,8	4,0	10,7	19,6	9,8	

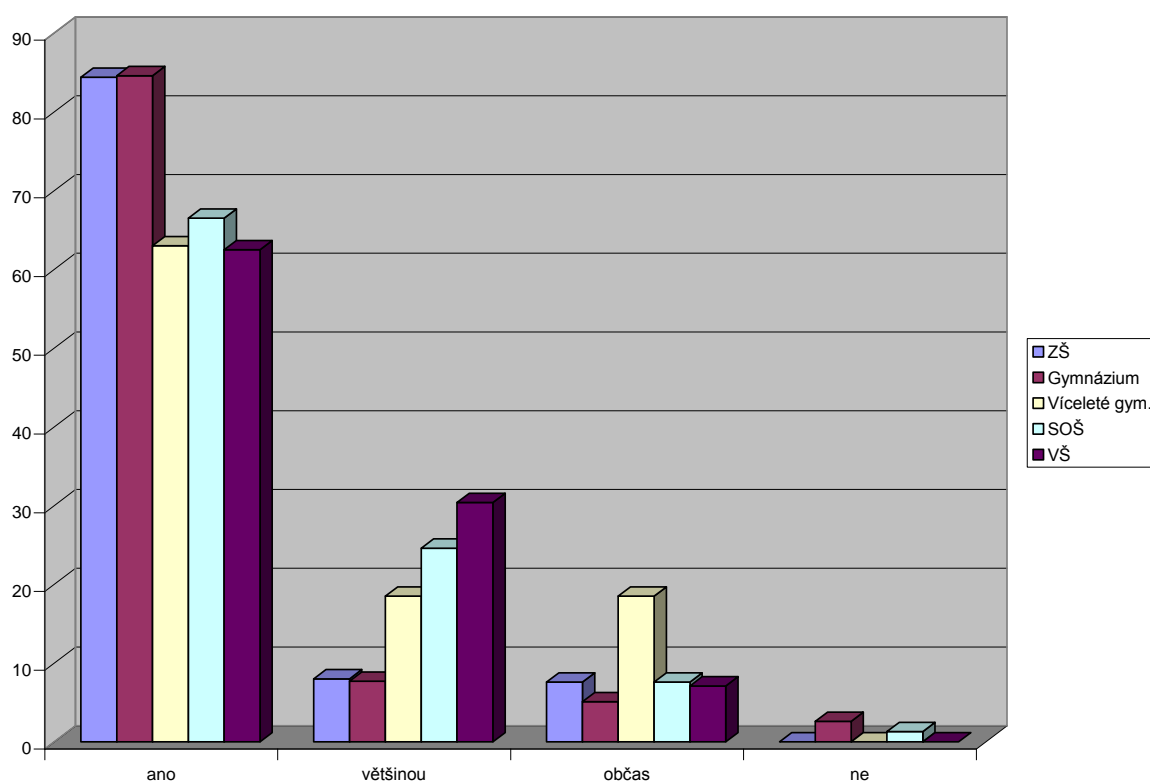
χ^2 test v kontingenčních tabulkách

Hladina významnosti: NS (nesignifikantní) = $p \geq 0,05$; * = $p < 0,05$; *** $p < 0,001$



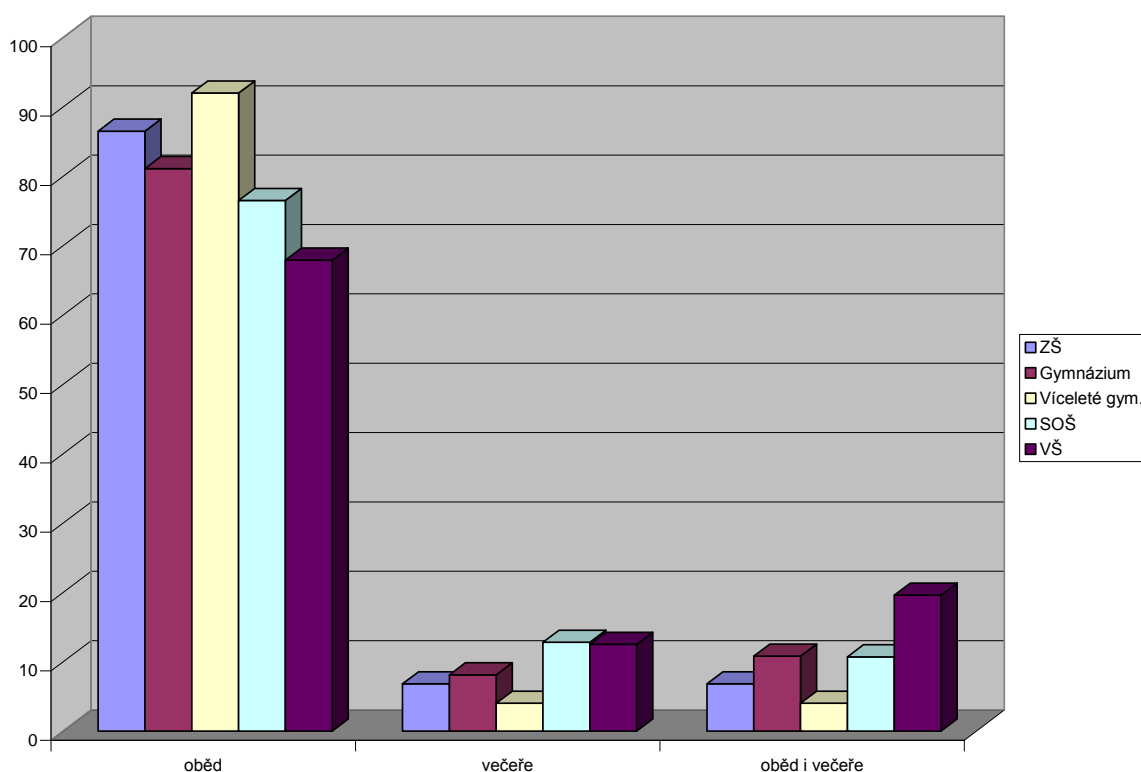
Graf 16 Pravidelné stravování (%)

Celkem 74,8 % učitelů různých stupňů škol uvedlo, že má alespoň jedno teplé jídlo pravidelně denně (graf 17, tab. 23). Nejhorší výsledky jsme zaznamenali u učitelů vysokých škol, z nichž mělo alespoň jedno teplé jídlo pravidelně denně pouze 62,5 % dotázaných a dále u učitelů víceletých gymnázií, kde se takto stravovalo 63 %. Rozdíly mezi skupinami byly statisticky významné ($p < 0,001$).



Graf 17 Pravidelnost konzumace alespoň jednoho teplého jídla denně (%)

Teplým jídlem byl nejčastěji *oběd* (v 80,8 %), 9,8 % dotázaných mívá teplý *oběd i večeři* (graf 18, tab. 23). Rozdíly mezi skupinami byly opět statisticky významné. Pitný režim učitelů uvedených typů škol činil průměrně 2 litry tekutin denně.



Graf 18 Konzumace konkrétního teplého jídla během dne (%)

V další fázi jsme se pokusili alespoň orientačně zhodnotit stravovací režim učitelů co do preference vybraných komodit. Sledovali jsme frekvenční konzumaci protektivních (ovoce, zelenina, nízkotučné mléčné výrobky, ryby a drůbež) a rizikových potravin (maso vepřové a hovězí, uzeniny, sladkosti, mléčné výrobky polotučné a plnotučné). Z tabulky 24 vyplývá, že z tohoto hlediska mají naši respondenti stále poměrně značné rezervy. Konzumace ovoce a zeleniny, které by se v našem jídelníčku měly objevit 3x, resp. 5x denně, je nedostatečná, přičemž nejhorší je tato situace u VŠ učitelů. Z mléčných výrobků preferují učitelé spíše produkty plnotučné a nízkotučné. Konzumace ryb a drůbežního masa je o něco vyšší než masa vepřového či hovězího, i tak jsme však zaznamenali vysoký příjem červeného masa u 15,6 % respondentů, kteří jedí toto maso buď denně nebo 4x až 6x týdně. Nejčastější konzumaci červeného masa jsme zaznamenali u vysokoškolských učitelů (24,5 %). Nadměrnou konzumaci uzenin (několikrát denně či 4x až 6x týdně) udávalo 18,5 % respondentů, nejvíce opět učitelé vysokých škol (21,8 %). Polovina respondentů (49,3 %) pak vykazovala nadměrnou konzumaci sladkostí - několikrát denně až 4x - 6x týdně. Denní konzumaci sladkostí uváděli zejména učitelé ZŠ a gymnázií (tab. 25).

Tab. 24 Stravovací návyky učitelů sledovaných skupin – konzumace ovoce, zeleniny a mléčných výrobků (%).

	ZŠ	Gymnázium	Víceleté gym.	SOŠ	VŠ	Celkem
Ovoce p = 0,010; χ^2 test						
několikrát denně	2,0	0	0	4,4	1,9	2,5
Denně	49,7	48,7	59,3	50,0	37,0	48,8
4x-6x týdně	32,3	20,6	22,2	21,2	24,2	26,1
1x-3x týdně	15,9	28,2	18,5	24,3	33,3	21,8
méně často	0,0	2,6	0,0	0,0	3,7	0,6
Zelenina p = 0,182; χ^2 test						
několikrát denně	2,5	2,6	0	4,4	1,8	2,9
Denně	44,6	35,9	55,6	42,9	36,4	43,0
4x-6x týdně	35,9	46,1	22,2	28,8	30,9	33,1
1x-3x týdně	17,0	15,4	22,2	23,8	29,1	20,8
méně často	0,0	0,0	0,0	0,0	1,8	0,2
Mléčné výrobky nízkotučné p = 0,448; χ^2 test						
několikrát denně	1,6	0	5,6	0	0	1,2
Denně	15,3	27,8	33,3	16,3	20,0	18,1
4x-6x týdně	13,5	16,7	16,7	17,3	4,0	14,4
1x-3x týdně	33,9	27,8	33,4	29,4	32	31,7
méně často	35,6	27,8	11,1	37,0	44,0	34,7
Mléčné výrobky polotučné p = 0,090; χ^2 test						
několikrát denně	0,7	0	0	0	4,3	0,9
Denně	24,2	14,8	33,3	23,9	25,5	24,0
4x-6x týdně	18,4	29,6	33,3	23,9	17,1	21,5
1x-3x týdně	40,5	44,4	22,3	44,3	51,1	42,4
méně často	16,3	11,1	11,1	8,0	2,1	11,2
Mléčné výrobky plnotučné p = 0,360; χ^2 test						
několikrát denně	0	0	0	0	0	0
Denně	4,6	21,4	15,4	2,9	4,8	5,9
4x-6x týdně	9,2	14,3	7,7	12,8	14,3	11,2
1x-3x týdně	18,3	28,5	23,1	22,8	19,1	21,0
méně často	67,8	35,7	61,5	61,4	61,9	62,4

Tab. 25 Stravovací návyky učitelů sledovaných skupin – konzumace masa, uzenin a sladkostí (%).

	ZŠ	Gymnázium	Víceleté gym.	SOŠ	VŠ	Celkem
Ryby a drůbež						p = 0,469; χ^2 test
několikrát denně	0,0	0,0	0,0	0,6	0,0	0,2
Denně	0,0	0,0	0,0	2,6	0,0	0,9
4x-6x týdně	16,4	14,0	18,5	15,4	21,8	16,7
1x-3x týdně	82,6	80,6	81,4	78,8	76,4	80,4
méně často	1,0	5,6	0,0	2,6	1,8	1,9
Maso vepřové a hovězí						p = 0,145; χ^2 test
několikrát denně	0	0	0	0	0	0
Denně	0,5	2,6	0,0	1,3	0,0	0,9
4x-6x týdně	13,4	18,4	11,1	12,4	24,5	14,7
1x-3x týdně	80,8	76,4	77,7	73,0	68,0	76,2
méně často	5,2	2,6	11,1	13,2	7,5	8,2
Uzeniny						p = 0,372; χ^2 test
několikrát denně	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Denně	3,8	0,0	3,7	1,3	1,8	2,4
4x-6x týdně	15,6	21,6	18,5	12,8	21,8	16,1
1x-3x týdně	66,1	73,0	55,6	69,1	69,1	67,4
méně často	14,5	5,4	22,2	16,8	7,3	14,1
Sladkosti						p = 0,331; χ^2 test
několikrát denně	0,5	0,0	0,0	1,9	3,6	1,3
Denně	27,3	30,3	30,8	16,9	16,4	22,9
4x-6x týdně	21,9	27,3	26,9	28,6	23,6	25,1
1x-3x týdně	44,9	36,4	30,8	42,9	50,9	43,5
méně často	5,3	6,1	11,5	9,7	5,5	7,3

4.4.8 Míra pohybové aktivity a další faktory životního stylu

K ostatním faktorům životního stylu učitelů, které jsme sledovali v provedeném dotazníkovém šetření, patřila míra pohybové aktivity, různá zájmová činnost a doba sledování televize (tab. 26). Naši respondenti hodnotili svoji mimopracovní pohybovou aktivitu jako *průměrnou* (48 %) až *nízkou* (34 %). Za kritickou hodnotu nízké pohybové aktivity jsme stanovili méně než 2 hodiny rekreační nebo závodní pohybové aktivity týdně v průběhu celého roku, tzn. v létě i v zimě (tab. 2). Tuto podmínku nesplnilo pouze 7,9 % dotázaných (graf 1, tab. 3). Je ovšem třeba připustit, že zvolené kritérium je dosti mírné a respondenti sami hodnotili svoji pohybovou aktivitu přísněji: jedenáct procent dotázaných považovalo svoji pohybovou aktivitu za *velmi nízkou* a pouze 6 % za *vysokou*. Mezi sledovanými skupinami byly zjištěny statisticky významné rozdíly ($p = 0,002$) způsobené

zejména vysokým zastoupením respondentů z řad vysokoškolských učitelů, kteří hodnotili svoji pohybovou aktivitu jako *velmi nízkou* a naopak nejméně často (ve srovnání s ostatními) označili svoji pohybovou aktivitu jako *průměrnou*. Vysokoškolští učitelé patřili rovněž do skupiny, která vykazala nejnižší průměrný počet hodin věnovaný týdně tělesně obtížnější činnosti. Zjištěný medián rekreační či závodní pohybové aktivity u učitelů činil v *letním období* 5 a v *zimním období* 3 hodiny týdně. Různým zájmům a koníčkům věnovali učitelé o něco méně času než sledování televize (6 vs. 8 hod týdně), (tab. 26).

Tab. 26 Ostatní sledované faktory životního stylu učitelů.

	ZŠ	Gymnázium	Víceleté gym.	SOŠ	VŠ	Celkem	p-value
Počet hodin, které respondenti týdně po práci věnují tělesně obtížnější činnosti							
Medián	10	10	6	8	5	8	0,025 (*)
25.-75. percent.	5 - 15	4 - 15	2 - 13	5 - 13,5	2 - 10	4 - 14	
Subjektivní hodnocení míry mimopracovní pohybové aktivity							
Velmi nízká	7,7	5,1	15,4	11,5	25,5	11,2	0,002 (**)
Nízká	33,7	30,8	26,9	36,9	34,5	34,2	
Průměrná	55,6	53,8	57,7	43,3	29,1	48,4	
Vysoká	3,1	10,3	0,0	8,3	10,9	6,1	
Rekreační/závodní aktivita v letním období (hod/týden)							
Medián	5	6	7	5	5	5	0,62 (NS)
25.-75. percent.	3 - 10	3 - 8	3,5 - 10	3 - 10	2,25 - 10	3 - 10	
Rekreační/závodní aktivita v zimním období (hod/týden)							
Medián	3	4	4	3	3	3	0,975 (NS)
25.-75. percent.	2 - 6	2 - 6	2 - 6,5	2 - 6	2 - 7,5	2 - 6	
Čas věnovaný zájmové činnosti (hod/týden)							
Medián	6	7	5	6	5	6	0,289 (NS)
25.-75. percent.	4 - 10	4 - 15	3-12,75	3 - 10	2 - 10	3 - 10	
Počet hodin strávených u televize průměrně za týden							
Medián	8	6	10	7	7	8	0,185 (NS)
25.-75. percent.	5 - 12	4 - 10	6 - 10	4 - 10	4 - 10	5 - 11	

4.5 Kumulace vybraných rizikových faktorů

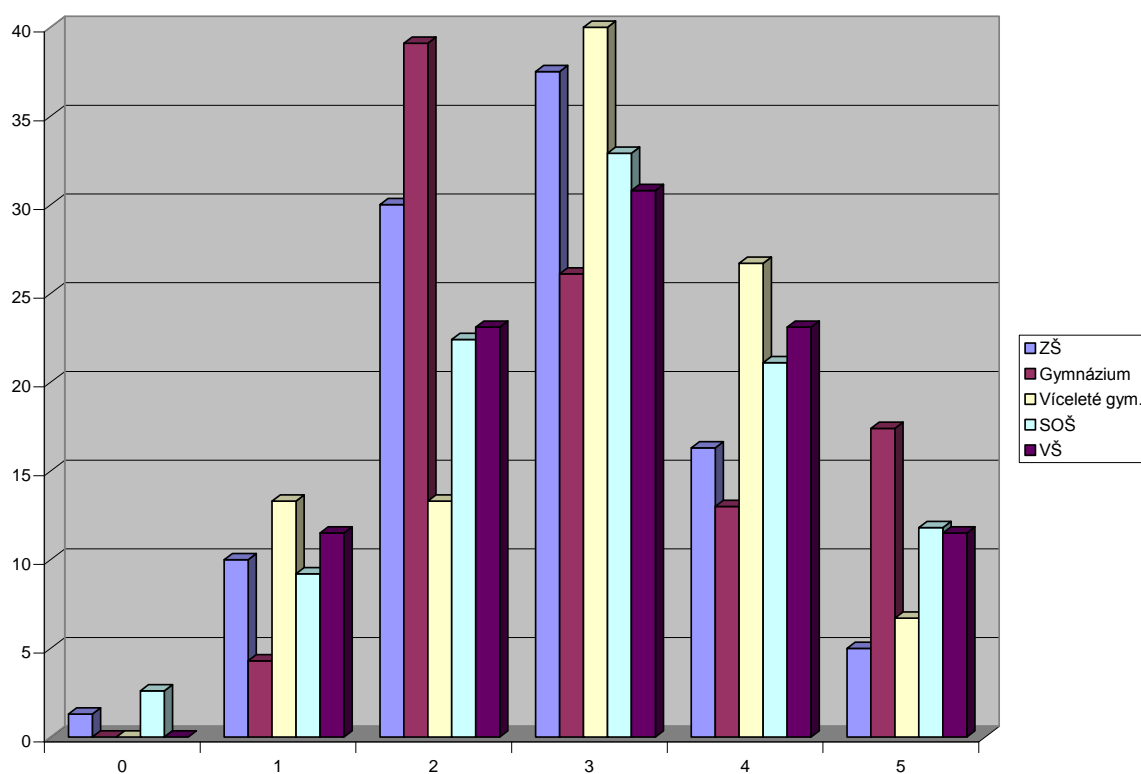
Z našeho šetření vyplynulo, že řada respondentů byla exponována několika rizikovým faktorům současně (graf 19, tab. 27). V našem souboru byly pouze tři osoby, u nichž nebyl prokázán žádný zdravotně rizikový faktor. Necelých 36 % dotázaných bylo vystaveno účinkům 1 – 2 z námi sledovaných rizikových faktorů a 62,7 % (!) bylo pod vlivem 3 a více zdravotně rizikových faktorů. Nejvyšší počet současně působících rizikových faktorů z osmi sledovaných byl pět. Tento stav jsme zaznamenali u 9,5 % respondentů. Nejčastější **kumulaci** 3 a více **rizik** jsme našli u učitelů víceletých gymnázií (73,3 %), nejméně častá byla u učitelů čtyřletých gymnázií (56,5 %), rozdíly mezi sledovanými skupinami však nebyly statisticky významné.

Tab. 27 Kumulace vybraných rizikových faktorů u učitelů různých stupňů škol (%)

Počet rizikových faktorů:	ZŠ	Gymnázium	Víceleté gym.	SOŠ	VŠ	Celkem	p-value
0	1,3	0,0	0,0	2,6	0,0	1,4	0,894 (NS)
1	10,0	4,3	13,3	9,2	11,5	9,5	
2	30,0	39,1	13,3	22,4	23,1	26,4	
3	37,5	26,1	40,0	32,9	30,8	34,1	
4	16,3	13,0	26,7	21,1	23,1	19,1	
5	5,0	17,4	6,7	11,8	11,5	9,5	

χ^2 test v kontingenčních tabulkách

Hladina významnosti: NS (nesignifikantní) = $p \geq 0,05$



Graf 19 Kumulace vybraných rizikových faktorů u učitelů různých stupňů škol (%)

4.6 Vnímání rizika

Téměř 73 % dotázaných respondentů se domnívalo, že se v jejich životním stylu vyskytují zdraví škodlivé faktory. Prevalence této domněnky v jednotlivých sledovaných skupinách kolísala od 61,5 % u učitelů víceletých gymnázií, po 76,8 % u učitelů vysokých škol, rozdíly však nebyly statisticky významné. Zdaleka ne všichni z těch, kteří odpověděli na předchozí otázku kladně, si však myslí, že je v jejich silách tyto faktory ovlivnit. V jednotlivých skupinách je to o 3 % (u učitelů ZŠ) až o 20 % (u učitelů víceletého gymnázia) méně než v první otázce. Přání ovlivnit tyto faktory mělo naopak daleko více respondentů (82,3 %), v každé skupině je to přibližně o 10 % více, než kolik se domnívalo, že je těmito ovlivnitelným faktorům exponováno. Většina dotázaných (průměrně 84,8 %) si myslelo, že má dostatek informací o tom, jak tyto zevní rizikové faktory ovlivnit. Nejlépe informovaní se cítili být učitelé SOŠ, nejméně učitelé z gymnázií, rozdíly mezi skupinami však nebyly statisticky významné (tab. 28). Jako zdraví škodlivé faktory byly učiteli uváděny: stres, málo pohybu, oblast stravování (nepravidelné stravování, nezdravá výživa, mnoho sladkostí) a kouření.

Tab. 28 Percepce rizika vyplývajícího ze životního stylu v %.

	ZŠ	Gymnázium	Víceleté gym.	SOŠ	VŠ	Celkem	p-value
„Domníváte se, že se ve vašem životním stylu vyskytují zdraví škodlivé faktory?“							
Ano:	72,3	73,0	61,5	73,6	76,8	72,7	0,833 (NS)
„Myslíte, že je ve vašich silách tyto faktory ovlivnit?“							
Ano:	69,4	62,1	41,2	68,8	58,7	66,1	0,31 (NS)
„Přejete si tyto faktory ovlivnit?“							
Ano:	80,4	86,2	70,6	83,1	88,6	82,3	0,608 (NS)
„Věděli byste jak je ovlivnit?“							
Ano:	84,7	76,7	76,5	88,9	82,6	84,8	0,37 (NS)

χ^2 test v kontingenčních tabulkách

Hladina významnosti: NS (nesignifikantní) = $p \geq 0,05$

Na otázku, „ Kdo by Vás měl informovat o rizicích Vaší profese a způsobech, jak jim předcházet“, reagovali učitelé tak, že naprostá většina uváděla toto pořadí: praktický lékař (183 respondentů), dále zaměstnavatel (101) a média (31).

Menší část učitelů by uvítala, kdyby je informoval o rizicích jejich profese zejména zaměstnavatel (71 respondentů), dále pak média (26), lékař (18).

Pokud se respondenti domnívali, že neznají dobře svůj zdravotní stav, uváděli tyto důvody:

- o zdravotní stav se nezajímám („ nechci to vědět; raději se tím nezabývám; jdu na prohlídku, pokud je to nevyhnutelné“);
- neochota lékařů („lékař léčí za stolem; větší zájem lékaře obtěžuje; prohlídka u lékaře je formální“);
- nedostatek času a problémy s uvolněním se k lékaři z práce.

Zajímavé odpovědi přinesla i otázka, jaké okolnosti v životě dotázaných vedly k eventuálnímu zlepšení přístupu k vlastnímu zdraví (tab. 29). Tuto změnu v chování uvedlo 55,9 % dotázaných, přičemž mezi učiteli různých stupňů škol nebyl statisticky významný rozdíl. Za vůbec nejčastější podnět k takové změně uváděli učitelé *zlomové životní* události, nemoc či smrt v rodině, ale i optimističtější věci jako těhotenství či narození dítěte. Co do četnosti se na druhém místě ocitl *rozhovor s lékařem a informace v masmédiích* (bylo přímo zmiňováno, že těchto informací po roce 1989 přibývalo). Ojedinele byly uváděny podněty jako: životní styl známých, absolvování kurzu zdravého životního stylu, žádost partnera, získání pocitu samostatnosti, organizační změny na pracovišti.

Na otázku, zda se respondenti cítí být ohroženi vznikem vybraných konkrétně zadaných onemocnění, odpověděla téměř polovina dotázaných, že se cítí být v riziku *srdečně-cévních onemocnění* (graf 20, tab. 30). Rozdíly mezi sledovanými skupinami nebyly statisticky významné. Jako důvod uváděli učitelé nejčastěji dědičnost, stres, vysoký krevní tlak, nadváhu, kouření a zvýšenou hladinu cholesterolu.

Tab. 29 Percepce rizika vyplývajícího z vykonávané profese a ze zdravotního stavu (%).

	ZŠ	Gymnázium	Víceleté gym.	SOŠ	VŠ	Celkem	p-value
„Myslíte si, že jste dostatečně informován o rizicích své profese?“							
Ano:	73,3	69,2	74,1	77,6	66,1	73,5	0,511 (NS)
„Myslíte si, že jste dostatečně poučen/a o možnostech, jak těmto rizikům předcházet?“							
Ano:	67,4	63,2	73,1	64,1	60,7	65,4	0,781 (NS)
„Domníváte se, že znáte dobře svůj zdravotní stav?“							
Ano:	84,6	92,3	84,6	92,2	90,9	88,5	0,185 (NS)
„Vyskytly se ve Vašem životě okolnosti, které vedly ke zlepšení přístupu k vlastnímu zdraví?“							
Ano:	56,5	59,5	38,5	58,2	53,7	55,9	0,427 (NS)

χ^2 test v kontingenčních tabulkách

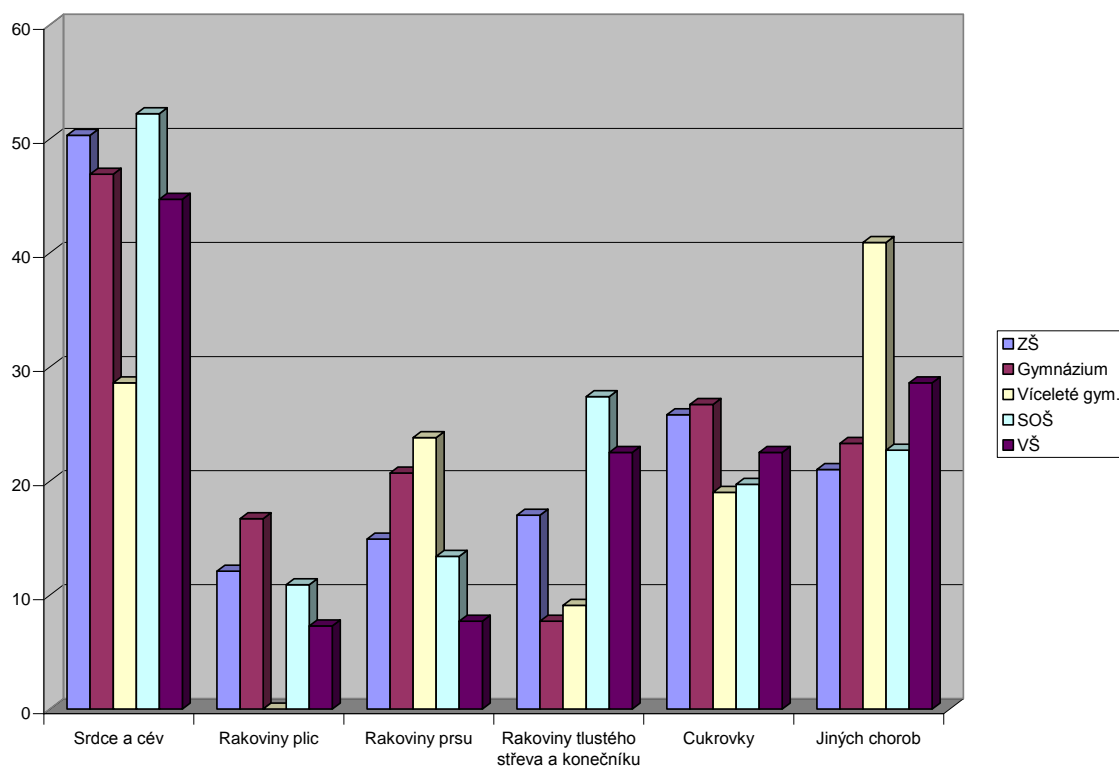
Z nádorových onemocnění se nejčastěji respondenti obávali vzniku rakoviny tlustého střeva a konečníku (21,1 %) a jako důvod uváděli dědičnost, konzumaci nevhodných potravin, hemeroidy. Rozdíly mezi jednotlivými skupinami byly na hranici statistické významnosti s tím, že nejvíce se cítili kolorektálním karcinomem ohroženi učitelé středních odborných škol (27,4 %) a nejméně učitelé z gymnázií (7,7 %). Rakoviny prsu se obávalo 14,6 % dotázaných žen, nejčastěji učitelky víceletých, resp. čtyřletých gymnázií, nejméně často respondentky z vysokých škol (7,7 %). Své obavy zdůvodňovaly nejčastěji rodinnou zátěží (dědičnost) a rizikovým věkem (klimakterium). Rozdíly byly statisticky významné. Rakoviny plic se obávalo 10,8 % dotázaných, nejčastěji učitelé ze čtyřletého gymnázia a nikdo z vyučujících na víceletém gymnáziu. Jako důvod svých obav uváděli kouření a dědičnost. Relativně vysoké procento dotázaných se cítilo ohroženo vznikem *cukrovky* (23,1 %) a jako důvody uváděli vysokou rodinnou zátěž, stres a obezitu. Výsledky mezi sledovanými skupinami kolísaly v rozmezí od 26,1 % do 19,0 %, uvedené rozdíly však nebyly statisticky významné. Mezi zvýšené riziko jiných chorob učitelé řadili zejména *psychická onemocnění* vlivem dědičnosti či stresu. Dále pak onemocnění *pohybového ústrojí* (nedostatek pohybu, dědičnost), *bolesti hlavy*, *onemocnění zraku*, *žaludeční vředy* (nepravidelné stravování, stres) a *urologická onemocnění* (nedostatečný pitný režim.)

Tab. 30 Vnímání rizika vybraných onemocnění (%), (odpověď na otázku: „Domníváte se, že jste ve zvýšeném riziku onemocnění ...?“)

Onemocnění:	ZŠ	Gymnázium	Víceleté gym.	SOŠ	VŠ	Celkem	p-value
Srdce a cév	50,3	46,9	28,6	52,2	44,7	48,9	0,332 (NS)
Rakoviny plic	12,1	16,7	0,0	10,9	7,3	10,8	0,358 (NS)
Rakoviny prsu	14,9	20,7	23,8	13,4	7,7	14,6	0,0418 (*)
Rakoviny tlustého střeva a konečníku	17,0	7,7	9,1	27,4	22,5	20,1	0,053 (NS)
Cukrovky	25,8	26,7	19,0	19,7	22,5	23,1	0,766 (NS)
Jiných chorob	21,0	23,3	40,9	22,7	28,6	23,9	0,313 (NS)

χ^2 test v kontingenčních tabulkách

Hladina významnosti: NS (nesignifikantní) = $p \geq 0,05$; * = $p < 0,05$



Graf 20 Vnímání rizika vybraných onemocnění (%)

4.7 Přístup učitelů různých stupňů škol k vlastnímu zdraví

Přístup učitelů k vlastnímu zdraví jsme hodnotili zejména podle přítomnosti rizikových faktorů životního stylu (nadváha/obezita; kouření; zvýšený krevní tlak; zvýšený cholesterol; nedostatek pohybu; nepravidelné stravování) viz.(tab. 3, tab. 22) a podle účasti na preventivních prohlídkách. Účast učitelů na preventivních prohlídkách byla překvapivě dobrá, i když i zde jsou samozřejmě určité rezervy a tím pádem prostor pro preventivní působení (graf 21, tab. 31).

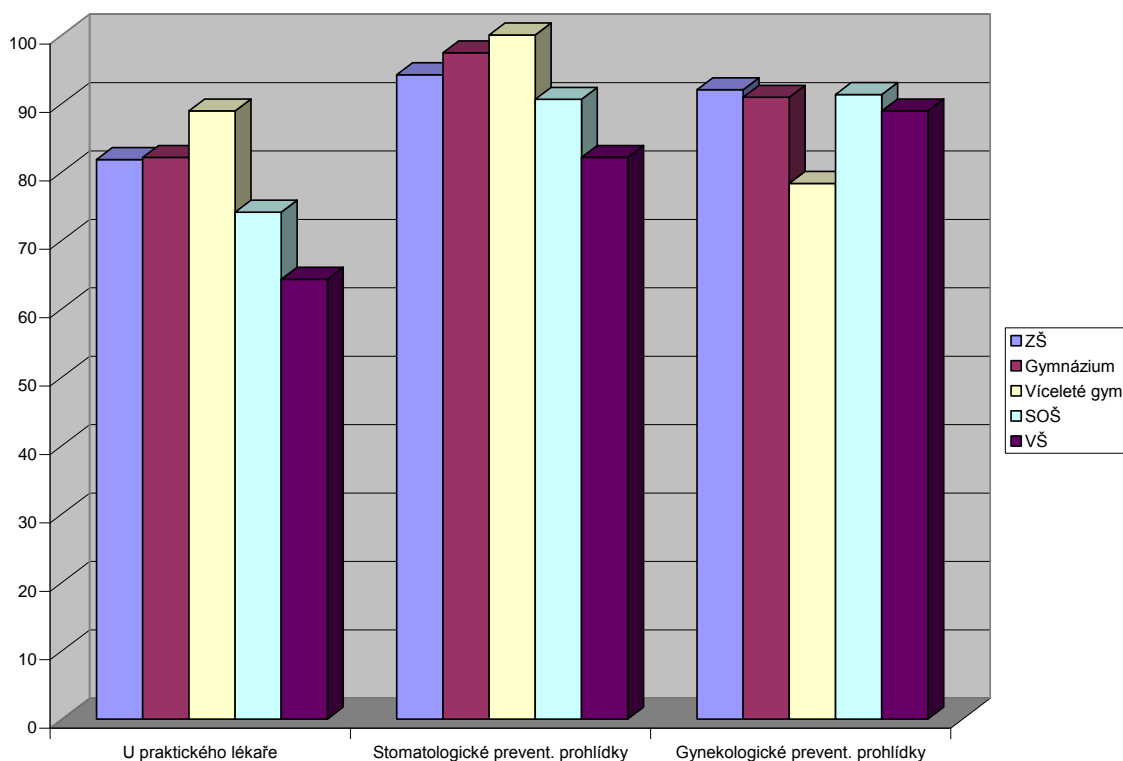
Na preventivní prohlídky k *praktickému lékaři* chodilo pravidelně 77,5 % respondentů, nejvíce učitelé z víceletých gymnázií (88,9 %), dále pak učitelé čtyřletých gymnázií (82,1 %) a základních škol (81,8 %). Nejhorší účast vykazovali vysokoškolští učitelé – pouze 64 %. Rozdíly mezi skupinami byly statisticky významné. Účast na *stomatologické prevenci* byla dokonce ještě vyšší, i když i zde byly nalezeny statisticky významné rozdíly. Na preventivní prohlídky k zubnímu lékaři chodilo průměrně 92 % učitelů, nejvíce opět učitelé víceletých a čtyřletých gymnázií, přičemž nejnižší účast vykazovali opět vysokoškolští učitelé (82,1 %). Uspokojivá byla rovněž participace žen na *gynekologické prevenci*, které se účastnilo průměrně 90,6 % dotázaných žen. Nejnižší účast uváděly učitelky víceletých gymnázií (78,3 %), rozdíly mezi jednotlivými skupinami však nebyly statisticky významné.

Tab. 31 Účast na preventivních prohlídkách (%).

	ZŠ	Gymnázium	Víceleté gym.	SOŠ	VŠ	Celkem	p-value
U praktického lékaře	81,8	82,1	88,9	74,1	64,3	77,5	0,025 (*)
Stomatologické prevent. prohlídka	94,2	97,4	100,0	90,6	82,1	92,1	0,011 (*)
Gynekologické prevent. prohlídka	92,0	90,9	78,3	91,3	88,9	90,6	0,332 (NS)

χ^2 test v kontingenčních tabulkách,

Hladina významnosti: NS (nesignifikantní) = $p \geq 0,05$; * = $p < 0,05$



Graf 21 Účast na preventivních prohlídkách (%)

V dotazníku jsme se nespokojili pouze s konstatováním respondentů, že na preventivní prohlídky pravidelně chodí, ale chtěli jsme jejich odpověď pokud možno objektivizovat. Z uvedeného důvodu jsme v následující otázce zjišťovali, před kolika měsíci, resp. roky byli na poslední prohlídce (tab. 32). Vycházeli jsme z toho, že na preventivní prohlídky k praktickému lékaři mají osoby starší 18 ti let chodit 1x za 2 roky, k zubnímu lékaři 2x ročně a ženy k praktickému gynekologovi jednou za rok. Pakliže nám tedy respondent napsal, že na preventivní prohlídky chodí pravidelně a na poslední byl před čtyřmi lety, bylo jasné, že taková odpověď zpochybňuje pravdivost odpovědi na první otázku. Z našeho šetření je však zřejmé, že učitelé jsou v dané problematice dobře orientováni a vědí, jak často mají na tu kterou preventivní prohlídku nárok. Velká většina z nich se podle toho skutečně chová. V tabulce č. 32 uvádíme absolutní počty osob, které nám na uvedenou otázku odpověděly a dále počet měsíců, resp. let od poslední preventivní prohlídky (vyjádřených mediánem + 25. a 75. percentilem). Počty osob nedávají součet 484 respondentů, neboť časové údaje od poslední prohlídky jsme zjišťovali pouze u těch jedinců, kteří na první otázku odpověděli kladně, tzn., že pravidelně chodí na preventivní

prohlídky. Z nich někteří bližší časové údaje nevyplnili, i když na první otázku odpověděli kladně.

Konkrétní časové údaje týkající se doby od poslední preventivní prohlídky u praktického lékaře poskytlo 349 učitelů. Většina z nich byla na poslední prohlídce před několika měsíci (medián 3 – 5 podle typu školy) či jedním rokem. Pouze pár jednotlivců bylo na prohlídce před více než 2 lety. Dobu od poslední prohlídky u zubního lékaře uvedlo 411 učitelů, z nichž většina byla na kontrole před pár měsíci (medián 3 – 4 měsíce podle typu školy; 75. percentil = 5 – 6 měsíců). Pouze 49 respondentů uvedlo, že byli na prohlídce před jedním event. více lety, tedy později, než je doporučeno. Rovněž na gynekologickou prevenci chodí ženy se správnou frekvencí. Většina nám udala dobu před několika měsíci (medián 1 – 4 podle typu školy) nebo před rokem. Zcela ojediněle jsme se setkali s dobou delší než jeden rok.

V poslední otázce (tab. 33) jsme se ptali na důvody případné neúčasti na preventivních prohlídkách. Na uvedenou otázku odpovědělo pouze 68 respondentů, 21 ze základních škol, 4 a 3 ze čtyřletého, resp. víceletého gymnázia, 22 ze středních odborných škol a 18 učitelů vysokých škol. Z výsledků za celý soubor lze odvodit, že hlavním důvodem neúčasti na preventivních prohlídkách bývá nedostatek času, ostatní námi navržené důvody jsou zanedbatelné. Jistou váhu lze přisuzovat skutečnosti, že 16 respondentů (23,5 %) vnímalo jako nedostatek, že nebyli na prohlídku pozváni.

Tab. 32 Doba od poslední preventivní prohlídky

Na preventivní prohlídce u praktického lékaře byl/a před:								
	kolika měsíci ?				kolika lety ?			
	Počet osob	Percentil			Počet osob	Percentil		
		25.	50.	75.		25.	50.	75.
Základní škola	75	2	5	7	74	1	1	2
4leté gymnázium	18	2	4,5	6,25	12	1	1	1,75
Víceleté gymnáz.	10	2	5	6	13	1	1	1
SOŠ	44	1,25	5	6,75	69	1	1	2
Vysoká škola	24	1	3	6	10	1	1	2
Na preventivní prohlídce u zubního lékaře byl/a před:								
	kolika měsíci ?				kolika lety ?			
	Počet osob	Percentil			Počet osob	Percentil		
		25.	50.	75.		25.	50.	75.
Základní škola	154	1	3	6	20	1	1	1
4leté gymnázium	29	1	3	6	5	1	1	2
Víceleté gymnáz.	26	2,72	4	6	0	0	0	0
SOŠ	118	2	3	6	17	1	1	1
Vysoká škola	35	3	4	5	7	1	1	5
Na preventivní prohlídce u praktického gynekologa byla před:								
	kolika měsíci ?				kolika lety ?			
	Počet osob	Percentil			Počet osob	Percentil		
		25.	50.	75.		25.	50.	75.
Základní škola	110	2	3	6	33	1	1	1,75
4leté gymnázium	15	3	4	6	4	1	1	1,75
Víceleté gymnáz.	13	1	1	3	7	1	2	2
SOŠ	72	2	4	7	22	1	1	2
Vysoká škola	11	1	4	6	5	1	1	3,5

Tab. 33 Důvody neúčasti na preventivních prohlídkách (%).

	ZŠ	Gymná- -zium	Víceleté gym.	SOŠ	VŠ	Celkem	p-value
Nemám čas	38,1	0,0	66,7	45,5	33,3	38,2	0,276 (NS)
Nemám zájem	9,5	25,0	0,0	4,5	5,6	7,4	
Nebyl/a jsem pozván/a	33,3	50,0	0,0	27,3	5,6	23,5	
Nevím, že takové prohlídky existují	0,0	0,0	0,0	9,1	5,6	4,4	
Nechci vědět, jak na tom jsem	4,8	25,0	0,0	0,0	5,6	4,4	
Jiný důvod	14,3	0,0	33,3	9,1	44,4	20,6	

χ^2 test v kontingenčních tabulkách,

Hladina významnosti: NS (nesignifikantní) = $p \geq 0,05$

5 Diskuze

5.1 Expozice zdravotně rizikovým faktorům

Je obecně známo, že učitelská profese je svázána s řadou zdravotních rizik. Pedagogové jsou exponováni nadměrné pracovní psychické a sensorické zátěži, pracují dlouhodobě ve vynucené poloze (zejména dlouhodobé stání), ve zvýšeném riziku hluku, infekcí a trpí poruchami hlasivek (Bauer, Unterbrink et al, 2007; Paulík, 1998; Vašina, Valošková 1998; Židková, Martinková, 2003). Je však třeba říci, že míra pracovních rizik, zejména pracovní psychické zátěže se liší podle stupně školy, na které dotázaní učí. Obecně lze konstatovat, že fyzická, ale zejména psychická namáhavost práce (pracovní stres) je jako obtěžující faktor udávána zejména učiteli základních škol, víceletých gymnázií a středních odborných škol.

Jistým omezením naší studie je skutečnost, že jsme v dotazníkovém šetření neobsáhli všechna případná rizika učitelské profese, ale zaměřili jsme se pouze na zjištění nejvýznamnějších rizikových faktorů, a to především kardiovaskulárních, nádorových onemocnění a diabetu. Rovněž při definování některých rizik jsme se mírně odchýlili od standardně uznávaných limitních hodnot. Téměř všechny námi zjišťované rizikové faktory mají stupňovitou povahu definující nízké, střední, resp. vysoké riziko. Určitým omezením naší práce pak je, že námi stanovené hranice rizika jsou do jisté míry „měkčí“, neboť nezohledňují věk ani pohlaví respondentů, ale jsou stanoveny pro populaci jako celek. Například hodnota cholesterolu 5,2 mmol/l, kterou jsme stanovili jako mezní pro odhalení rizika, je pro osoby do 30 let považovaná za zvýšenou a jako doporučená je uváděna hodnota 4,3 mmol/l. Stejně tak stanovení minimální akceptovatelné hranice pohybové aktivity na úrovni 2 hodin aktivní pohybové aktivity za týden je zcela orientační. Obecným doporučením minimální hodnoty pohybové aktivity týdně je 2 x $\frac{3}{4}$ hodiny (což odpovídá 2 vyučovacím hodinám řízené pohybové aktivity). Tato hodnota je v praxi reálná a je vyhovující pro udržení (ne však zlepšení) předpokládané „dobré“ fyzické kondice. Opět však nezohledňuje věk, sportovní historii a konkrétní fyzický/zdravotní stav jedince. Navzdory všem těmto výhradám se domníváme, že se nám u našich respondentů podařilo

postihnout minimálně všechna zdravotní rizika střední hodnoty.

Hodnotíme-li celý soubor jako celek je zřejmé, že nejčastějším rizikem byla **pozitivní rodinná anamnéza**, tedy onemocnění závažnou chorobou u přímých příbuzných respondentů, které jsme zaznamenali u téměř 90 % dotázaných. Toto riziko jde napříč všemi sledovanými skupinami a rozdíly mezi nimi nejsou statisticky významné.

Druhým nejčastějším rizikovým faktorem u našich respondentů byla **pracovní psychická zátěž**, na kterou si stěžovalo 77 % dotázaných, zejména učitelé základních škol, víceletých gymnázií a středních odborných škol. Učitelé z těchto škol si stěžovali zejména na „faktory stresové reakce“, a to na dlouhodobou neúnosnost vykonávat zvolenou profesi (u učitelů základních škol to bylo dokonce 52 %), na únavu a přesycení. Učitelé víceletých, ale i čtyřletých gymnázií udávali ve srovnání s ostatními významně častěji nervozitu. Všichni dotázaní (bez rozdílu stupně školy) si pak stěžovali na faktor „přetížení“, zejména na položku práce pod zvýšeným tlakem. U učitelů základních škol byly navíc vyjádřeny další dvě položky faktoru „přetížení“ – vysoká zodpovědnost a časté konflikty a problémy při práci. Za zdroj konfliktů na pracovišti označili učitelé základních škol nejen vztah se žáky, ale i s rodiči. Z daného šetření pak vyšli nejlépe učitelé vysokých škol, kteří se od ostatních respondentů nelišili v hodnocení práce pod časovým tlakem (stěžovalo si na ni téměř 53 % z nich), udávali však nejlepší výsledky ve všech položkách faktoru „stresové reakce“ a stěžovali si relativně nejméně na pracovní konflikty a problémy.

Pocit duševní a fyzické únavy může do jisté míry souviset i s počtem odučených hodin. Je pravděpodobné, že absence pocitů přetížení a vyčerpání zjištěná u učitelů vysokých škol může vyplývat i z jejich nejnižší týdenní vyučovací povinnosti či nejnižšího počtu hodin vykonávaných v rámci vedlejšího pracovního poměru. Ostatně skutečnost, že pětina až třetina pedagogů ze středních a vysokých škol má, či „musí mít“ vedlejší zaměstnání, není pravděpodobně nejtěšnější. Sociální status učitele by měl být takový, aby „přivydělávání“ neodvádělo pedagogy od možnosti hluboké profilace ve vlastní profesi. Motivem pro hledání vedlejšího zaměstnání je pravděpodobně potřeba zlepšení ekonomické situace. Z našeho šetření vyplynulo, že finanční situaci rodiny považuje za dobrou pouze necelých 8 % dotázaných, 60 % učitelů ji hodnotí jako vcelku dobrou a téměř jedna třetina spokojená není. Nejméně spokojení s finanční situací své rodiny jsou profesori čtyřletých gymnázií (41 %) a učitelé základních škol (34,7 %).

Další významnou zátěž učitelů, představují chronické obtíže a **diagnostikovaná onemocnění** zjištěná v rámci odběru osobní anamnézy. Řada autorů prokázala, že u učitelů se ve srovnání s běžnou populací vyskytují významně častěji onemocnění, která souvisí s expozicí nadměrnému stresu (Mlčák, 1998; Niknian, Linnan, 1991). Studie Blažkové a kol. (Blažková, Šulcová, 2006) např. potvrdila statisticky významnou korelaci mezi vyšší hladiny celkového cholesterolu v krvi a učitelským stresem. Byl popsán častější výskyt nemocí duševních především depresí a vyhoření (Nagai, Tsuchiya, 2007; Unterbrink, Zimmermann, 2008; Weber, Weltle, 2005), srdečně cévních (Weinstein, Marcus, 2005) a některých nádorových, zejména karcinomů prsu a endometria (Bernstein, Allen, 2002). Spolu s častými chorobami pohybového aparátu jsou tato onemocnění nejčastějšími příčinami pracovní neschopnosti a případně i předčasného penzionování učitelů (Meierjürgen, Paulus, 2002).

Naše výsledky nejsou v zásadním rozporu s nálezy zahraničních studií. Přes 40 % našich dotázaných udává chronické obtíže či chronické onemocnění, nejčastěji nemoci pohybového aparátu (13,4 %) a onemocnění srdce a cév (8 %). Výskyt chronických obtíží převyšuje počet diagnostikovaných onemocnění, který se může zdát relativně nízký. Nižší prevalence kardiovaskulárních chorob však může být dána věkem respondentů (průměrně 43 let). Pro tento věk je charakteristický spíše výskyt rizikových faktorů, resp. indikátorů počínajících symptomů nemocí, zatímco k významnější manifestaci onemocnění dochází o něco později. Validitu tohoto zjištění pak potvrzuje i skutečnost, že pouze 5,9 % učitelů trpí zvýšeným krevním tlakem.

Určitý rozpor lze spatřovat ve zjištěné prevalenci psychických onemocnění, kterou na rozdíl od světového písemnictví přiznalo pouze 1,4 % dotázaných, přičemž 22 respondentů odmítlo na danou otázku odpovědět. Tato skutečnost může souviset s obecnou nechtí přiznávat potíže tohoto charakteru. Je však třeba zdůraznit, že subjektivní stesky psychického rázu uvedené číslo vysoce převyšují. Zvýšenou pracovní psychickou zátěž vnímá negativně téměř 78 % učitelů, v řadě případů však nedochází k somatizaci obtíží ve smyslu určení konkrétní psychické diagnózy. Tato skutečnost se ovšem jistě v budoucnu může projevit zvýšeným výskytem psychických a psychosomatických onemocnění u zaměstnanců učitelské profese. V této souvislosti můžeme zmínit, že i poměrně častý nález zvýšené hladiny cholesterolu (u 26,6 % souboru) může mít vysvětlení nejen ve

stravovacích zvyklostech, které jsou navíc relativně dobré, ale i ve zvýšené expozici pracovnímu stresu.

Dosud zmíněné rizikové faktory, zejména pozitivní rodinná anamnéza, jsou do jisté míry neovlivnitelné. V případě pracovního stresu lze jistě uvažovat o realizaci možných nápravných a kompenzačních opatření, řada učitelů nicméně situaci vnímá jako danou, osobně těžko ovlivnitelnou. Jiné je to však s faktory životního stylu, které může jedinec snáze ovlivnit. Zde jsme učinili několik uspokojivých zjištění, týkajících se zejména **nižší prevalence kouření a přijatelné míry pohybové aktivity** u respondentů našeho souboru.

Mezi našimi respondenty bylo pouze 12,3 % současných kuřáků (7 % kouří pravidelně a 5,3 % příležitostně), což je ve srovnání s celostátním průměrem, kdy kouří cca jedna třetina dospělé populace příznivé zjištění (Papežová, Němcová, 2010; Sovinová, Sadílek, 2010). Vysvětlení je jistě možné hledat v kvalitní úrovni vzdělání a tedy dobré informovanosti učitelů o zdravotních rizicích. Tato se může následně odrážet ve snaze dodržovat zdravější životní styl, prozaičtější vysvětlení je pak možné spatřovat v nižším zastoupení mužů v českém školství. Detailnější analýza našich výsledků prokázala nejvyšší prevalenci pravidelných kuřáků ve skupině učitelů vysokých škol a čtyřletých gymnázií. A právě v těchto institucích pracovalo více mužů ve srovnání s ostatními sledovanými školami.

Při zohlednění pohlaví se ukázalo, že pravidelnými kuřáky byli především muži (12,5 %), zatímco mezi ženami bylo pravidelných kuřáček pouze 4,8 %. To se potvrdilo zejména u učitelů čtyřletých gymnázií a vysokých škol, kde jsme našli nejvyšší prevalenci pravidelných kuřáků – mužů (25, resp. 16,7 %), zatímco z žen zde pracujících nepatřila mezi pravidelné kuřáky žádná. Ženy byly naopak více zastoupeny ve skupině příležitostných kuřáků a nekuřáků. Uvedená zjištění nás vedou k domněnce, že vliv pohlaví je významnějším predikátorem kouření než typ, resp. stupeň školy.

Z našeho šetření vyplynulo, že učitelé jsou často **exponováni několika rizikovým faktorům současně**. Některé z těchto faktorů lze kvalifikovat jako neovlivnitelné (rodinná zátěž, pracovní rizika, zejména nadměrná pracovní psychická zátěž), jiné jako ovlivnitelné (zejména negativní faktory životního stylu). Statisticky významné rozdíly mezi učiteli jednotlivých stupňů škol jsme však většinou nenalezli, s výjimkou pracovní psychické

zátěže, jak bylo uvedeno výše. Přestože v případě ostatních rizikových faktorů nebyly výsledky mezi jednotlivými skupinami významně rozdílné, lze z nich vyzorovat jistou tendenci k častějšímu výskytu zdravotních rizik u učitelů vysokých a středních odborných škol. U těchto respondentů jsme zaznamenali nejvyšší prevalenci nadváhy a obezity. Jednoznačně nejrizikovější skupinou byli učitelé vysokých škol, kteří měli ve srovnání s ostatními i nejčastěji zvýšený krevní tlak, nejnižší pohybovou aktivitu a vykazovali nejvyšší prevalenci pravidelných kuřáků. V řadě ukazatelů se nám jako nejméně riziková jevila skupina učitelů základních škol. Pravdou však zůstává, že ze všech zdravotních rizik, kterým jsou učitelé na našich školách vystaveni, se nám jako nejzávažnější jeví být neúměrně vysoká pracovní psychická zátěž, které jsou v největší míře vystaveni učitelé základních škol. Preventivní programy by tedy měly být směřovány především tímto směrem.

5.2 Percepce zdravotních rizik

Jestliže jedním z cílů naší práce byla snaha monitorovat vnímání rizika, můžeme diskutovat i o tom, zda naše otázky byly vhodně položeny a mohly vnímání rizika adekvátně zachytit. Při studiu vnímání zdravotních rizik je většinou položena otázka, která je formulována tak, že odpovídá na tři základní aspekty procesu vnímání rizika (*kdo, kdy, co*), ale nepostihuje aspekt čtvrtý, tedy jakou roli v tomto procesu hraje *vlastní chování člověka*. Autoři Brewer a Weinstein (2004) vysvětlují tento metodologický problém, potřebný pro správnou formulaci otázek použitých při dotazníkovém šetření, na následujícím příkladu. Otázka „*Domníváte se, že v průběhu příštího roku onemocníte klíšťovou encefalitidou?*“ většinou zjišťuje *kdo* je v riziku (vy), *v jakém* riziku (klíšťové encefalitidy) a *v jakém časovém období* (v průběhu příštího roku). Správně by ovšem otázka měla znít takto: „*Domníváte se, že v případě, že se nedáte očkovat proti klíšťové encefalitidě, můžete příští rok touto nemocí onemocnět?*“ Takto položená otázka pak postihuje i okolnost, jak dalece si je respondent vědom své vlastní odpovědnosti za zdraví.

Musíme připustit, že ne vždy jsme se v našem dotazníku tázali na vnímání konkrétních rizik takto komplexně. Náš dotazník měl nicméně určitou posloupnost v tom smyslu, že nejprve jsme se ptali na zdravotně rizikové faktory v rodinné a osobní anamnéze respondentů, v jejich životním stylu a vykonávané profesi. Pak teprve byly položeny otázky

týkající se vnímání rizik. Předpokládali jsme, že učitelé jsou díky svému vzdělání schopni percipovat svá konkrétní rizika, dovedou-li je vyjmenovat. Výsledky naší studie tento předpoklad vcelku potvrdily a respondenti skutečně udávali, že se obávají vzniku určitých chronických nemocí, a to z reálných důvodů. Neovlivnitelná rizika berou jako daná, rizika ovlivnitelná se snaží do jisté míry regulovat. Jisté problémy spatřujeme v otázce kouření. Obecně lze konstatovat, že učitelé kouří méně, než uváděly studie před 15 lety (Řehulka, Řehulková, 1998) a prevalence kouření je nižší ve srovnání s průměrnou českou populací (Sovinová, Sadílek, 2010). Naše studie však prokázala, že učitelé – muži zdravotní důsledky kouření stále podceňují.

V této souvislosti je možné diskutovat o tom, proč je pro muže riziko kouření více akceptovatelné než pro ženy. Psychologové prokázali významnou subjektivní dimenzi ve vnímání rizika, sociologové a humánní antropologové dokumentovali významné sociální a kulturní souvislosti a rozvíjející se genderové studie pak demonstrovaly významný vliv pohlaví v této problematice (Gustafson, 1998). Vědci zabývající se analýzou rizik prokázali, že muži a ženy se liší v jejich percepci.

Při zkoumání rozdílného vnímání rizik u mužů a u žen je možné aplikovat kvantitativní či kvalitativní přístup, nebo měření smysluplnosti rizika. Při kvantitativním přístupu sledujeme jak muži a ženy vnímají stejné riziko. V této souvislosti bylo zjištěno, že ženy se obecně případných rizik obávají více než muži. V rámci kvalitativního přístupu analyzujeme, jakých rizik se obávají spíše muži a jakých spíše ženy. Vzhledem k tomu, že ženy jsou více zaměřeny na domov a rodinu, vnímají výrazněji rizika, která by mohla ohrozit život a zdraví členů jejich rodiny či dalších osob jim blízkých, a to včetně rizik environmentálních. Muži jsou orientováni spíše na rizika související s jejich profesí a obávají se tak především ztráty zaměstnání či ekonomických problémů. Výrazněji než ženy si uvědomují rizika související s bezpečností práce a obávají se pracovních nehod vedoucích k úrazům, zejména smrtelným (Gustafson, 1998).

Vrátíme-li se tedy k původní otázce, proč při předpokládané stejné výši znalostí o zdravotních rizicích kouření, kouří muži více než ženy, můžeme přijmout teorii, že ženy vnímají rizika ohrožující zdraví silněji než muži. Ti mají naopak tendenci toto riziko spíše akceptovat, resp. podceňovat. Je známo, že jedinec hodnotí více negativně riziko, kterému je vystaven nedobrovolně, na rozdíl od situací, kde se může svobodně rozhodnout, což platí

právě pro kouření. Děsivost, neznámost, katastrofický potenciál a dlouhodobé zdravotní následky mají při hodnocení rizika silnější vliv, než předpokládaná pravděpodobnost úmrtí (např. strach z létání bývá u většiny lidí větší než strach z jízdy automobilem či zdravotních konsekvencí kouření).

S otázkou vnímání rizika souvisí i skutečnost, že i přes poměrně příznivý životní styl se naši respondenti obávali závažných civilizačních chorob. Nejvíce dotázaných (48,9 %) se domnívá, že jim reálně hrozí onemocnění srdečně-cévního aparátu. Tito respondenti kvalifikovali případná rizika vcelku správně a jako příčiny zvýšeného rizika uváděli zejména dědičnost, stres, vysoký krevní tlak, nadváhu, kouření a zvýšenou hladinu cholesterolu. Pětina dotázaných se obávala onemocnění rakoviny tlustého střeva a konečníku, 23 % se bálo, že onemocní cukrovkou. Udávané důvody byly relevantní a svědčí o dobré percepci rizika. Problémem je, že ne všichni dotázaní, kteří jsou nositeli určitých rizik, si tato připouští. Ze současných kuřáků se rakoviny plic obávala pouze polovina, ostatní kuřáci toto riziko podceňují.

5.3 Přístup učitelů k vlastnímu zdraví

Výsledky naší studie prokázaly, že učitelé se skutečně snaží eliminovat rizikové faktory životního stylu a v řadě ukazatelů můžeme zaznamenat nižší prevalenci negativních faktorů ve srovnání s průměrnou českou populací či jejich pokles ve srovnání s nálezy získanými v epidemiologických studiích provedených u učitelů v 90. letech minulého století (Řehulka, Řehulková, 1998).

Učitelé/učitelky našeho souboru si ve srovnání s průměrnou českou populací pravděpodobně více hledí své tělesné hmotnosti. Podle aktuálních údajů z Evropského výběrového šetření o zdravotním stavu v ČR (EHIS ČR) vykazuje nadměrnou hmotnost 54 % dospělá česká populace, z toho 17 % trpí nadváhou (Kernová, 2010). Jiné studie uvádějí čísla o něco vyšší. Souhrnná zpráva z monitoringu zdravotního stavu obyvatelstva ve vztahu k životnímu prostředí z roku 2009 uvádí, že v České republice je obézních (BMI \geq 30 kg/m²) 20 % osob (24 % mužů a 17 % žen) (SZÚ, 2010). V našem souboru však mělo nadváhu pouze 24,3 % učitelů a obézních bylo jen 6,6 %, což skutečně svědčí o snaze aktivně si hlídat svoji tělesnou hmotnost. Na druhou stranu je však třeba připomenout, že

naše výsledky prokázaly rezervy v preferenci jednotlivých potravin, která neodpovídá současným výživovým doporučením, resp. potravinové pyramidě. Prokázali jsme nedostatečný příjem ovoce a zeleniny a naopak zvýšenou konzumaci uzenin, červeného masa a sladkostí. Největší výhrady lze mít proti stravovacím zvyklostem vysokoškolských učitelů.

Příznivý vliv na výživový stav respondentů ve smyslu nižší prevalence nadváhy a obezity může mít možnost pravidelného stravování ve školních jídelnách, kterou využívá 76,5 % učitelů. Zdaleka ne všechny profesní skupiny mají podobnou možnost. Na lepší tělesné hmotnosti učitelů se jistě podílí i skutečnost, že se učitelé aktivně věnují pohybové aktivitě. Naši respondenti udávali vyšší míru pohybové aktivity, než kolik činí nejnižší doporučená doba pro dospělou populaci, tj. minimálně 2 hodiny aktivní pohybové aktivity týdně. Zjištěný medián rekreační či závodní pohybové aktivity u učitelů zařazených do studie byl v letním období 5 a v zimním období 3 hodiny týdně (Šmejkalová a kol., 2011), což překračuje nejnižší doporučenou hodnotu. Podle tohoto kritéria vykazovalo pohybovou nedostatečnost pouze necelých 8 % učitelů. Ve srovnání s daty získanými z monitoringu, podle kterých trpí nízkou pohybovou aktivitou 33 % obyvatel ČR (SZÚ, 2010), je zřejmé, že učitelé patří k méně rizikové populační skupině.

Učitelé našeho souboru rovněž kouřili méně než průměrná česká populace. Zatímco v České republice stále ještě kouří třetina dospělé populace (Sovinová, Sadílek, 2010; SZÚ, 2010), mezi našimi respondenty bylo pouze 7 % pravidelných a 5,3 % příležitostných kuřáků.

Učitelé sice většinou pijí alkoholické nápoje, ale jejich průměrná týdenní konzumace ve většině případů nepřekračuje 21 dávek u mužů, resp. 14 u žen, takže ji lze považovat za tolerovanou. Nepotvrdily se ani výsledky některých studií zmiňující nadměrné užívání léků na uklidnění či prášků na spaní (Kožená, Kolacia, 2006; Řehulka, Řehulková, 1998).

Účast učitelů na preventivních prohlídkách můžeme rovněž hodnotit jako velmi dobrou. Je dosti obtížné získat konkrétní údaje o participaci dospělé české populace na preventivních prohlídkách. Obecně se soudí, že je velmi nízká. V odborné literatuře se této problematice pravděpodobně nevěnuje potřebná pozornost, takže validní výsledky lze najít spíše ojediněle. Přínosná je z tohoto hlediska práce ostravských autorek Šplíchalové a kol.

(2005). Autorky v rámci studie zaměřené na sledování subjektivního přístupu obyvatel Ostravy ke zdraví v závislosti na životním stylu, socioekonomickém statusu a vzdělání věnovali pozornost i účasti respondentů na preventivních prohlídkách. Šetření bylo provedeno u náhodně vybraného vzorku 3000 obyvatel města Ostravy. Z těchto pravidelně absolvovalo preventivní prohlídky u praktického lékaře 52,2 % respondentů, u praktického zubního lékaře 75,8 % dotázaných a 70,5 % žen chodilo pravidelně na preventivní gynekologické prohlídky. Autorky uvedly, že sledovaný soubor byl z hlediska faktoru vzdělání nehomogenní a neodpovídal vzdělanostní struktuře šetřené oblasti. Významně v něm převažovali respondenti s vyšším vzděláním, vzhledem k tomu, že osoby s nižším vzděláním neprojevíly zájem o účast v uvedeném dotazníkovém šetření. Uvedenou okolnost však můžeme z našeho hlediska považovat spíše za výhodnou, neboť takové výsledky můžeme lépe porovnat s daty získanými od učitelů.

Na menším populačním vzorku 825 zaměstnanců různých profesí sledovali v letech 2001 – 2003 účast na preventivních prohlídkách i autoři Šmejkalová a kol. (2004). Z práce vyplynulo, že k praktickému lékaři pro dospělé chodilo pravidelně na preventivní prohlídky 61 % respondentů. Nejlepší participaci vykazovali zdravotníci (73 %), úředníci (60 %) a jako nejhorší se v té době jeví učitelé (49 %). Zaměstnanci dělnických profesí vykazovali relativně pěknou účast na preventivních prohlídkách (66 %), výsledek však mohl být ovlivněn chybným pochopením otázky, neboť dělníci pravděpodobně zmiňovali i účast na prohlídkách závodně preventivní péče. Tato chyba se samozřejmě nepromítla do výpovědí o účasti na gynekologické a stomatologické prevenci, takže získané údaje můžeme považovat za nezkrácené. Na preventivní prohlídky k zubnímu lékaři chodilo 83 % dotázaných, lidé s vysokoškolským vzděláním významně častěji (zdravotníci – 88 %, učitelé i úředníci – 87 %) než zástupci dělnických profesí (68 %). Nejvyšší byla účast na gynekologické prevenci, na kterou pravidelně jednou ročně docházelo 86 % dotázaných žen. V tomto případě nebyl zaznamenán statisticky významný rozdíl mezi sledovanými skupinami a výsledky byly vcelku obdobné (úřednice – 92%, učitelky a dělnice – 87 % a zdravotnice, tj. lékařky a sestry – 83 %).

Oproti výsledkům obou těchto studií jsou naše současné výsledky, získané výhradně u populační skupiny pedagogických pracovníků, významně lepší. Podle sdělení našich respondentů chodilo na preventivní prohlídky k praktickému lékaři pro dospělé pravidelně

77,5 % učitelů, k praktickému zubnímu lékaři dokonce 92,1 % a k praktickému gynekologovi 90,6 % dotázaných žen. Uvedená data by však pravděpodobně bylo třeba potvrdit další studií provedenou na větším populačním vzorku. Naše výsledky mohou být zkresleny výběrovou bias plynoucí z nízké návratnosti dotazníků. Lze předjímat, že data získaná od učitelů, kteří se odmítli podílet na našem dotazníkovém šetření, by konečné výsledky mohla, a to pravděpodobně negativně, ovlivnit.

Z hlediska validity a aktuálnosti údajů lze za nejpřesnější přehled o participaci populace na preventivních prohlídkách považovat zprávu ČTK (ČTK, 2010), která koncem roku 2010 uvedla data zveřejněná Všeobecnou zdravotní pojišťovnou. Podle tohoto sdělení absolvovalo v roce 2009 preventivní prohlídku u praktického lékaře téměř milion lidí (z 6,279.296 dospělých pojištěnců), což je 37 %. Na prevenci k praktickému zubnímu lékaři přišlo 52 procent. Uvedená data lze přirozeně hodnotit pouze s vědomím, že jde o hlášení jedné (i když největší) z 9 v ČR registrovaných zdravotních pojišťoven. Na pozadí těchto údajů se zdá participace na preventivních prohlídkách respondentů našeho souboru až neuvěřitelně dobrá. Přesto se domníváme, že jde o data validní. Z porovnání prací autorů Šmejkalové a spol. Z let 2001 – 2003 (Šmejkalová, Skalská, 2004) a 2007 (Šmejkalová, Paprštejnová, 2011) lze vypožorovat vzrůstající trend v účasti pedagogických pracovníků na preventivních prohlídkách.

Jako poměrně riziková se nám jeví podskupina vysokoškolských učitelů, kteří vykazují relativně vysokou prevalenci rizikových faktorů a nejnižší účast na preventivních prohlídkách. Důvod, proč učitelé vysokých škol vykazují menší pocit odpovědnosti za své zdraví, lze bez dalšího studia jen těžko předjímat. Vzhledem k tomu, že vysokoškolští učitelé pocházeli z nelékařských fakult (snad s výjimkou 8 zástupců z Fakulty zdravotnických studií), nepředpokládáme, že by míra jejich znalostí v oblasti zdravotní prevence byla vyšší než jejich kolegů ze středních či základních škol, a že by tyto znalosti přezírali/podceňovali mírou, jakou známe např. u lékařů. Jistým vysvětlením však může být faktor věku. Respondenti vysokých škol totiž představovali nejmladší věkovou skupinu a vykazovali nejvyšší zastoupení učitelů do 35 let ze všech sledovaných skupin. Při analýze participace na preventivních prohlídkách s ohledem na věk respondentů se ukázalo, že učitelé do 35 let chodili na preventivní prohlídky významně méně často, než učitelé starší. Na preventivní periodické prohlídky k praktickému lékaři pro dospělé nechodilo pravidelně

42,7 % učitelů mladšího věku a pouze 13,7 % učitelů starších 35 let ($p < 0,001$). Rozdílný přístup jsme zaznamenali i v případě stomatologické prevence. Na prohlídky k praktickému zubnímu lékaři chodilo pravidelně 88,2 % učitelů mladších 35 let oproti 93,8 % respondentů starších ($p = 0,04$). Pouze v případě účasti na gynekologické prevenci jsme nezaznamenali rozdíl mezi ženami mladšími a staršími (90,1 % vs. 90,7 %; $p = 0,875$). K podobným závěrům došly i autorky ostravské studie (Šlachtová, Tomášková, 2004), které rovněž zjistily negativní asociaci mezi věkem a rizikovým chováním (čím mladší věk, tím rizikovější chování ve smyslu vyšší prevalence kouření, nepravidelného stravování, neabsolvování preventivních prohlídek). Šlachtová, Tomášková (2004) prokázaly rovněž významný vliv pohlaví na rizikové chování, kdy chování mužů bylo dvakrát rizikovější než chování žen. Z tohoto hlediska je třeba zdůraznit, že zatímco v ostatních zkoumaných podskupinách našeho souboru byly statisticky významně častěji zastoupeny ženy, bylo zastoupení mužů a žen ve skupině vysokoškolských učitelů zcela opačné – 67,9 % mužů a 32,1 % žen. Zdá se tedy, že mladší věk vysokoškolských učitelů a vyšší zastoupení mužů může být vysvětlením, proč právě tato skupina vykazovala v naší studii méně zodpovědný přístup ke zdraví. Nepředpokládáme tedy, že by bylo možné zevšeobecnit výsledky naší studie v tom smyslu, že učitelé vysokých škol jsou a priori rizikovější skupinou než jejich kolegové ze středních a základních škol. Takový závěr by bylo možné udělat pouze na základě nové studie provedené na věkově homogenním souboru učitelů různých stupňů škol při srovnatelném zastoupení mužů a žen.

6 Závěr

Cílem naší práce bylo zjištění percepce zdravotních rizik vyplývajících ze zdravotního stavu, životního stylu a pracovní zátěže u učitelů základních, středních a vysokých škol. Učitele považujeme za dostatečně informované v otázkách zdravotních rizik, resp. zdravého způsobu života a předpokládáme, že jsou tedy schopni rozpoznat konkrétní rizika, kterým mohou být vystaveni. Na základě tohoto předpokladu pak soudíme, že jejich postoje a chování budou tyto znalosti reflektovat a životní styl učitelů bude odrážet snahu minimalizovat vliv případných rizikových faktorů na jejich zdraví.

Základní premisou našeho výzkumu bylo, že lidé jsou spíše ochotni změnit své chování, jestliže si jsou vědomi případných rizik, která by mohla negativně ovlivnit jejich zdravotní stav. Pouhá percepce rizika však ještě neznamená, že jedinec vyhodnotí určité konkrétní riziko jako skutečně ohrožující. Nositel rizika může toto akceptovat, resp. podcenit jeho význam pro vlastní zdraví. Takovéto zjištění jsme učinili u poloviny respondentů – kuřáků.

Povolání učitel bezesporu patří mezi psychicky náročné profese. Zvládání profesionální zátěže (stresu) by mohlo být do jisté míry kompenzováno odpovídající společenskou prestiží dané profese a patřičným platovým ohodnocením. V podmínkách České republiky jsou tyto možnosti opory bohužel nevyhovující. Určitým minimálním („finančně nenáročným“) opatřením pro podporu zdraví učitelů je tedy alespoň třeba poskytnout jim dostatek informací o rizikových faktorech životního stylu a učitelské profese obecně, o způsobech prevence daných rizik, odpovídajících způsobech relaxace a zajištění dostupné odborné pomoci (např. i ze strany školních psychologů). Domníváme se, že sledování a péče o zdravotní stav pedagogických pracovníků je velmi důležitá, a to nejen pro ně samé, ale i z důvodu podpory zdravého životního stylu, potažmo zdraví žáků a studentů jim svěřených do péče. Pozornost by si zasloužily zejména aktivity snižující pracovní psychickou zátěž učitelů a pokračující protikuřácká intervence.

Získané výsledky naznačují, že učitelé se skutečně snaží dodržovat zásady zdravého životního stylu a pravděpodobně promítají své znalosti o ochraně a podpoře zdraví do aktivního přístupu k vlastnímu zdraví. Ve srovnání s údaji z devadesátých let minulého století lze u učitelů pozorovat pozitivní změny v chování, snížení prevalence zdravotně

rizikových faktorů, zlepšení životního stylu a zvýšení účasti na preventivních prohlídkách. K pozitivnímu posunu došlo i v otázkách vnímání pracovní psychické zátěže. Z recentních studií citujme např. práci Paulíka (22), který uvádí, že navzdory poměrně vysoké úrovni subjektivně vnímaného pracovního stresu, vykazují učitelé, zejména ti, kteří dobrovolně zůstávají ve školství, vysokou míru pracovního uspokojení. Spokojenost je zde vázána zejména na osobnostní faktory, jako je neuropsychická stabilita, hardiness, sense of coherence, optimismus, extroverze a sebedůvěra. Vysvětlení horšího postoje vysokoškolských učitelů k vlastnímu zdraví si zaslouží další pozornost. Z dat, která jsme měli k dispozici, lze předjímat, že důvodem signifikantního rozdílu mezi učiteli vysokých škol a ostatními respondenty může být věková nehomogenita našeho souboru a vyšší zastoupení mužů v této podskupině.

Jistě by bylo prospěšné analyzovat, proč u učitelů došlo během posledních 20 let k tomuto pozitivnímu posunu. Z odpovědí našich respondentů lze vyvodit, že se pravděpodobně zlepšila komunikace mezi lékařem a pacientem, je více dostupných zdravotně osvětových materiálů ve sdělovacích prostředcích a zvýšil se pravděpodobně i zájem o vlastní zdraví.

Rozhodující úlohu v prevenci nepřiměřené pracovní zátěže zaměstnanců mají zaměstnavatelé. Ti by měli předcházet riziku zvýšené expozice pracovnímu stresu vyhledáváním zdrojů zátěže a jejich odstraňováním, soustavnou kontrolou/zlepšováním pracovních podmínek, lepší organizací práce. V případě učitelské profese lze dále realizovat řadu psychosociálních intervenčních opatření, jakými může být např. podpora vytváření skupin sociálních opor z řad spolupracovníků, nácvik metod zvládnání stresu, Stress Inoculation Training, Social Motivation Training, zaměstnanecký fitness program, apod. Přehled nejčastěji užívaných psychosociálních intervenčních programů pro pracoviště se zvýšenou mentální zátěží podává práce Czeslawa Czabaly a spol. (5). Nezastupitelnou úlohu v prevenci má i individuální psychologická poradenská činnost, která by měla být adeptům učitelství k dispozici již při volbě povolání a dále po celou dobu studia, výchova ke zdraví (včetně zdraví duševního) v rámci výukového kurikula budoucích učitelů, to vše s cílem vychovat zdravé jedince, kteří budou schopni podílet se na výchově příštích generací bez újmy na zdraví svém i zdraví našich dětí (Šušoliaková a spol., 2013).

7 Literatura

- BAUER, J., UNTERBRINK, T., HAFL, A. et al. 2007. Working conditions, adverse events and mental health problems in a sample of 949 German teachers. *Int. Arch. Occup. Environ. Health.*, 80, 442-449.
- BERNSTEIN, L., ALLEN, M., ANTON-CULVER, H. et al. 2002. High breast cancer incidence rates among California teachers: results from the California teacher study (United States). *Cancer Cause Control.*, 13(7), 625-635.
- BLAHUTKOVÁ, M., ŘEHULKA, E., DVOŘÁKOVÁ, E. 2005. *Pohyb a duševní zdraví*. Brno: Paido.
- BLÁHA, K., CIKRT, M. 1996. *Základy hodnocení zdravotních rizik*. 1.vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 63 s. ISBN 80-7071-040-3.
- BLAŽKOVÁ, V. 2003. Psychická zátěž učitelů a další rizikové faktory. Výsledky pilotní studie SZÚ. *Školství*, č. 18.
- BLAŽKOVÁ, V., ŠULCOVÁ, Z. 2006. Snížení rizikových faktorů vzniku kardiovaskulárních onemocnění intervenčními programy. In: 2. konference ŠKOLA a ZDRAVÍ 21. Brno.
- BREWER, N.T., WEINSTEIN, N.D., CUIE, C.L., HERRINGTON, J.E. 2004. Risk perceptions and their relation to risk behavior. *Ann. Behav. Med.*, 27(2), 125-30.
- BRINDLEY, D.N., ROLLAND, Y. 1989. Possible connections between stress, diabetes, obesity, hypertension and altered lipoprotein metabolism that may result in atherosclerosis. *Clinical Science*, 77, 453-461.
- BŘICHÁČEK, V. 1999a. Zdraví jako biosociální jev. In: Dunovský, J. A kol. *Sociální pediatrie*. Vybrané kapitoly. Praha: Grada Publishing, s. 27-31. ISBN 80-7169-254-9.
- BUCHTOVÁ, B. 2004. Kvalita života dlouhodobě nezaměstnaných. *Čs. psychologie*, 48, s 121-135.
- CZABALA, C., CHARZYNSKA, K., MROZIAK, B. 2011. Psychosocial interventions in Workplace mental health promotion: an overview. *Health Promotion International*, 26(S1), 70-84.
- ČÁP, J. 1993. *Psychologie výchovy a vyučování*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 415 s. ISBN 80-7066-534-3.
- ČELEDOVÁ, L., ČEVELA, R. 2010. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3213-8.
- ČTK. 2010. *Téměř milion dospělých u VZP absolvovalo loni prevenci u praktika*. Všeobecné zpravodajství 15:42 (online). Praha: ČTK, (cit.2011-06-15). Dostupný z: <http://www.ctk.cz/sluzby/slovnizpravodajstvi/vseobecne/index-iew.php?id=574568>.
- DOSTÁLOVÁ, J., HRUBÝ, S., TUREK, B. 2004. *Konečné znění Výživových doporučení pro obyvatelstvo ČR*. Praha: Společnost pro výživu.
- DRAGOMERICKÁ, E.; BARTOŇOVÁ, J. 2006. *WHOQOL – BREF · WHOQOL – 100*. 1.

- vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha. ISBN 80-85121-82-4.
- DRBAL, C, BENCKO, V. 2005. Prostředí, zdraví, jeho determinanty a kvalita života. In: Payne, J. A kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, s. 234. ISBN 80-7254-657-0.
- FIALA, J. 2005. Alkohol jako součást výživy a vliv na zdraví – pít či nepít? In: *Výživa a potraviny: zpravodaj*, 60(6), 146-149.
- FONTANA, D. 1997. *Psychologie ve školní praxi*. Praha: Portál, 384 s. ISBN 80-7178-063-4.
- GROSSARTH-MATICEK, R., EYSENCK, H. J., VETTER, H., SCHMIDT, P. 1988. Psychosocial types and chronic diseases: Results of the Heidelberg prospective psychosomatic intervention study. In: Maes, S., Spielberger, C.D., Defares, P.B., Sarason, I.G. (eds.) *Topics in health psychology*. Chichester /New York: Wiley, p. 57-75.
- GROSSARTH-MATICEK, R., EYSENCK, H.J., BOYLE, G.J. 1994. An empirical study of the diathesisstress theory of disease. *Inter. J. Stress Management*, 5(1), 3-18.
- GUSTAFSON, P.E. 1998. Differences in risk perception: *Theoretical and methodological perspectives*. *Risk Analysis*, 18(6), 805-811.
- HARWELL, T.S., BLADES, L.L., OSER, C.S., DIETRICH, D.W., OKON, N.J., RODRIGUEZ, D.V. et al. 2005. Perceived risk for developing stroke among older adults. *Preventive Medicine*, 41, 791-794.
- HÁTLOVÁ, B., ŠPÚRKOVÁ, A., ŠMÍDOVÁ, J. 2007. Pohyb a mentální zdraví. In: *Česká kinantropologie*, 11(3), 25-30. ISSN 1211-9261.
- HENNIG, C., KELLER, G. 1996. *Antistresový program pro učitele. Projevy, příčiny a způsoby překonávání stresu z povolání*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-09-3-6.
- HLADKÝ, A. A kol. 1987. Meisterova metoda screeningového hodnocení neuropsychické pracovní zátěže. *AHEM*, 4, 27-31.
- HLADKÝ, A., MATOUŠEK, O. 1990. Standardní metodika pro hodnocení úrovně pracovních podmínek z hlediska neuropsychické zátěže. *AHEM*, 2, 4-54.
- HLADKÝ, A. A kol. 1993. *Zdravotní aspekty zátěže a stresu*. Skripta. Praha: UK.
- HLADKÝ, A., ŽÍDKOVÁ, Z. 1999. *Metody hodnocení psychosociální pracovní zátěže*. Praha: Karolinum.
- HNILICA, K. 2000. Konflikt hodnot a kvalita života. *Čs. psychologie*, 44, 385-403.
- HNILICA, K. 2002. Kvalita života onkologických pacientů. *Čs. psychologie*, 46, 22-34.
- HOLECEK, V., JIRINCOVÁ, B., MINHOVÁ, J. 2001. Faktory ohrožení osobnosti učitele. In: Řehulka, E. (ed.). *Učitelé a zdraví 3*. 1. vyd. Brno: Paido, s. 51-57. ISBN 80-902653-7-5.
- HOLČIK, J. 2009. *K teoretickým základům cesty ke zdraví. Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno : MSD. ISBN 978-80-7392-089-0.
- HONZÁK, R. 2009. Civilizační choroby pohledem psychiatra. *Zdravotnické noviny*, 58(40). Příloha: Lékařské listy, 16, 6-8. ISSN 0044-1996.
- CHAMOUTOVÁ, K., CHAMOUTOVÁ, H. 2006. *Duševní hygiena – psychologie zdraví*.

1. vyd. Praha: PEF CZU, 209 s. ISBN 80-213-1152-4.
- KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. 1998. *Syndrom vyhoření*. 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav. ISBN 80-7071-231-7.
- KEBZA, V. 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia. ISBN 80-2001307-5.
- KERNOVÁ, V. 2010. *Nadváha a obezita u populace v ČR* [online]. ©22.9.2010. [cit. 2010-11-1]. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czpz/zivotni_styl/kampane/seminar_8sept10/Nadvah_a_obezita_populace_CR.pdf.
- KOHOUTEK, R. 1996. *Základy pedagogické psychologie*. Brno: Cerm, 184 s. ISBN 80-8586-94X.
- KOHOUTEK, R. 2002. *Základy užité psychologie*. Brno: Cerm, 544 s. ISBN 80-214-2203-3.
- KOLLÁRIK, T. 1986. *Spokojenosť v práci*. Bratislava: Práca.
- KOTULÁN, J. 2000. *Zdravotní nauka pro pedagogy*. Brno: Masarykova Univerzita v Brně.
- KOVÁČ, D. 2001. Kvalita života – naliehavá výzva pre vedu nového storočia. *Čs. psychologie*, 45, 34-44.
- KOŽENÁ, L., KOLACIA, L. 2006. Zdravotní stav, životospráva a pracovní zátěž učitelů z projektu zdravá škola. In: *2. konference ŠKOLA a ZDRAVÍ 21*. Brno.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 1998. *Jak neztratit nadšení*. Praha : Grada Publishing. ISBN 80-7169-551-3.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2001. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-551-2.
- KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-247-0179-0.
- KUNZOVÁ, Š., HRUBÁ D. 2013. Chování a zdraví i – životní styl a komplexní choroby. *Hygiena*, 58(1), 23-28. ISSN 1802-6281.
- KYRIACOU, C., SUTCLIFFE, J. 1978. Teacher stress: Prevalence, sources and symptoms. *Brit. J. Educ. Psychology*, 55, 61-64.
- MACHOVÁ, J., KUBÁTOVÁ, D. A kol. 2009. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2715-8.
- MEIERJÜRGEN, R., PAULU, P. 2002. Sick teachers? - Analysis of disability data from Mecklenburg-Vorpommern. *Gesundheitswesen*, 64(11), 592-7.
- MIKŠÍK, O. 1969. *Člověk a svízelné situace*. Praha: Naše vojsko.
- MIŇHOVÁ, J. 2000. *Psychopatologie pro učitele*. Plzeň: FPE ZČU.
- MÍČEK, L.; ZEMAN, V. 1997. *Učitel a stres*. 2. rozš. vyd. Brno: Filozofická fakulta MU.
- MLČÁK, Z. 1994. Analýza zdrojů psychické zátěže v profesi učitele. *Sborník prací FF Ostravské univerzity*, 145(1), 5-16.
- MLČÁK, Z. 1998. Psychická zátěž u učitelů velkoměstských a venkovských škol. In: *Učitelé a zdraví I*. Brno: Nakl. P. Křepela, s. 27–34. ISBN 80-902653-0-8.
- NAGAI, M., TSUCHIYA, K.J., TOULOPOULOU, T. et al. 2007. Poor mental health

- associated with job dissatisfaction among school teachers in Japan. *J. Occup. Health*, 49, 515-522.
- NIKNIAN, M., LINNAN, L.A. et al. 1991. Use of population-based data to assess risk factor profiles of blue and white collar workers. *J. Occup. Med.*, 33(1), 29-36.
- NUTBEAM, D. 1998. *Health promotion glossary*. Geneva, World Health Organization, (document WHO/HPR/HEP/98.1).
- ONCKEN, C., MCKEE, S., KRISHNAN-SARIN, S., O'MALLEY, S., MAZURE, C.M. 2005. Knowledge and perceived risk of smoking-related conditions: a survey of cigarette smokers. *Preventive Medicine*, 40, 779-784.
- PACOVSKÝ, V. 1999. *Klinická propedeutika*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze. ISBN 80-7184-943-X.
- PAPEŽOVÁ, P., NĚMCOVÁ, V., MATĚJOVÁ, H. 2010. Životní styl žen v průběhu života. *Hygiena*, 55(4), 130-135.
- PAYNE, J. 2002. Zdraví a celek lidské bytosti. In: Payne, J. A kol. *Zdraví: hodnota a cíl moderní medicíny*. Praha: Triton, s. 102-124. ISBN 80-7254-293-1.
- PAULÍK, K. 1995. *Pracovní zátěž vysokoškolských učitelů*. Spisy FFOU 89, 1.
- PAULÍK, K. 1998. Co obtěžuje učitele různých typů škol. In: *Učitelé a zdraví I*. Brno: Nakl. P. Křepela, s. 35-41. ISBN 80-902653-0-8.
- PAULÍK, K. 1999a. *Psychologické aspekty pracovní spokojenosti učitelů*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita. 135 s. ISBN 80-7042-550-4.
- PAULÍK, K. 1999b. *Pracovní spokojenost a subjektivní zdraví učitelů*. In: REHULKA, E. (ed.). *Učitelé a zdraví 2*. 1. vyd. Brno: Paido, s. 99-106. ISBN 80-902653-2-4.
- PAULÍK, K. 2001. Co ovlivňuje spokojenost v práci učitelů základních škol? *Pedagogická revue*, 53(5), 459-471.
- PAULIK, K. 2012. Job satisfaction and stress among teachers. *The New Educational Review*, 30 (4): 138-149.
- PRŮCHA, J. 1997. *Moderní pedagogika*. 1. vyd. Praha: Portál. 495 s. ISBN 80-7178-170-3.
- PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. 2001. *Pedagogický slovník*. 3. akt. vyd. Praha: Portál. ISBN 80-7178-579-2.
- PRŮCHA, J. 2002. *Učitel – současné poznatky o profesi*. 1. vyd. Praha: Portál. 154 s. ISBN 80-7178-621-7.
- PRŮCHA, J., WALTEROVÁ, E., MAREŠ, J. 2003. *Pedagogický slovník*. 4. akt. vyd. Praha: Portál, 322 s. ISBN 978-80-7367-416-8.
- ŘEHULKA, E., ŘEHULKOVÁ, O. 1998. Problematika tělesné a psychické zátěže při výkonu učitelského povolání. In: Řehulka, E. (ed.). *Učitelé a zdraví I*. 1. vyd. Brno: Křepela, s. 99-104. ISBN 80-902653-0-8.
- ŘEHULKOVÁ, O., ŘEHULKA, E. 1998. Zvládání zátěžových situací a některé jejich důsledky u učitelek. In: Řehulka, E. (ed.). *Učitelé a zdraví I*. Brno: Nakl. P. Křepel, s. 105-111. ISBN 80-902653-0-8.

- ŘEHULKA, E., ŘEHULKOVÁ, O. 2001. Učitelky a učitelé. In: Řehulka, E. (ed.). *Učitelé a zdraví 3*. 1. vyd. Brno: Paido, s. 143-152. ISBN 80-902653-7-5.
- SEEDHOUSE, D. 1995. *Health: The Foundations of Achievement*. New York: John Wiley and Sons.
- SHARRAR, R.G. 1992. General principles of epidemiology. In: Cassens, B. J. *Preventive medicine and public health*. Malvern : Harwal Publishing Company, s. 1-28.
- SCHWAB, L. 1996. Individual hardiness and staff satisfaction. *Nursing Economics*, 14(3), 171-173.
- SLOVIC, P. 2001. *Smoking, risk, perception and policy*. Thousand Oaks, CA: Sage, 378 s. ISBN 0-761-923-810.
- SOLFRONK, J., URBÁNEK, P. 2000. Postoje učitelů k vlastní profesi. In: *Pedagogický výzkum v ČR*. Liberec: ČAPV a PedF TU, s. 182-189.
- SOVINOVÁ, H., SADÍLEK, P., CZÉMY, L. 2010. *Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR. Názory a postoje občanů ČR k problematice kouření (období 1997–2009) – výzkumná zpráva*. Praha: SZÚ. Dostupný z: WWW: <<http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/vyvoj-prevalence-kuractvi-v-dospele-populaci-cr>>.
- STRNADOVÁ, V. 2001. Způsoby zvládnání stresu (copingové strategie). In: Řehulka, E. (ed.). *Učitelé a zdraví 3*. 1. vyd. Brno: Paido, s. 95-113. ISBN 80-902653-7-5.
- SVOBODA, Z., PYŠNÁ, J. 2007. Komplexní pojetí sociálních služeb jako efektivní intervenční model v sociálně vyloučených lokalitách. In: Škoda, J. *Multidisciplinární přístupy pomáhajících profesí*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, s. 166-177. ISBN 978-80-7044-858-8.
- SVOBODA, Z. 2008. Etnobrýle aneb kompetence učitelů pro výuku dětí ohrožených sociálním vyloučením. In: *Nová role učitele*. Ostrava: Ostravská univerzita, s. 421-431. ISBN 978-80-7368-517-1.
- ŠANDEROVÁ, J. 2000. *Sociální stratifikace: problém, vybrané teorie, výzkum*. 1. vyd. Praha: Karolinum. 172 s. ISBN 80-246-0025-0.
- SCHWARZER, R. 1992. *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Goettingen: Hogrefe.
- SZÚ. 2010. *Ústředí systému monitorování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky ve vztahu k životnímu prostředí*. Souhrnná zpráva za rok 2009. Kapitola 7 – Zdravotní stav obyvatel a vybrané ukazatele zdravotní statistiky. Praha, srpen 2010. Dostupný z: <http://www.szu.cz/publikace/monitoring-zdravi-a-zivotniho-prostredi>.
- ŠIMÍCKOVÁ-CÍŽKOVÁ, J. 2009. Protektivní a negativní faktory učitelské profese. In: *Aktuální otázky pedagogiky, psychologie a výchovného poradenství V*. 1. vyd. Ostrava: Pedagogická fakulta Ostravské univerzity, s. 13-19. ISBN 978-80-7368-766-3.
- ŠÍMA, P. 2009. Civilizační nemoci aneb nemoci západního životního stylu. *Zdravotnické noviny*, 58(40). Příloha: Lékařské listy, 16, 3-5. ISSN 0044-1996.
- ŠLACHTOVÁ, H., TOMÁŠKOVÁ, H., ŠPLÍCHALOVÁ, A. 2004. Subjektivní přístup obyvatel Ostravy ke zdraví v závislosti na životním stylu, socioekonomickém statusu a vzdělání. 2. Analýza životního stylu ve vztahu k socioekonomickému

- statusu. *Čes. Slov. Hyg.*, 1(4),110-7.
- ŠMEJKALOVÁ, J., SKALSKÁ, H., HODAČOVÁ, L., ČERNÝ, V., BILASY, M., FIALOVÁ, D., BORSKÁ L. 2004. Postoje k vlastnímu zdraví u zaměstnanců různých profesí. *Ošetrovatelství*, 6(1-2), 29-37.
- ŠMEJKALOVÁ, J., PAPERŠTEINOVÁ, M., HODAČOVÁ, L., ŠUŠOLIAKOVÁ, O., ČERMÁKOVÁ, E., FIALOVÁ, D. 2011. Expozice zdravotně rizikovým faktorům a jejich vnímání učiteli různých stupňů škol. *Hygiena*, 56(2), 40-50.
- ŠOLCOVÁ, I.; KEBZA, V. 1998. Psychoneuroimunologie a zvládání stresu. *Čs. Psychologie*, 42, 32-41.
- ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. 2004. Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a prediktory. In: *Kvalita života: Sborník příspěvků z konference*. Kostelec nad Černými lesy: IZPE. ISBN 80-86625-20-6.
- ŠPLÍCHALOVÁ, A., TOMÁŠKOVÁ, H., ŠLACHTOVÁ, H. 2005. Subjektivní přístup obyvatel Ostravy ke zdraví v závislosti na životním stylu, socioekonomickém statusu a vzdělání. III. Analýza subjektivně udávaného zdraví ve vztahu k socioekonomickým faktorům. *Česká a slovenská hygiena*, 2(1), 4-10.
- ŠTIKAR, J., RYMEŠ, M., RIEGEL, K., HOSKOVEC, J. 1996. *Základy psychologie práce*. Praha: UK Karolinum.
- ŠTIKAR, J., RYMEŠ, M., RIEGEL, K., HOSKOVEC, J. 2003. *Psychologie ve světě práce*. Praha: Nakladatelství Karolinum.
- ŠUŠOLIAKOVÁ, O., ŠMEJKALOVÁ, J., PAPERŠTEINOVÁ, M., REBOŠ, M. 2013. Occupational mental stress assessment of elementary school teachers and firefighters – rescuers. *The New Educational Review*, 31(1):94-104. ISSN 1732-6729.
- ŠVECOVÁ, J. 2000. Status učitele, kariérní růst, odměňování. In: Walterová, E. (ed.). *Rozvoj národní vzdělanosti a vzdělávání učitelů v evropském kontextu*. Úvodní teoreticko-analytická studie. Praha: UK PedF, s. 76-90.
- TUČEK, M., CIKRT, M., PELCLOVÁ, D. 2005. *Pracovní lékařství pro praxi příručka s doporučenými standardy*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing. 334 s. ISBN 80-247-0927-9.
- UNTERBRINK, T., ZIMMERMANN, L., PFEIFER, R. et al. 2008. Parameters influencing health variables in a sample of 949 German teachers. *Int Arch. Occup. Environ. Health*, 82, 117-123.
- URBANOVSKÁ, E., KUSÁK, P. 2005. Syndrom vyhoření ve vztahu k vnímání pracovní zátěže. In *Psychologické otázky výchovy, vzdělávání a poradenství – sborník příspěvků*. Olomouc: Vydavatelství UP, s. 101-117. ISBN 80-244-1228-4.
- URBÁNEK, P. 1999. Profesní časové zatížení učitelů ZŠ. *Pedagogika*, 49(3), 277-288. ISSN 3330-3815.
- VAŠINA, B. 1997. Učitel, jeho zdraví a zátěž. In: *Sborník prací FF OU*, 164,(3), 105-110.
- VAŠINA, B., VALOŠKOVÁ, M. 1998. Učitel - pracovní zátěž - zdraví. In: *Učitelé a zdraví I*. Brno: Nakl. P. Křepela, s. 7-25. ISBN 80-902653-0-8.
- VAŠINA, B. 1999a. *Psychologie zdraví*. Ostrava: Repronis. ISBN 80-7042-546-6.

- VAŠINA, B. 1999b. Konfliktní role a role nejistoty jako zdroj pracovní zátěže učitelů a některé charakteristiky práce. In: Řehulka, E. (ed.). *Učitelé a zdraví 2*. 1. vyd. Brno: Psychologický ústav AV ČR, s. 99-106. ISBN 80-902653-2-4.
- VAŠINA, B., ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J. 2009. Učitel a jeho pracovní zátěž. Nitra: PF UKF, s. 127-133.
- VAŠUTOVÁ, J. 2004. *Profese učitele v českém vzdělávacím kontextu*. 1. vyd. Brno: Paido, 191 s. ISBN 80-7315-082-4.
- VEENHOVEN, R. 2000. The four quality of life. Ordering concepts and measures of the good life. *J. Happiness Study*, 1, 1-39.
- VOLF, J. 2002. *Metodiky hodnocení zdravotních rizik v hygienické službě*. 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, Zdravotně sociální fakulta, 74 s. ISBN 80-7042-336-6.
- VRBA, I., ALRADHI, F. L., HRUBÁ, D. 2013. Kouření, nikotin a bolest. In: *Závislost na tabáku*. 1. vyd. Břeclav: ADAMIRA, s.r.o., 346-356 s. ISBN 978-80-904217-4-5.
- VYMĚTAL, J. 2003. *Lékařská psychologie*. Praha: Portál, 400 s. ISBN 80-7178-740-X.
- VYMĚTAL, Š. 2009. *Krizová komunikace a komunikace rizika*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 176 s. ISBN 978-80-247-2510-9.
- WEINSTEIN, N.D., MARCUS, S.E., MOSER, R.P. 2005. Smokers' unrealistic optimism about their risk. *Tobacco Control*, 14, 55-9.
- WEBER, A., WELTLE, D., LEDERER, P. 2005. Ill health and early retirement among school principals in Bavaria. *Int. Arch. Occup. Environ. Health*, 78(4), 325-31.
- ZEMAN, D. 2005. Obezita a metabolický syndrom. *Vnitř. Lék.*, 51(1), 72-75.
- ŽÁČEK, A. 1984. *Metody studia zdraví a nemoci v populaci*. Úvod do epidemiologie neinfekčních chorob. Praha: Avicenum.
- ŽIDKOVÁ, Z., MARTINKOVÁ, J. 2003. Psychická zátěž učitelů základních škol. *České pracovní lékařství*, 4, 122-126.
- ŽIDKOVÁ, Z. Využití dotazníků k hodnocení psychické zátěže při práci. *České pracovní lékařství*. 2002, 3, 128-131.
- ŽIDKOVÁ, Z., MARTINKOVÁ, J. Psychická zátěž učitelů základních škol. *České pracovní lékařství*. 2003, 4, 122-126.

8 Přílohy

8.1 Seznam příloh

Příloha A - Seznam tabulek

Příloha B - Seznam grafů

Příloha C - Dotazník

8.2 Příloha A - Seznam tabulek

- Tab. 1 Obecná charakteristika sledovaného souboru v %
- Tab. 2 Rizikové faktory zdravotního stavu vybrané na základě dotazníkového šetření
- Tab. 3 Prevalence vybraných rizikových faktorů u učitelů různých stupňů škol v %
- Tab. 4 Obecná charakteristika vykonávané profese v %
- Tab. 5 Hodnocení působení učitelů v učitelské profesi v %
- Tab. 6 Hodnocení pracovní psychické zátěže u učitelů různých stupňů škol v %
- Tab. 7 Hodnocení pracovní psychické zátěže (Meisterův dotazník) za celý soubor
- Tab. 8 Výsledná klasifikace pracovní psychické zátěže učitelů
- Tab. 9 Hodnocení pracovní psychické zátěže (Meisterův dotazník) s ohledem na pohlaví a věk respondentů
- Tab. 10 Hodnocení pracovní psychické zátěže (Meisterův dotazník) u učitelů s ohledem na stupeň školy
- Tab. 11 Vnímání konfliktních situací učiteli různých stupňů škol v %
- Tab. 12 Hodnocení spokojenosti učitelů se svým zaměstnáním v %
- Tab. 13 Hodnocení možnosti opětovného výběru životního povolání učitelství v %
- Tab. 14 Hodnocení výběru působiště stávající školy v %
- Tab. 15 Hodnocení důležitosti učitelství v životě učitelů v %
- Tab. 16 Spokojenost s prestiží vlastní profese a s finanční situací rodiny v %
- Tab. 17 Výskyt vybraných onemocnění v rodinné anamnéze učitelů v %
- Tab. 18 Subjektivní vnímání současného zdravotního stavu v %
- Tab. 19 Porovnání subjektivně vnímaného zdravotního stavu nyní a před rokem v %
- Tab. 20 Chronické obtíže učitelů v %
- Tab. 21 Chronická onemocnění učitelů v %
- Tab. 22 Negativní faktory životního stylu učitelů
- Tab. 23 Stravovací režim učitelů v %
- Tab. 24 Stravovací návyky učitelů sledovaných skupin – konzumace ovoce, zeleniny a mléčných výrobků v %
- Tab. 25 Stravovací návyky učitelů sledovaných skupin – konzumace masa, uzenin a sladkostí v %
- Tab. 26 Ostatní sledované faktory životního stylu učitelů

- Tab. 27 Kumulace vybraných rizikových faktorů u učitelů různých stupňů škol v %
- Tab. 28 Percepce rizika vyplývajícího ze životního stylu v %
- Tab. 29 Percepce rizika vyplývajícího z vykonávané profese a ze zdravotního stavu v %
- Tab. 30. Vnímání rizika vybraných onemocnění v %
- Tab. 31. Účast na preventivních prohlídkách v %
- Tab. 32. Doba od poslední preventivní prohlídky
- Tab. 33. Důvody neúčasti na preventivních prohlídkách v %

8.3 Příloha B – Seznam grafů

- Graf 1 Prevalence vybraných rizikových faktorů u učitelů různých stupňů škol v %
- Graf 2 Hodnocení působení učitelů v učitelské profesi v %
- Graf 3 Hodnocení pracovní psychické zátěže u učitelů různých stupňů škol v %
- Graf 4 Vnímání konfliktních situací učiteli různých stupňů škol v %
- Graf 5 Hodnocení spokojenosti učitelů se svým zaměstnáním v %
- Graf 6 Hodnocení možnosti opětovného výběru životního povolání učitelství v %
- Graf 7 Hodnocení výběru působiště stávající školy v %
- Graf 8 Hodnocení důležitosti učitelství v životě učitelů v %
- Graf 9 Spokojenost s prestiží vlastní profese v %
- Graf 10 Spokojenost s finanční situací rodiny v %
- Graf 11 Výskyt vybraných onemocnění v rodinné anamnéze učitelů v %
- Graf 12 Subjektivní vnímání současného zdravotního stavu v %
- Graf 13 Porovnání subjektivně vnímaného zdravotního stavu nyní a před rokem v %
- Graf 14 Chronické obtíže učitelů v %
- Graf 15 Chronická onemocnění učitelů v %
- Graf 16 Pravidelné stravování v %
- Graf 17 Pravidelnost konzumace alespoň jednoho teplého jídla denně v %
- Graf 18 Konzumace konkrétního teplého jídla během dne v %
- Graf 19 Kumulace vybraných rizikových faktorů u učitelů různých stupňů škol v %
- Graf 20 Vnímání rizika vybraných onemocnění v %
- Graf 21 Účast na preventivních prohlídkách v %

8.4 Příloha C – dotazník

Anonymní dotazníkové šetření
**PERCEPCE ZDRAVOTNÍCH RIZIK VYPLÝVAJÍCÍCH ZE ŽIVOTNÍHO STYLU
A PRACOVNÍ ZÁTĚŽE UČITELŮ RŮZNÝCH TYPŮ ŠKOL**

Vážená paní / pane,

dovolujeme si požádat Vás o spolupráci při řešení společného výzkumného projektu realizovaného Ústavem zdravotnických studií Univerzity Pardubice a Ústavem hygieny a preventivního lékařství LF UK v Hradci Králové.

Studie se týká **výzkumu zdravotních rizik** učitelů různých typů škol. Cílem výzkumu je zejména zjištění **percepce (vnímání) reálných rizik vyplývajících z konkrétního životního stylu a výkonu dané profese**. Hodnoceny budou i postoje a chování v otázkách vlastního zdraví (tzn. přístup ke zdraví). Osloveno bude cca 800 respondentů základních, středních a vysokých škol v Pardubickém a Královéhradeckém kraji. Účast ve studii je dobrovolná, bez nároku na finanční úhradu.

V případě, že souhlasíte se zařazením do daného šetření, vyplňte laskavě přiložený **dotazník**. Zdůrazňujeme, že celá studie je přísně anonymní. Naším záměrem je pouze skupinové vyhodnocení všech sledovaných parametrů.

Vyplnění dotazníku považujeme za vyjádření Vašeho souhlasu se zařazením do studie. **Za Vaši ochotu a Vámi věnovaný čas děkujeme.**

Mgr. Markéta Paprštejnová
asistentka Ústavu zdravotnických studií
Univerzita Pardubice
e-mail: marketa.paprsteinova@upce.cz

Doc. MUDr. Jindra Šmejkalová, CSc.
vedoucí Ústavu hygieny a preventivního lékařství
Lékařská fakulta UK v Hradci Králové
Tel.: 495 816 290, e-mail: smejkal@lfhk.cuni.cz

Dotazník na zjištění percepce zdravotních rizik vyplývajících ze životního stylu a pracovní zátěže učitelů

Pokyny pro vyplňování: *Nebude-li před otázkou vysvětleno jinak, zakřížkujte laskavě příslušný čtverec u vhodné odpovědi nebo dopište správnou odpověď.*

1. Osobní údaje

1.1. Pohlaví: ₁ muž ₂ žena

1.2. Věk: let

1.3. Dosažené vzdělání: ₁ středoškolské s maturitou ₂ vysokoškolské

1.4. Rodinný stav: ₁ svobodný/á ₃ rozvedený/á
 ₂ ženatý/vdaná; druh/družka ₄ vdovec/vdova

1.5. Bydlení: ₁ město ₂ vesnice

1.6. Jak byste hodnotil/a finanční situaci Vaši (pokud žijete sám/sama) / Vaší rodiny v současnosti?

- ₁ vycházím/e velmi dobře
₂ vycházím/e celkem dobře
₃ jakž takž vycházím/e
₄ moje/ naše finanční situace je neúnosná

2. Zaměstnání

2.1. Pracoviště: ₁ ZŠ ₄ střední odborná škola
 ₂ gymnázium ₅ VŠ
 ₃ víceleté gymnázium

2.2. Délka Vaší učitelské praxe: ₁ 1-5 let ₄ 16-20 let ₇ 31-35 let
 ₂ 6-10 let ₅ 21-25 let ₈ více než 36 let
 ₃ 11-15 let ₆ 26-30 let

2.3. Jsem pracující důchodce/kyně: ₁ ano ₂ ne

2.4. Můj týdenní plný pracovní úvazek činí:hod / týdně
(u školy, které se týká dané šetření)

2.5. Kolik z toho představuje přímá vyučovací povinnost?.....hod / týdně

- dělat něco jiného. 5 4 3 2 1
- Práce je psychicky tak náročná, že po několika hodinách cítím zřetelnou **únavu** a ochablost. 5 4 3 2 1
 - Práce je psychicky tak náročná, že je dlouhodobě neúnosné dělat ji po léta se stejnou výkonností. 5 4 3 2 1

2.16. v případě, že se ve Vaší práci často vyskytují **konflikty a problémy**, vyplývají zejména z Vašeho kontaktu (zakřížkujte max. 2 nejčastější důvody):

- ₁ se žáky / studenty ₂ s kolegy ₃ s rodiči ₄ s vedením

2.17. Vyznačte **křížkem** na příslušných položkách možnost **nejlépe vystihující Vaši situaci**:

- a) Celkově prožívám své působení v učitelské profesi jako:
- ₁ naprosto nezatěžující ₂ mírně zatěžující ₃ středně zatěžující
₄ silně zatěžující ₅ extrémně zatěžující
- b) Celkovou zátěž svého života mimo školu pocítuji jako:
- ₁ vůbec žádnou ₂ mírnou ₃ střední
₄ silnou ₅ extrémně silnou
- c) Se svým zaměstnáním jako učitel jsem:
- ₁ zcela nespokojen ₂ spíše nespokojen ₃ ani – ani
₄ spíše spokojen ₅ velice spokojen
- d) Ve srovnání s jinými školami je učení na naší škole:
- ₁ zcela bez obtíží ₂ méně obtížné ₃ průměrně obtížné
₄ více obtížné ₅ extrémně obtížné ₆ nemohu posoudit
- e) Kdybych si mohl(a) znovu vybrat životní povolání, znovu bych volil(a) učitelství:
- ₁ velmi nepravděpodobně ₂ málo pravděpodobně ₃ na 50%
₄ více pravděpodobně ₅ velmi pravděpodobně
- f) Při zcela volném výběru bych si za své působiště vybral(a) stávající školu:
- ₁ velmi nepravděpodobně ₂ málo pravděpodobně ₃ na 50%
₄ více pravděpodobně ₅ velmi pravděpodobně
- g) v rámci mého celého života považuji učitelství za:
- ₁ naprosto nedůležité ₂ spíš nedůležité ₃ průměrně důležité
₄ dosti důležité ₅ velice důležité

2.18. Domníváte se, že je Vaše práce spojena s určitým zdravotním rizikem? ₁ ano ₂ ne

Jestliže ANO, s jakým? Vyjmenujte všechny zdravotně rizikové faktory, které ve vašem případě přicházejí v úvahu a seřad'te je sestupně podle závažnosti: (1 = nejzávažnější riziko)

1. 5.
 2. 6.
 3. 7.
 4. Další:

2.19. Jste spokojen/a se společenskou prestiží Vaší profese? ₁ ano ₂ ne

3. Rodinná anamnéza

Byl ve Vaší rodině (u vlastních rodičů nebo sourozenců) zjištěn výskyt následujících onemocnění?:

	Začátek onemocnění	
	do 60 let	po 60.roce
3.1. srdečně – cévní onemocnění (např. infarkt, vysoký krevní tlak, mrtvice)	<input type="checkbox"/> _{1 a}	<input type="checkbox"/> _{1 b}
3.2. nádorová onemocnění	<input type="checkbox"/> _{2 a}	<input type="checkbox"/> _{2 b}
3.3. cukrovka	<input type="checkbox"/> _{3 a}	<input type="checkbox"/> _{3 b}
3.4. obezita	<input type="checkbox"/> _{4 a}	<input type="checkbox"/> _{4 b}
3.5. alergie (astma, ekzém, potravinová alergie)	<input type="checkbox"/> _{5 a}	<input type="checkbox"/> _{5 b}
3.6. deprese	<input type="checkbox"/> _{6 a}	<input type="checkbox"/> _{6 b}
3.7. nevím	<input type="checkbox"/> ₇	
3.8. odmítám odpovědět	<input type="checkbox"/> ₈	

4. Osobní anamnéza

4.1. Jak se celkově cítíte po zdravotní stránce?:

(zakřížkujte jen jednu odpověď)

- ₁ Velmi dobře. ₄ Necítím se dobře, mám dlouhodobé potíže.
₂ Dobře, jsem celkem zdrav/a. ₅ Velmi špatně, cítím se vážně nemocen /a.
₃ Vcelku dobře, průměrně.

4.2. Pokuste se porovnat svůj současný zdravotní stav s tím, jak jste se cítil/a před rokem:
 (zakřížkujte jen jednu odpověď)

- ₁ výrazně lepší než před rokem
₂ o něco lepší než před rokem
₃ asi stejný jako před rokem
₄ o něco horší než před rokem
₅ výrazně horší než před rokem

4.3. Trpíte nějakými chronickými obtížemi? ₁ ano ₂ ne

4.4. Byla Vám diagnostikována chronická choroba? ₁ ano ₂ ne

4.5. Jestliže ano, kterých zde vyjmenovaných onemocnění se potíže týkají?

3

4 ₁ srdce a cév

₅ cukrovky

5 ₂ dýchacího ústrojí

₆ psychiky

₃ pohybového ústrojí

₇ jiných onemocnění, kterých

₄ trávicího ústrojí

₈ odmítám odpovědět

4.6. Jaká je Vaše váha:kg a výškacm

4.7. Domníváte se, že Vaše hmotnost je: ₁ normální/optimální ₂ nižší

₃ zvýšená, mám spíše nadváhu

4.8. Jste spokojen/na se svojí tělesnou hmotností? ₁ ano ₂ ne ₃ víceméně

4.9. Z důvodu nadváhy či obezity, zkoušel/a jste někdy redukovat svoji hmotnost?

₁ ano ₂ ne

4.10. V případě že ANO, týkaly se Vaše snahy:

(zaškrtněte libovolné množství variant)

₁ pouze změny stravovacích návyků (omezení přísunu energie, změny jídelníčku)

₂ pouze zvýšení pohybové aktivity

₃ kombinace změny stravovacích návyků a pohybového režimu

₄ užívání **volně prodejných** léků či nutričních doplňků

₅ užívání **lékařem předepsaných** léků (např. na snížení chuti, ovlivnění metabolismu tukových látek apod.)

₆ jiných metod, jakých?

4.11. Byl/a jste ve Vašich snahách o redukci hmotnosti úspěšný/á?

₁ ano ₂ ne ₃ částečně

4.12. Znáte orientačně hodnotu svého krevního tlaku?

₁ ano, je to: / mm Hg (systolický krevní tlak/diastolický krevní tlak)

₂ neznám přesně, ale můj krevní tlak je normální

₃ neznám přesně, ale můj krevní tlak je zvýšený

₄ neznám přesně, ale mám spíše nízký krevní tlak

₅ nevím, jaký mám krevní tlak

4.13. Znáte aktuální hodnotu hladiny svého cholesterolu?

₁ ano, je to:mmol/l

₂ neznám přesně, ale vím, že mám normální hodnotu cholesterolu

₃ neznám přesně, ale vím, že mám zvýšenou hodnotu cholesterolu

₄ hodnotu svého cholesterolu neznám

5.15. Stravujete se pravidelně (minimálně 3x denně, tj. snídaně, oběd, večeře)?

₁ ano ₂ ne ₃ občas

5.16. Máte alespoň jedno teplé jídlo denně? ₁ ano ₂ většinou ₃ občas ₄ ne

5.17. V případě, že ano, jaké: ₁ oběd ₂ večeře ₃ oběd i večeře

5.18. Jaký je Váš denní příjem tekutin v litrech?

6. Vnímání zdravotního rizika

6.1. Domníváte se, že jste ve zvýšeném riziku:

• srdečně – cévních onemocnění ₁ ne ₂ ano,
proč?.....

• rakoviny plic ₁ ne ₂ ano, proč?
.....

• rakoviny prsu ₁ ne ₂ ano, proč?
.....

• rakoviny tlustého střeva a konečníku ₁ ne ₂ ano, proč?
.....

• cukrovky ₁ ne ₂ ano,
proč?.....

• jiných chorob ₁ ne ₂ ano, jakých a proč?
.....
.....
.....

6.2. Napište, kolikrát týdně jíte následující potraviny?

ovoce

zelenina.....

mléčné výrobky ₁ nízkotučné..... ₂ polotučné..... ₃ plnotučné

ryby a drůbež.....

maso vepřové a hovězí

uzeniny.....

sladkosti.....

6.3. Domníváte se, že se ve Vašem životním stylu vyskytují zdraví škodlivé faktory?

₁ ano ₂ ne

v případě, že ANO, jaké:
.....
.....

• Myslíte, že je ve Vašich silách tyto faktory ovlivnit? ₁ ano ₂ ne

• Přejete si tyto faktory ovlivnit? ₁ ano ₃ ne, nechci

₂ ne, nepovažuji je za důležité

- Věděl/a byste jak je ovlivnit? ₁ ano ₂ ne
- v případě, že NE, kdo by Vás měl o způsobech prevence informovat?

.....

6.4. Myslíte si, že jste dostatečně informován/a o **rizicích své profese**? ₁ ano ₂ ne

6.5. Myslíte si, že jste dostatečně poučen/a o možnostech, jak těmto rizikům předcházet?
ne ₁ ano ₂

6.6. Kdo by Vás měl, podle Vašeho názoru, informovat o **rizicích Vaší profese** a způsobech, jak jim předcházet? (např. lékař, zaměstnavatel, média)

.....

6.7. Domníváte se, že **znáte** dobře **svůj zdravotní stav**? ₁ ano ₂ ne

v případě, že neznáte, napište proč? (*nezajímám se o to, nechci to vědět, můj ošetřující lékař mě neinformuje, apod.*)

.....

6.8. Vyskytly se ve Vašem životě okolnosti, které vedly **ke zlepšení přístupu k Vašemu zdraví**? ₁ ano ₂ ne

v případě, že **ano**, jaké? (např. informace v masmédiích, rozhovor s lékařem, zlomové životní události :.....)

6.9. • Chodíte pravidelně na **preventivní prohlídky k praktickému lékaři**? ₁ ano ₂ ne
Pakliže ano, před kolika měsíci ..., či roky jste byl/a na poslední prohlídce ?

• Chodíte pravidelně na **preventivní stomatologické prohlídky**? ₁ ano ₂ ne
Pakliže ano, před kolika měsíci ..., či roky jste byl/a na poslední prohlídce ?

• Jste-li žena, chodíte pravidelně na **preventivní gynekologické prohlídky**? ₁ ano ₂ ne
Pakliže ano, před kolika měsíci ..., či roky jste byla na poslední prohlídce ?

• Na preventivní prohlídky **nechodím protože**: ₁ nemám čas ₂ nemám zájem
₃ nebyl/a jsem pozván/a ₄ nevím, že takové prohlídky existují
₅ nechci vědět jak na to jsem ₆ jiný důvod

Děkujeme Vám za vyplnění dotazníku.