

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra výchovy ke zdraví

Diplomová práce

**Životní styl učitelů na druhém stupni ZŠ
v Příbrami**

Vypracoval: Bc. et Bc. Šárka Trnovská

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Vladislav Kukačka, Ph.D.

České Budějovice 2018



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

University of South Bohemia in České Budějovice

Faculty of Education

Department of Health Education

Diploma thesis

**The lifestyle of teachers at the primary
school in Příbram**

Author: Bc. et Bc. Šárka Trnovská

Supervisor: doc. PaedDr. Vladislav Kukačka, Ph.D.

České Budějovice, 2018

Bibliografická identifikace

TRNOVSKÁ, Š. Životní styl učitelů na druhém stupni základní školy v Příbrami. České Budějovice, 2018. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Pedagogická fakulta. Katedra Výchova ke zdraví. Vedoucí práce doc. PaedDr. Vladislav Kukačka, Ph.D.

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá životním stylem učitelů na druhém stupni základní školy v Příbrami. Teoretickým východiskem pro praktickou část bylo vymezení pojmu životní styl a popis vybraných faktorů, které mají zásadní vliv na to, jaký typ životního stylu zvolíme vzhledem k podmínkám, které přímo či nepřímo ovlivňují náš výběr. Téma životního stylu je velmi rozsáhlé, proto se práce zaměřuje jen na nejdůležitější aspekty daného tématu, a to jsou subjektivní a objektivní činitele, které mají pozitivní nebo negativní vliv na životní styl.

Praktická část je věnována vlastnímu výzkumu, který proběhl dotazníkovým šetřením a zjišťoval, jaký je životní styl učitelů na druhém stupni základních škol v Příbrami. Data byla následně statisticky vyhodnocena a zpracována. Výsledky byly diskutovány s odbornou literaturou. Z výsledků vyplývá, že učitelé jsou ohroženou skupinou v oblasti nedostatku pohybu. 66 % respondentů uvedlo, že se nevěnují pohybovým aktivitám vůbec, dále pak vysoké procento učitelů uvedlo, že na sobě pocítují projevy stresu. Pozitivním výsledkem bylo zjištění, že 76 % učitelů se stravuje 4x až 5x denně, 77 % učitelů konzumuje ovoce a zeleninu. Dalším pozitivním rysem životního stylu zkoumaných učitelů je zjištění, že více než 50 % dotazovaných nekouří a 73 % uvedlo spokojenost v zaměstnání.

Klíčová slova: životní styl, učitel, potřeby, hodnoty, životní podmínky, stres, pohyb, strava, návykové látky

Bibliographic identification

TRNOVSKÁ, Š. The lifestyle of teachers at the primary school in Příbram. In České Budějovice, 2018. Diploma thesis. University of South Bohemia in České Budějovice, Faculty of education, Health education. Supervisor: doc. PaedDr. Vladislav Kukačka, Ph.D.

Abstract:

This diploma thesis deals with the lifestyle of lower secondary level teachers at the basic schools in Příbram. The theoretical part, which provides the grounding for the empirical part, describes the key term of lifestyle and the selected factors which have an essential impact on the choice of lifestyle considering the influences which directly or indirectly impact the choice. The topic is a very broad one therefore this thesis focuses on the most important aspects which are the subjective and objective agents impacting lifestyle positively or negatively.

The empirical part deals with the research which was conducted via a questionnaire which was constructed to obtain the information concerning the lifestyle of teachers of lower secondary level schools in Příbram. The data was then statistically evaluated. The results were compared to the current knowledge in the field. The results show that teachers are threatened by insufficient physical exercise. 66 % of the respondents stated that they do not devote any time to physical exercise, also a high percentage of the respondents stated they can recognize some signs of being stressed. On the other hand, a positive finding was the fact that 76 % of teachers eat four to five times a day and 77 % of the respondents eat fruit and vegetables. Another positive finding was the fact that over half of the respondents do not smoke and 73 % stated they are content in their current job.

Key words: lifestyle, teacher, needs, values, life circumstances, stress, movement, nutrition, addictive substances.

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě fakultou pedagogickou, cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 26. 4. 2018

.....

Bc. et Bc. Šárka Trnovská

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala panu doc. PaedDr. Kukačkovi Ph.D. za vstřícnost, ochotu, pomoc a cenné rady při zpracování mé diplomové práce. Dále pak kolegům ze základní školy za vyplnění dotazníku, díky nimž jsem získala data, která jsou důležitá pro mou práci.

Obsah

| | |
|---|----|
| Obsah | 7 |
| Úvod..... | 9 |
| I. TEORETICKÁ ČÁST | 10 |
| 1. Životní styl..... | 10 |
| 1.1 Typy životních stylů | 11 |
| 1.1.1 Dominantní způsob života | 13 |
| 1.1.2 Alternativní životní styly | 13 |
| 2. Činitelé ovlivňující životní styl..... | 14 |
| 2.1 Subjektivní činitelé ovlivňující životní styl | 14 |
| 2.1.1 Potřeby | 14 |
| 2.1.2 Životní hodnoty..... | 16 |
| 2.1.3 Potřeby a učitel | 17 |
| 2.2 Objektivní činitelé ovlivňující životní styl | 19 |
| 2.2.1 Vliv životních podmínek na životní styl..... | 19 |
| 2.2.2 Volný čas | 20 |
| 3. Negativní faktory životního stylu | 22 |
| 3.1 Stres | 22 |
| 3.1.1 Generální adaptační syndrom (GAS)..... | 23 |
| 3.1.2 Projevy stresu..... | 24 |
| 3.1.3 Zvládání stresu..... | 25 |
| 3.1.4 Psychická zátěž učitele | 27 |
| Burnout efekt | 27 |
| 3.2 Návykové látky | 29 |
| 3.2.1 Alkohol | 29 |
| 3.2.2 Tabakismus | 36 |

| | |
|--|----|
| 3.2.3 Drogy | 37 |
| 3.3 Nezdravé stravování | 39 |
| 3.4 Nedostatek pohybu | 40 |
| II. PRAKTICKÁ ČÁST | 42 |
| 4. CÍLE A ÚKOLY PRÁCE | 42 |
| 5. METODIKA | 43 |
| 5.1 Volba metody a výzkumného nástroje..... | 43 |
| 5.2 Metoda získávání dat | 43 |
| 5.3 Statistické zpracování dat | 44 |
| 6. VÝSLEDKY | 45 |
| 6.1 Výsledky dotazníkového šetření | 45 |
| 6.2 Výsledky zpracované programem Statistika 13..... | 66 |
| 7. DISKUZE | 70 |
| 7.1 Diskuze k hypotézám..... | 74 |
| 8. ZÁVĚR | 76 |
| Seznam použité literatury | 78 |
| Seznam elektronických zdrojů..... | 81 |
| Seznam příloh | 83 |

Úvod

Dnešní doba je charakteristická svým rychlým životním tempem. Člověk nemá čas se zastavit, poohlédnout a zamyslet se nad svým životem do té doby, než je zastaven nepříjemnou životní zkušeností. Zkušenost ve formě zdravotních obtíží, která spustí řetězec dalších změn, souvisejících s pracovní neschopností, nedostatkem financí, sociální izolací a dalšími problémy, které si člověk v plném nasazení ani neuvědomuje, ani nepřipouští. Tempo, kterým dnešní populace žije, se projevuje do všech oblastí lidského žití. Životní styl v sobě odráží, jak jsme geneticky vybaveni, jak se stravujeme, jak se staráme o své zdraví, kde žijeme a v jakých sociálních podmínkách, zda máme dostatek pohybu, dostatek pozitivních podnětů, jaké negativní faktory působí na naši psychiku, jak se umíme vyrovnat se stresem a jak řešíme naše problémy, kterým jsme vystaveni již od dětství. V souvislosti s životním stylem se v posledních letech hovoří o výskytu civilizačních chorob, mezi které patří obezita, vysoký krevní tlak, diabetes mellitus, psychické problémy a s tím vším ruku v ruce zvýšená spotřeba a nadměrné užívání léčiv, které neléčí příčiny, ale následky.

Moje práce je zaměřena na životní styl učitelů na druhém stupni základní školy. Děti samotné mají jako první vzory své rodiče, ne vždy ale mají to štěstí, že jsou rodiče těmi správnými vzory v chování a návycích, které ovlivňují styl našeho žití. Učitel by měl být dětem vzorem, měl by sám znát zásady zdravého životního stylu a měl by je vhodným způsobem umět předat svým žákům. Mocným činitelem v distribuci zdravého životního stylu jsou média a reklama, která nám nabízí lék na všechno. Na každou bolest fyzickou i psychickou existuje tableta, která vám pomůže. Vy nemusíte dělat nic, my se o vás postaráme. To vyzývá člověka k pasivitě a k myšlence, že není potřeba úsilí k tomu, abychom byli zdraví a spokojení. Pedagogické umění učitele v otázce životního stylu je velmi důležité. On je ten, který může navést žáky na správnou cestu, kterou se oni sami mohou vydat, když jim to bude správně podáno a učitel sám bude přesvědčen o tom, co říká a bude se podle zásad zdravého životního stylu řídit. Životní styl je pojem, který je poslední dobou velmi populární. Tímto tématem se zabývá řada odborníků, je to téma široké, nelehce uchopitelné. Má práce se zaměřuje na vymezení pojmu životní styl a na faktory, které životní styl ovlivňují jak pozitivně, tak negativně.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Životní styl

Pojem životní styl bývá v současné době velmi často používán ve spojeních zdravý či nezdravý životní styl. Lze též použít termín životní způsob, který je chápán jako synonymum životního stylu. Někteří autoři upozorňují, že pojem životní způsob je překonaný minulostí, stejně jako ještě starší výraz životní sloh.

Oba pojmy byly vytvořeny před druhou světovou válkou za zcela odlišných životních podmínek a její mechanické přebírání v současnosti nemá oporu ve stavu současného vědeckého poznání. Svou roli v užívání pojmů hrají také lingvistické záležitosti promítající se do překladů textů, zejména z anglického jazyka, v němž je publikována většina odborné literatury a vědeckých textů, které se kloní k používání pojmu životní styl. Hodaň (2000) chápe pojmy životní styl a způsob života jako různé, říká, že životní způsob je termínem nadřazeným, protože se týká skupiny, třídy, populace, má tedy skupinový charakter, naproti tomu životní styl se týká jednotlivce, je od životního způsobu odvozen a je individualizován. Kastnerová (2012) uvádí, že z hlediska terminologie patří také pojem životospráva k pojmu životní styl, tento pojem je starší, ale nevyjadřuje celý obsah činnosti, kterou by měl člověk vůči svému zdraví v oblasti životosprávy udělat. Rozlišování pojmů životní styl, způsob života, sloh je z hlediska pramenů zaměnitelné, není opravdu jasné a staví spíše na spekulativní vymezení než na jejich operacionalizaci.

Existují tři roviny životního stylu, a sice životní styl jedince, skupiny a společnosti. Každý z nás je individualitou, rozdílů ale nejsou jen individuální, ale jsou často společné nějakým určitým skupinám, kterých jsme součástí na základě věku, vzdělání, profese, pohlaví atd. (Friendlerová, Tuček, 2000). Urban a Dubský (2008) si pokládají otázku, zda je vůbec možné v souvislosti se společností hovořit o životním stylu. Je velice problematické shrnout jednotlivé životní styly jedinců. Životní styl jedince se vyznačuje vnitřní jednotou, koherentností, jeho části si navzájem odpovídají, jsou v souladu, mají společný základ nebo vycházejí ze společné podstaty. Životní styl

skupiny znázorňuje již zobecněné, charakteristické společné rysy jeho podstatných určujících skutečností, které jsou typické pro většinu členů skupiny. Výrost (2008) označuje životní styl jako systém vztahů mezi životními zvyklostmi, projevy, které jsou typické pro jedince. Jedná se tedy o naučené způsoby chování, realizace činností, každodenních zvyklostí. Lašek (2011) říká, že životní styl je zpředmětněný způsob života, ovlivněný různými faktory jako je věk, pohlaví, vzdělání atd.

Životní styl je determinanta zdraví, která naše zdraví nejvíce ovlivňuje. Působení na životní styl představuje činnost člověka, která rozvíjí zájem o zdraví. Spočívá v seberealizaci člověka na základě jednoty racionální výživy, pohybové aktivity zejména vytrvalostního charakteru a duševní homeostázy. Cílem je dosáhnout aktivního zdraví. Montoussé (2005) uvádí, že náš zdravotní stav je téměř z 60% ovlivněn právě životním stylem.

Ať už žijeme jakýmkoli stylem života, snažíme se uspokojit své potřeby a hodnoty.

1.1 Typy životních stylů

Životní styly rozdělují různí autoři různě. Každý sociolog, pedagog či filosof zabývající se životním stylem, vymezil tento pojem po svém a z různého hlediska. Tím vznikly typologie, které můžeme rozlišovat dle kritérií zaměřenosti a orientace na jedince či společnost.

Havlík (1996) dělí životní styly podle převažujících hodnot ve způsobu života:

- *Životní styl s náplní studia* (ten provozují ti, kteří rádi čtou, často chodí do divadla, jezdí na výlety za poznáním)
- *Životní styl s nejvyšší hodnotou hraní* (tento styl upřednostňují sportovci nebo sportovní fanoušci, hráči, pravidelní návštěvníci zábavných podniků)
- *Životní styl s rozjímáním* (samotáři, kteří tráví nejraději svůj volný čas bez rodiny)

Další členění z hlediska vlivu práce a volného času uvádí Kraus (2001):

- *Pracovně orientovaný životní styl* (lze chápat jako kategorii, kde lidé upřednostňují práci a pracovní činnost a růst v ní je ústřední smysl života, volný čas je chápán jako zbytková kategorie, kde převažuje tělesný odpočinek, rekreace a zotavení)
- *Hedonistický životní styl* (přesun životních zájmů do volného času, preference rodiny, soukromí, práce je důležitá jen pro zajištění materiálních hodnot)
- *Celistvý životní styl* (snaží se oddělit čas pro práci a čas volný tak, aby mezi ním nevznikala propast, ale aby byly tyto dvě části integrální, tj. aby jedinec nepracoval jen proto, že musí, ale aby ho práce bavila, naplňovala. Aby se shodovala s jeho zájmy, ideály a koníčky)

Mezi další typy životních stylů patří typologie zaměřená na marketing. To, co lidé kupují, potřebují, za kolik jsou ochotni nakupovat a co mají rádi, je jistým smyslem jejich životního stylu a pokud obchodníci dokáží toto identifikovat, je jejich úspěch na trhu téměř jistý. Touto typologií se zabýval Bernard Cathelat. (Dufková, Urban, Dubský, 2008)

- *Podnikavec* (vše se točí kolem práce, využívá moderní prostředky, ve spotřebě preferuje originály, značky)
- *Utilitarista* (orientace na rodinu, domov, tradice)
- *Konzervativec* (žije ve svém teritoriu, které nerad opouští, orientuje se na rodinu)
- *Ideál* (nejraději by měl klidný rodinný život, pohodlné bydlení, dostatek volného času)
- *Anarchista* (preference osobního života, proměnlivost, asociálnost, je pesimistickým ironickým pozorovatelem)
- *Prospěchář* (parazitní životní styl, preferuje volný čas, dovolenou, narcistické spory, usiluje o maximum osobního prospěchu bez jakýchkoli sociálních ohledů, nakupuje v luxusních obchodech)
- *Harlekýn sociálního divadla* (pozoruje svou existenci, stále potvrzuje svou identitu)

1.1.1 Dominantní způsob života

Pro tento typ životního stylu jsou charakteristické takové činnosti a zvyky hrající podstatnou úlohu v každodennosti jedince. To je ovšem problematické. Dominantní způsob můžeme tedy vymezit tím, že se pokusíme najít individuální artefakty, jako jsou mobilní telefony, obuv, soubory chování a prožívání, které reflektují životní způsob dané společnosti. Jako třeba pravidla oblékání, způsob stravování apod. Toto vše utváří takový způsob, který můžeme označit jako dominantní. Významnou roli v procesu utváření hrají média. Jak se rozhodneme takový způsob hodnotit, záleží na každém z nás. Je potřeba vzít v úvahu, zda nám tento způsob umožňuje nějaké alternativy vnímání reality, jež stojí v opozici dominantní kultuře. (Volek, 2008)

1.1.2 Alternativní životní styly

Obecné základní vymezení alternativy říká, že východiskem alternativního životního stylu je dobrovolné rozhodnutí – svobodná vůle, která vede k volbě životního způsobu. Vlastní životní podmínky vedou jedince k tomu, zda bude žít životním stylem většiny nebo zda se rozhodne mít svůj styl života.

Rozměry subjektivního a objektivního ve volbě životního stylu mohou být různé, především při vnějším posuzování. Jedinec se může dostat do situace, kdy se mu zdá, že nemá na výběr, že se musí rozhodnout pro určitý alternativní životní styl, že pro něj jiná alternativa neexistuje. Pozorovatel, však může na základě svých zkušeností, názorů, hodnot atd. chápat jako alternativu i to, co posuzovaný jedinec sám pro sebe předem ze škály možností vyloučil (Dufková, 2006)

Příklad modelové situace:

„Aktivní sportovec zůstává po těžké autohavárii na invalidním vozíku a teoreticky má různé možnosti subjektivní reakce na objektivní situaci (v oblasti životního způsobu/stylu): pasivní odevzdání se, přeorientace na jinou základní životní činnost či hodnotu než sport, snaha o návrat do sportu, i když na jiné úrovni. Je otázkou subjektivní volby, pro kterou z těchto možností se rozhodne, i když on sám může jednu z těchto variant chápat jednoznačně jako jedinou pro něj vhodnou, pro něj přicházející

v úvahu (jistě záleží i na různých objektivních okolnostech: typ a rozsah invalidity, rodinné zázemí atd. a zejména na osobnosti člověka).“ (Dufková, 2006)

Alternativní životní styl je záležitostí vlastní volby a jeho podstata spočívá v dobrovolné výrazné preferenci určité hodnoty, která významně ovlivňuje a utváří životní styl a jeho vývoj. Dvě velké skupiny alternativního životního stylu jsou vázány na životní prostředí a zdraví. Librova (2003) definuje ekologicky příznivé chování jako tzv. ekologický luxus, který uvědoměle zmenšuje ekologickou stopu, v různé míře je schopno sebeomezení a vztahuje se k nemateriálním, kulturou oceňovaným hodnotám. Pro tento styl je typické například zavrnutí motorových vozidel, práce na zahradě, ale také hledání smyslu v blízkém domově spojeném s odmítnutím vzdáleného cestování.

2. Činitelé ovlivňující životní styl

2.1 Subjektivní činitelé ovlivňující životní styl

2.1.1 Potřeby

Potřeby jsou souborem vrozených nebo získaných požadavků organismu. Při pocitu nedostatku, motivují jedince k cílenému jednání. Na základě potřeb se rozvíjí zájmy, a to když je určitým potřebám přikládán různý motiv. (Dufková a kol., 2008)

Nejnámější v oblasti potřeb je Maslowova pyramida potřeb. Maslow předpokládal, že existuje nejméně pět skupin cílů, které lze označit jako základní potřeby: fyziologické potřeby, bezpečí, láska, uznání, sebeaktualizace. Tyto potřeby jsou hierarchicky uspořádané a mají podobu pyramidy.

Na nejnižším stupni jsou fyziologické potřeby, jako je například hlad, žízeň, únava a spánek. Fyziologické potřeby jsou většinou homeostatické (udržující rovnováhu, stálost vnitřního prostředí).

Potom jsou potřeby bezpečí - jistoty, stability, spolehlivosti, osvobození od strachu, úzkosti a chaosu. Potřeba struktury, pořádku, zákona, mezí, cítit se zabezpečen a mimo nebezpečí. Toto je patrné zejména u dětí, které mají rády řád a předvídatelnost událostí. Ale i dospělí se cítí lépe v dobře organizované společnosti, která je chrání před případným nebezpečím.

Na třetí úrovni leží potřeby lásky, náklonnosti, sounáležitosti a potřeba někam patřit. Pak následují potřeby uznání jako potřeba dosažení úspěšného výkonu, prestiže, potřeba být kompetentní, získat souhlas, uznání, pozornosti, důležitosti a ocenění. To se týká jak uznání okolí, tak vlastní sebeúcty a vysokého sebehodnocení.

Na vrcholu hierarchie se nachází potřeba seberealizace, kam patří potřeba nalézt sebenaplnění, realizovat vlastní potenciál. Jde o uplatnění a využití svých možností. Člověk by měl dělat to, na co se hodí. Uspokojení této potřeby je tudíž individuální. Může se projevit jako touha malovat, být atletem, vynálezcem nebo dobrou matkou. Nemusí jít o vlastní tvorbu, i když u lidí s kreativními schopnostmi tomu tak obvykle je.

Nižšími potřebami jsou fyziologické potřeby, potřeby bezpečí, potřeby lásky a sounáležitosti a potřeba uznání. Vyššími potřebami jsou především seberealizace a potřeby růstu. Nižší potřeby jsou lokalizovanější, hmatatelnější a omezenější než potřeby vyšší. Čím vyšší je úroveň potřeb, tím svobodnější a účinnější může být psychoterapie. Na úrovni nižších potřeb je psychoterapie stěží platná, neboť hlad těžko uspokojíme mluvením. Pro vyšší potřeby musí být splněno více předběžných podmínek a jejich vznik vyžaduje příznivější vnější okolnosti. Vyšší potřeby jsou subjektivně méně naléhavé. Čím vyšší potřeba, tím méně je důležitá pro přežití. Člověk nepocituje velkou potřebu je uspokojit, tudíž může déle odkládat její uspokojení a potřeba se snáze trvale ztrácí. (Čáp, Mareš, 2001)

Život na úrovni vyšších potřeb však vede k větší biologické efektivnosti, delšímu životu, k menšímu počtu nemocí, lepšímu spánku, chuti k jídlu atd. Ti, u kterých již došlo k uspokojení obou druhů potřeb, si obvykle více cení vyšších potřeb než nižších. Tato hierarchie potřeb stoupá od základních biologických potřeb ke složitějším motivům. Vyšší potřeby se stanou důležitým zdrojem motivace až poté, co jsou alespoň částečně uspokojeny potřeby, jež leží v hierarchii níže. Když je obtížné získat jídlo a bezpečí, člověk se zaměří hlavně na uspokojení těchto potřeb a vyšší motivy mají jen malý význam. Tyto potřeby musí být neustále uspokojovány, aby jedinec mohl postupovat výše v hierarchii potřeb. Pokud jde snadno dosáhnout základních potřeb, tak má člověk čas a sílu věnovat se estetickým a intelektuálním zájmům. (Holeček, 2015)

Plamínek (2015) říká, že Maslowova hierarchie vcelku výstižně popisuje základní lidské pohnutky, které ovlivňují chování a prožívání v západní společnosti. Přesto se nevyhnula kritice. Především kvůli předpokladu, že úsilí o seberealizaci vzniká teprve poté, co má jedinec uspokojeny nedostatkové potřeby (fyziologické potřeby, potřeby bezpečí, potřeby lásky a sounáležitosti a potřebu uznání). Řada umělců a vědců se věnovala tvůrčí práci, i když neměla zajištěny ani základní podmínky pro život (jako dostatek jídla a bezpečí). Také se uvádí, že tato hierarchie může vyjadřovat pohnutky ctížádostivých mužů západního světa, ale hierarchie ženských potřeb může být jiná.

2.1.2 Životní hodnoty

Pro významy a podoby života jsou důležité vzniklé potřeby a zájmy, jejichž uvědomování vzniklo v procesu hodnocení ve formálních vztazích člověka k přírodě, ke společnosti, k okolí i k sobě samotnému. Mají povahu hodnot. Hartl a Hartlová (2009) uvádí, že hodnota je vlastnost, kterou jedinec přisuzuje určitému objektu nebo činnosti v souvislosti s uspokojováním jeho potřeb. Dle Jandourka (2007) je hodnota určitou představou o tom, co je a co není žádoucí. Brožík (2007) uvádí, že nic nemá hodnotu samo od sebe, vše nabývá hodnoty až naší činností. Hodnota nemá vymezený rozsah či rozměr, mohou to být hmotné věci ale i cíle, zájmy a postoje. Hodnotu můžeme popsat jako pozitivní vztah člověka k objektivnímu světu. Hodnoty vyjadřují souvislost člověka se světem, vyzkoušený v každodenní praxi. Ovlivňuje je stupeň poznání vlastních potřeb, které jsou rozhodující pro hodnocení. (Dufková, Urban, Dubský, 2008)

Dufková a Tuček (2003) uvádí rozdělení obyvatel podle jejich hodnotových orientací:

- Základní materiální podmínky a tradiční rodinný život
- Plnohodnotný život zaměřený na sebe, i na prospěch společnost
- Spotřební orientace

Friendlová a Tuček (2000) představují hodnoty uspořádané do pořadí vyjadřující, která z životních hodnot patří pro většinu lidí k nejdůležitějším a která k méně důležitým. Každá společnost si během svého vývoje vytvořila vlastní obecně uznávanou stupnici hodnot. Především se jedná o životní hodnoty, které vycházejí

z představ o dobru a zlu, o tom, co umožňuje lidské soužití, pocit sebejistoty a lidské důstojnosti. Nerespektování těchto hodnot, narušuje vztahy mezi lidmi.

Hodnotovou orientaci můžeme vidět v souvislostech s krátkodobými a dlouhodobými záměry v přijatých hodnotách. Hodnotová orientace každého jedince se promítá do jeho životního stylu, je odrazem identity jedince, jestliže se člověk není schopen ve svém životě řídit svým vlastním systémem hodnot, stává se závislým na názorech druhých. Mít vlastní žebříček hodnot znamená tvořit si postoje a na bázi těchto postojů, soudíme podle jednání druhých, jaké hodnoty preferují oni. (Nakonečný, 2009).

Prudký (2009) konstatuje, že systém našich hodnot je utvářen rodinou a prostředím, ve kterém vyrůstáme. Toto prostředí si nikdo nevybírá sám, je mu určeno.

2.1.3 Potřeby a učitel

Vzhledem k tomu, že se praktická část mé práce vztahuje k učitelské profesi, považuji za důležité v teoretické části zmínit i specifika potřeb, související s daným povoláním a tím pádem i jejich vliv na životní styl učitelů.

Dobrý učitel je motivován ke své učitelské práci tím, že při ní uspokojuje některé vyšší psychické potřeby. Jako například potřebu poznávat stále nové a toto poznání pak vhodnou zajímavou formou předávat druhým, tj. svým žákům. Další potřebou by měla být touha pomoci svěřeným žákům zvládnout školní docházku, vést a řídit jejich činnost, rozvíjet jejich osobnost, uvádět je do světa dospělých. Podle Maslowovy pyramidy potřeb stojí na vrcholu pyramidy potřeba seberealizace. Pro úspěch každého lidského snažení je velmi důležité, aby člověk tuto potřebu ve svém životě uspokojoval. (Plamínek, 2015)

Spokojenost v učitelském povolání také závisí na míře vlastní seberealizace. Tato potřeba úzce souvisí s potřebou uznání a ocenění. A protože ze strany žáků či jejich rodičů skutečně jen málokdy přicházejí projevy díků a uznání, uspokojení této potřeby spočívá plně v rukou vedení školy. Ocenění dobré práce učitele by nemělo být jen jedenkrát ročně finanční odměnou, ale především formální i neformální ústní pochvalou vždy, když si to učitel zaslouží. Krize společnosti se projevuje i častějšími konflikty, pocity rozladěnosti, životní nespokojeností. Z této situace velice pomáhá pozitivní orientace, upřímná pochvala od kolegy, ředitele, od rodiče žáka, může být pro

učitele motivací, aby vůbec zůstal v práci. Rodič přichází do školy pouze tehdy, když musí na třídní schůzku nebo si jde stěžovat na učitele. Princip vzájemné odměny a trestu tvrdí, že by měla mezi jedinci existovat rovnováha mezi výdejem a příjmem, a to i v citových projevech v mezilidských vztazích.

Učitel často přemýšlí o smysluplnosti své pedagogické práce. Vedle potřeby je nejsilnějším motivačním činitelem právě odměna. Ocenění, nalezení smyslu své práce pak přispívá k lepšímu pocitu životní spokojenosti se sebou samým – tedy o naplnění **potřeby sebeúcty**. Sebeúcta je vlastně přesvědčení jedince, že jeho vlastnosti jsou správné a ostatními kladně hodnocené. Zdravá sebeúcta působí velmi podstatně na pocit pohody a mentálního zdraví, neboť úspěch přináší pocity štěstí, spokojenosti a má velký vliv na motivaci.

Potřeba **sebeprosazení** může být vnímána negativně jako sobecké hájení vlastních zájmů, ale pokud se toto sebeprosazení neděje na úkor ostatních, má pozitivní vliv na jedince.

Potřeba **bezpečí** – tato potřeba je na našich školách narušována strachem nejen z vedení školy, ale také strachem z narůstající agrese žáků, kterou učitel nedokáže efektivně řešit. Na středních školách to může být i strach ze zrušení školy a tím ztráty zaměstnání. Jedná se o těžké životní situace, které musí učitel zvládat.

Potřeba společnosti se projevuje v častém vyhledávání společenských styků, v hovornosti, zájmu o různé zábavy, v navazování a udržování přátelství.

Pro učitele je významné do jaké míry je u něj rozvinuta **potřeba pečovat o druhé**, která má podstatu v rodičovském instinktu, ale je vyvolána i při bezmoci a slabosti druhých. Pokud je tato potřeba silně zastoupena např. u učitelů na prvním stupni, mohou nastat problémy s nalezením hranic této péče. Učitel by neměl suplovat funkci rodiny.

Pro učitele je důležitý na zamyšlení motiv moci. Tento motiv je nejkompexnější, neboť zahrnuje několik motivů týkajících se vlastní síly a ovlivňování druhých lidí. (Holeček, 2015)

2.2 Objektívni činitelé ovlivňující životní styl

2.2.1 Vliv životních podmínek na životní styl

Životní styl konkrétního individua a jeho hlavní charakteristické rysy závisejí především na:

- 1) **vnějším faktoru** – na obecnějších, celospolečenských a případně i na užších skupinových (např. rodinných) životních podmínkách
- 2) **subjektivním činiteli** – na osobnosti jednotlivce se všemi jeho konkrétními potřebami, hodnotami, zájmy, aspiracemi, dovednostmi, schopnostmi apod.

Jednotlivec na tyto životní podmínky reaguje jednak tím, že k nim zaujímá určitý postoj, hodnotí je z hlediska toho, zda odpovídají jeho hodnotám, potřebám atd. V dalším případě také tím, že na základě svého postoje k životním podmínkám konkretizuje a specifikuje svůj vlastní, individuální životní styl.

Je samozřejmé, že ke stejným či obdobným životním podmínkám různí lidé v závislosti na svých osobnostech, hodnotách a potřebách zaujímají různé postoje. Stejně tak způsoby vyrovnání se s životními podmínkami jsou u různých jedinců různé – např. na životní podmínky, které mu nevyhovují, může jednotlivec reagovat únikem, aktivní snahou o změnu podmínek, změnou sebe sama podle životních podmínek, pasivním podrobením se podmínkám bez jejich vnitřního přijetí, úsilím o kompromis spočívající v částečné změně podmínek a v částečné změně sebe sama. (Slepičková, 2008)

Slater (2005) hovoří o Rousseauovi, který hodnotil společnost své doby a říkal, že v moderní společnosti stanovují určití jedinci pravidla pro celou společnost a kladou na ně nároky v oblasti módy, rivality, etikety. To vzdaluje jedince od něj samotného a nutí ho, aby se považoval ne za to čím je, ale za to, co vlastní. Zboží, které jedinec užívá, je ukazatelem statusové odlišnosti, symbolem jeho relativní sociální pozice. Šafr (2006) hovoří o tom, že věci nemají jen svůj fyzický a funkční význam, ale mohou být chápány jako prostředky komunikace. Slater mluví o ztrátě autenticity jednání v souvislosti se spotřební kulturou. Konzumní kultura dovedla člověka do situace

vysoké nejistoty, kdy člověk neví, kdo je a jak má vypadat jeho život a životní styl (Giddens, 1991, in Slater 2005)

Velký sociologický slovník uvádí následující členění životních podmínek: populace a její genetický fond, demografický a kulturní základ, průmysl a technická infrastruktura, sociální, politické a ekonomické systémy, přírodní prostředí, akumulované bohatství a aktuální stav příjmů, ideologické a kulturní předpoklady rozvoje života a úroveň sociální patologie.

Jak jsem již zmiňovala dříve, životní styl je základní determinantou zdraví, je tvořen každodenními, ustálenými návyky či obyčejí, které podmiňují vyžití a výběr prostředí a podmínek k existenci. Tento výběr je podmíněn etnickými, ekologickými, sociálními, geopolitickými faktory. (Osborne a Van Loon, 2007)

Kukačka (2009) hovoří o tzv. fenoménu nadměrné stimulace - zrychlené tempo života, zvyšující se životní úroveň společnosti, vzdělání lidí, to vše otevírá další možnosti využití našich schopností a dovedností. Zároveň tyto skutečnosti přinášejí i určitá nebezpečí v podobě konzumního stylu života, nesprávné životosprávy, komercializace společnosti, vysokého psychického vypětí a přetížení. Zvyšování podílu duševní práce vede ke snižování tělesného zatížení a následně ke snížení fyzické zdatnosti.

2.2.2 Volný čas

Ve stávající společnosti se projevuje relativní nárůst volného času. Mění se systém hodnot. Kvalita a intenzita zážitku je nahrazována jeho kvantitou. Místo vlastního aktivního konání určité volnočasové činnosti se lidé spokojují s receptivní účastí, tj. sledování aktivit druhých.

O volném čase se hovoří jako o rizikovém faktoru, či časované bombě. Oblast volného času se stává úspěšným podnikatelským odvětvím.

Volný čas slouží k oddechu a zotavení se pomocí regenerace. To se uskutečňuje cestou pasivní (spánek, odpočinek, nicnedělání) anebo cestou aktivní (hry, tělesný pohyb, sport, cestování). Volný čas můžeme chápat ve dvou rovinách. Negativně vymezený volný čas je doba po uspokojení základních biologických potřeb, po studijním, pracovním čase a po povinnostech v domácnosti. Pozitivně vymezený volný

čas je charakterizován jako čas svobody, čas, ve kterém se jedinec může věnovat svobodné realizaci svých činností. (Vážanský, 1992). Z předchozího rozdělení životních stylů je důležitá souvislost právě s volným časem. To, jak trávíme svůj volný čas, nás charakteristicky řadí do určitého stylu.

Další ze zajímavých definic volného času uvádí Průcha (2002), kde říká, že volný čas je čas, kdy člověk nevykonává činnosti pod tlakem závazků, jež vyplývají ze sociálních rolí. Je to čas, který nám zbude po splnění všech povinností. Důležité je přitom chápat volný čas jako příležitost k smysluplné činnosti a k rozvoji osobnosti. To souvisí se systémem hodnot, které člověk upřednostňuje.

Funkce volného času

Existují tři základní funkce volného času:

- Psychologická funkce
- Sociální funkce
- Ekonomická funkce

Dumazedier (2000) řadí mezi psychologické funkce odpočinek, zábavu a rozvoj lidské společnosti. O rozvoji osobnosti píše také (Sak 2000), který vyzdvihuje důležitost rozvoje osobnosti prostřednictvím zájmů. Sociální funkce spočívá v plnění sociálních vztahů, touze po sdružování, komunikaci s ostatními. Ekonomická funkce byla dříve považována za neproduktivní a čas nadměrné konzumace, neboť během volného času se část energie využívá na jiné aktivity a nikoliv k práci a hromadění kapitálu.

Kvalitativní nároky kladené na volný čas se v průběhu života vyvíjejí. Jiné potřeby a nároky má jedinec v průběhu života. Kvalitu ovlivňuje celá řada různých aspektů, od postojů k zájmovým aktivitám, intenzitě, motivaci, plnění potřeb až k samotnému prožívání volného času. Volnočasové aktivity by měly fungovat jako ventil pro náš organismus, který nám pomáhá k vyrovnanému postoji v životě. Je důležité, aby na jedince nebyl vedený nátlak na to, jakým způsobem bude trávit svůj volný čas.

Faktory, které ovlivňují volný čas, jsou například věk, pohlaví, fáze životního cyklu, vzdělání, sociální postavení, profese, charakter, velikost a vliv primární a současné rodiny, zdravotní stav, množství volného času, finanční a prostorová dostupnost volnočasových aktivit. K volnočasové participaci také dochází v rámci určité společnosti a kultury, která má na její podobu významný vliv. Ze statistických dat vědeckých výzkumů posledních let vyplývá, že Češi ve volném čase sledují především televizi, poslouchají hudbu, jsou na počítači, nakupují, chodí na procházky, sportují, čtou knihy. Podrobnější rozbor ukázal, že ve struktuře četnosti volnočasových aktivit lze vysledovat tři nejzákladnější typy životních stylů odvozené od kontury životních etap a genderu. Typ mladé generace, charakteristický oproti ostatním typům aktivitami mimo domov (kino, kulturní akce, sport, pc). Můžeme hovořit o aktivním způsobu života. Na druhé straně svět především ženské kultury (nakupování, sledování tv, čtení knih, návštěvy). Pasivní kulturou můžeme označit činnosti jako je kutilství, ruční práce, sportovní diváctví. (Špaček, Šafr, 2010)

3. Negativní faktory životního stylu

3.1 Stres

Slovo stres pochází z angl. stress (tlak nebo zátěž). Stres vzniká, pokud míra zátěžové situace je vyšší než schopnosti člověka tuto situaci zvládnout. Nadlimitní zátěží může být i nadlimitní množství běžných starostí. (Křivohlavý, 2001)

Slovo stres je používáno nejčastěji ve dvou významech. Za prvé jako faktory, které člověk vnímá jako zátěžové situace (stresory), za druhé jako situace člověka, který se nachází v tlaku nepříznivých životních okolností a stres je chápán jako reakce na tyto okolnosti.

V definici stresu je důležitý poměr mezi mírou stresogenní situace a schopnostmi danou situaci zvládnout. Nadlimitní zátěží může být i nadlimitní množství běžných starostí. Vědci v oblasti stresu zkoumali především to, jaké chování člověk zvolí v těžké životní situaci. Za vrozené byly považovány dvě odlišné formy chování, a to boj nebo útek. Jelikož se dlouho nevědělo, co se při těchto reakcích v organismu odehrává, došlo v průběhu 20. století k soustavnému experimentálnímu studiu tohoto jevu.

Jako jeden z prvních odborníků moderní doby, který se tématu stresu začal věnovat, byl Cannon. Již v roce 1920 definoval stres jako stav, vyvolávající útěkovou nebo útočnou reakci. Cannon přednesl tezi, že lidé i zvířata reagují na stresor na základě odhadu a ohodnocení své síly buď bojem, nebo útekem. Také přišel s dalším poznatkem – podle jeho názoru je reakce organismu při zátěži ovlivněna sympatickým nervovým systémem. Prokázal, že z dřeně nadledvin se uvolňují hormony a jejich úkolem je mobilizace organismu.

Podle Křivohlavého (1998) je stres definovaný působením dvou protikladných sil. Na jedné straně je to stresor, něco, co je pro nás velkou zátěží, na druhé straně je soubor tzv. salutorů. Tímto pojmem míní soubor našich obranných schopností, jak zvládat těžkosti. Jsou-li tyto schopnosti vyrovnané, neděje se nic zlého. Převažují-li stresory, dochází ke stresu. Přesahuje-li pak tento nepoměr zvládnutelnou hranici, dochází k distresu, který je patologický. Křivohlavý (1996) vidí stres jako nadměrný požadavek působící na organismus, buď po psychické, nebo i po fyzické stránce. Zda se pro nás určitá situace stane stresorem, rozhoduje jednak charakteristika stresoru, jednak naše psychika, naše vnímání a hodnocení této situace. Vyhodnotíme-li situaci jako ohrožující víme, že jejím požadavkům nemůžeme dostát, vyvolává v nás stresovou odpověď. (Kebza, Šolcová 2004). Podněty, jež takové odpovědi organismu vyvolávají, mohou být vnější či vnitřní.

3.1.1 Generální adaptační syndrom (GAS)

Součástí odpovědi na stresor je reakce, kterou H. B. Selye charakterizoval jako Generální adaptační syndrom (Kebza a Šolcová, 2004). Tímto termínem označoval fyziologickou reakci organismu (Hošek, 1999). Čáp a Dytrych (1967) uvádějí, že tato odpověď organismu je generalizovaná, zahrnuje různé systémy v organismu a je stereotypní. Je obrannou reakcí.

GAS (general adaptation syndrom) má tři fáze:

1. **Alarm** (poplachová reakce). V této fázi se mobilizují všechny pomocné mechanismy k záchraně života.

2. **Rezistence** (fáze odolávání). Znamená rozvoj specifické obrany organismu. Zmatek poplachové reakce je snížen a organismus se brání za cenu likvidace rezerv. Selye mluví o rezervoáru adaptační energie.

3. **Exhaustce** (stádium vyčerpání). Pro Selyeho je selháním organismu po vyčerpání rezerv. Reakce se znovu rozšiřuje do celého organismu.

Podle některých odborníků je také třeba rozlišovat termíny stres a zátěž. Zátěží se chápe požadavek na člověka, který vede k jeho dalšímu rozvíjení, je na něj možné reagovat aktivním přizpůsobením, zvládním. Stres chápou odborníci jako nezvladatelný požadavek. Podle Hoška (1999) jsou tato slova synonymy.

3.1.2 Projevy stresu

Mezi **fyzilogické známky stresu** patří například bušení srdce, bolest a svírání za hrudní kostí, nechutenství, křečovitě, svírající bolesti v oblasti břicha, časté nucení na močení, sexuální impotence a nedostatek sexuální touhy, změny v menstruačním cyklu, svalové napětí v krční oblasti, migréna, vyrážky apod.

Mezi **emocionální příznaky stresu** se řadí prudké a výrazné změny nálad, nadměrné trápení se věcmi, které nejsou zdaleka tak důležité, neschopnost projevit náklonnost, nadměrné starosti o vlastní zdravotní stav a fyzický vzhled, nadměrné snění a stažení se ze sociálního styku, nadměrné pocity únavy, obtíže při soustředění pozornosti, zvýšená podrážděnost, popudlivost a úzkostnost. Můžeme cítit napětí, strach, očekávání, či si celou situaci přehrávat znovu a znovu v představách.

To, že lidé reagují na stres různě, je nepopíratelné. Šolcová (1996) ve své práci „Psychosociální stres žen: Přehled současných poznatků“ upozorňuje například na rozdíly v reakci na stres mezi muži a ženami. Uvádí, že neuroendokrinní reakce žen na psychický stresor je nižší než tato reakce u mužů. Muži mají také vyšší reakci krevního tlaku na stres, ženy vyšší reakci srdeční frekvence. Fyzický stres bývá způsobený například chladem, horkem, hlukem, hladem, žízní, úrazem, jde tedy stresory působící z vnějšku. Do této kategorie můžeme zařadit například i tělesné přetížení (Hošek, 1999).

Příčinami psychického stresu bývá duševní vypětí, nedostatek spánku, starosti, narušené mezilidské vztahy, konfliktní situace v rodině, na pracovišti, pocíťovaná nebezpečí.

Akutní stres je většinou způsobený náhlou událostí trvající jen krátkou dobu, projevuje jak v psychice, tak i v narušení některých tělesných funkcí (ztráta paměti, zmatené jednání,...), může jít například i o traumatickou situaci či událost. Odpověď organismu bývá prudká (Matoušek, 2003).

Chronický stres vzniká dlouhodobým působením jednoho nebo více stresogenních faktorů, mohou být různé intenzity, jejich intenzita také může v čase kolísat. Nepříznivě ovlivňuje fyzickou i psychickou stránku. Může se jednat například o dlouhodobé pracovní přetížení (Matoušek, 2003). Působení eustresu bývá spojováno s kladně prožívanými emocemi, nemusí mít pro organismus negativní důsledky. Do skupiny situací, které eustres vytvářejí, patří kladné zážitky (např. svatba, výhra, oslavy, pocit zamilovanosti), nebo i hraniční rizikové situace, do nichž se dostávají lidé z vlastní iniciativy, např. adrenalinové sporty. (Křivohlavý, 2003).

Opakem je distres. Ten se váže k nepříjemně laděným emocím, má většinou nepříznivé důsledky na lidský organismus. Osobní ohrožení bývá vnímáno výrazně negativně, jedinec, na nějž distres působí, hodnotí prostředky, které má ke zvládnutí situace k dispozici, jako nedostatečné (Křivohlavý, 2003).

3.1.3 Zvládání stresu

Na to, jakým způsobem lidé zvládají těžké životní situace, se opět mnozí odborníci dívají různě. Zkoumají, jaké vlivy působí na vyrovnávání se situací, zda se jí lidé snaží aktivně řešit, či pasivně očekávají na zásah zvenčí, jaké jsou jejich osobní charakteristiky, které pomáhají stresové události zvládat a které naopak brání.

Coping se všeobecně chápe jako úsilí zvládnout podmínky, které vyžadují nebo přesahují míru adaptačních schopností jedince (Ficková, 1993). Je třeba rozlišovat adaptaci a coping. Adaptací se myslí vyrovnání se s podmínkami či situacemi, které jsou běžné, poměrně dobře zvládnutelné, kdežto jako coping se označuje reakce na nadměrné zátěžové situace. Podobně také definuje rozdíl mezi adaptací a copingem Křivohlavý v publikaci „Jak zvládat stres“ (1994). Adaptací chápe vyrovnání se se zátěží, která je relativně v přijatelných mezích. Coping pro něj znamená umět si poradit a vypořádat se s mimořádně obtížnou, téměř nezvladatelnou situací, stačit na neobvykle těžký úkol.

Uzel (2008) definuje zvládání jako proces řízení vnějších i vnitřních faktorů, které jsou člověkem ve stresu hodnoceny jako ohrožující jeho zdroje. Za jeden z důležitých faktorů považuje vnímání umístění centra kontroly. Má-li někdo vnitřní centrum kontroly, znamená to, že se cítí jako člověk, který může okolní dění ovládat. Má-li člověk vnější místo kontroly, má pocit, že toho příliš neovlivní.

Vašina se Strnadovou (2002) odlišují coping a copingové strategie. Copingem myslí jakékoliv zvládání zátěžových situací – tedy i pomocí nebezpečných a poškozujících postupů jako je alkohol či drogy. Tuto skupinu řešení stresových situací nazývají malcopingem. Dále podle jejich pojetí spadají do copingu i obranné mechanismy a copingové strategie. Coping je tedy pojmem zastřešujícím. Copingové strategie definují autoři jako vhodné způsoby zvládání.

Společným znakem obranných mechanismů a strategií zvládání je to, že se vztahují na řešení pro daného člověka z jeho subjektivního pohledu neřešitelných situací. Objevení obranných mechanismů se připisuje Freudovi, sám jich popsal devět, později byly přidány další. Křivohlavý (1989) uvádí, že dnes je popsáno přibližně 40 různých druhů obranných mechanismů. Existují snahy vytvořit jejich klasifikaci. Jedním z takových systémů je systém DMI (Defence Mechanism Inventory), o němž u nás informovala Kotásková (1988, in Křivohlavý 1989), rozlišuje 5 skupin druhů obranných mechanismů:

1. Nepříměřené či přehnané agresivní a hostilní reakce. Tyto mechanismy vytváří klamný dojem nadvlády a síly.
2. Sebeobviňující reakce. Jde o zaměření vlastních výčitek do vlastního nitra jedince.
3. Projekce – přisuzování vlastních snah druhým lidem. Je-li používán obranný mechanismus z této skupiny, externalizuje se zde vina z důvodu ohrožení, vlastní negativní myšlenky a záměry jsou přisuzovány jiným lidem.
4. Vytěšňování a popírání. Zde je patrná snaha odstranit vnímané konflikty a nepříjemnosti z vědomí.
5. Intelektualizace a racionalizace. Skutečnost je falšována, interpretována jinak, než by měla být.

Mlčák (2004) rozděluje copingové strategie, které nejčastěji lidé využívají při zvládání stresových situací na:

- Strategie zaměřená na problém – aktivní zvládání, tzn. vědomá snaha dosáhnout cíle, plánování, potlačení protichůdných aktivit, zdrženlivé zvládání
- Strategie zaměřené na emoce – hledání instrumentální sociální opory, emocionální opory, pozitivní reinterpretace, akceptace, popření problému, obrat k náboženství
- Dysfunkční strategie – zaměření na projevování emocí, behaviorální odpoutání, mentální odpoutání, odpoutání pomocí alkoholu a drog

3.1.4 Psychická zátěž učitele

Psychickou zátěž učitele můžeme rozdělit do pěti skupin dle oblastí, kde působí:

- Zátěž v oblasti percepčních nároků
- Zátěž v oblasti percepčních nároků
- Zátěž v oblasti kognice
- Zátěž v oblasti emocionální
- Zátěž v oblasti seberegulace

Vnímání psychické zátěže je u každého učitele odlišné. Roli zde hraje i spokojenost učitele s vlastní prací. V užším slova smyslu se jedná o spokojenost s prací, tedy o podmínky konkrétní činnosti, kterou učitel vykonává (Urbánek, 2005)

Burnout efekt

V souvislosti se stresem bývá často používán i termín burnout efekt neboli syndrom vyhoření. Chronický stres je příčinou burnout efektu, jehož příčinou bývá i dlouhodobá nerovnoměrnost mezi zátěží a fází klidu a odpočinku. Ne každý stres vede k syndromu vyhoření. Ten se objevuje u lidí, kteří jsou zaujati svým povoláním, mají vysoké cíle, vysoká očekávání a své práci se věnují s nadšením. Všichni učitelé se ve své práci se stresem setkávají, většina však zvládá strategie, jak ho zvládnout natolik, že u nich k syndromu vyhoření nedojde nikdy. (Křivohlavý, 1998, Skaalvik 2010)

Pojem burnout byl poprvé použit psychologem Freundbergerem. Označoval vyhasnutí motivace jedince v situaci, kdy jeho práce v důsledku neuspokojivého vztahu

ke klientovi nepřináší očekávané výsledky. V současnosti existuje mnoho definic syndromu vyhoření. Všechny však mají společné znaky, kterými jsou:

- Negativní emocionální příznaky
- Častější výskyt u určitých druhů povolání
- Vytvoření negativních postojů, které vedou ke snížení efektivity práce
- Kladení většího důrazu na psychické příznaky než a fyzické
- Výskyt u zdravých lidí, není souvislost s psychickou patologií (Jeklová, Reitmayerová, 2006)

Pines hovoří o syndromu vyhoření jako o duševním stavu, objevujícím se u lidí, kteří pracují s jinými lidmi. Popisuje stav člověka, který se cítí celkově špatně, je emocionálně, duševně i fyzicky unavený. Má pocity bezmoci a beznaděje, nemá chuť do práce ani do života. Je to plíživé psychické vyčerpání (Hennig, Keller, 1996)

Učitelé jsou skupinou, která je syndromem vyhoření ohrožena. Hennig a Keller (1996) uvádějí, že existují 4 roviny náchylnosti v učitelské profesi. První je duševní rovina, kam řadíme negativní sebeobraz, postoj k žákům i rodičům, obtíže s udržením pozornosti apod. Do citové roviny patří sebelítost, pocity bezmocnosti a nedostatku uznání, nervozita. Projevy v tělesné rovině jsou zejména rychlá unavitelnost, větší náchylnost k nemocem, vyšší krevní tlak, poruchy spánku, bolesti hlavy. V rovině sociální se burnout syndrom projevuje menší ochotou pomáhat problémovým žákům, omezením kontaktů se žáky, rodiči i kolegy, nárůst konfliktů v soukromí a v nedostatečné přípravě na vyučování.

Fázemi, kterými během burnout efektu učitel prochází, je několik. Jedná se o proces, který trvá několik let. Dle Edelwicha a Brodského jsou to následující fáze:

- Nadšení
- Stagnace – jedinec začíná slevovat ze svých cílů, začíná se věnovat svým potřebám
- Frustrace – pochybnosti jedince o smyslu své práce, první fyzické, psychické a sociální problémy
- Apatie – jedinec pracuje do míry nutnosti, nevyhledává nové úkoly
- Intervence – jakékoli přerušení procesu vyhořívání (Jeklová, Reitmayerová, 2006)

3.2 Návykové látky

3.2.1 Alkohol

S průmyslovou revolucí je spojen počátek industriální výroby alkoholu a také i zlepšení trhu s alkoholickými nápoji, které se staly díky destilaci trvanlivější a tím pádem i skladovatelnější. Alkoholické nápoje začaly být v té době dostupnější, silnější a levnější než kdy dříve, což se samozřejmě odrazilo ve vyšší konzumaci alkoholu v Evropě, a to zejména mezi pracující třídou ve městech. Rozšíření konzumace mělo za následek změnu pohledu veřejnosti na opilost, která se stala veřejnou záležitostí a začala být více asociovaná s chudobou. Nejčastěji uváděným případem z této doby je tzv. gin manie ve Velké Británii, datující se od konce 17. století do začátku 18. století, která se objevila v důsledku nadměrné sklizně obilí (základní suroviny ginu) a zákazu dovozu alkoholu z kontinentu. Nadměrná produkce levného ginu v té době vedla k jeho masivní spotřebě, která se zase projevila ve zvýšeném výskytu opilství. Na tato alarmující fakta reagoval anglický parlament několika legislativními úpravami.

Podobné „alkoholové epidemie“ doprovázené legislativními úpravami produkce, prodeje a užívání alkoholu se v průběhu 18. a 19. století vyskytovaly v dalších evropských státech a v USA. Zejména v anglicky mluvících zemích a ve skandinávských zemích vznikala jako reakce na období nadměrné konzumace hnutí prosazující umírněnost v užívání alkoholu. V zemích, kde tato hnutí byla nejsilnější (USA, Finsko, Rusko), docházelo k omezenému nebo úplnému zákazu užívání alkoholických nápojů. Nejznámější příkladem zákazu užívání alkoholu byla prohibice v USA zavedená v letech 1920 – 1933. Zpočátku bylo toto opatření úspěšné v omezení konzumace alkoholických nápojů, ale na konci 20 let se opět začala ilegální konzumace alkoholu pomalu zvyšovat. Prohibice byla nakonec zrušena ne tolik proto, že nevedla k zabránění konzumace alkoholu, ale proto, že se v souvislosti s hospodářskou krizí, započatou kolem roku 1929, změnila priority. Vláda Spojených států amerických si totiž od znovuzahájení výroby alkoholu slibovala vytvoření nových pracovních míst a posílení státního rozpočtu z daní plynoucích z prodeje alkoholu (Blocker, 2006; Mann et al., 2004).

Alkohol jako lék

Alkohol byl odedávna používán k léčebným účelům, o čemž svědčí původní užívání destilátů jako léku ve středověku (Jenč, 1998). V 18. a 19. století však začal alkohol zaujímat mezi léčebnými prostředky významné místo. V té době byl masivně předepisován na horečky různého původu, zápal plic, chřipku, malárii či tyfus. Byl také běžným lékem na různé zhoubné nemoci. Zastáncem využití alkoholu v medicíně byl John Brown, který ve své knize z roku 1780 popisuje na dva základní typy nemocí, stenické a astenické nemoci, a pro obě dvě doporučuje léčbu alkoholem. Brown tak svým nadšením pro léčebné využití alkoholu podpořil předepisování alkoholu i dalšími lékaři. V léčebných záznamech té doby lze například najít, že tyfová horečka byla léčena častým podáváním brandy nebo whisky a to v dávce až 400 ml během 24 hodin nebo bylo doporučováno každodenní pití skleničky portského v případě nehojící se rány. V průběhu 19. století se postupně v lékařské literatuře objevovaly zmínky o tom, že časté předepisování užívání alkoholu může vést ke vzniku závislosti, a vedení nemocnic si začalo stěžovat na to, že terapie alkoholem začíná být pro nemocnice finančně náročná. Opuštění léčby alkoholem však bývá dáváno spíše do souvislosti s objevem moderních účinných léků, zejména sulfonamidů a penicilínu.

V první řadě, je nutné podotknout, že alkohol je droga a je k němu nutné takto přistupovat. Drogová závislost vzniká při nadměrném požívání alkoholu průměrně za 3 – 20 let, a to tím rychleji, čím je ohrožený jedinec mladší. Psychická závislost má různé stupně – od potřeby pít alkohol k jídlu až po neschopnost vyvarovat se pití i v situacích, kdy požívání alkoholu zakazuje právní norma. Opakovaným pravidelným pitím alkoholu roste tolerance, k dosažení stejného účinku je nutná vyšší hladina alkoholu v krvi, a tedy i požití většího množství alkoholu. Postupem času dochází k fyzické závislosti a poklesne-li u závislé osoby hladina alkoholu pod mez, která je pro ni kritická, dojde k abstinenci syndromu. Ten je charakteristický třesem, pocením, nevolností, bušením srdce, teplotou, křečemi. (Vorel, 1996).

Slovo alkohol pochází z arabského al-kahal, což se dá přeložit jako jemná substance. Čistý alkohol byl poprvé získán v 10. století, kdy Arabové vynalezli proces destilace a od té doby máme k dispozici silnější vína a tvrdý alkohol. Nejvyšší možné koncentrace alkoholu jsou kolem 95 %. Tento alkohol se používá k lékařským účelům. Nejvyšší koncentrace konzumního alkoholu bývá většinou kolem 40%. Za alkohol se

podle protialkoholního zákona považují všechny nápoje obsahující více než 0,75 objemových procent etanolu. (Doc. MUDr. J. Skála CSc., 1988).

V běžné řeči se používá název alkohol pro sloučeninu s chemickým názvem ethanol se sumárním vzorcem C_2H_5OH . Ethanol je bezbarvá, čirá kapalina, alkoholového zápachu. Do organismu se dostává nejčastěji požitím. Poškozuje ústřední nervový systém, cévy, činnost srdečního svalu. V malých dávkách při požití zlepšuje náladu, odstraňuje úzkost a napětí, vyvolává euforii, ale zhoršuje koordinaci, zpomaluje reakce. (Hartl, Hartlová, 2000) Nebezpečí požívání alkoholu se zvýšilo i v souvislosti s tzv. „methanolovou aférou“, kdy do konzumního alkoholu bylo přidáno větší množství methanolu než povoluje norma a z alkoholu udělá „zabijáka“. Riziko je o to vyšší, že methanol byl přidán do oblíbených alkoholických nápojů, které si trh žádá, a svou cenou jsou konzumentům nedostupnější.

Alkoholismus a vývoj koncepce závislosti

V průběhu historie užívání alkoholu byla opilost a nadměrná konzumace alkoholu vždy doprovázena veřejným nesouhlasem. V náboženské terminologii byla označována jako hřích a morální selhání. Teprve až na konci 18. století a na začátku 19. století začalo být vysvětlováno nadměrné užívání alkoholu jako důsledek ztráty kontroly. Nové pojetí nadměrného užívání alkoholu jako závislosti je připisováno Thomasi Trotterovi a Benjaminu Rushovi, kteří argumentovali tím, že za nadměrným užíváním alkoholu stojí oslabená vůle. Slovo alkoholismus bylo poprvé použito Magnusem Husem kolem roku 1849 v jeho knize „Alkoholismus Chronicus“ (Chronický alkoholismus). Huss termín použil ve významu patologických symptomů, které se vyvinou u osob v důsledku dlouhodobé konzumace nadměrného množství alkoholických nápojů (Glaser, 1995).

V 19. století převládaly dva koncepty vysvětlující vznik alkoholismu (a) koncept propagovaný protialkoholickými hnutími a (b) teorie degenerace. Integrální součástí konceptu závislosti propagovaným v 19. století protialkoholickými hnutími v Evropě a v USA, kde nadměrná konzumace alkoholu byla typická v chudých rodinách z pracující třídy, bylo alkoholové bažení a odvykací symptomy. Koncept závislosti propagovaný tímto hnutím však vysvětloval vznik závislosti na alkoholu pouze

v důsledku nadměrné konzumace alkoholu a opomíjel skutečnost, že vývoj alkoholismus je také dán zejména individuálními charakteristikami konzumenta (Mann et al. 2000).

Teorie degenerace zase předpokládala, že biologické faktory, toxické vlivy prostředí nebo morální zlovyky mohou spustit kaskádu sociálních, morálních a zdravotních problémů, mezi které byl zařazován i alkoholismus, a které se v další generaci zvětšují a postupně vedou k zániku rodu (Mann et al. 2000). Na základě prvních teorií vysvětlujících užívání alkoholu v důsledku nemoci vznikly v USA a poté v Evropě první dobrovolná nápravná zařízení pro nadměrné uživatele alkoholu. Tato zařízení začala být na počátku 20. století postupně zavírána jednak díky tomu, že nedokázala přispět k řešení problémů s alkoholem, ale také proto, že se této problematice díky prohibici a dalším podobným hnutím přestala věnovat pozornost (Edwards, 2004). Ve 40. letech 20. století však došlo k opětovnému vzkříšení zájmu o nadměrné užívání alkoholu v USA, kde bylo v roce 1942 založeno Centrum pro alkoholové studie (Yale Centrum for Alcohol Studies).

Na tomto pracovišti také působil E. M. Jellinek, který v roce 1960 vydal knihu „Alkoholismus jako nemoc“ (The Disease Concept of Alcoholism), ve které v té době shromáždil všechny dostupné vědecké informace o tomto fenoménu. Většinou jedinec není schopen dlouhodobě abstinovat a udržet kontrolu nad množstvím pití. Alkoholismus může být podmíněn dědičnými předpoklady. (Hartl, Hartlová, 2000, str. 68) Podle množství, frekvence a schopnosti regulovat konzumaci alkoholu můžeme osoby rozdělit do čtyř základních skupin:

Abstinent

Tímto termínem se označuje jedinec, který se sám dobrovolně rozhodl zcela vyřadit alkohol ze svého života z jakýchkoliv důvodů. Abstinence může být otázkou víry, zdravého životního stylu či společenského postavení, profese atd. Abstinencí je také abstinence nucená, kterou vymezuje zákon jako prohibici. Za prohibici je považováno zamezení konzumace alkoholu dětem a mladistvým do 18 let věku.

Konzument

Požívání alkoholu u konzumenta je kontrolované, jedinec zná svou míru. Alkohol pije pro jeho chuť nikoli pro jeho účinky

Piják

Takový typ konzumenta požívá alkohol pro jeho účinky. Opijí se záměrně, ale nevzniká ještě závislost. Dokáže množství regulovat.

Alkoholik

V současné době se používá termín:“osoba závislá na alkoholu“. Světová zdravotnická organizace definuje alkoholika jako takového člověka, jehož závislost na alkoholu dosáhla takového stupně, že mu působí zřetelné poruchy a újmu ve společenských vztazích, ve společenské činnosti a na tělesném i duševním zdraví.

Negativní aspekty alkoholu

Evropská unie je oblastí s celosvětově nejvyšším podílem uživatelů alkoholu a nejvyšší spotřebou alkoholu na osobu. Alkohol je zde - po kouření a vysokém krevním tlaku - třetím nejdůležitějším rizikovým faktorem nemocí a předčasných úmrtí. Je tedy významnější než zvýšení hladiny cholesterolu v krvi a nadváha. Vedle návykovosti a přibližně 60 různých druhů nemocí a poranění s ním spojených je alkohol zodpovědný za velmi rozšířené společenské, duševní a emoční škody, včetně kriminálních činů a domácího násilí, což představuje obrovské náklady pro společnost.

Alkohol vede k úrazům, duševním i behaviorálním poruchám, způsobuje poškození trávicího traktu, maligní nádory, kardiovaskulární onemocnění, poruchy imunity, onemocnění kostí a má za následek reprodukční a prenatální poškození. Zvyšuje riziko všech těchto onemocnění a poškození v závislosti na požité dávce, bez důkazů o prahovém efektu. Čím vyšší spotřeba alkoholu, tím vyšší riziko.

Malé dávky alkoholu snižují riziko srdečních onemocnění, třebaže přesný rozsah snížení rizika a úroveň spotřeby alkoholu, spojená s maximálním poklesem, je dosud předmětem debaty. Kvalitní studie a studie zahrnující korekci na možné ovlivňující faktory nacházejí menší riziko při nízké spotřebě alkoholu. Nejvýraznější snížení rizika je dosaženo v průměru při konzumaci 10 g alkoholu obden. Při spotřebě nad 20 g alkoholu denně se riziko ischemické choroby srdeční již zvyšuje. Zdá se, že riziko srdečního onemocnění je vázáno spíše na etylalkohol než na určitý typ nápoje. Pitím většího množství alkoholu při jedné příležitosti se zvyšuje riziko srdečních arytmií a náhlé smrti pro srdeční selhání.

Riziko smrti v důsledku pití alkoholu je dáno poměrem mezi riziky nemoci a úrazů, která se zvyšují v důsledku alkoholu, a sníženým rizikem srdečního onemocnění po malých dávkách alkoholu.

Alkohol je pro děti a mladistvé, podobně jako i jiné drogy, nebezpečný nejen v akutním stadiu, tedy při intoxikaci. Závažnější rizika vyplývají z dlouhodobých následků. I při občasném požití alkoholu se u dětí zvyšuje nebezpečí onemocnění jater (játra nejsou schopna odbourávat alkohol v takové míře jako u dospělých) a nervového systému. Čím mladší jedinci pijí, tím je větší riziko pozdějšího přechodu na jiné tvrdé drogy. Existují důkazy o důsledcích vlivu alkoholu (i jiných drog) na stav mozku dospívajících. V průběhu dospívání dochází k tělesným i duševním změnám, a také k vytváření nových sítí mozkových buněk. Alkohol poškozuje paměť a schopnost učení. Dochází k horším studijním a pracovním výsledkům. Poškození může přetrvávat i v případě následného snížení příjmu alkoholu a drog. U sedmnáctiletých dospívajících, kteří pili a měli problémy s učením, se při vyšetření nukleární magnetickou rezonancí zjistila menší velikost hippocampu, tedy ta část mozku, která je důležitá právě pro učení a paměť. Zhoršená paměť a schopnost učení není v dospívání jediným negativním důsledkem pití alkoholu. K dalším patří úrazy, dopravní nehody, otravy, sebevraždy, sexuální násilí, rizikový sex, trestná činnost, zejména násilného charakteru, rychlý rozvoj závislosti či přechod od alkoholu k jiným drogám. Například údaje o české populaci patnáctiletých ukázaly, že ti, kteří se opili 2x nebo častěji během života, utrpěli v posledních 12 měsících více než 2x častěji úraz, který si vyžádal lékařské ošetření.

Podle Světové zdravotnické organizace je u nás stav alarmující: přibližně 30 % patnáctiletých a asi 17 % třináctiletých dětí v Čechách pije alkohol pravidelně.

Opakované průzkumy vedou k závěru, že ve 4. ročníku základní školy má již opakované zkušenosti s alkoholem asi 35 % dětí. Česká republika figuruje ve statistice pití mladistvými v Evropě na čtvrtém místě. Podle Nešpora (2011) mají v České republice zkušenost s alkoholem už i osmileté děti, kterým rodiče dovolí napít se alkoholu při různých oslavách. Dospívající mládež již pije naprosto běžně. Průzkum 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze prokázal, že zkušenost s opilostí má v jedenácti letech zhruba každé desáté dítě, ve třinácti letech je to již téměř 50 % dětí.

Akutní intoxikace se projevuje vzestupným útlumem centrálního nervového systému a dýchání v závislosti na stoupající dávce alkoholu. Dochází k výraznému poklesu tělesné teploty, který může být pro postiženého kritický, zejména v chladných měsících. Nejzávažnějším projevem těžké intoxikace je edém mozku, který bývá příčinou smrti. Klinický průběh intoxikace závisí na toleranci jedince k etylalkoholu.

U dítěte s akutní alkoholovou intoxikací se monitorují vitální funkce. Při selhávání dechu se neváhá s umělou plicní ventilací, zahřívá se, aplikují se intravenózně krystaloidy (krystalické látky rozpuštěné v roztocích, např. kalium, natrium, chloridy) k udržení krevního objemu a tlaku, aplikuje se glukóza k udržení euglykemie a ke zrychlení metabolismu alkoholu. Případné křeče se tlumí benzodiazepiny (léky, které mají tlumivý efekt na organismus navozující celkové uvolnění). S benzodiazepiny je ale potřeba pracovat velmi opatrně, jelikož mohou i zesilovat účinek alkoholu či opiátů. Je nutno zvolit správný lék i dávku.

V konečném stadiu alkoholismu dochází k vážnému poškození jater a tolerance k účinkům alkoholu klesá. Je viditelná degradace osobnosti a poruchy myšlení, až 10 % osob v tomto stádiu trpí duševní chorobou. Piják nevydrží již takovou dávku jako dříve a i malou dávkou alkoholu se opije. Dostavuje se poškození dalších orgánových systémů – nervového, kardiovaskulárního a dalších – přičemž některá poškození mohou být již nevratná. Klener (2006) uvádí, že alkohol zvyšuje riziko rakoviny dutiny ústní, jazyka, hltanu, hrtanu a jícnu, obzvláště při současném kouření nebo požívání nekvalitních alkoholických nápojů. Při dlouhodobém chronickém požívání alkoholu dochází ke chronické intoxikaci. Chronická intoxikace se projevuje morfologickými změnami struktury jater. Dochází ke zvýšené lipogenezi s nadměrnou tvorbou triacylglycerolů, které se usazují v hepatocytech, a vzniká steatóza. U chronických alkoholiků velmi často dochází i ke karenci vitamínů zejména skupiny B, která je

zapříčiněna jejich nedostatečným přísunem potravinou. Organismus strádá i nedostatkem ostatních živin, jelikož energetické potřeby organismu jsou kryty jen alkoholem a přísun kvalitních a potřebných živin vážne.

První specializovaná ambulance pro závislé děti, kterou zřídil pražský Apolinář, funguje už půl roku. A hned první měsíce ukázaly, že problém s alkoholem nebo drogami mají stále mladší ročníky. Přicházejí dokonce i desetiletí školáci. Podléhají počítačům, alkoholu, cigaretám, konopí či jiným drogám – podle odborníků může ambulanční službu jen v Praze a Středočeském kraji potřebovat až 5 000 dětí.

3.2.2 Tabakismus

Tabákový kouř je jednou z nejvýznamnějších škodlivin. Patočka (2007) uvádí, že mezi nejdůležitější složky tabákového kouře patří nikotin, oxid uhelnatý, PAU atd. Účinnou látkou, která vede lidi ke kouření, je nikotin. Jedná se návykový alkaloid, který se vstřebává v plicích, koncentruje se v CNS, kde aktivuje nikotinové receptory, a tím způsobuje celou řadu komplikací pro lidské tělo. V potravinách a životním prostředí jsou karcinogenní látky zakázány, kuřáci si tyto látky vpravují dobrovolně do těla prostřednictvím cigaretového kouře. Bohužel svou bezohledností a kouřením na veřejnosti nás nutí vdechovat cigaretový kouř pasivní formou, která též organismu významně škodí.

Účinky kouření na lidský organismus

Kouření je nejčastěji užívanou drogou s nejvyšším počtem závislostí na celém světě. Tabákové výrobky jsou jednou z nejdostupnějších drog, a to hlavně pro náctileté. Cigareta je pro zdraví mnohem nebezpečnější než atmosférické znečištění.

Cigarety mají za následek 30% nádorů, u rakoviny plic je to až 90%, zatímco atmosférické znečištění se podílí zhruba jedním procentem. Kouření má souvislost s velkým počtem nemocí jak přímo, tak nepřímo. Jakmile kuřák vdechne kouř, část nikotinu pronikne do krve přes ústní sliznici. Část dehtů způsobuje zažloutnutí konečků prstů, ale také zubů a rtů. Povlak na jazyku a rtech může časem způsobit rakovinu. Nezanedbatelný je také zapáchající dech a uvolňování zubů jako následek nedokrvení dásní. (Nečas, 2007)

Kuřáci trpí častěji zánětem průdušek vyvolaný tabákem. Typický je pro kuřáky ranní kašel. Dojde-li k zúžení průsvitu drobných větví průdušek, může vzniknout situace, při které se zadržuje vzduch v plicních sklípcích. Při silném kašli se může zvýši tlak vzduchu zachyceného ve sklípcích natolik, že se jejich tenké stěny trhají. Vlivem rozedmy se snižuje plicní kapacita a zhoršuje se dýchání. Riziko vzniku rakoviny je u osob, které kouřili zhruba 20 let 20 cigaret denně a dosáhli věku 45 let 18x vyšší než u nekuřáků.

Perná s Vašákovou (2009) uvádějí, že vliv kouření na srdce a tepny je podceňován, jelikož není vidět na první pohled. Vlivem oxidu uhelnatého dochází k houstnutí krve, které postupně způsobuje sklerotizaci cév. Cigarety zvyšují napětí v artériích a způsobují tak hypertenzi. Tabák podporuje ukládání cholesterolu na stěnách cév. Důsledky kouření jsou prokázány i u trávicí soustavy, u žaludku je souvislost s vředovou nemocí. Vředy na stěnách žaludku či dvanáctníku se u kuřáků hojí hůře než u nekuřáků. Odolnost žaludeční stěny je menší a snadněji vzniká krvácení, které může mít fatální následky. Negativní vliv cigaret je dle četných studií prokázán i v souvislosti s poklesem hladiny sexuálního hormonu testosteronu u mužů, nižší kvalitou spermatu, poruchou funkce topořivých tělísek následkem působení nikotinu a oxidu uhelnatého na vlásečnice. U žen je pozorována změna chování napodobováním mužského chování a samozřejmě i ženská neplodnost. Tabák zeslabuje paměť, vůli, schopnost koncentrace a zvyšuje únavu. Počáteční nabuzení s následným ochromením neuronů je typické například i pro kofein. Nikotin tlumí novotvorbu kostí.

Kukačka (2009) uvádí, že kouření je nebezpečné i ve své pasivní formě tedy i pro ty, kteří jen kouř z cigaret nedobrovolně vdechují v přítomnosti kouřícího jedince. Vdechováním tabákového kouře dochází u pasivních kuřáků k poškození dolní části dýchacích cest a snížení plicní ventilace, zvyšuje se riziko mozkové příhody o 80%. Při samotném kouření cigarety dochází ke spalování při teplotách až 1000 stupňů Celsia, ovšem volně ležící, kouřící cigareta hoří při teplotách 300 – 400 stupňů Celsia, takže vzniká mnohem větší množství škodlivin vlivem nedokonalého spalování.

3.2.3 Drogy

Presl (1994) vysvětluje společenské pojetí pojmu droga v současnosti jako látky, které splňují dva základní požadavky, a sice že droga má psychotropní účinek a zároveň má potenciál závislosti. Nešpor a Czémy (1992) definují drogu jako chemickou nebo

přírodní látku, která mění tělesný nebo duševní stav člověka. Drogy lze dělit do různých kategorií dle různých kritérií. Jedno z možných dělení drog je dle míry rizikovosti při jejich užívání. Gohlert a Kun (2001) uvádí typy závislostí dle účinku drogy. Ty můžeme rozdělit do následujících skupin:

- **tvrdé drogy s vysokou mírou zdravotního rizika** - toluen, heroin, morfin, LSD, durman, crack
- **tvrdé drogy s vysokou až střední mírou rizikovosti** - lysohlávky, kokain, pervitin
- **tvrdé drogy se střední mírou rizikovosti** - alkohol, extasy, efedrin, kodein
- **měkké drogy s relativně malou mírou rizikovosti** - marihuana, hašiš, kokový čaj, nikotin
- **drogy téměř bez rizika** - káva, čaj

Závislost je porucha mozku. U člověka závislého na droze dochází ke změně mnoha center a k jejich poškození. Odklon od běžných procesů je natolik závažný, že psychiatři považují závislost za nebezpečné duševní onemocnění. Za příjemný pocit po požití drogy může aktivace mozkového centra nukleus accumbens, k jehož nabuzení dochází i při uspokojování základních lidských potřeb jakými jsou uhašení žízně či utišení hladu.

U lidí závislých na drogách však nukleus accumbens postupně otupí a v narkomanovi pak už dokáže vyvolat příjemný pocit jen stále vyšší dávka. Nic jiného mu radost nepřináší, nic jiného ho nezajímá. Drogy zasahují i do činnosti dalších mozkových center, například amygdaly, kde se rodí strach a úzkost. Bez pravidelných dávek proto narkoman čelí návalům hrůzy. Poškozena bývá také část kůry v přední části mozku, kde sídlí centrum kontroly chování. Největší škody mohou drogy napáchat ve vyzrávajícím nervovém systému teenagerů, proto upadají mladí lidé do závislosti snáz než dospělí.

3.3 Nezdravé stravování

V České Republice stále přibývá lidí, kteří mají problémy s nadváhou. Odborníci hovoří o obezitě jako o epidemii nového tisíciletí a varují před závažnými zdravotními problémy. Obezita se stává socioekonomickým problémem zemí na celém světě. (Čeledová, Čevelka, 2010)

Výživa, která obsahuje optimální množství a poměr hlavních živin, minerálních látek, vitamínů a svou skladbou odpovídá současným vědeckým poznatkům, můžeme označit jako racionální výživu. Pro usnadnění hodnocení systému racionální výživy byly ustanoveny výživové doporučené dávky, které obsahují hodnoty hlavních živin, minerálů, stopových prvků, vlákniny, cholesterolu a dalších nutrietů, určené pro jednotlivé věkové a fyziologické skupiny na biologické úrovni, které při dodržování prokazatelně vedou k podpoře zdraví. Správná a vyvážená strava se opírá o zásady potravinové pyramidy, která pomáhá lidem v základní orientaci, jaké potraviny by měli zařazovat do svého jídelníčku. Současný životní styl většiny lidí žijících ve vyspělých zemích se vyznačuje nedostatkem tělesné práce, pohybu, častými stresy, nadbytkem dostupných energeticky bohatých potravin. Výživa je spjata s civilizačními chorobami, které jsou typické nadměrným příjmem energie, vysokým příjmem tuků obecně s převahou živočišných tuků, nedostatkem polynenasycených mastných kyselin, komplexních sacharidů, vlákniny, vitamínů a minerálních látek. (Fořt, 2007)

Možná rizika spojená s nezdravým stravováním

Nadměrný příjem energie vede k obezitě se všemi jejími riziky

- Vysoký příjem nasycených mastných kyselin a cholesterolu ve stravě zvyšuje hladinu cholesterolu v krvi a podílí se na vzniku aterosklerózy a jejích důsledků
- Nadměrná konzumace energeticky bohatých potravin je spojena s vyšším rizikem výskytu rakoviny
- Vyšší příjem jednoduchých cukrů zvyšuje výskyt zubního kazu, zvláště u dětí

- Vysoký příjem soli je spojová se vznikem vysokého krevního tlaku a zvýšené riziko rakoviny žaludku
- Nízký příjem vápníku a vitamínu D má nepříznivý vliv na vznik osteoporózy
- Nízký příjem jódu hraje roli při poruchách štítné žlázy. (Kunová, 2005)

3.4 Nedostatek pohybu

Mužik (2007) uvádí, že pohyb je základní biologická potřeba. Jedním z podstatných důsledků hypokinézy, tedy nedostatku pohybu, je zvýšení celé řady zdravotních rizik i nízká pohybová gramotnost současné populace. Nedostatek pohybu nebolí. V současné době se pravidelně hýbe přibližně pouze 16-18 % populace. Současný životní styl je charakterizován neustále se snižujícím množstvím realizovaných pohybových aktivit. Je prokázáno, že v důsledku hypokinézy je za posledních 20 let nárůst obezity cca o 20 %. V důsledku hypokineze se zvyšují výdaje za zdravotní péči v miliardách, snižuje se pracovní výkonnost. Bunc (2008) uvádí v současnosti následující determinanty nedostatku pohybu:

- Nedostatečná pohybová gramotnost
- Obava rodičů o bezpečnosti při realizaci pohybových aktivit
- Nabídka nevhodných forem pohybových aktivit, které nejsou dostatečně populární
- Způsob a forma nabídky
- Nezájem o rekreační sport
- Cena a dostupnost
- Systém hodnocení školní TV - hodnocení výkonu
- Nerelevantní diagnostické prostředky pro hodnocení pohybové gramotnosti
- Nedostatečná podpora okolí

Objektivní změny organismu v souvislosti s nedostatkem pohybu (Bunc 2008) :

- Řídnutí kostí

- Oslabení svalů, zkrácení svalů, oslabení meziobratlových plotének
- Ukládání tukových buněk
- Porucha glukozového metabolismu, horší využití cukrů jako zdroje energie (cukrovka)
- Ateroskleróza, poruchy prokrvení srdce, mozku, dolních končetin
- Hormonální a metabolická nerovnováha, porucha a současná přítomnost toxických a alergizujících látek
- Ischemická choroba srdce, mozku, dolních končetin s poruchami jejich funkcí
- Poruchy regulace krevního tlaku- hypertenze, hypotenze, kolísavý tlak, žilní městky, záněty žil
- Snížený ochranný vliv parasympatiku, zvýšený vliv sympatiku, nestabilita a nerovnováha vlivu sympatiku a parasympatiku
- Poruchy spánku, neurózy
- Častější záchvaty astmatiků
- Drogové závislosti

Podle světové zdravotnické organizace WHO, nesportuje každý pátý Čech a ani polovina naší populace nedosáhne na doporučenou týdenní dávku pohybu. Optimální pohybová aktivita v sobě zahrnuje jak aerobní tak kompenzační a relaxační cvičení.

V polovině devadesátých let 20. stol. byl přijat mezinárodní konsensus o hodnotách pravidelně prováděné pohybové aktivity mírné intenzity. Světová zdravotnická organizace, Mezinárodní federace pro sportovní medicínu a mnoho jiných mezinárodních organizací poukázalo na důležitost pohybové aktivity.

Z hlediska preventivního působení na zdraví člověka je u pohybové aktivity podstatná její frekvence, délka trvání a intenzita, s jakou je pohybová aktivita vykonávána, dle Sigmundové (2007) při nízké úrovni pohybové aktivity dochází k nevýznamnému zdravotnímu efektu. Největších zdravotních benefitů a preventivních účinků na vznik hromadných neinfekčních onemocnění je dosahováno při pohybové aktivitě střední intenzity.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

4. CÍLE A ÚKOLY PRÁCE

Cílem práce bylo zjistit, jaký je životní styl učitelů na druhém stupni základní školy ve vybraných školách v Příbrami v oblasti zdravého stravování, pohybu, negativně působících faktorů na zdraví.

Pro diplomovou práci byly stanoveny následující úkoly:

1. Analýza české i zahraniční literatury a ověřených internetových zdrojů vztahujících se k danému tématu.
2. Na základě prostudované literatury vypracovat teoretickou část diplomové práce.
3. Vymezení výzkumného souboru
4. Vytvoření dotazníku a jeho distribuce mezi učitele základních škol v Příbrami
5. Zpracování a vyhodnocení získaných dat
6. Provedení diskuze
7. Shrnutí závěrů

4.1 Hypotézy

Následně byly formulovány tyto hypotézy:

H1“Applikace diety souvisí se spokojeností s vlastním vzhledem“

H2“Spokojenost v zaměstnání souvisí s mírou pocitu stresu“

H3“ Ti, kteří spí méně hodin, se cítí častěji unaveni“

5. METODIKA

Vzhledem ke zvolenému tématu a stanoveným výzkumným otázkám jsem zvolila kvantitativní výzkum. Kvantitativní výzkum je potvrzování podmíněně pravdivých hypotéz měření. V rámci kvantitativního je měření definováno jako takové zobrazení empirického relačního systému do číselného relačního systému, které má vlastnosti homomorfismu nebo izomorfismu. Prvky empirického relačního systému lze spojovat s variabilitou proměnné, jako zkoumané obecné vlastnosti objektů či jevů, prvky číselného relačního systému jsou tvořeny číselnými hodnotami, které lze přiřazovat proměnné na základě její variability. Měření je založeno na předpokladu shody struktur a funkcí empirického a číselného relačního systému. Interpretace lze považovat za výklad, porozumění či chápání zkoumaného jevu. (Zášková, Zášková, 2014)

5.1 Volba metody a výzkumného nástroje

Na základě zvolených výzkumných otázek a cílů práce byla zvolena explorativní metoda sběru dat, dotazníkové šetření. Dotazník je definován jako standardizovaný soubor otázek, jež je předem připraven na určitém formuláři. Jedná se o velmi populární a velmi rozšířenou metodu (Kozlová, 2010)

Dotazník byl sestaven z 36 otázek, které vycházely z dotazníků použitých v podobných výzkumech zabývajících se životním stylem. Otázky byly otevřené i uzavřené. Respondenti měli na výběr z několika možností, byly použity i škálovací otázky. Respondenti volili buď jednu, nebo více odpovědí v závislosti o jaký typ otázky se jednalo.

První část dotazníku byla zaměřena na identifikační údaje jako je pohlaví, věk, doba praxe, následovaly otázky týkající se pravidelnosti denního režimu, stravování, pohybu, odpočinku. Další část dotazníku byla zaměřena na negativně působící vlivy na životní styl, jako je stres, původ stresu, kouření, užívání drog, konzumace alkoholu.

Dotazník byl vytvořen pomocí webových stránek www.vyplnto.cz.

5.2 Metoda získávání dat

Pro výzkum bylo nutné vymezit výzkumný soubor. Základní soubor byl tvořen pedagogy druhého stupně dvou základních škol v Příbrami. Distribuce proběhla

elektronicky prostřednictvím pracovních e-mailů s odkazem na stránky daného dotazníku. Celkem bylo odesláno 105 dotazníků, vyplněno jich bylo 93, 9 dotazníků bylo vyřazeno z důvodu nekompletního vyplnění. Podklady pro statistické zpracování tedy pocházejí z 84 dotazníků.

5.3 Statistické zpracování dat

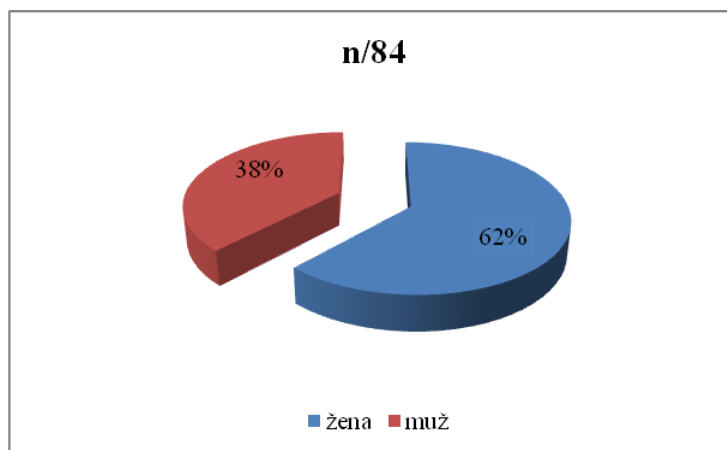
Data z dotazníkového šetření byla zpracována pomocí programu Microsoft Excel, vložením dat do programu byla vytvořena datová matice pro sestavení kontingenčních tabulek. Následně byla provedena deskriptivní statistika pomocí tabulek četnosti a středových hodnot (průměr, modus). Stanovené hypotézy byly následně ověřovány pomocí statistického programu Statistica 13. Metoda, která byla použita při statistickém ověřování, byl test nezávislosti. Jestliže zkoumáme závislost dvou proměnných, jejichž hodnota nemá číselný charakter, použijeme právě onu tabulku nezávislosti dvou proměnných. Aby byly splněny podmínky pro statistické zpracování, muselo dojít ke sloučení některých kategorií odpovědí. Výsledky získané z obou programů jsou detailně popsány v následující kapitole.

6. VÝSLEDKY

6.1 Výsledky dotazníkového šetření

Položka č. 1: Jsem...

Graf č. 1 Pohlaví respondenta

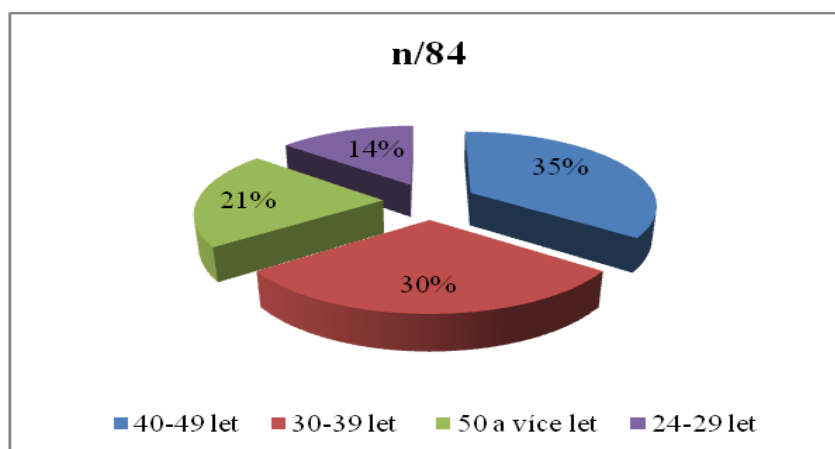


Zdroj: vlastní šetření

První položka zjišťovala, jestli je dotazovaný muž nebo žena. České školství je typické vysokou feminizací, což potvrzují i výsledky této otázky. Jak ukazuje graf 1, z celkového počtu dotazovaných bylo 61,9 % žen a 38,1 % mužů.

Položka č. 2: Kolik je vám let?

Graf č. 2 Věk respondentů

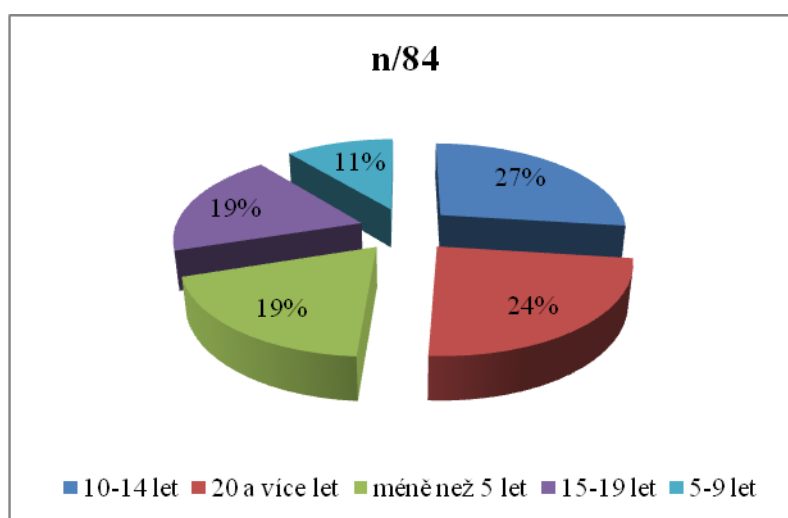


Zdroj: vlastní šetření

Tato položka ukazuje věkové zastoupení respondentů. Z grafu 2 je patrné, že největší zastoupení má věková kategorie 40–49 let, celkem 34,52 %, následuje kategorie 30–39 let 29,76 %, poté kategorie 50 a více s 21,43 % a nejméně zastoupenou kategorií je kategorie 24–29 let, a to 14,29 %.

Položka č. 3: Jak dlouho učíte?

Graf č. 3 Délka učitelé praxe

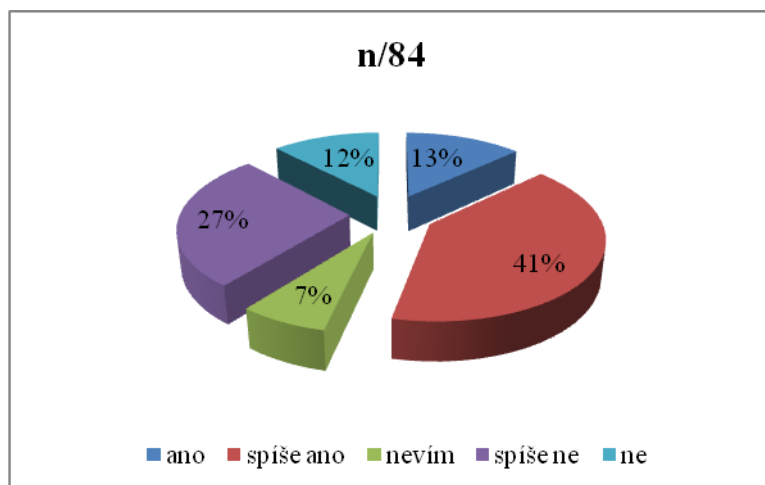


Zdroj: vlastní šetření

Tato položka měla za účel zjistit, kolikaletou praxi jednotliví respondenti mají. Délka praxe koreluje s věkem respondentů. Nejvíce byla zastoupena délka praxe v rozmezí 10–14 let s 27,38 %, následovala praxe v rozmezí 20 a více let s 23,81 %, méně než 5 let praxe uvedlo 19,05 % respondentů. 16 respondentů uvedlo délku praxe 15–19 let, stejně jako u předchozí kategorie. Nejméně zastoupena byla kategorie, která ukazovala délku praxe 5–9 let, a to 10,71 %.

Položka č. 4 Dodržujete pravidelný denní režim?

Graf č. 4 Dodržování pravidelného denního režimu

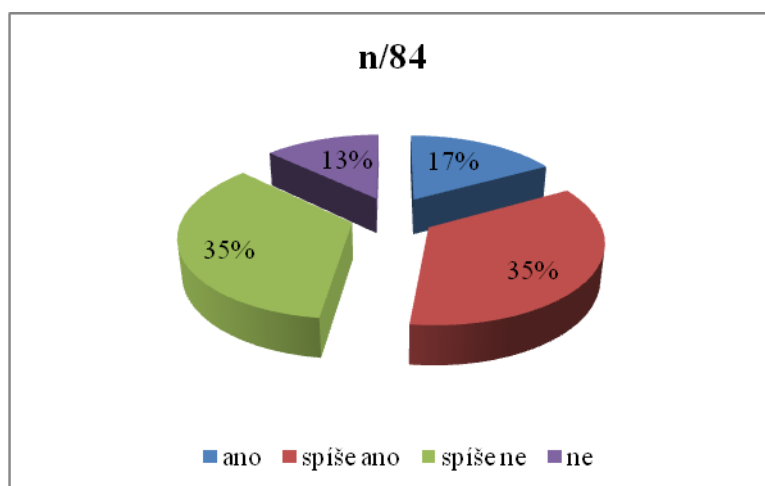


Zdroj: vlastní šetření

Položka 4 zjišťovala, zda dotazovaní respondenti dodržují pravidelný denní režim. Pouze 13,01 % respondentů uvedlo, že dodržuje pravidelný denní režim. 34 40,48 % respondentů uvedlo, že spíše ano, 7 % uvedlo, že neví, 28 % dotazovaných odpovědělo, že spíše ne a 12 % uvedlo, že pravidelný denní režim nedodržují.

Položka č. 5 Stravujete se pravidelně?

Graf č. 5 Pravidelná strava

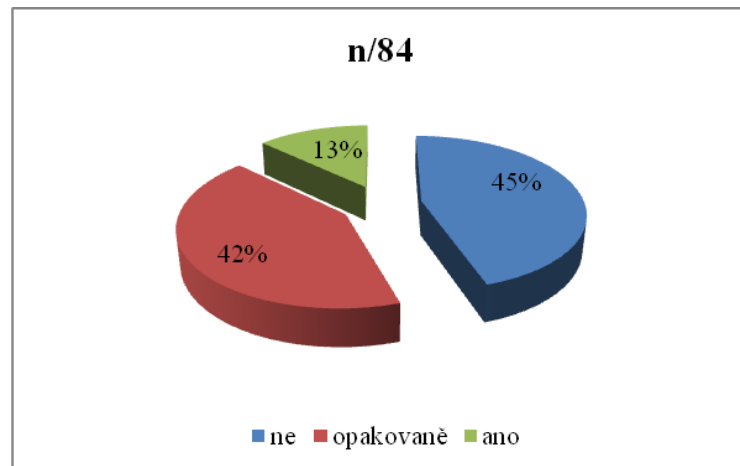


Zdroj: vlastní šetření

Pravidelnost stravování zjišťovala položka 5. Celkem 18 % uvedlo, že se stravuje pravidelně, 35 % respondentů uvedlo, že spíše ano, stejný počet 35 % uvedlo, že se spíše pravidelně nestravují, 13 % uvedlo, že se nestravuje pravidelně.

Položka č. 6 Aplikovali jste někdy dietu za účelem hubnutí?

Graf č. 6 Aplikování diety za účelem hubnutí

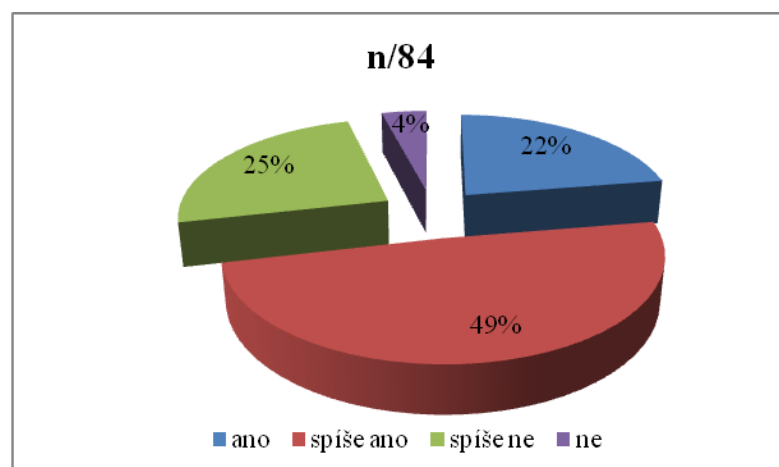


Zdroj: vlastní šetření

Položka 6 zjišťovala, zda respondenti aplikovali dietu za účelem hubnutí. 45 % uvedlo, že nikdy dietu nedrželo, 1x aplikovalo dietu za účelem hubnutí 13,1 % a opakovaně aplikovalo dietu 42 % dotazovaných.

Položka č. 7 Jste spokojeni se svým vzhledem?

Graf č. 7 Spokojenost s vlastním vzhledem

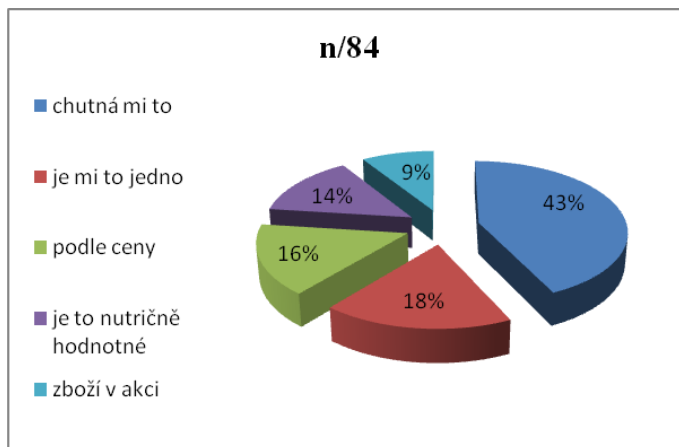


Zdroj: vlastní šetření

Zda jsou respondenti spokojeni se svým vzhledem, zjišťovala položka číslo sedm. 23 % dotazovaných odpovědělo, že je spokojeno, 48 % uvedlo, že jsou spíše spokojeni se svým vzhledem, 24 % uvedlo, že spíše spokojeni nejsou a 6 % uvedlo, že nejsou spokojeni se svým vzhledem.

Položka č. 8 Při nákupu potravin vybíráte podle...?

Graf č. 8 Výběr potravin

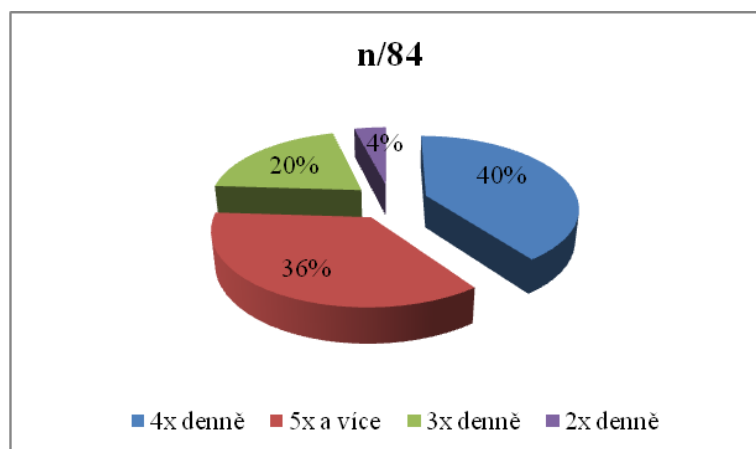


Zdroj: vlastní šetření

Položka 8 zjišťovala, podle čeho respondenti vybírají při nákupu potravin. 42 % odpovědělo, že podle toho, co jim chutná, 18 % uvedlo, že jim je to jedno, 17 % dotazovaných vybírá podle ceny, 14 % respondentů uvedlo, že vybírá potraviny podle jejich nutričních hodnot a 8 % dotazovaných uvedlo, že potraviny nakupuje v akci.

Položka č. 9 Kolikrát denně se stravujete?

Graf č. 9 Denní četnost stravování

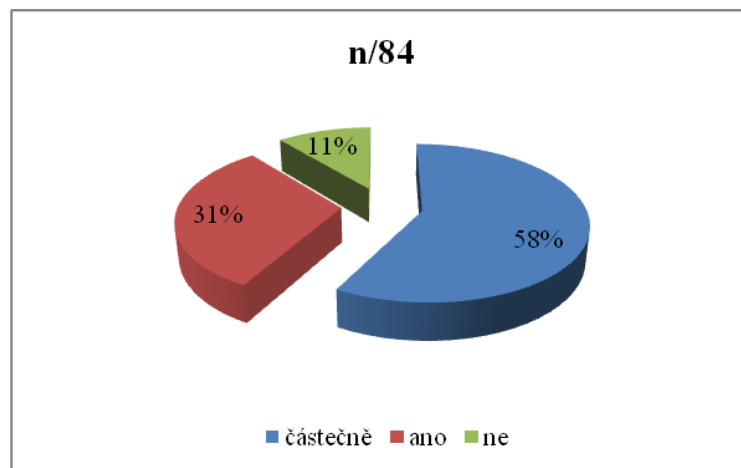


Zdroj: vlastní šetření

Frekvenci stravování denně zjišťovala položka 9. Nejvíce respondentů, celkem 45 % uvedlo, že se stravuje 4x denně. Další početná skupina, 35 % respondentů uvedla, že se stravuje 5x denně a více. 3x denně se stravuje 20 % a dvakrát denně 3,5 %.

Položka č. 10 Znáte zásady zdravé výživy?

Graf č. 10 Znalost zásad zdravé výživy

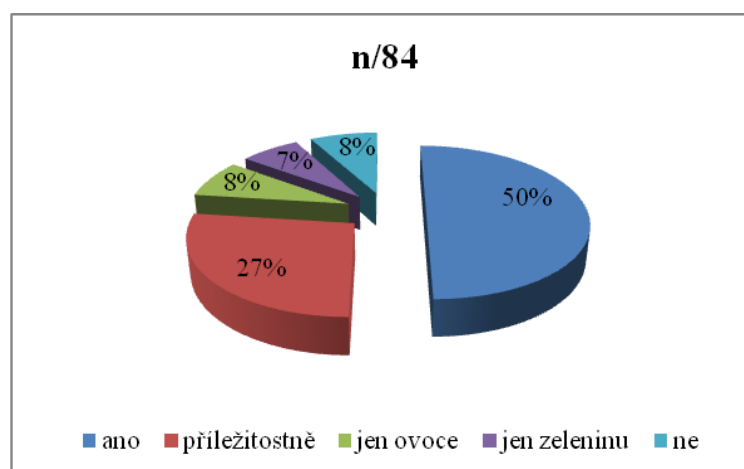


Zdroj: vlastní šetření

Znalost zásad zdravé výživy zjišťovala položka 10. Z celkového počtu dotazovaných uvedlo 59 %, že tyto zásady zná částečně, 31 % dotázaných uvedlo, že zásady zdravé výživy zná a zbylých 11 % uvedlo, že zásady zdravé výživy nezná.

Položka č. 11 Konzumujete pravidelně ovoce a zeleninu?

Graf č. 11 Konzumace ovoce a zeleniny

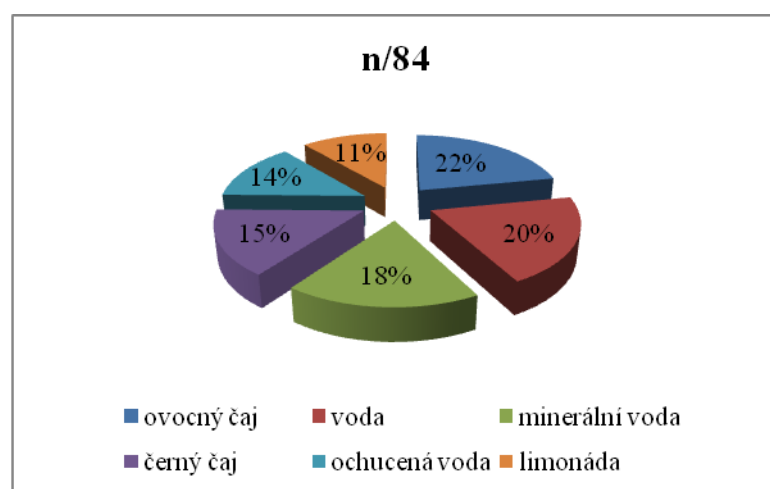


Zdroj: vlastní šetření

Zda respondenti konzumují ovoce a zeleninu, zjišťovala položka 11. Celkem 61 % respondentů uvedlo, že konzumují ovoce i zeleninu, 28 % uvedlo, že ovoce a zeleninu konzumují příležitostně. 8 % dotázaných uvedlo, že konzumují pouze ovoce, 7 % konzumuje pouze zeleninu. Konzumaci obojího se vyhýbá 5 % dotázaných.

Položka č. 12 Jaké tekutiny konzumujete během dne?

Graf č. 12 Preferované tekutiny během dne

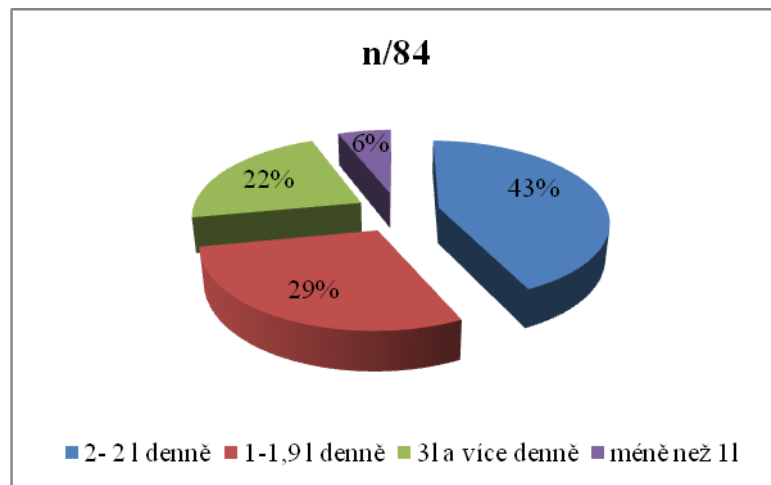


Zdroj: vlastní šetření

Jaký druh tekutin preferují učitelé během dne, zjišťovala položka 12. Nejčastěji během dne pijí ovocný čaj, ten uvedlo 39 % respondentů, následuje voda s 35 %, minerální vodu uvedlo 32 %, černý čaj 27 %, ochucenou vodu 24 %, limonádu 20 %.

Položka č. 13 Kolik tekutin denně vypijete?

Graf č. 13 Množství tekutin za den

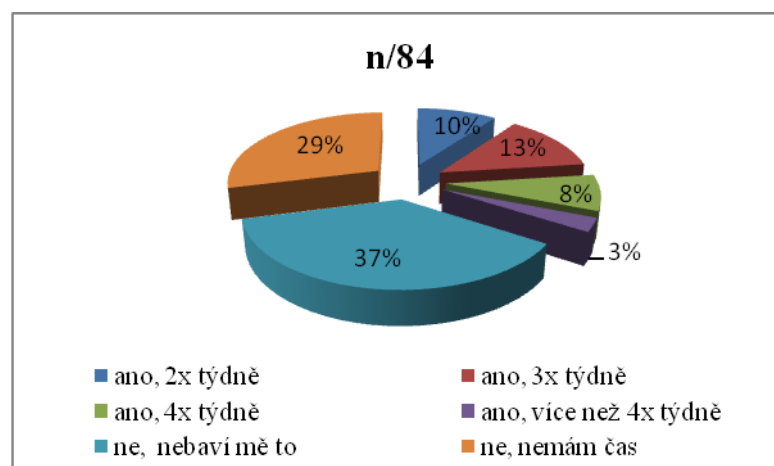


Zdroj: vlastní šetření

Položka 13 zjišťovala, kolik litrů tekutin respondenti během dne vypijí. Nejčastější množství vypitých tekutin je v rozmezí 2-3l denně, to uvedlo celkem 43 % respondentů. 29 % dotazovaných uvedlo, že během dne vypijí 1-2 l tekutin. 22 % uvedlo denní konzumaci 3 a více litrů za den a méně než 1 litr uvedlo 6 %.

Položka č. 14 Věnujete se pravidelně pohybové aktivitě?

Graf č. 14 Pravidelná pohybová aktivita

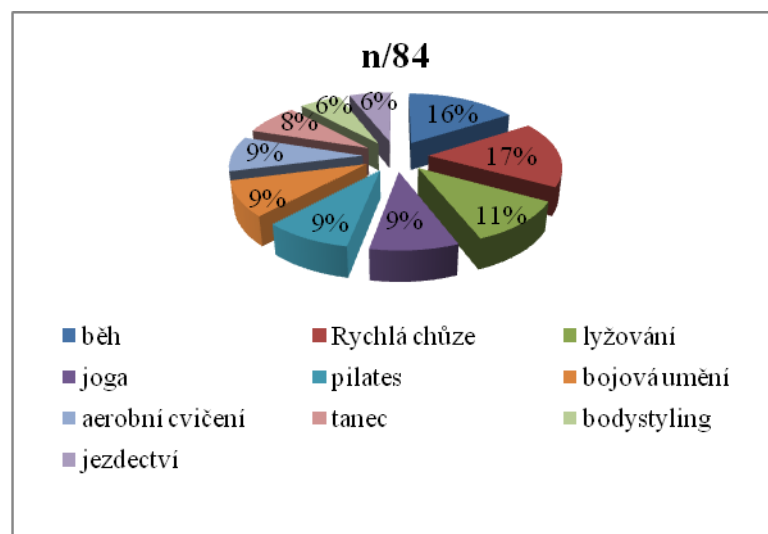


Zdroj: vlastní šetření

Kolikrát týdně se dotazovaní věnují pohybové aktivitě, zjišťovala položka 14. Celkem 37 % uvedlo, že se pohybové aktivitě nevěnují, protože je to nebaví. 29 % se pohybové aktivitě nevěnuje z důvodu, že nemá čas. 13 % dotazovaných uvedlo, že se pohybové aktivitě věnuje 3x týdně. 10 % respondentů uvedlo, že se pravidelně věnují pohybové aktivitě 2x týdně. 8 % uvedlo, že se věnuje pohybové aktivitě 4x týdně a pouhá 3 % se pohybovým aktivitám věnuje více než 4x týdně.

Položka č. 15 Jaká pohybová činnost by vám nejvíce vyhovovala?

Graf č. 15 Preference pohybové činnosti dle nabídky

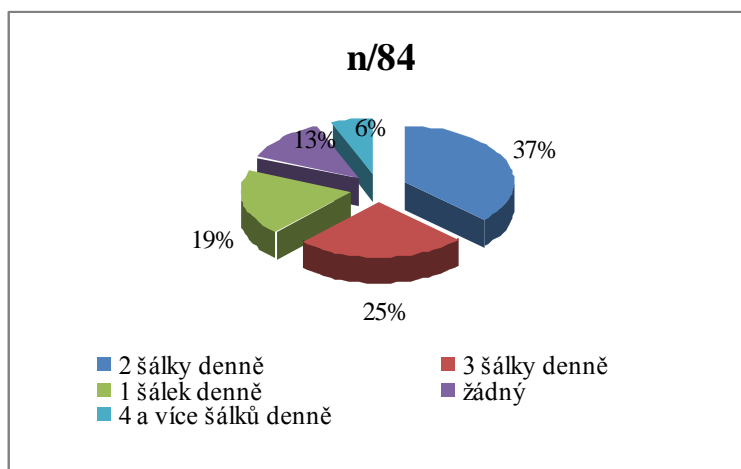


Zdroj: vlastní šetření

Položka 15 zjišťovala, jakou pohybovou aktivitu, by si respondenti vybrali, pokud by se měli pohybové aktivitě věnovat. Nejvíce respondentů by zvolilo rychlou chůzi, celkem 17 %. O 1 % méně byl zvolen běh. 11 % zvolilo lyžování, shodně po 9 % měla jóga, aerobní cvičení, pilates a bojová umění. 8 % dotazovaných by zvolilo tanec, po 6 % si respondenti zvolili bodystylin a jezdectví.

Položka č. 16 Kolik šálků kávy denně vypijete?

Graf č. 16 Množství vypité kávy za den

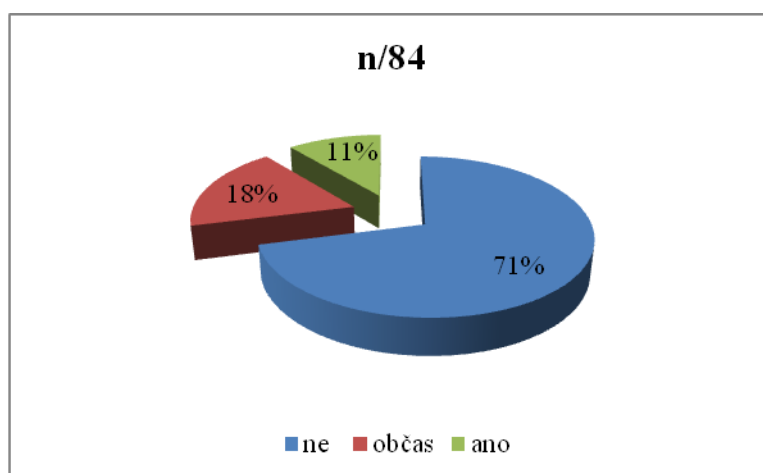


Zdroj: vlastní šetření

Kolik šálků kávy vypijí respondenti za den zjišťovala položka 16. Nejčastěji dotazovaní uvedli, že vypijí 2 šálky denně, toto množství uvedlo celkem 37%. 3 šálky denně uvedlo 25%. Jeden šálek denně uvedlo 19%. Čtyři a více šálků denně uvedlo 6% respondentů.

Položka č. 17 Pijete energetické nápoje?

Graf č. 17 Konzumace energetických nápojů

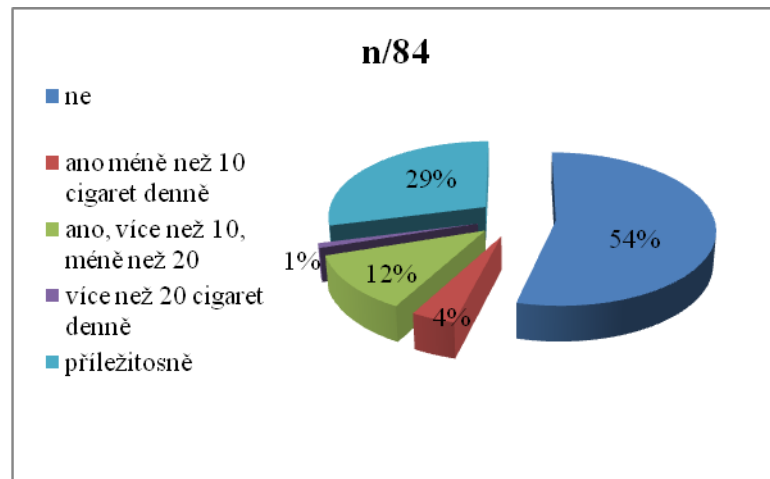


Zdroj: vlastní šetření

Položka 17 zjišťovala, zda respondenti konzumují energetické nápoje. 71 % respondentů uvedlo, že energetické nápoje nekonzumuje. 18 % uvedlo občasnou konzumaci energetických nápojů a 11 % uvedlo, že energetické nápoje pije.

Položka č. 18 Kouříte?

Graf č. 18 Kouření

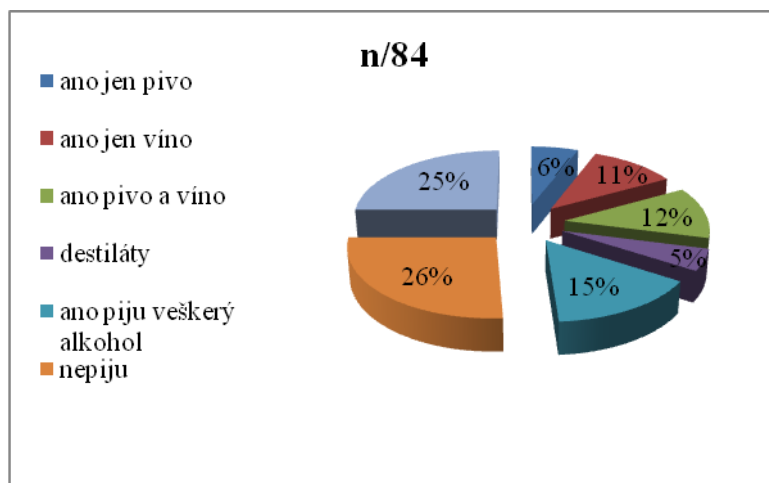


Zdroj: vlastní šetření

Položka 18 zjišťovala, zda respondenti kouří a v případě že ano, jaké množství cigaret vykouří za den. 54 % dotazovaných uvedlo, že nekouří vůbec, 29 % uvedlo, že kouří příležitostně, 12 % respondentů uvedlo, že kouří denně v rozmezí 10-20 cigaret za den. 4 % kouří méně než 10 cigaret denně a 1 % respondentů uvedlo, že kouří více než 20 cigaret denně.

Položka č. 19 Pijete alkohol?

Graf č. 19 Konzumace alkoholu

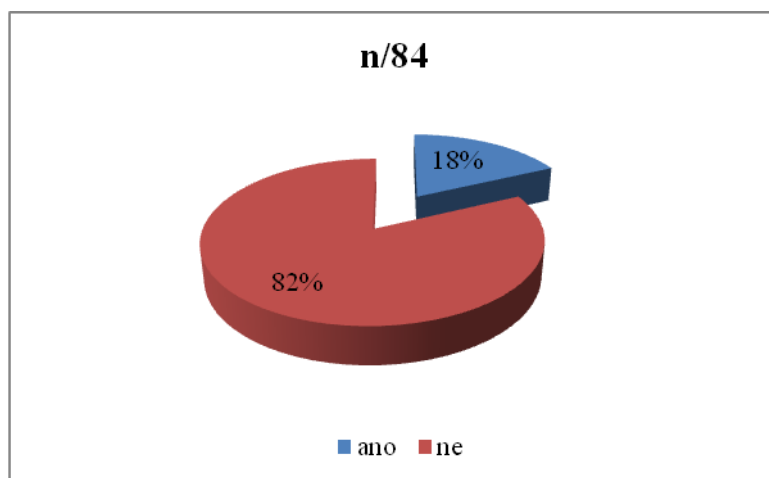


Zdroj: vlastní šetření

Na otázku, zda respondenti konzumují alkohol, sloužila položka 19. V této položce uvedlo 26 % respondentů, že alkohol nepijí, 25 % uvedlo příležitostnou konzumaci. Preference v konzumaci alkoholu ukázala, že 15 % konzumuje veškerý alkohol, 12 % konzumuje pivo a víno, 11 % jen víno, 6 % jen pivo a 5 % pouze destiláty.

Položka č. 20 Máte osobní zkušenost s lehkými drogami (např. marihuana)?

Graf č. 20 Zkušenost s lehkou drogou

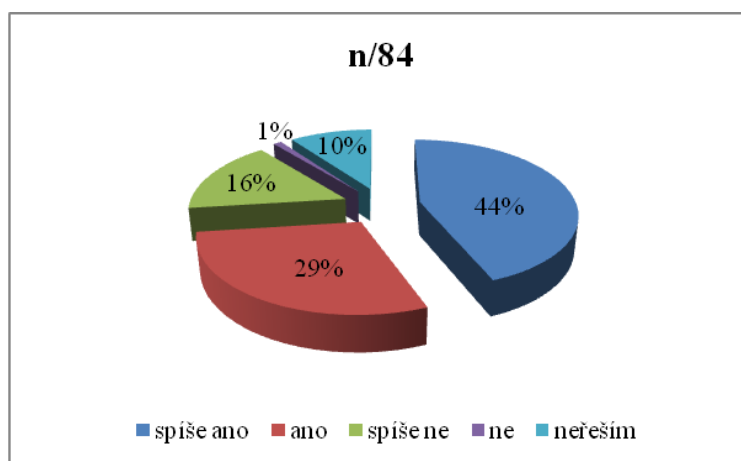


Zdroj: vlastní šetření

Zda mají respondenti zkušenost s lehkými drogami zjišťoval položka 20. Celkem 82 % dotázaných uvedlo, že zkušenost s drogou nemá, 18 % uvedlo, že zkušenost s lehkou drogou má.

Položka č. 21 Jste spokojeni v zaměstnání?

Graf č. 21 Spokojenost v zaměstnání

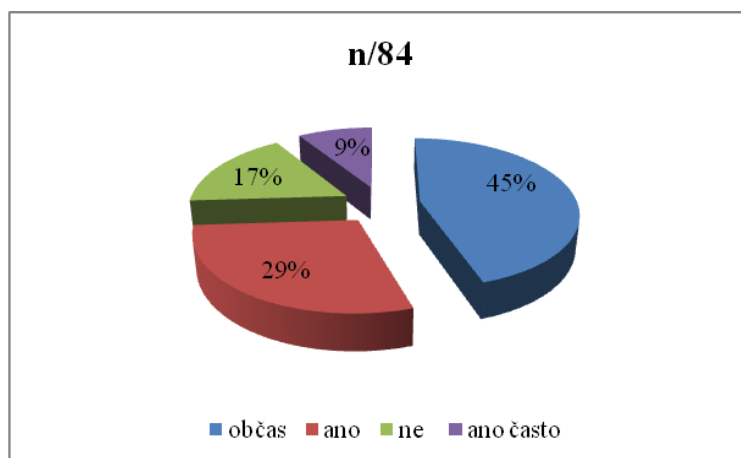


Zdroj: vlastní šetření

Položka 21 zjišťovala, zda jsou respondenti spokojeni v zaměstnání. 44 % uvedlo, že jsou spíše spokojeni, 29 % respondentů uvedlo spokojenost v zaměstnání. 16 % dotázaných uvedlo, že jsou v zaměstnání spíše nespokojeni, 10 % tuto otázku spokojenosti neřeší a 1 % uvedlo že spokojeno není.

Položka č. 22 Pociťujete na sobě projevy stresu?

Graf č. 22 Subjektivní pocit stresu

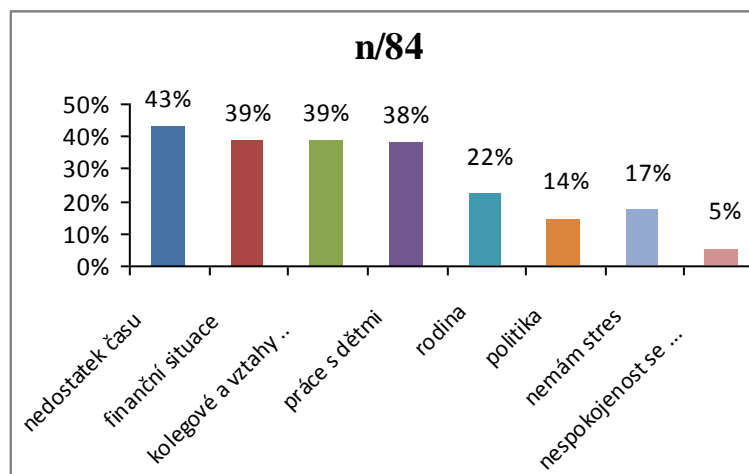


Zdroj: vlastní šetření

Subjektivní pocity stresu zjišťovala položka 22. Celkem 45 % respondentů uvedlo, že na sobě občas projevy stresu pociťují, 29 % dotázaných uvedlo, že na sobě projevy stresu pociťují. 17 % respondentů uvedlo, že nepociťují stres a 9 % respondentů uvedlo časté pocity projevů stresu na sobě.

Položka č. 23 Za zdroj stresu ve vlastním případě považují...

Graf č. 23 Zdroj stresu

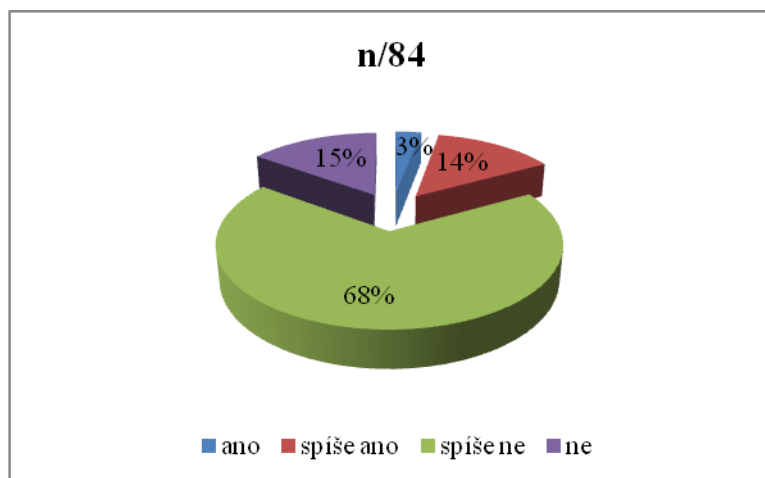


Zdroj: vlastní šetření

Položka 23 zjišťovala, co je zdrojem projevů stresu u respondentů. Respondenti mohli vybrat více možností. 43 % respondentů uvedlo za zdroj stresu nedostatek času, se stejným procentuelním zastoupením 39 % uvedlo za zdroj stresu finanční situaci, kolegy a vztahy na pracovišti. Práci s dětmi uvedlo jako zdroj stresu 38 %. 22 % považuje za zdroj stresu rodinu, 14 % uvedlo politickou situaci, 17 % uvedlo, že stres nemá. Nespokojenost se svým vzhledem uvedlo jako zdroj stresu 5 % respondentů.

Položka č. 24 Trpíte nespavostí či nedostatkem spánku?

Graf č. 24 Nespavost, nedostatek spánku

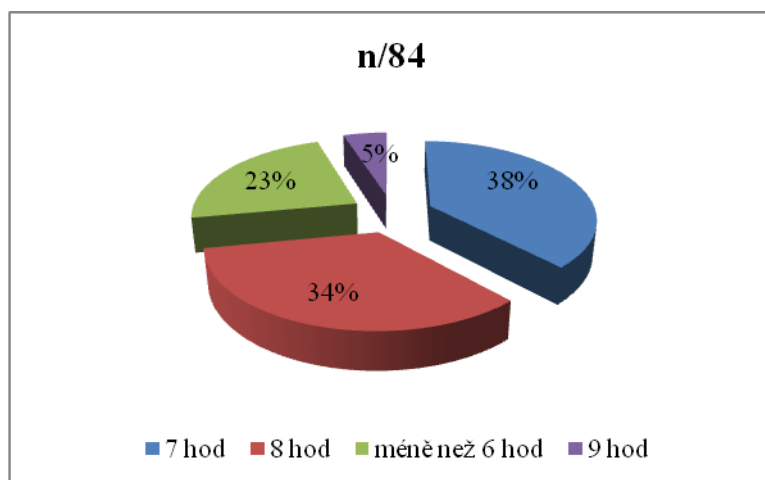


Zdroj: vlastní šetření

Zda respondenti trpí nespavostí či nedostatkem spánku, zjišťovala položka 24. 68 % dotázaných uvedlo, že nespavostí ani nedostatkem spánku spíše netrpí. 15 % uvedlo, že netrpí nespavostí ani nedostatkem spánku. 14 % uvedlo, že spíše trpí nespavostí a nedostatkem spánku a 3 % uvedla, že nespavostí a nedostatkem spánku trpí.

Položka č. 25 Kolik hodin denně spíte?

Graf č. 25 Počet hodin spánku denně

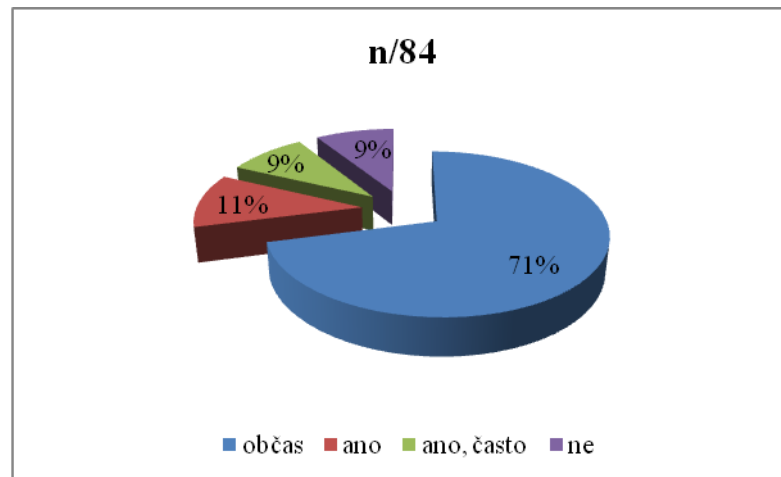


Zdroj: vlastní šetření

Kolik hodin spánku denně respondenti spí, zjišťovala položka 25. 38 % respondentů uvedlo, že spí 7 hodin. O hodinu více, tedy 8hodin spí 34 %, méně než 6 hodin spánku uvedlo 23 % dotázaných. 9 hodin spánku uvedlo 5 % respondentů.

Položka č. 26 Cítíte se unaveně?

Graf č. 26 Pocit únavy

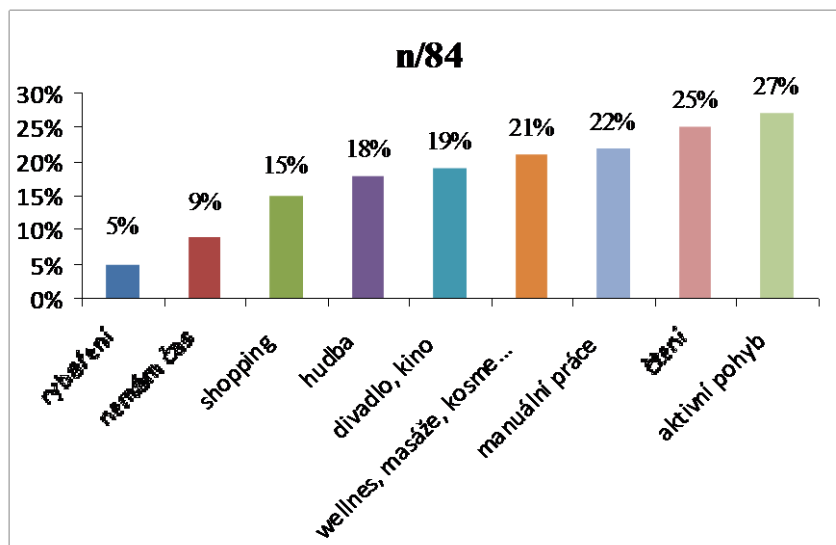


Zdroj: vlastní šetření

Zda se cítí respondenti unaveně, zjišťovala položka 26. Celkem 71 % dotázaných uvedlo, že se cítí občas unaveně, 11 % uvedlo, že se cítí unaveně, 9 % se cítí často unaveně a 9 % uvedlo, že se unaveně necítí.

Položka č. 27 Jaký je způsob vaší relaxace?

Graf č. 27 Způsob relaxace

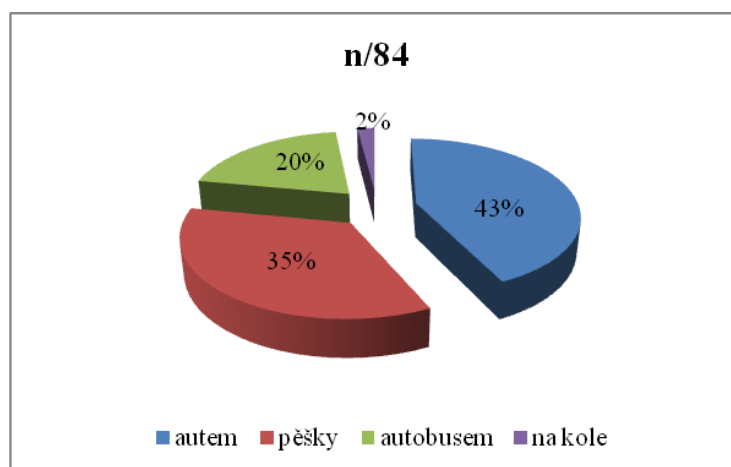


Zdroj: vlastní šetření

Jakým způsobem dotyční relaxují, zjišťovala položka 27. Respondenti mohli zvolit více možností. Nejvíce respondentů vybralo jako nejlepší způsob relaxace aktivní pohyb, ten si zvolilo 27 % dotázaných, s odstupem dvou procent, tedy 25 % respondentů zvolilo jako způsob relaxace čtení, 22 % relaxuje manuální prací, 21 % uvedlo jako vhodný způsob relaxace wellnes, masáže, kosmetiku, 19 % uvedlo divadlo, kino, 18 % poslech hudby, 15 % volilo jako vhodný způsob relaxace shopping, 9 % respondentů nemá na relaxaci čas a 5 % zvolilo rybaření jako vhodný způsob relaxace.

Položka č. 28 Do práce se dopravuji

Graf č. 28 Způsob dopravy do zaměstnání

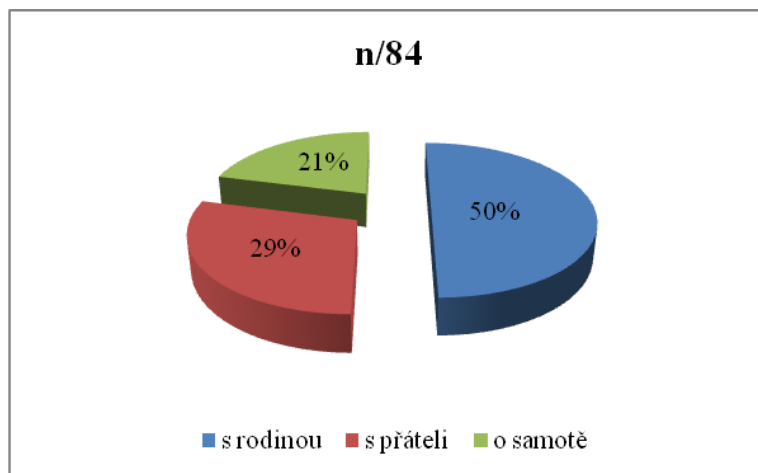


Zdroj: vlastní šetření

Položka 28 měla zjistit, jakým způsobem se respondenti dopravují do zaměstnání. Nejvíce respondentů uvedlo dopravu autem, a to 43 %. Pěšky chodí do zaměstnání 35 % respondentů. Autobus zvolilo 20 % dotázaných a 2 % uvedla že jezdí do práce na kole.

Položka č. 29 Svůj volný čas nejraději trávím...

Graf č. 29 Volný čas

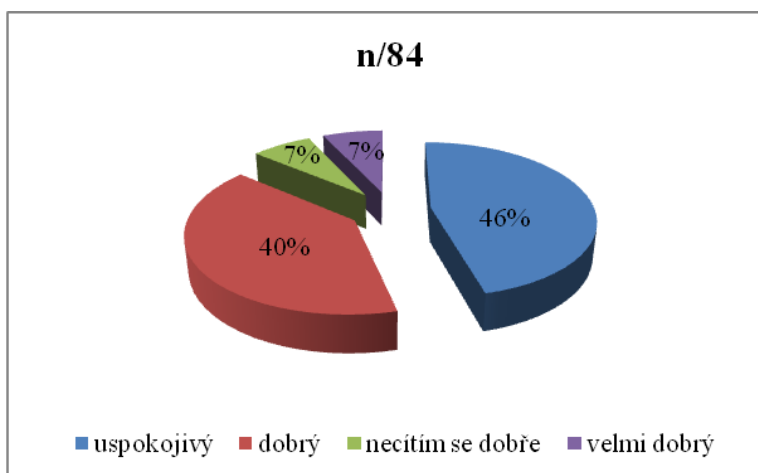


Zdroj: vlastní šetření

Na otázku s kým nejraději respondenti tráví volný čas, hledala odpověď položka 29. Nejvíce respondentů 51 % uvedlo, že svůj volný čas tráví nejraději s rodinou. 29 % uvedlo přátele a 21 % respondentů upřednostňuje trávení volného času o samotě.

Položka č. 30 Můj současný zdravotní stav je...

Graf č. 30 Zdravotní stav

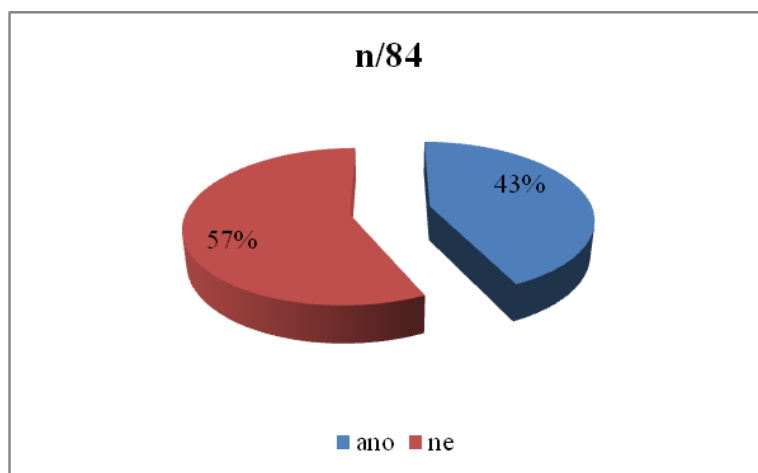


Zdroj: vlastní šetření

Položka 30 zjišťovala, zdravotní stav respondentů dle subjektivních pocitů. 46 % dotázaných hodnotí svůj zdravotní stav jako uspokojivý, 40 % uvedlo, že je jejich zdravotní stav dobrý, velmi dobře se cítí 7 % respondentů a stejný počet respondentů uvedl, že se dobře necítí.

Položka č. 31 Užíváte pravidelně nějaké léky?

Graf č. 31 Pravidelné užívání léků

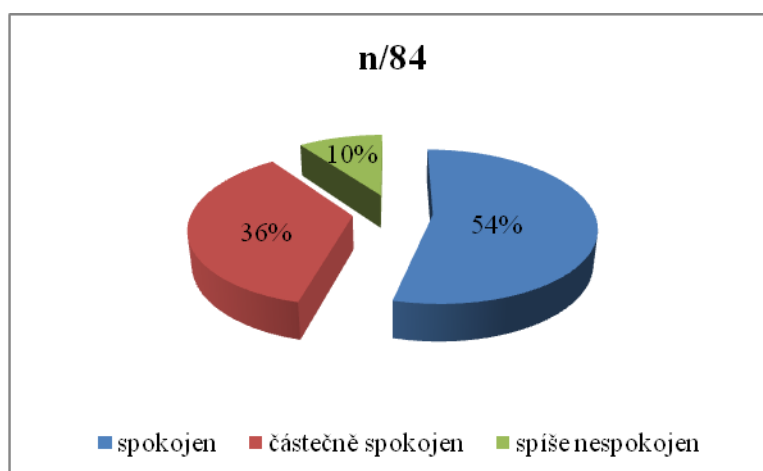


Zdroj: vlastní šetření

Na otázku, zda respondenti pravidelně užívají nějaké léky, zjišťovala odpovědi položka 31. Celkem 57 % respondentů uvedlo, že pravidelně léky neužívá a 43 % uvedlo, že pravidelně léky užívá.

Položka č. 32 Jste spokojen s péčí lékařů o vaše zdraví?

Graf č. 32 Spokojenost s péčí lékařů

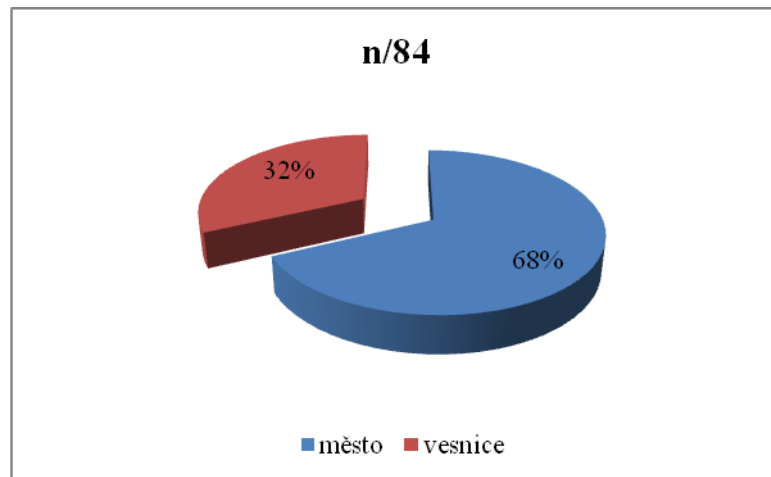


Zdroj: vlastní šetření

Položka 32 zjišťovala spokojenost respondentů s péčí lékařů. 54 % uvedlo, že je s péčí lékařů spokojeno, 36 % že je částečně spokojeno, spíše nespokojeno je 10 % respondentů. Nespokojen nevedl žádný z respondentů.

Položka č. 33 Bydlíte v ...

Graf č. 33 Lokalita bydlení

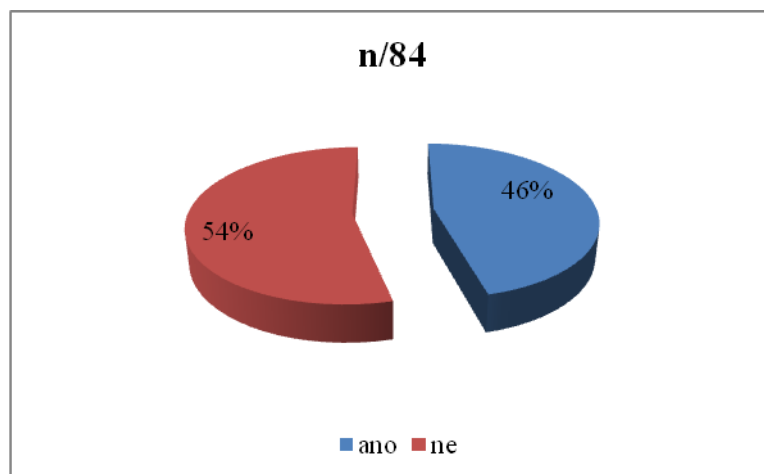


Zdroj: vlastní šetření

Zda respondent bydlí na vesnici nebo ve městě, zjišťovala položka 33. 68 % respondentů uvedlo, že bydlí ve městě a 32 % respondentů uvedlo, že bydlí na vesnici.

Položka č. 34 Splácíte úvěr nebo hypotéku?

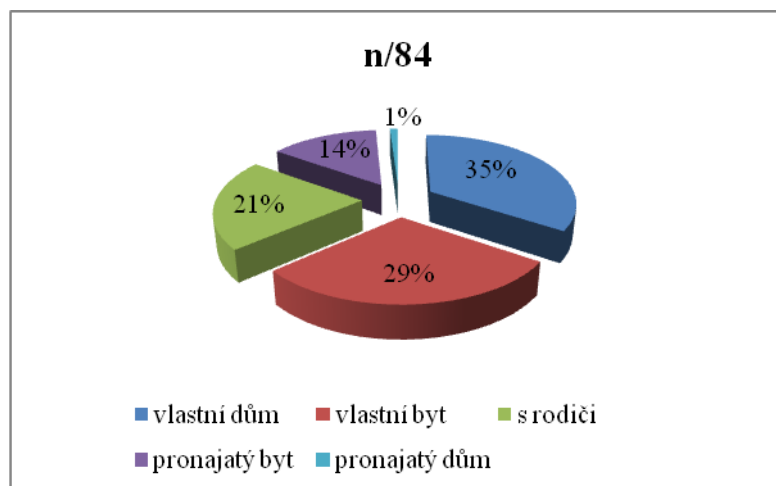
Graf č. 34 Finanční závazky



Zdroj: vlastní šetření

Položka 34 zjišťovala, zda respondenti splácí úvěr či hypotéku. 46 % respondentů uvedlo, že ano, 54 % dotazovaných uvedlo, že žádný úvěr ani hypotéku nesplácí.

Položka č. 35 Bydlíte v...



Zdroj: vlastní šetření

6.2 Výsledky zpracované programem Statistika 13

Položka 6. zjišťovala, zda respondenti někdy aplikovali dietu za účelem hubnutí.

Položka 7 zjišťovala spokojenost s vlastním vzhledem.

Nulová hypotéza H_0 zněla: „Aplikace diety nesouvisí se spokojeností se vzhledem“

Alternativní hypotéza H_1 : Aplikace diety souvisí se spokojeností se vzhledem“

Aby bylo možné statisticky ověřit souvislost dvou položek, bylo nutné sestavit kontingenční tabulku.

Kontingenční tabulka č. 1 – pro testování H_0

Absolutní četnost

| DIETA | SPOKOJENOST | | | |
|-----------|-------------|-----------|----------|----|
| | ano | spíše ano | spíše ne | ne |
| ano 1x | 4 | 6 | 3 | 0 |
| Opakovaně | 2 | 18 | 15 | 0 |
| Ne | 12 | 15 | 5 | 4 |

Zdroj: vlastní šetření

Aby mohly být splněny podmínky pro test nezávislosti, muselo dojít ke sloučení některých kategorií.

Kontingenční tabulka č. 2 – testování H_0

Absolutní četnost

| DIETA | SPOKOJENOST | |
|-----------|-------------|----|
| | Ano | ne |
| ano 1x | 10 | 3 |
| Opakovaně | 20 | 15 |
| Ne | 27 | 9 |
| 1 | Ano1x | |
| 2 | Opakovaně | |
| 3 | Ne | |

Zdroj: vlastní šetření

Tabulka č. 3 – test nezávislosti výpočet p-value

| |
|---|
| <p>Četnost označených buněk > 10 Pearsonův chí-kv. : 4,14152, sv=2, p=,126090</p> |
|---|

Zdroj: vlastní šetření

Výsledná hodnota p-value, která ukazuje 0,126090 je větší než stanovená hladina významnosti. Hladina významnosti je v běžných statistikách stanovena na hodnotu 0,05. Nulovou hypotézu tedy nemůžeme zamítnout, z toho vyplývá, že alternativní hypotéza H1 se nepotvrdila. Není tedy možné prokázat souvislost mezi aplikací diety a spokojeností se vzhledem.

Závěr u hypotézy 1 je, že aplikace diety, nesouvisí se spokojeností se vzhledem.

Hypotéza H2 Spokojenost v zaměstnání souvisí s mírou pocitu stresu

H0 Spokojenost v zaměstnání nesouvisí s mírou pocitu stresu

Tabulka č. 4 kontingenční tabulka pro testování H0

| SPOKOJENOST V ZAMĚSTNÁNÍ | PROJEVY STRESU | | | |
|-----------------------------|----------------|-----|-------|----|
| | ano často | ano | Občas | Ne |
| ano 1x | 4 | 6 | 14 | 6 |
| spíše ano | 4 | 9 | 9 | 6 |
| spíše ne | 5 | 7 | 6 | 0 |
| Ne | 0 | 1 | 0 | 0 |
| Neřeším | 0 | 2 | 3 | 2 |

Zdroj: vlastní šetření

Jako u hypotézy 1 bylo nutné sloučit některé kategorie, aby byly splněny podmínky pro test nezávislosti v programu statistica.

Tabulka č. 4 kontingenční tabulka pro testování H0

Absolutní četnost

| SPOKOJENOST V ZAMĚSTNÁNÍ | PROJEVY STRESU | | |
|-----------------------------|----------------|-------|----|
| | Ano | občas | Ne |
| ano | 23 | 23 | 12 |
| Ne | 15 | 9 | 2 |

Zdroj: vlastní šetření

Tabulka č. 5 test nezávislosti p- value

| |
|---|
| Četnost označených buněk > 10 Pearsonův chí-kv. : 2,64870, sv=2, p=,265975 |
|---|

Zdroj: vlastní šetření

Test nezávislosti ukázal, že hodnota p-value je 0,265975 což je vyšší než stanovená hladina významnosti. Znamená to tedy, že H0 nemůžeme zamítnout a alternativní hypotéza H1 se neprokázala. Spokojenost v zaměstnání tedy nesouvisí s mírou pocitu stresu.

Další testovanou hypotézou byla H3 „Ti, kteří spí méně hodin se cítí častěji unaveně“

Nulová hypotéza H0 „Ti, kteří spí méně hodin se necítí častěji unaveně“

Tabulka č. 6 kontingenční tabulka pro testování H0

| POČET HODIN SPÁNKU | ÚNAVA | | | |
|-----------------------|-----------|-----|-------|----|
| | ano často | ano | občas | Ne |
| méně než 6 | 9 | 5 | 9 | 2 |
| 7 | 3 | 3 | 27 | 1 |
| 8 | 1 | 2 | 16 | 1 |
| 9 | 1 | 0 | 2 | 2 |

Zdroj: vlastní šetření

Pro statistické testování bylo nutné spojit některé kategorie, aby byly splněny předpoklady testu nezávislosti.

Tabulka č. 7 kontingenční tabulka pro testování H0

Absolutní četnost

| POČET HODIN SPÁNKU | ÚNAVA | | |
|--------------------|-------|-------|----|
| | ano | Občas | Ne |
| méně než 6 | 14 | 9 | 2 |
| 7 | 6 | 27 | 1 |
| více nebo 8 hodin | 4 | 18 | 3 |

Zdroj: vlastní šetření

Tabulka č. 8 – test nezávislosti p- value

Četnost označených buněk > 10
 Pearsonův chí-kv. : 15,2221, sv=4, p=,004262

Zdroj: vlastní šetření

Hodnota p-value u nulové hypotézy H0 vyšla $p = 0,0042$ což je nižší než stanovená hladina významnosti. To znamená, že jsme nulovou hypotézu zamítli a mohli jsme potvrdit alternativní hypotézu H3“ Ti, kteří spí méně hodin, se cítí častěji unaveně“ Dle výsledku z programu statistica se jedná o střední hladinu závislosti.

7. DISKUZE

Základní otázkou pro výzkum byla otázka „Jaký je životní styl učitelů na druhém stupni ZŠ v Příbrami.“ Dotazníkové šetření, které bylo základem výzkumu, přineslo výsledky, které byly deskripcí jednotlivých dat uvedeny v předchozí kapitole. Průzkumu se účastnili učitelé druhého stupně, dvou základních škol v Příbrami. Tak, jak ukazují současné celosvětové trendy na feminizaci školství, bylo i v mém výzkumu více žen než mužů. Celkově se zúčastnilo 52 žen (62 %) a 32 mužů. Statistika MŠMT pro rok 2017/18 ukazuje celkový počet učitelů na druhém stupni základních škol v ČR činí 36712, z toho žen 27552 (75 %). (MŠMT, 2017) Oproti republikovému zastoupení ženské populace na druhém stupni ZŠ, jsou na tom zkoumané základní školy se zastoupením mužů velmi dobře.

Český statistický úřad ve svých datech z roku 2015 uvádí, že v současné době populace učitelů stárne. Téměř 18 % tuzemských učitelů je více než 50 let a naopak pouhých 19 % je mladších 35 let. (ČSU, 2016) Z mého šetření vyplývá ještě vyšší počet učitelů starších 50 let, a sice 21 %. Naopak procento učitelů mladších 30 let je vyšší, a sice 35 %. Učitel jako řídicí subjekt výchovně vzdělávacího procesu působí a ovlivňuje svým životním stylem více či méně školní mládež.

Výzkum Blažkové a Malé (2007) sledoval 87 učitelů, kde z výsledků bylo zřejmé, že ze sledovaného souboru považuje 60 % respondentů svou práci za zdroj stresu. Oproti uvedeným průzkumům můj průzkum ukázal, že svou práci považuje za zdroj stresu 39 % dotázaných. Na otázku, co považují učitelé za zdroj stresu, uvedly oba zkoumané soubory finanční ohodnocení. Český statistický úřad uvádí, že výše platu učitelů v základním vzdělávání je alarmující. Průměrný plat učitele je pouze na 52 % průměrného platu obdobně vzdělaného člověka, zatímco OECD činí 78 %. Genderové rozdíly ve výši platu nebyly prokázány (ČSÚ, 2016). Z průzkumu je tedy patrné, že finanční ohodnocení učitele je problém. S tím souvisí i nedostatek učitelů v oborech, kde je možné najít lépe placenou práci. Pedagogičtí pracovníci jsou skupinou, která je považována vzhledem k svému vzdělání za dostatečně informovanou v otázkách podpory zdraví a rizikových faktorech životního stylu. Na otázku dodržování pravidelného stravovacího režimu odpovědělo 52 % dotazovaných ano, ovšem zbylých 48 % nedodržuje pravidelný stravovací režim, což samo o sobě už může být rizikem do

budoucná. Paperšteinová (2007) ve svém průzkumu uvádí, že pravidelně se stravuje 79 % učitelů základních škol. Při výběru potravin se zkoumaný vzorek řídí vlastní chutí 43 % respondentů uvedlo, že si vybírá potraviny podle toho jestli jim chutnají, pouze 14 % uvedlo, že si všímá na potravinách jejich složení a nutričních hodnot. Zajímavé je, že i přesto, že výběr potravin podřizují své chuti, uvádí 89 % respondentů, že znají zásady zdravé výživy. ČSÚ (2015) uvádí průměrnou spotřebu ovoce 55 kg na osobu ročně a 88 kg zeleniny, což je cca 150 g denne ovoce a 240 g zeleniny denně. Dle doporučení WHO je denní dávka nejméně 400 g ovoce a zeleniny. Zároveň průzkum ukázal, že ti, kteří konzumují pravidelně zeleninu a ovoce, více dodržují pravidelný denní režim, pravidelně se stravují a při nákupu potravin vybírají podle toho, zda je potravina nutričně hodnotná. Množství tekutin, které během dne konzumují pedagogové, je různé. Nejvíce respondentů 43 % uvedlo, že vypijí denně 2-2,9 l tekutin. 22 % uvedlo 3 a více litrů. 29 % v rozmezí 1- 2 litry a 6 % méně než jeden litr. Dle doporučení (MZCR, 2017) bychom měli denně vypít 2 -3 l tekutin denně. Záleží na vlastním organismu, zdravotním stavu, teplotě, výdeji. Vždy je potřeba myslet na to, že pít bychom měli i když žízeň nemáme. Někteří jedinci, zvláště starší, mají nižší pocit žízně. Dle mého průzkumu, 6 % respondentů, kteří uvedli, že vypijí denně méně než jeden litr, byli starší 40ti let a byly to ženy. Celkově můžeme říci, že většina učitelů má dostatečný pitný režim. Na otázku pohybové aktivity a sice kolikrát týdně se věnují učitelé pohybové aktivitě, odpovědělo 66 % dotazovaných, že ani jednou buď z důvodu že nemají čas, anebo protože je to nebaví. Jansa, Kovář (2012) ve své studii uvádějí, že pravidelně cvičí 80 – 90% učitelů, procento klesá s věkem. V mém průzkumu uvedlo 10 respondentů v kategorii 24-29 let, že se pravidelně věnují pohybové aktivitě, v kategorii 30 – 39 let to bylo 9 respondentů, 40 – 49 let 8 respondentů a v kategorii 50 a více let pouze jeden respondent, kterým byla žena. Můžeme tedy říci, že jistý pokles, který souvisí s přibývajícím věkem zde je, i když v mém průzkumu zřejmý až v kategorii 50 a více let. Nicméně Jansa, Kovář (2012) uvádí, že více se pohybovým aktivitám věnují ženy, než muži, což potvrzuje i můj průzkum i když velmi těsným rozdílem dvou respondentek. Nejčastější odpovědí, při pravidelné pohybové aktivitě, byla četnost 3x týdně. Na otázku, která pohybová aktivita by respondentům nejlépe vyhovovala, byla nejvíce volenou možností rychlá chůze a sice 17 %, o procento méně měl běh a na hranici 10% se pohybovaly ostatní možnosti jako lyžování, bodystyling, tanec, jezdeckví, bojová umění, pilatek, aerobní cvičení, jóga. Na otázku konzumace kávy a

její množství za den, odpovědělo nejvíce respondentů, že vypijí 2 šálky denně. Nejnovější lékařské studie ukazují, že množství 400 miligramů kofeinu denně, což odpovídá 4-6 ti šálkům denně zdraví neškodí. Je potřeba brát v úvahu citlivost na kofein a fakt, že lidé s pomalejším metabolismem vylučují kávu mnohem pomaleji a jsou vůči němu mnohem citlivější.(CPZP, 2017). Můj průzkum říká, že větší množství kávy pijí muži než ženy. Co se týče konzumace energetických nápojů, většina respondentů uvedla, že energetické nápoje nekonzumují celkem (71 %). Občasně je konzumuje 18 % a 11 % je konzumuje. Stejně jako u pití kávy, je vyšší konzumace energetických nápojů u mužů než u žen. Další otázka se zabývala kouřením, kde 52 % respondentů uvedlo, že nekouří. Sovinová, Sadílek (2008) uvádí, že denně kouří v České republice alespoň jednu cigaretu 26 % populace. Dále uvádí, že učitelé jsou převážně nekuřáci cca 80 %. Se zvyšujícím se věkem, kuřáků mírně přibývá. Dotazníkové šetření ukazuje, že mezi respondenty bylo více žen, které uvedly, že kouří nebo kouří příležitostně a to skoro o polovinu více než mužů. Nejvíce žen, které kouří je v kategorii 40 – 49 let. Celkem tuto skutečnost uvedlo 14 žen v dané kategorii. Mužů, kteří jsou v kategorii 40-49 let a uvedli že kouří, nebo kouří příležitostně bylo 5. Žen nekuřáček, bylo nejvíce v kategorii 30 – 39 let. V otázce konzumace alkoholu byly výsledky šetření následující. Celkem 26 % respondentů uvedlo, že nekonzumují alkohol vůbec, 25% uvedlo příležitostnou konzumaci, výzkumy (Sovinová, Sadílek 2008) říkají, že zhruba 60 % učitelů konzumuje alkohol příležitostně nebo vůbec. Můj průzkum ukázal výrazně nižší procento nekonzumujících učitelů. Naopak učitelů, konzumujících alkohol bylo relativně větší množství. Podle toho jaký druh alkoholu konzumují, bylo z dotazníkového šetření zjištěno, že destiláty jako výhradní druh alkoholu pijí pouze muži. Zkušenost s lehkou drogou uvedlo 18 % respondentů. Více zkušeností mají muži než ženy. V kategorii 24 – 29 let nebyl žádný respondent se zkušeností s drogou., stejně tak jako v kategorii 50 a více let. Nejvíce respondentů se zkušeností s drogou bylo v kategorii 30 – 39 let. Další otázka se zabývala původem stresu učitelů. (SZÚ, 2002) ve své statistice uvádí, že učitelé uvedli jako zdroj stresu nedostatečné finanční ohodnocení, nedostatečná společenská prestiž, tlak na soustavnou přítomnost v práci, špatný postoj žáků k práci, špatné chování žáků. Martínková, Žídková (2003) publikovaly výsledky svého průzkumu v oblasti stresu, působícího na učitele, kde se též nejvíce vyskytovalo finanční ohodnocení a práce s žáky, především těmi problémovými. I můj průzkum ukazuje na zdroje stresu, které korespondují, s výše

uvedenými. Respondenti mohli vybrat více variant, tedy více než jeden zdroj stresu. Nejčtenějšími odpověďmi byla právě finanční situace, nedostatek času, práce s dětmi, vztahy na pracovišti, všechny tyto uvedené kategorie se pohybovaly kolem 40 ti %. Následovaly ostatní kategorie, kterými byla rodina, politika, nespokojenost se vzhledem, které měly kolem 15 % zvolených možností. 7 % respondentů uvedlo, že stres nemá, konkrétně tuto variantu zvolilo 5 žen, ve věkové kategorii 24 – 29 let tuto variantu nezvolil nikdo, kategorie 30 -39 let jedna žena, kategorie 40 - 49 let 3 ženy, 50 a více let 1 žena. Z mužských respondentů, uvedlo 7, že nemají stres. Byli ve věkových kategoriích zastoupeni po dvou a v nejstarší kategorii byl jeden respondent, který uvedl, že stres nemá. Co se týče počtu hodin spánku, jak uvádí Bedrnová (1999), lze těžko říct, jaká je správná doba spánku. Někomu postačí šest hodin spánku, někomu nestačí ani osm. Nejvíce respondentů mého šetření (38 %) uvedlo, že spí 7 hodin. 34 % dotazovaných odpovědělo že spí 8 hodin denně. Méně než 6 hodin denně spí 23 % respondentů. Ženy, které spí méně než 6 hodin jsou většinou z kategorie 50 a více let. U mužů věková kategorie neprokázala žádný významný rozdíl. Zda se respondenti cítí unaveně a v jaké míře uvedlo pouhých 9 % respondentů, že se unaveně necítí. Blažková, Malá (2007) ve svém průzkumu uvádějí, že až 90% učitelů pocítuje subjektivně pocit únavy. Za nejlepší relaxaci považuje většina respondentů aktivní pohyb, čtení, práci na zahradě, wellness, hudbu, divadlo, kino, vše víceméně kolem 30 % oblíbenosti. Průzkum veřejného mínění (2005) uvedl na prvním místě ve způsobu relaxace sledování televize. Tato položka se v dotazníku nevyskytovala, nicméně na druhém místě byly pohybové aktivity a četba, což koresponduje i s výsledky průzkumu. Ženy více volily odpovědi wellness, masáže, aromaterapie, divadlo, kino, hudba, muži volili aktivní pohyb a manuální práci. Na otázku, jakým způsobem se dopravují respondenti do práce uvedlo nejvíce respondentů auto (43 %), zajímavé je, že je více respondentů, kteří bydlí ve městě a jezdí autem, než respondentů, kteří bydlí na vesnici a jezdí autem. (KPMG, 2015) uvedlo ve své statistice shodnou informaci a sice že největší počet lidí se dopravuje do zaměstnání autem (41 %) . Autobusem se dopravuje 32 %, pěšky 11 % a na kole 7 %. Můj průzkum ukázal autobusovou dopravu v 20 % a pěšky chodí do práce 35 %, což je významně víc než uvádí statistika KPMG. Poslední oblast dotazníku se zabývala spokojeností s vlastním zdravotním stavem, užíváním léků a péčí lékařů. Subjektivní pocity dobrého či uspokojivého zdravotního stavu mělo 93 % respondentů. Hodaňová (2007) uvádí, že u učitelů se více vyskytují duševní nemoci. Její

studie uvádí, že subjektivně se většina učitelů cítí dobře. Obtíže uvedlo 7 % dotazovaných. V mém průzkumu se necítí dobře též 7 %. Pravidelně užívá léky 43 % respondentů nezávisle na tom, zda se cítí nebo necítí dobře. V dotazníku nebyly specifikovány kategorie léků, které respondenti užívají

7.1 Diskuze k hypotézám

Na základě výzkumného tématu, byly stanoveny jednotlivé hypotézy

H1 Aplikace diety souvisí se spokojeností se vzhledem

Tabulka č. 1 ukazuje, že těch respondentů, kteří nikdy nedrželi dietu je 36, z nich je 27 se svým vzhledem spokojeno a 9 nespokojeno. Respondentů, kteří opakovaně drželi dietu bylo celkem 35, z tohoto počtu je 20 respondentů se svým vzhledem spokojeno a 15 nespokojeno. Jedenkrát drželo dietu 13 respondentů. Dle průzkumu dotazníku bylo zjištěno, že z celkového množství mužů (32), kteří se účastnili dotazníkového šetření, odpověděli pouze dva, že drželi dietu a to pouze jedenkrát. Zároveň 4 muži uvedli že jsou spíše nespokojeni se svým vzhledem, z toho ti dva, kteří aplikovali jednu dietu. Z průzkumu je tedy jasné, že z celkového množství respondentů, kteří drželi někdy dietu je většina žen. Podle Krcha (2005) jsou zejména ženy vystaveny stále většímu tlaku sdělovacích prostředků, které je přesvědčují o tom, že nejen krása, ale i spokojenost závisí na tom jak jsou vyhublé. Rizikovým faktorem je vznik stále nových redukčních diet, které slibují redukci hmotnosti téměř bez práce, možná právě tato reklama dovádí ženy držet opakovaně diety. Chroničtí dietáři prožívají život černobíle, buď držením diety nebo přejídáním, podle toho v jaké fázi jsou, jsou pak spokojeni či nespokojeni se svým vzhledem.

Hypotéza H2 Spokojenost v zaměstnání souvisí s mírou pocitu stresu.

Výzkum Blažkové a Malé (2007) sledoval 87 učitelů, kde z výsledků bylo zřejmé, že ze sledovaného souboru považuje 60 % respondentů svou práci za zdroj stresu. Oproti uvedeným průzkumům můj průzkum ukázal, že svou práci považuje za zdroj stresu 39 % dotázaných. Je prokázáno, že pracovní stres snižuje výkonnost. Ať už se jedná o stres, jehož původem jsou vztahy na pracovišti, či stres z nadbytku či naopak z nedostatku práce. Většina mých respondentů uvedla, že je spokojena v práci kategorii

ano a spíše ano volilo 73 % respondentů, ale i přesto, že jsou respondenti spokojeni v zaměstnání, jich 83 % uvedlo, že na sobě v různé intenzitě stres pociťují.

Hypotéza H3 Počet hodin spánku souvisí s pocitem únavy

Nejvíce respondentů uvedlo, že spí 7 hodin denně a to 38 %. Více než sedm hodin spí celkem 39 % dotazovaných, méně než 6 hodin spí 23 % respondentů. Co se týče počtu hodin spánku, jak uvádí Bedrnová (1999) , lze těžko říct, jaká je správná doba spánku. Někomu postačí šest hodin spánku, někomu nestačí ani osm. Pocit únavy má souvislost s dobou spánku, jak ukazuje test nezávislosti, ale může mít samozřejmě i jiné příčiny, související s mírou stresu, s nedostatkem tekutin, s nedostatkem vitamínů. Proto je velmi důležité dbát na všechny složky zdravého životního stylu, aby byly v rovnováze.

8. ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala životním stylem učitelů na druhém stupni základní školy. Učitel se po rodičích a nejbližších rodinných příslušnících stává pro dítě dalším nejdůležitějším vzorem. Jeho osobnost tedy hraje při vývoji každého jedince, který s ním přijde do styku, důležitou roli. Toto by si měl každý pedagog uvědomit a chovat se dle svého nejlepšího vědomí a svědomí, aby si na konci své profesní kariéry mohl říci: Byl jsem svým žákům dobrým příkladem. Žáci druhého stupně jsou na hranici pubescence a ranní adolescence. Životní vzory hledají ve vrstevnických skupinách. Je tedy velmi obtížné získat pozitivní pozornost této věkové skupiny a vstoupit do utváření jejich hodnot a názorů a dovést je k plně využitelným kompetencím v jejich budoucím životě.

Teoretická část mé práce se zabývá vysvětlením základních pojmů, jako je životní styl, utváření životního stylu, charakteristika různých typů životních stylů. Problematika životního stylu je velmi rozsáhlá, proto jsou v teoretické části uvedeny jen základní věci. Práce zmiňuje faktory, které mohou způsob životního stylu ovlivňovat. Faktorů je velké množství, jsou různého původu, práce uvádí pouze některé z nich. Větší pozornost je věnována negativním faktorům životního stylu, jako je nezdravé stravování, nedostatek pohybu, užívání návykových látek, působení stresu. Tyto faktory byly vybrány záměrně, jelikož si myslím, že v učitelské profesi jsou právě tyto oblasti nejvíce rizikovými oblastmi. Učitel jako vzor musí žáky právě v těchto oblastech správně provést výukou tak, aby převzali k těmto rizikovým faktorům správný postoj. Ten nezískají jen tím, že jim učitel bude prezentovat jasné důkazy o tom, co škodí a co pomáhá, ale svým příkladem zdravého životního stylu.

Praktická část měla za úkol pomocí dotazníkového šetření zmonitorovat některé složky životního stylu u učitelů na druhém stupni základní školy v Příbrami. Úzce specifikovaná skupina učitelů, byla volbou, vzhledem k tomu, že sama na druhém stupni základní školy učím. Proto jsem tuto skupinu oslovila s prosbou o průzkum. Při vyplňování dotazníků, hrálo určitě velikou roli, že byly vyplňovány na podzim, kdy jsou ještě učitelé relativně plni sil. Myslím si, že kdyby byly vyplňovány koncem května, začátkem června, mohlo by to výsledky ovlivnit především ve vztahu k druhé hypotéze, která zkoumala souvislost se spokojeností v zaměstnání a stresem. Je určitě velký

prostor, pro další studie o životním stylu učitelů obecně. Vzhledem k chystané legislativní změně plynoucí z nařízení EU GDPR pro ochranu osobních údajů, budou učitele vystaveni ještě mnohem vyšším dávkám stresu v oblastech, které už teď byly pro ně kritické. Komunikace se stane velmi komplikovanou a myslím si, že to může mít dopad na jejich současný životní styl a pod velký tlak se dostanou dovednosti zvládat náročné životní situace. Závěrem lze říci, že učitelé na druhém stupni i základní školy v Příbrami trpí relativně vysokou mírou stresu. Zdrojem stresu je pro ně nedostatek času, což je jedním ze stěžejních důvodů, proč pravidelně neprovozují pohybovou aktivitu. Nedostatek času může být i důvod, proč téměř polovina učitelů jezdí do práce autem i přesto, že bydlí ve městě. Drtivá většina žen učitelek aplikovala ve svém životě opakovaně dietu, za účelem zhubnutí. Zhruba polovina dotazovaných učitelů dodržuje pravidelný denní režim a stravuje se více než 3x denně. Do jejich jídelníčku patří pravidelná konzumace ovoce a zeleniny. Kladně hodnotím počet učitelů, kteří nekouří, nebo kouří jen příležitostně. Většina učitelů se cítí v dobrém zdravotním stavu a je spokojena s péčí lékařů. Celkově můžu říci, že se učitelé na druhém stupni základní školy v Příbrami nijak výrazně neodlišují od učitelů jiných stupňů škol, se kterými byly dělány podobné průzkumy.

Seznam použité literatury

1. BLAŽKOVÁ, V., MALÁ, P. Odvrácená strana učitelského povolání. *Rodina a škola*. 2007. 54(1) 20-21.
 2. BEDRNOVÁ, E. a kol. Duševní hygiena a sebeřízení. Praha. Fortuna. 1999. ISBN 80-7168-681-6.
 3. BLOCKER, J. S. (2006). Kaleidoscope in motion. Drinking in the United States, 1400 – 2000 In M. P. Holt (ED.) *Alcohol: Social and Cultural history*. (pp. 225 – 240) Oxford: Berg.
 4. BROŽÍK, V. *Hodnotové orientácie*. Prešov: Michala Vaška, 2007. ISBN 80-8050-958-1.
 5. ČÁP, J., DYTRYCH, Z. *Konflikt, frustrace, stres a utváření osobnosti*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1967.
 6. ČÁP, J., DYTRYCH, Z. (1968). *Utváření osobnosti v náročných životních situacích*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.
 7. ČELEDOVÁ, L., ČEVELKA. *Výchova ke zdraví*. Praha. Grada. 2010. ISBN 978-80-247-3213-8.
 8. DUFFKOVÁ, J., URBAN, L., DUBSKÝ, J. *Sociologie životního stylu*. Plzeň: Aleš Čeněk, 2008. 237 s. ISBN 978-80-7380-123-6.
 9. DUFFKOVÁ, J. Životní způsob a jeho variantnost. In Aktuální problémy životního stylu. Praha: UK, FF. 2006. ISBN 80-7308-131-8.
 10. FICKOVÁ, E. *Determinanty zvládania stresu: I. Teoretické prístupy*. *Československá psychologie*, 37 (1), 37-42.
 11. FOŘT, Petr. *Tak co mám jíst?* 1. vyd. Praha. 2007.
 12. GIDDENS, A. 1991 *Modernity and Self identity, Self and Society in the late Modern Age Cambridge*. Polity Press.
 13. HARTL, P.; HARTLOVÁ H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2009, ISBN 978-807-3675-691.
- HODČOVÁ, L., SMEJKALOVÁ, J., SKALSKÁ, H., BENDOVÁ et al. *Hodnocení pracovní psychické zátěže u zaměstnanců různých profesí*. *Československá Psychologie*. 2007.

14. HODAŇ, B. Tělesná kultura-sociokulturní fenomén: východiska a vztahy. Olomouc, Univerzita Palackého.
15. HOLEČEK, V. Psychologie v učitelství. Praha: Grada, 2015. ISBN 978-80-247-3704-1.
16. HOŠEK, V. *Psychologie odolnosti*. Praha: Karolinum, 1994. ISBN 80-7066-976-4
17. HAVLÍK, Radomír.; KOŤA, Jaroslav. *Sociologie výchovy a školy*. Praha: Portál, 2002. 174 s. ISBN 80-7178-635-7.
18. JANDOUREK, J. *Sociologický slovník*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-269-0.
19. JANSÁ, P., KOVÁŘ, K. Vybrané determinanty životního stylu učitelů základních škol. *Tělesná kultura*. 2010. 33(1), 57-68.
20. JEKLOVÁ, M., Reitmayerová, E. Syndrom vyhoření. Praha. Vzdělávací institut ochrany dětí. 2006. ISBN 80-86991-74-1.
21. JENČ, F. *Alkohol jako lék*. Volvox Globator, 1998. ISBN 80-7207-151-3.
22. KASTNEROVÁ, M. *Poradce pro výživu*. Nová forma, 2011. České Budějovice. ISBN 978-80-74-53-177-4.
23. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia, 2005. 263 s. ISBN 80-200-1307-5.
24. KRAUS, B.; HRONCOVÁ, J. *Sociální patologie*. Hradec Králové: Gaudeamus, 2010. ISBN 978-807-4350-801.
25. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
26. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. ISBN 978-807-3675-684.
27. KUKAČKA, V. *Zdravý životní styl*. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zemědělská fakulta, 2009. ISBN 978-80-7394-105-5.
28. KUKAČKA, V. *Udržitelnost zdraví: vědecká monografie*. V Českých Budějovicích: Jihočeská univerzita, Zemědělská fakulta, 2010. ISBN 978-80-7394-217-5.
29. KUNOVÁ, V. Zdravá výživa a hubnutí v otázkách a odpovědích. Praha. Grada. 2005. ISBN 80-247-1050-1.

30. LAŠEK, J. *Sociální psychologie II*. Vyd. 3. Hradec Králové: Gaudeamus, 2011. ISBN 978-807-4351-167.
31. KELLER, J. *Úvod do sociologie*. 5. vyd. Praha: SLON, 2006. ISBN 80-86429-39-3.
31. KRCH, D. a kol: *Poruchy příjmu potravy*. Praha. Grada. 2005.
32. LIBROVÁ, H. *Pestrí a zelení*. 1. vyd. Brno: Veronica, 1994. 218. s. ISBN 80-85368-18-8.
33. MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Portál. 2003.288s. ISBN 80- 7178-549-0.
34. MONTOUSSÉ, M.; RENOARD, G. *Přehled sociologie*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-976-3.
35. NAKONEČNÝ, M. *Motivace lidského chování*. Praha: Academia, 1997. ISBN 80-200-0592-7.
36. MUŽÍK, V.; FOREJT, M.; MATĚJOVÁ, H. *Výživa a pohyb jako součást výživy ke zdraví na základní škole*. Paido. 2007. ISBN 978-80-7315-156-0.
37. NAKONEČNÝ, M. *Psychologie osobnosti*. Vyd. 2., rozš. A přeprac. Praha: Academia, 2009. ISBN 978-80-200-1680-5.
38. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. Vyd. 4., aktualiz. Praha: Portál, 2011. ISBN 978-807-3679-088.
39. OSBORNE, R.; VAN LOON, B. *Sociologie*. 2. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-258-4.
40. PRŮCHA, J., WALTEROVÁ,E. A MAREŠ, J. *Pedagogický slovník*. 4., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2009. ISBN 80-717-8772-8.
41. RENZETTI, C., CURRAN, D. *Ženy muži a společnost*. Praha: Karolinum, 2003. ISBN 80-246-0525-2.
42. SAK, P. *Proměny české mládeže*. Praha: Petrklíč, 2000. ISBN 80-7229-042-8.
43. SLEPIČKOVÁ, I. *Sociology of lifestyle* In. Slepíčka. Sport and lifestyle. Praha. Karolinum. ISBN 978- 80- 246-1624-7.
44. ŠOLCOVÁ, I. *Vývoj resilience v dětství a dospělosti*. Praha: Grada, 2009. ISBN

978-80-247-2749-3.

45. ŠAFR, J. (2006a). *Social Standing and Lifestyle in Czech Society*. Sociologické studie/Sociological Studies 06:9. Praha: Sociologický ústav AV ČR.
46. ŠPAČEK, O., J. ŠAFR. (2008). *Volný čas, sport a kulturní vkus. Jsme skutečně individualisté?* Rukopis.
47. TUČEK, M. (2003a). „Proměna představ o předpokladech úspěchu a změny v životních strategiích.” Pp. 371–399 in M. Tuček (ed.). *Dynamika české společnosti a osudy lidí na přelomu tisíciletí*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON. ISBN 80-864-2922-9.
48. TUČEK, M., H. FRIEDLANDEROVÁ a MEDIAN. (2000). *Češi na prahu nového tisíciletí*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON.
49. VAŠINA, L., - STRNADOVÁ, V. *Psychologie osobnosti. I*. Hradec Králové : Gaudeamus, 1998. 299 s. ISBN 8070419741.
50. VÁŽANSKÝ, M. *Základy pedagogiky volného času*. Brno: Print- Typia.2001. ISBN 80-86384-00-4.
51. VÝROST, Z. *Sociální psychologie*. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-1428-8.

Seznam elektronických zdrojů

1. Patočka, J: Jedy tabákového kouře. Toxikology. [online] 9. duben. 2007 [cit. 2018 -03-20]. Dostupný z: <http://www.toxicology.cz/modules.php?>
2. Dietologie.cz. *Racionální výživa*. [online]. 25. duben, 2010 [cit. 2018-03-20]. Dostupný z :<http://www.dietologie.cz/vyziva/smery-ve-vyzive/zdrava-racionalni-strava/co-to-je-racionalni-vyziva.html>
3. Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR. *Statistická ročenka školství*. [online]. Praha: Ministerstvo školství České republiky, [cit.2018-04-10]. Dostupný z: <http://www.msmt.cz/vzdelavani/skolstvi-v-cr/statistika-skolstvi/rocenky>

4. Česká průmyslová zdravotní pojišťovna. *Dáme si kafičko*. [Online]. Praha. Česká průmyslová zdravotní pojišťovna, [cit. 2018-04-10]. Dostupný z: <https://www.cpzp.cz/clanek/2372-0-Dame-si-kaficko.html>.
5. Ministerstvo zdravotnictví ČR. *Doporučené množství tekutin*. [Online].Praha: Ministerstvo zdravotnictví české republiky, 2011.[cit.2018-04-10]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/obsah/leto-a-pitny-rezim_1987_5.html.
6. Český statistický úřad ČR. *Platy učitelek a učitelů*. [Online]. Praha: Český statistický úřad České republiky, 2016.[cit. 2018-04-12]. Dostupné z: <http://www.klickevzdelani.cz/Management-%C5%A1kol/Sborovna/Informace-pro-pedagogy/ID/26800/CSU-Platy-ucitelu-a-ucitelek-v-Ceske-republice-se-prilis-nelisi>.
7. Státní zdravotní ústav ČR. *Stres a učitel*. [Online]. Praha. Státní zdravotní ústav České republiky. 2007. [cit. 2018-04-12].Dostupný z : <http://www.szu.cz/publikace/dusevni-zdravi-a-stres>.
8. Bunc, V.: *Hypokinéza- příčiny a následky*. In.Český svaz kin-ballu.[Online].Praha. cit. [2018-04-10]. Dostupný z: <http://kin-ball.cz/hypokineza-a-jeji-dusledky-v-detskem-a-dospelem-veku>.
9. Sigmund, E.,Sigmundová, D.: *Návrh doporučení k provádění pohybové aktivity pro podporu pohybově aktivního a zdravého životního stylu českých dětí*. [Online]. Olomouc. Fakulta tělesné kultury, Univerzita Palackého, Olomouc, Česká republika. 2012.[cit. 2018-04-14]. Dostupný z: https://telesnakultura.upol.cz/artkey/tek-201201-0001_NAVRH_DOPORUCENI_K_PROVADENI_POHYBOVE_AKTIVITY_PRO_PODPORU_POHYBOVE_AKTIVNIHO_A_ZDRAVEHO_ZIVOTNIHO_STYLU_CESKYC.php.
10. Žídková, Z., Martínková, J.:*Psychická zátěž učitelů základních škol*. [online] In: České pracovní lékařství. 2003. [cit. 2018-04-10]. Dostupné z: http://www.psvz.cz/zidkova/doc/psych_zatez_ucitelu_zakl_skol.pdf. → Studijní, Sklad, sign. PB 3452/2003.

Seznam příloh

Příloha I – dotazník

Příloha I

1. Jsem

muž žena

2. Kolik je vám let?

24 – 29 30 – 39 40 – 49 50 a více

3. Jak dlouho učíte?

méně než 5 let 5- 9 let 10 – 14 let 15- 19 let 20 a více let

4. Dodržujete pravidelný denní režim?

ano spíše ano spíše ne ne nevím

5. Stravujete se pravidelně?

ano spíše ano spíše ne ne

6. Aplikovali jste někdy dietu za účelem hubnutí?

ano 1x opakovaně ne

7. Jste spokojeni se svým vzhledem?

ano spíše ano spíše ne ne

8. Při nákupu potravin vybíráte podle:

ceny chutná mi to je to nutričně hodnotné je mi to jedno
zboží v akci

9. Kolikrát denně se stravujete?

1x 2x 3x 4x 5x a více

10. Znáte zásady zdravé výživy?

ano částečně ne

11. Patří do vašeho jídelníčku ovoce a zelenina?

ne ano jen ovoce jen zelenina
příležitostně

12. Jaké tekutiny preferujete během dne?

voda černý čaj ovocný čaj ochucená voda minerální voda
limonáda

13. Kolik tekutin denně vypijete?

méně než 1 l 1 – 1,9 l 2 – 2,9 l 3 l a více

14. Věnujete se pravidelně pohybové aktivitě?

ano, 2x týdně ano, 3x týdně ano, 4x týdně
ano, více než 4x týdně ne, nebaví mě to ne, nemám čas

15. Jaká pohybová činnost by vám nejvíce vyhovovala?

běh rychlá chůze lyžování jóga
pilates
bojová umění aerobní cvičení tanec bodystyling
jezdectví

16. Kolik šálků kávy denně vypijete?

žádný 1x 2x 3x 4a více

17. Pijete energetické nápoje?

ano ne občas

18. Kouříte?

ne ano, méně než 10 cigaret denně ano, více než 10 a méně než 20 cigaret denně

ano, více než 20 cigaret denně příležitostně

19. Pijete alkohol? (lze více možností)

ano, jen pivo ano, jen víno ano, pivo a víno ano, destiláty

ano, veškerý alkohol ne příležitostně

20. Máte osobní zkušenost s lehkými drogami (např. marihuana)?

ano ne

21. Jste spokojeni v zaměstnání?

ano spíše ano spíše ne ne neřeším

22. Pociťujete na sobě projevy stresu?

ano často ano občas ne

23. Za zdroj stresu považujete ve vlastním případě: (lze více možností)

nemám stres

práce s dětmi

kolegové a vztahy na pracovišti

nedostatek času

rodina

finanční situace

jiné (uveďte příklad).....

24. Trpíte nespavostí či nedostatkem spánku?

ano spíše ano spíše ne ne

25. Kolik hodin denně spíte?

méně než 6 7 hodin 8 hodin 9 hodin

26. Cítíte se unaveně?

ano často ano občas ne

27. Jaký je způsob vaší relaxace? (lze více možností)

nemám na odpočinek čas

aktivní pohyb

wellness, masáže, aromaterapie, kosmetika, kadeřník

hudba

divadlo, kino

shopping

čtení

manuální práce (kutilství, zahrada)

rybaření

jiné

28. Do práce se dopravuji

autem

pěšky

autobusem

na kole

29. Svůj volný čas trávím nejraději

o samotě

s rodinou

s přáteli

30. Můj současný zdravotní stav je

velmi dobrý

dobrá

uspokojivý

necítím se dobře

31. Užíváte pravidelně nějaké léky?

ano

ne

32. Jste spokojen s péčí lékařů o vaše zdraví?

spokojen

částečně spokojen

spíše nespokojen

nespokojen

33. Bydlíte ve:

městě na vesnici

34. Splácíte úvěr nebo hypotéku?

ano ne

35. Bydlíte v:

vlastní byt pronajatý byt vlastní dům pronajatý dům s rodiči