

# Postoje učitelů mateřských škol ke zdraví

Jana Vykoukalová

---

Bakalářská práce  
2016



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií  
Ústav školní pedagogiky  
akademický rok: 2015/2016

## **ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE**

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana Vykoukalová**  
Osobní číslo: **H130323**  
Studijní program: **B7507 Specializace v pedagogice**  
Studijní obor: **Učitelství pro mateřské školy**  
Forma studia: **kombinovaná**

Téma práce: **Postoje učitelů mateřských škol ke zdraví**

Zásady pro vypracování:

**Zpracování rešerše a studium odborné literatury k problematice zdraví zaměřené na učitele mateřských škol.**

**Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti tělesného, duševního a sociálního zdraví učitele.**

**Příprava metodiky výzkumné části, stanovení cílů výzkumu a výzkumných otázek.**

**Realizace kvantitativního výzkumu prostřednictvím dotazníku.**

**Analýza postojů učitelů mateřských škol k vlastnímu zdraví.**

**Zpracování a vyhodnocení získaných dat a jejich interpretace.**

**Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi mateřských škol.**

Rozsah bakalářské práce:

Rozsah příloh:

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

Seznam odborné literatury:

**GAVORA, Peter. Výzkumné metody v pedagogice. Brno: Paido, 1996. 130 s. ISBN 80-85931-15-X.**

**KŘIVOHLAVÝ, Jaro. Psychologie zdraví. Vyd. 3. Praha: Portál, 2009. 280 s. ISBN 978-80-7367-568-4.**

**MÜLLEROVÁ, Dana. Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech. Vyd. 1. Praha: Triton, 2003. 99 s. ISBN 80-725-4421-7.**

**NAPIERALA, Marek et al. Pedagogy of health in physical culture. Poznaň: Perfekt Gaul i wsp. sp. j., 2010. 285 s. ISBN 978-83-62750-02-3.**

**ŘEHULKA, Evžen. Health literacy through education: School and health 21, 2011. 1 st ed. Brno: Masaryk University with collaboration by MSD, 2011. 355 s. ISBN 978-80-210-5720-3.**

**STŘEDA, Leoš. Vybrané kapitoly o zdraví. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta, 2010. 111 s. ISBN 978-80-729-0480-8.**

Vedoucí bakalářské práce:

**doc. PaedDr. Adriana Wiegerová, PhD.**

Ústav školní pedagogiky

Datum zadání bakalářské práce:

**24. listopadu 2015**

Termín odevzdání bakalářské práce:

**27. dubna 2016**

Ve Zlíně dne 24. listopadu 2015

  
doc. Ing. Aněžka Lengalová, Ph.D.  
děkanka



  
doc. PaedDr. Adriana Wiegerová, PhD.  
ředitelka ústavu

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby<sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3<sup>2)</sup>;
- podle § 60<sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60<sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo – bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval samostatně a použitou literaturu jsem citoval. V případě publikace výsledků budu uveden jako spoluautor.

Ve Zlíně 21.4.2016..



.....

<sup>1)</sup> zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, opisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užít či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlédne k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Bakalářská práce se zabývá problematikou zdraví a postojů učitelů mateřských škol ke zdraví. Jejím cílem je analyzovat problematiku zdraví a zmapovat postoje učitelů mateřských škol ke zdraví ve Zlínském kraji. Jedná se o empirickou práci. V teoretické části je představena charakteristika postojů a jejich utváření a změny. V centru autorčiny pozornosti je také problematika teoretického vymezení zdraví, která se promítá v charakteristiku důležitých aspektů podpory zdraví. Důležitou součástí teoretické části je představení procesu podpory a prevence, zdravého životního stylu a mapování možných projevů pozitivních i negativních postojů ke zdraví. Výzkumná část práce je věnovaná tvorbě metodiky výzkumu, detailům výzkumného nástroje (dotazníku) a interpretaci kvantitativního výzkumu dotazníkovým šetřením u učitelů mateřských škol ve Zlínském kraji.

Klíčová slova: postoje, zdraví, prevence a podpora, životní styl, civilizační onemocnění, zdravotní postoje, zdraví učitele mateřské školy

## **ABSTRACT**

Bachelor thesis deals with issues of health and attitudes of kindergarten teachers to health. Its aim is to analyze and describe the health issues and chart the attitudes of kindergarten teachers to health in the Zlin region. It is an empirical work. The theoretical part presents the characteristics attitudes and their formation and change. In the center of author's attention is the issue of the theoretical definition of health, which is reflected in the characteristics of important aspects of health promotion. An important part of the theoretical part is to introduce the process of promotion and prevention, healthy lifestyles and the mapping of possible manifestations of positive and negative attitudes towards health. The research is dedicated to the creation of the research methodology, details of the research tool (questionnaire) and interpretation of quantitative research questionnaires for kindergarten teachers in the Zlin region.

Keywords: attitudes, health, prevention and promotion, lifestyle, lifestyle diseases, health attitudes, health of kindergarten teachers

## **Poděkování**

*Chtěla bych touto cestou poděkovat doc. PaedDr. Adrianě Wiegerové, PhD. za odborné vedení, cenné rady a připomínky během vedení mé bakalářské práce.*

*Dále bych také chtěla poděkovat své rodině, příteli a přátelům za podporu, pomoc a trpělivost během mého studia.*

*Na závěr chci poděkovat paní ředitelce MŠO Bc. Magdě Zycháčkové za umožnění mého studia na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně, vedoucí učitelce Markétě Vítkové a všem kolegyním z Pastelkové školky v Otrokovicích za podporu během mého studia.*

## **Čestné prohlášení**

Prohlašuji, že na bakalářské práci jsem pracovala samostatně a veškeré zdroje jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Odevzdaná verze bakalářské práce a verze elektronické bakalářské práce nahrané do IS/STAG jsou totožné.

.....

Jana Vykoukalová



## OBSAH

<b>ÚVOD</b> .....	<b>10</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>11</b>
<b>1 POSTOJE A JEJICH UTVÁŘENÍ</b> .....	<b>12</b>
1.1    DEFINICE A CHARAKTERISTIKA POSTOJŮ .....	12
1.2    UTVÁŘENÍ A FORMY POSTOJŮ.....	16
1.3    ZDRAVOTNÍ POSTOJE .....	18
<b>2 UČITEL MATEŘSKÉ ŠKOLY V PROCESU PODPORY A PREVENCE ZDRAVÍ</b> .....	<b>19</b>
2.1    VYMEZENÍ POJMU ZDRAVÍ, ZDRAVÝ ZPŮSOB ŽIVOTA .....	19
2.2    DETERMINANTY OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVÍ UČITELE MATEŘSKÉ ŠKOLY.....	23
2.3    PREVENCE ZDRAVÍ A ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL UČITELE MATEŘSKÉ ŠKOLY .....	25
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST</b> .....	<b>30</b>
<b>3 METODOLOGIE VÝZKUMU</b> .....	<b>31</b>
3.1    CÍL VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ.....	31
3.2    STANOVENÍ VÝZKUMNÝCH OTÁZEK A HYPOTÉZ .....	31
3.3    VÝZKUMNÝ VZOREK .....	32
3.3.1    Problémy a obtíže při zajišťování výzkumného vzorku.....	35
3.4    VÝZKUMNÉ METODY A VÝZKUMNÝ NÁSTROJ.....	35
3.5    ZPRACOVÁNÍ ZÍSKANÝCH DAT A STATISTICKÉ METODY .....	37
3.6    INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT A JEJICH VYHODNOCENÍ.....	39
3.6.1    Interpretace vybraných výsledků z dotazníku.....	39
3.6.2    Interpretace výsledků ke stanoveným hypotézám.....	49
3.6.3    Interpretace výsledků dle kategorie praxe a věkové kategorie respondentů .....	51
3.7    ZÁVĚRY A SHRUTÍ VÝSLEDKŮ VÝZKUMU .....	51
<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>56</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY</b> .....	<b>59</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK</b> .....	<b>61</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ</b> .....	<b>62</b>
<b>SEZNAM TABULEK</b> .....	<b>63</b>
<b>SEZNAM GRAFŮ</b> .....	<b>65</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	<b>66</b>

## ÚVOD

Téma mé bakalářské práce jsem si zvolila zejména na základě zajímavé problematiky, která by mohla přinést užitek učitelům a učitelkám mateřských škol. Téma jsem si také zvolila v návaznosti na to, že sama jsem učitelkou v mateřské škole v Otrokovicích.

Práce učitelky v mateřské škole může být často velmi náročná a pro některé z nás chvílemi stresující, a to zejména na základě tlaku širšího okolí a společnosti. Často právě společnost klade a má vysoké nároky a požadavky na mateřské školy (i učitelky). Důležitou roli v této problematice (v postojích ke zdraví) hraje také informovanost o tom, co nás ohrožuje a jaké jsou možné následky nevhodných až negativních postojů k našemu zdraví a jejich následný odraz na našem zdravotním stavu.

Za hlavní cíl této bakalářské práce jsem si tak zvolila popsat a přiblížit postoje učitelů mateřských škol ke zdraví ve Zlínském kraji (chtěla bych tak na tuto problematiku poukázat všem kolegům a kolegyním z mateřských škol v tomto kraji). Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí - teoretická a praktická část. Cílem teoretické části je popsat a zachytit problematiku zdraví zaměřenou na učitele mateřských škol a jejich postoj ke zdraví. Teoretická část je rozdělena do dvou kapitol, které jsou navzájem propojeny a společně korespondují. První kapitola je zaměřena na definování termínu postoj a přiblížení, co termín postoj znamená. Nedílnou součástí kapitoly jsou také zdravotní postoje, které tvoří důležitou součást této problematiky. Druhá kapitola je zaměřena na problematiku zdraví a zejména jeho podporu a prevenci u učitelů mateřských škol. V rámci kapitoly je také osvětlen termín zdraví, a jak ho vnímají různí autoři (z různých úhlů pohledu). Problematika také poukazuje na determinanty, které mají vliv na náš zdravotní stav i postoje jedince ke zdraví. Důležitou determinantou, která ovlivňuje naše postoje ke zdraví, je také skupinové mínění nebo společenské interakce.

Praktická část je zaměřena na metodiku a popis realizace kvantitativního výzkumného šetření. Cílem výzkumu je zjistit, analyzovat postoje učitelů mateřských škol ke zdraví zejména u učitelů/učitelek mateřských škol ve Zlínském kraji a to pomocí dotazníkového šetření. Pomocí dat získaných na základě výzkumného šetření budou zodpovězeny výzkumné otázky a stanovené hypotézy.

Mým osobním cílem je také předat odkaz učitelům/učitelkám z mateřských škol a nejen jim, aby své zdraví nebrali na lehkou váhu a aby se zamysleli nad tím, jak se zdravím nakládají (jakou má pro ně hodnotu).

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 POSTOJE A JEJICH UTVÁŘENÍ

Postoje vyjadřují jistý vztah člověka k nějakému objektu – jevu, ale i k sobě samému. Část postojů je vrozených. Většinu postojů však jedinec získává prostřednictvím osobních, ale i zprostředkovaných zkušeností, zejména v rámci interakcí společnosti a jedince. Můžeme říci, že se jedná o přetrvávající získané dispozice chovat se určitým způsobem k určité kategorii objektů, člověku, k problematice, ale také k sobě samému.

V rámci kapitoly bude osvětlen, charakterizován a komplexně přiblížen pojem postoj a vnímání termínu zdravotní postoj, který tvoří důležitou součást této problematiky. Dle mého názoru zejména společnost a kultura určuje směr našich zdravotních postojů. Důležitou roli může také hrát rodina a výchova, která udala náš počáteční směr a následné vnímání a vztah k této problematice.

### 1.1 Definice a charakteristika postojů

Neexistuje zatím žádné výstižné, jednotné a jednoznačné vymezení pojmu **postoj**. Ve většině případů jsou postoje chápány jako určité individuální mentální procesy, které určují odpovědi jedince v sociální realitě. Jedná se o realitu, ve které se jedinec aktuálně nachází (obklopuje ho), ale také o realitu, kterou každý z nás vnímá individuálním způsobem (Čížková, 2000).

Postoje jsou vnímány jako jistý hodnotící vztah, který zaujímá jednatel vůči okolnímu světu, jiným subjektům, ale i k sobě samému a ke své osobě (Průcha, Walterová, Mareš, 2013).

Postoje tedy dle mého názoru představují určitý přístup a z části i pohled jedince na určitou problematiku, což se pak následně odrazí právě na jeho postoji. Důležitou roli hraje také informovanost a dostupnost informací o dané problematice, která také může ovlivnit postoje jedince jak v negativním, tak i pozitivním slova smyslu. Postoj ke zdraví tedy vnímám jako přístup, který jedinec zaujímá vůči vlastnímu zdraví, a zejména jaký k němu má vybudovaný vztah (jakou prioritu v žebříčku hodnot pro člověka má).

Většinou jsou postoje chápány a vnímány jako individuální mentální procesy, které určují odpovědi jedince v sociální realitě, která ho obklopuje (Čížková, 2000).

Autorka vnímá postoj jako individuální proces, který může vzniknout na základě determinant, které na nás (i na učitele mateřských škol) působí. Na základě toho pak vzniká postoj

k určité sociální realitě (i situaci), ve které se jedinec nachází. Tento postoj by pak dle mého názoru mohl u jedince přetrvávat i v další obdobné sociální interakci, ale i podobné sociální realitě (jako byla ta, díky které se utvořil postoj). Myslím, že totéž můžeme říct i o postojích ke zdraví. Postoj ke zdraví je u každého z nás individuální a často ho ovlivňuje sociální realita, která jedince obklopuje.

Postoj můžeme chápat jako pojem, u kterého je obvykle možné rozlišit všeobecně přijímaný **tří-složkový model postojů**, který zahrnuje tyto složky:

- afektivní složka postoje (citová);
- kognitivní složka postoje (poznávací);
- behaviorální složka postoje, resp. konativní složka postoje (Kohoutek a kol., 1998).

Afektivní složka postoje vyjadřuje jisté emoční (citové) vztahy k předmětu postoje. Jedná se o vztahy, které jsou prožívány ve vztahu k objektu postoje. Afektivní složka dává postoji jistý motivační charakter, určuje jeho směr a citovou zaměřenost. Kognitivní složka postoje bývá také někdy označována jako stereotypní (také i percepční). Kognitivní složka vyjadřuje jistý stupeň určitých vědomostí o předmětu postoje, ale také názory a představy o způsobech jednání v souvislosti s objektem postoje. Behaviorální (konativní) složka postoje vyjadřuje určitou tendenci (sklon) jednat ve smyslu již existujícího a utvořeného postoje (Čížková, 2000; Kohoutek a kol., 1998).

Obecně tedy můžeme říci, že afektivní složka postoje vyjadřuje náš vztah k dané věci, aktivitě, ale také problematice. V případě problematiky podpory zdravého životního stylu může také znamenat náš vztah k podpoře zdraví (vztah k pohybové aktivitě, relaxaci, životosprávy aj.). V rámci problematiky civilizačních onemocnění se může jednat o vztah k alkoholu, kofeinu, nikotinu a medikamentům atd. Záleží na tom, kterou problematiku konkrétně řešíme a také, jak daný jev vnímáme. Kognitivní složka postoje představuje naši znalost o dané problematice, díky které si dokážeme logicky odvodit, proč to tak je (co je možnou příčinou a jaký může být důsledek).

V případě problematiky zdraví se jedná o náš názor a následně pak o logické vysvětlení, které vzniká na základě našich myšlenkových úvah. Tyto úvahy člověk získal pomocí knih, hromadně sdělovacích prostředků, kolegů, přátel a známých atd. Jedinec si tak vysvětluje například i to, proč člověk kouří (užívá nikotin), proč užívá medikamenty a léky, co ho vede k pití alkoholu, konzumaci drog a návykových látek. Behaviorální (konativní) složka postoje představuje naše konání v rámci problematiky. Jedná se o chování a počínání, které

si zvolíme (jaký postoj zaujmeme). V rámci zdraví se tedy může jednat o to, že i učitel mateřské školy se chová ve prospěch nebo neprospěch zdraví. Můžeme tak říci, že zaujímá buď pozitivní (ochrana a prevence zdraví, zdravý životní styl, správná životospráva) nebo negativní postoj ke zdraví (civilizační onemocnění, sedavý způsob života, nedodržování životosprávy, absence pohybové aktivity).

Musil (2005) rozlišuje tři **druhy postojů** a jsou to:

- mínění (smýšlení, názor, přesvědčení) - verbalizované postoje;
- akční postoje (projevované i neverbálně jednáním individua);
- spontánní verbální postoje.

Postoje jsou hodně vázány na skupinové mínění (názory této skupiny) a vytvářejí se také ve skupinových interakcích (Kohoutek a kol., 1998).

Postoje ke zdraví jsou dle mého názoru ovlivněny zejména vývojem jedince v rámci dané společnosti (interakce se společností). Naše postoje mohou také ovlivnit názory druhých lidí. Důležitou roli zde může sehrát také snaha o vybudování prestiže v rámci kolektivu. Jedinec se do daného kolektivu snaží věnit a vybudovat si zde své místo a postavení. V rámci své pedagogické praxe jsem se také setkala s tím, že právě nástup do zaměstnání je často mezníkem, kdy učitelka mateřské školy může propadnout společenským neřestem. Jedná se například o pití kávy (přisun kofeinu). Učitel/učitelka bere kávu jako jistý rychlý přísun energie, který následně přeroste v každodenní rituál. Kofein dává učitelce jistý vnitřní pocit klidu a energie. Učitelka se pak cítí být schopna fungovat a nabudí tak pomyslně svůj organismus pro pracovní výkon.

Do značné míry na naše postoje působí i členství ve skupině. Tato míra působení je však ovlivněna zejména tím, jak se jedinec se skupinou identifikuje a ztotožňuje. Účinek skupinových vlivů (i interakcí) na utváření postojů jedince je nejen velmi složitý, ale někdy také velmi nepříznivý. Skupiny nepředávají jedinci pouze hotové postoje. Působí na jedince komplexně, a to v tom smyslu, že pro své členy vytvářejí takové situace, v nichž mohou postoje vzniknout. Roli zde může sehrát i skupinový tlak (Čížková, 2000).

Autorka nabízí pohled na ovlivňování postojů v tom smyslu, že jedinec si přebírá i utváří postoje v rámci skupiny i jedinců, kteří jsou součástí této skupiny (společenství). Tyto postoje mohou být jak pozitivní, tak i negativní.

Můžeme tedy říci, že jedinec si přebírá (i utváří) postoje do té míry, do jaké se cítí být součástí skupiny (společenství). Důležitou roli zde pak hraje, jak danou skupinu (společen-

ství) vnímá, jak se s ní identifikuje (ztotožňuje). Ne vždy se však jedná o pozitivní postoje ke zdraví. Myslím si, že při práci učitelky mateřské školy se setkáváme s menší pravděpodobností, že by si učitelky předávaly od sebe negativní postoje ke zdraví. Z vlastní pedagogické praxe vím, že v naší mateřské škole si učitelky přebírají spíše pozitivní postoje ke zdraví. Jedná se například o vytvoření pozitivních postojů ke zdraví zejména v oblasti vztahu k pohybové aktivitě a podpoře zdravé životosprávy.

Postoj je v našem pojetí uváděn jako něco kvalitativně nižšího než vztah. Jedná se o méně zakořeněný návyk jednání (než je vztah, vlastnost). Má pouze situační charakter a bývá typický pro adaptivní a přizpůsobivé chování (na rozdíl od chování expresivního, bezprostředně výrazového). Vyjadřuje, co v člověku skutečně je a jeho skutečné vlastnosti. Také směr myšlení, cítění a jednání člověka udávají jeho postoje a také vztahy (Kohoutek a kol., 1998).

Autor se nám také kromě charakteristiky pojmu postoj snaží vysvětlit, jak dochází ke změnám postojů a co vše následuje, jak to probíhá (jaký je sled tohoto procesu). Také nám poukazuje na to, jaký následně jedinec dostává podnět (jak může být motivován), aby se daným postojům vyhnul, popř. je eliminoval.

Postoj může také působit jako určitý filtrující, ale i kontrolní orgán. Předávané informace tak nebývají identické s již přijatými (i pochopenými) informacemi, které jedinec už získal dříve (Kohoutek a kol., 1998).

Neexistuje žádná jednotná definice na termín postoj ke zdraví. Pokud však shrneme veškeré předchozí informace a definice, můžeme říci, že postoje představují určitý přístup (vztah), který zaujímáme vůči činnosti, aktivitě, problematice, ale i k sobě samému (ke svému zdraví). Pokud chceme zhodnotit a vyjádřit, co představují postoje ke zdraví, nabízí se nám, že se jedná o přístup, který vůči zdraví praktikujeme a preferujeme. Odráží se na něm také náš vztah ke zdraví a míra priority a důležitosti, kterou vůči němu máme. Taktéž informovanost o problematice zdraví se odráží na našich postojích ke zdraví. Stejně tak je možné uvést, jak velkou míru působnosti na naše postoje a jejich změnu mají i referenční skupiny. Referenční skupina je ta, ke které jedinec vzhlíží, sdílí s ní společné zájmy a záliby, mají stejná pravidla, stejný pohled na svět atd.

## 1.2 Utváření a formy postojů

**Formace postojů** probíhá z větší části v rámci procesu socializace. Dochází tak zejména na základě návaznosti na potřeby a zkušenosti daného jedince. Obecnou tendencí postojů je však určitá možnost změny, avšak za specifických okolností mohou perzistovat (přetrvávat). **Funkce postojů** jsou:

- adjustace (slouží k dosažení určitých cílů uspokojujících jedince jako individua);
- obrana (ega nebo např. sebekoncepce);
- hodnotová exprese - uspokojit potřeby kognitivní uspořádanosti vlastní zkušenosti jedince (Musil, 2005).

**Utváření postojů** probíhá v průběhu socializace jedince, ale hlavně jejich vznik a změny jsou velmi komplikovaným a složitým procesem, jenž je ovlivňován celou řadou vnějších a vnitřních činitelů, kteří se vzájemně často podmiňují (Čížková, 2000).

Můžeme tedy říci, že postoje se utváří v procesu socializace. Jedinec se postupně začleňuje a následně včleňuje do společnosti, buduje si vůči společnosti vztah a chce být společností akceptován (chce se v ní realizovat a uplatnit). Při formování postojů pak také dochází k tomu, že se jedinec snaží zaujmout takový postoj, aby dosáhl svých cílů. Také se snaží zaujmout postoje, které brání jeho osobu vůči vlivům okolí a vlivům vnějších a vnitřních faktorů, které mohou ohrožovat jeho zdraví (fyzické, psychické, tak i duševní).

Postoj jedince může být také utvářen i na základě jeho určité životní zkušenosti (to, co prožil a co v něm zanechalo nějakou stopu), a to také závisí i na jeho vztažném systému. Jedná se o jistý empirický základ, který determinuje nejen jeho vnímání, ale i interpretuje zkušenosti jedince, které jsou podmíněné jak subjektivními, tak i objektivními faktory. Vztažné systémy mohou vznikat a utvářet se i na jistém verbálním základě a následně pak se mohou stát i zdrojem předsudků, jedná se však o zvláštní druh postoje, který se vyznačuje jistou rigiditou, fixovaností a afektivním založením (Musil, 2005).

Podíl na postojích ke zdraví má i kultura a společnost, ale také náboženství, národnostní a etické rozdíly, které nás odlišují. Mnoho kultur má jiné tradice a zvyky a mohou tak přistupovat ke zdraví odlišně (odlišné vnímání této problematiky). Dle mého názoru ve většině civilizovaných zemí je předkládán stejný model pozitivního přístupu ke zdraví, avšak pokud je jiná mentalita lidí, bude i odlišný postoj (jiný přístup, jiné hodnoty a priori-



ty života, jiné zájmy, jiná informovanost o problematice, nedostatečná informovanost o problematice atd.).

Můžeme také uvést zkoumání **konzistence postojů** a chování od Leona Festingera. Autor uvedl, že existuje i jistá obecná tendence ke konzistenci mezi kognitivními elementy a chování individua (jedince). Mezi kognitivní elementy řadí:

- poznání;
- mínění o sobě;
- mínění o druhých osobách;
- prostředí.

Jsou-li ale výše uvedené kognitivní elementy v jisté disonanci, jedinec se je snaží redukovat a dosáhnout tak jisté konsonance tím, že odmítne a popře informace. Následné vzniklé situace disonanci pouze zvyšují a vyvíjí se tak úměrné úsilí velikosti disonance, které je nezbytné k jejímu překonání (Musil, 2005). Podle názoru Leona Festingera jsou postoje jednotlivce však navzájem konzistentní (jedinec se tak chová ve shodě se svými postoji). Občas může dojít i k inkonzistencím a ty následně budí kognitivní disonanci. Její prožívání je však člověku značně nepříjemné a z tohoto důvodu je člověk následně motivován, aby se jim vyhnul, nebo aby se je snažil redukovat a eliminovat (Kohoutek a kol., 1998). Konzistence tak znamená soulad a shodu mezi různými postoji, které člověk má. Jedná se o soulad mezi jednotlivými složkami postoje (kognitivní, konativní a afektivní). Jedinec se však často může dostat do situace, kdy signály, co na něj působí, jsou v rozporu se schématy a konstrukty, které si jedinec vytvořil jako jeho pomůcku (Mikuláščík, 2003).

Kognitivní disonanci můžeme vysvětlit na příkladu, kdy jedinec (může být i učitel/učitelka mateřské školy) je kuřák/kuřačka, cigarety mu/jí chutnají, ale přesto ví a má informace a povědomí o tom, že kouření není zdravé a způsobuje nejrůznější onemocnění a zdravotní problémy. Disonantní stav je pak ten, kdy v člověku se navzájem perou dvě odlišné tendence (kouřit x přestat kouřit). Člověk si často pak své jednání obhájí a snaží se sebe samotného přesvědčit o tom, že jeho chování je oprávněné a správné. Snaží se také přesvědčit sám sebe, že do budoucna to udělá jinak (pokusí se přestat kouřit a právě tato cigareta byla jeho poslední, kterou vykouří).

**Změnit postoj** (docílit změny) můžeme několika způsoby. Podstatným aspektem je výchozí stav postoje. Jak neutrální, tak i ambivalentní postoje jsou lépe ovlivnitelné.

Podstatný a znatelný (i významný) účinek mají i hromadně sdělovací prostředky (televize, internet, noviny, veřejné sociální sítě). Je nutné však podotknout, že záleží i na míře jejich ovlivňování u daného subjektu. Můžeme tedy říci, že se jedná o to, jak na subjekt působí, jak ho ovlivňují a také na individuálních vlastnostech jedince (inteligence, sugestibilita, osobností a charakterové vlastnosti). Největší a podstatný vliv má však na změnu postojů i referenční skupina. Mínění většiny má pro jedince velký vliv. Emocionální argumentace ovlivní jedince více, než racionální. Změna postoje bývá tak pozvolná a postupná (Musil, 2005).

### 1.3 Zdravotní postoje

Wiegerová (2005) popisuje **zdravotní postoje** jako v různých formách odrážející a projevech objektivně existující vztahy ke zdraví. Pokud má jedinec pozitivní postoj například k podpoře zdraví, bude ochotný pomoci a podpořit věc ve prospěch tohoto procesu. Jakmile jedinec zaujímá negativní postoj, bude připravený danou věc poškodit.

Pokud učitel mateřské školy má pozitivní vztah ke zdraví, zaujímá pozitivní postoj ke zdraví, bude tedy ochotný pomoci a podpořit nejen sebe, ale i své okolí v procesu podpory zdraví. Jedinec, který zaujímá negativní postoj ke zdraví, bude veškerou snahu sabotovat a neprojeví žádnou snahu (nebude nápomocný sobě a ani svému okolí).

Postoje tak můžeme dělit na pozitivní (vhodné) a negativní (nevhodné). Pozitivní chování (postoje) můžeme charakterizovat jako postoj, který nepotřebuje žádnou změnu. Postoj je v souladu se zdravým životním stylem, prevencí a podporou zdraví. Mezi projevy pozitivního chování pak můžeme řadit ty aktivity a činnosti jedince, které podporují jak jeho psychický, fyzický, tak i jeho duševní stav a zdraví; pozitivní postoj a vztah k ekosystému; podpora a prevence zdraví, ale také adekvátní pracovní podmínky a klima MŠ. Za negativní chování, které se může odrazit na našich postojích ke zdraví, považujeme takové, kdy je třeba (je nutné), aby jedinec změnil jak metody, tak i jisté formy svého chování a jednání. Následně tak jedinec zlepší stav svého zdraví a zdravotního stavu (Wiegerová, 2005).

## 2 UČITEL MATEŘSKÉ ŠKOLY V PROCESU PODPORY A PREVENCE ZDRAVÍ

Učitelka mateřské školy musí fungovat ve společnosti, která na ni klade vysoké nároky. V očích společnosti musí být učitelka bez chyby a jednat dle morálních hodnot a předpisů. Tato společnost ji mnohdy vnímá jen jako jistý soubor pozitivních osobnostních, tak i charakterových vlastností. Mnohdy postoje ke zdraví jsou však odrazem interakce společnosti a jedince. Tyto pozitivní nebo negativní postoje mohou mít následně pozitivní i negativní vliv na zdravotní stav jedince. Je potřeba, aby i společnost brala učitelku mateřské školy jako živou bytost. I učitelka mateřské školy má svůj osobní život, životní cíl a směr, má své touhy a potřeby.

V rámci této kapitoly je osvětlen pojem zdraví a zdravý způsob života, ale také jsou zde zmíněny determinanty, které mohou zdraví učitelky mateřské školy ovlivnit. Součástí kapitoly je také osvětlen pojem prevence a podpora zdraví a zdravého životního stylu (nezbytná součást této problematiky). Zejména je cílem kapitoly probudit, prohloubit a vytvořit u čitatele povědomí o tom, jak je daná problematika důležitá.

### 2.1 Vymezení pojmu zdraví, zdravý způsob života

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

Jaro Křivohlavý (2009, s. 40) uvádí: „Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí.“

Definice zdraví Jara Křivohlavého, dle mého názoru, představuje celek tělesného, duševního, psychického i sociálního zdraví. Vytváří jednotu člověka a jeho bytí. Nastihuje se tak jeho individualita a jedinečnost. Můžeme ale říci, že stanovit definici zdraví není nic jednoduchého. Zdraví každý z nás vnímá odlišně, a to ať už se jedná o děti, dospívající, dospělé osoby i seniory. I v případě učitelek mateřských škol jsou patrné rozdíly v postojích ke zdraví.

Nejznámější definicí zdraví je však ta, kterou publikovala Světová zdravotnická organizace (World Health Organization). „Health is a state of complete physical, mental and social

well-being and not merely the absence of disease and infirmity.“ (WHO in Křivohlavý, 2009, s. 37)

Můžeme říci, že definice WHO představuje jistý ideál, kterého bychom chtěli dosáhnout v rámci celé společnosti a všech obyvatel a lidí na planetě Zemi. Definice popisuje zdraví jako celek psychické, ale i fyzické a sociální pohody a bytí člověka. Není to jen bráno a měřeno jako stav, kdy nás netrápí nemoc, nemohoucnost nebo neduživost.

Definice byla přijata v Preambuli k Ústavě WHO (WHO Constitution) na Mezinárodní konferenci ke zdraví, která se konala v New Yorku a to ve dnech 19.-22. 6. 1946. Tato ústava byla podepsána zástupci 61 zemí dne 22. 7. 1946 a byla uvedena v platnost oficiálně 7. 4. 1948 (Kebza, 2005).

Autor Payne a kol. (2002) zase vymezuje zdraví jako jistou normu, potažmo i dobro, které se týká oblasti léčení nemocí a závažných chorob nebo jejich možnou prevenci, která podpoří jejich předcházení. Poukazuje také na závislost definování zdraví na základě určitých kritérií, kterých je potřeba se držet a klade také důraz na celistvost zdraví a jeho pojetí (zdraví jako celek).

Dle mého názoru autor Payne se ztotožňuje s pohledem na zdraví jako celku, ale také s definicí zdraví podle Světová zdravotnická organizace (WHO), která na zdraví pohlíží a vnímá ho jako celek tělesné, duševní a sociální pohody a bytí člověka.

Pojem zdraví má tedy tři odlišné dimenze, které jsou vzájemně a těsně propojené. Nejedná se pouze o dimenze tělesného zdraví, ale také i zdraví duševního a sociálního (jednota tělesného, duševního a sociálního). Pocit pohody ve vztahu ke zdraví prožívá každý člověk jinak, a proto je pocit pohody ve vztahu ke zdraví velmi subjektivní a podoba zdraví je u každého člověka jedinečná a relativní. Záleží na jedinci, jak k němu přistupuje a jak ho vnímá (Machová a Kubátová a kol., 2009).

Čeledová a Čevela (2010) uvádí tři **základní složky zdraví**:

- psychosociální a tělesnou integritu;
- nenarušené životní funkce a společenské role;
- adaptabilita ve smyslu fyziologické, tak i sociologické homeostázy.

Dobrý zdravotní stav pro většinu z nás představuje nejvyšší prioritu a zaujímá nejvyšší příčku hodnot v životě člověka, a proto by mělo být našim cílem, abychom ke zdraví přistupovali s úctou a respektem, jaký si zaslouží.

Ve světovém a odborně zaměřeném písemnictví je nashromážděno mnoho a mnoho pokusů, jak vytvořit a co nejpřesněji definovat pojem zdraví. Jedná se však o úkol velmi složitý, ale zároveň i obtížný, protože zpracovatel definice by měl současně pohlížet na několik důležitých aspektů:

1. vyjádřit vrozenou (genetickou), ale i získanou individuální podmíněnost zdraví neboli životní styl jedince;
2. zachytit co nejpřesněji aktuální místo individua na škále zdraví - nemoc, a to ve smyslu fyzického zdravotního stavu jedince;
3. vzít také v úvahu subjektivní údaje o jedinci a o jeho vlastních pocitech prostřednictvím podnětů, které se týkají charakteristik osobní pohody, štěstí, ale i životní spokojenosti (včetně úrovně a kvality sociálních vztahů k druhým lidem);
4. posoudit také příslušné vnější projevy lidského organismu, tj. chování a projevy člověka ve vztahu ke zdraví a nemoci;
5. pokusit se vše vyjádřit z hlediska dlouhodobých i krátkodobých proměn v čase, které se uplatňují v daném historickém, sociálním, politickém, ekonomickém, ale i kulturním kontextu vývoje společnosti (Kebza, 2005).

Dle mého názoru definice zdraví představují spíše jistý ideál nebo pohled (náhled) na tuto problematiku. Nelze jednou definicí shrnout tak širokou problematiku, kterou zdraví je. Já vnímám zdraví jako podstatnou součást našeho života. Je to něco, co je vzácné a co bychom si měli chránit. Zdraví není jen tělesné (somatické), psychické, duševní a sociální. Je to něco víc. Můžeme říci, že se jedná o podstatnou část našeho bytí. Je to něco, bez čeho bychom nemohli být a fungovat. Je však nutné podotknout, že v rámci zdraví jsou i odchylky, které nám zdraví napadají a ohrožují, ale dá se s nimi žít poměrně kvalitní život (s menším nebo větším omezením).

Liba (2010) uvádí, že na komplexnost zdraví a propojenost jeho složek poukazuje více přístupů:

- holistický - člověk je nedělitelný a integrovaný celek s akceptováním biologických, psychologických a sociálních složek;
- dynamický - analyzuje jistou přeměnu zdravotního stavu v čase a zdraví chápeme jako proměnlivý jev, který se prosazuje v celoživotní perspektivě;
- sociální - zařazuje člověka do širší sítě vztahů rodinných a skupinových a uvažuje o zdraví v sociálních souvislostech;

- interaktivní - sleduje člověka v jeho širším prostředí (přírodním i společensko-politickém).

Dle Kebzy (2005) by **pojetí zdraví** mělo vycházet z uplatnění:

- systémového přístupu, který je založený na určitých principech cirkulární kauzality;
- celostního, ale také holistického pojetí zdraví, které zahrnuje složky eko-bio-psycho-socio-spirituální roviny;
- dynamiky vývoje zdraví v čase (z hlediska ontogeneze jedince, ale i vývoje změn na určité škále mezi zdravím a nemocí).

**Zdravý způsob života** také můžeme vnímat jako synonymum zdravého životního stylu, který je pojmem spíše konkrétnějším. U zdravého způsobu života je základ informovanost člověka a mít povědomí o tom, co je pro zdraví dobré, co mu naopak škodí a umět tyto informace a poznatky aplikovat do každodenního života člověka. Jedinec musí mít zdravý postoj k životu a ke zdraví, správnou životosprávu (strava a pitný režim), mít pozitivní vztah k ekosystému, vyhýbat se tělu škodlivým látkám a vyhledávat látky podporující zdraví (antioxidanty) a bojovat proti stresu (smysluplné volnočasové aktivity, sport, pohybové aktivity, relaxace, odpočinek).

**Životní styl** je pak oproti tomu charakterizován jako souhra dobrovolného chování. Jedná se o chování, které si zvolíme a vybereme, ale také i životní situaci a možnost, která se nám nabízí (Machová a Kubátová a kol., 2009).

Liba (2010) vidí zase zdravý způsob života jako soubor (naučených, cílevědomých, kontinuálních, systematických) činností, které člověk vykonává pro své zdraví. Je charakterizován jistou vyvážeností fyzické, psychické a duševní zátěže, která zahrnuje:

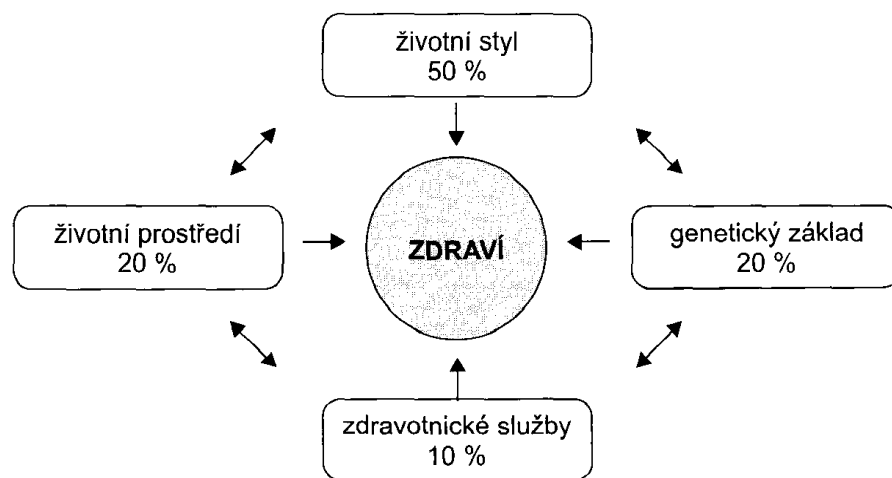
- pravidelný denní režim;
- pravidelnost, cílevědomost a dostatek pohybových aktivit a stimulantů;
- dodržování osobní, pracovní a komunální hygieny;
- pestrá, ale i vyvážená a racionální výživa;
- pravidelný pitný režim;
- odmítání návykových látek, odolnost vůči škodlivým vlivům společnosti a návykům;
- duševní pohoda, harmonické vztahy mezi lidmi, pozitivní přístup k životu a k sobě samému;
- zodpovědné environmentální chování a počínání;
- zodpovědnost v oblasti práce a života.

Zdravý způsob života tedy bude vést ten, kdo je schopný vědomě se rozhodovat pro zdravé možnosti a alternativy. Potřebuje však také jisté informace o rizicích, které mohou zdraví narušit. Jedná se jak o informace o neracionální výživě, tak i kouření, alkoholu (Wiegerová, Kršjaková, Balogh, 2000).

## 2.2 Determinanty ovlivňující zdraví učitele mateřské školy

**Determinanty zdraví** můžeme dělit na **vnitřní** a **zevní**. Determinanty vnitřní jsou dědičné faktory. Dědičnou (genetickou) výbavu získává každý jedinec na začátku svého ontogenetického vývoje. Zevní determinanty (faktory), které mají také vliv na zdraví, členíme do tří základních skupin:

- životní styl;
- kvalita životního a pracovního prostředí;
- zdravotnické služby a jejich úroveň, kvalita, jistá modernizace (Machová a Kubátová a kol., 2009).



Obrázek č. 1 Vzájemné vztahy mezi zdravím a determinantami zdraví

Obrázek č. 1 (in Machová a Kubátová a kol., 2009) poukazuje na vztah zdraví a determinant, která ho ovlivňují. Autorky také poukazují na to, která determinanta ovlivňuje naše zdraví nejvíce (na základě našeho rozhodnutí, jednání). Je zde také naznačena interakce determinant mezi sebou a tím i jejich vztahové propojení.

Ke zdraví nelze přistupovat jako k jednotlivému a izolovanému jevu. Na stavu zdraví se vždy podepíše i interakce člověka s prostředím, a to ať už přírodním, tak i civilizačním a společenským.

Významnou roli v interakci člověka s prostředím sehrává právě **životní styl**, který bývá právem řazený mezi klíčové determinanty zdraví. Mezi jeho hlavní dimenze (ovlivňující zdravotní stav člověka) řadíme:

- výživu;
- fyzickou aktivitu;
- osobní duševní pohodu;
- vztahy k okolí a k sobě samému;
- způsob a kvalitu zvládnání zátěže a stresu;
- absence nebo rozvoj závislostí (Kebza, 2005).

Dovoluji si tvrdit, že náš zdravotní stav a naše zdraví je odrazem naší interakce s prostředím (odraz našeho přístupu a postoje ke zdraví). Odráží se na něm také důsledky společenského prostředí a sociálních vztahů. Důležitou determinantou, která naše zdraví také ovlivňuje, je i genetická výbava, kterou si s sebou nosíme již od narození a která má také podíl na tom, jak se naše zdraví vyvíjí.

Mezi faktory životního stylu, které zásadně a bezpodmínečně ovlivňují a determinují kvalitu zdraví, patří nejen výživa, ale i další složky naší životosprávy (pohybové aktivity, odpočinek, spánek apod.). Správná životospráva je podmínkou dobré tělesné zdatnosti i duševní svěžesti jedince (Středa, Marádová, Zima, 2010).

Můžeme tedy říci, že zdravý životní styl znamená, že se jedinec chová zejména vhodně a adekvátně ke svému zdraví, a to tak, aby ho nepoškozoval a nenarušil tak své následné uplatnění ve společnosti. Naše zdraví ovlivňujeme nejen my (z větší části právě naše jednání a konání má největší podíl), ale také okolí kolem nás (zejména determinanty).

Mezi zdravím a nemocí (jejich vzájemným vztahem) se uplatňují dvě skupiny faktorů (včetně osobnostních a sociálních proměnných), které mohou umístit jedince na pomyslné škále mezi zdravím a nemocí, popř. další následný vývoj tohoto umístění výrazně ovlivnit. První skupinu faktorů představuje **vulnerabilita** (dispozice reagovat funkční poruchou pod vlivem stresu), druhou skupinu představuje **resilience** (odolnost vůči působícím stresorům). Obě skupiny působí jako protikladně postavené póly kontinua zdraví - nemoc (Kebza, 2005).

Autor zmiňuje dva odlišené pojmy a zároveň i protipóly, které osvětlují postavení a umístění jedince na škále mezi zdravím a nemocí. Je však nutné si tyto dva pojmy více osvětlit.



Hartl a Hartlová (2015) definují vulnerabilitu jako zranitelnost nebo zvýšenou citlivost, nejčastěji předpoklad nebo náchylnost k určitému onemocnění.

Resilience je oproti tomu protipól vulnerability. Pojem resilience vyjadřuje jistou odolnost nebo nezdolnost. V tom smyslu je tento pojem užíván v psychologické terminologii jak v obecnějším, tak i širším smyslu, který nám pomáhá označit osobnostní dispozice, jenž ovlivňují odolnost jedince vůči stresogenním vlivům. V užším slova smyslu pak někdy pouze k označení některých druhů této odolnosti, nejčastěji odolnosti ve smyslu „hardiness“ (Kebza, 2005).

### 2.3 Prevence zdraví a zdravý životní styl učitele mateřské školy

Životní styl je nám z větší části předurčen a to třeba zemí (její kulturou a prioritami), ve které žijeme, ale také kulturou, ke které se hlásíme a kterou uznáváme. Často také rodinou, ve které se narodíme a ve které vyrůstáme. Životní styl je také ovlivněn vnitřními biologickými předpoklady, které zdědíme a získáme od našich rodičů (i od předchozích generací). Avšak s postupem času a vývojem jedince vznikají nové postoje a názory na život, naše zdraví a způsob života. **Zdravý životní styl** a tím i **zdravý způsob života** zahrnuje několik oblastí života. Nejedná se pouze o dostatek vitamínů, zdravé jídlo, ale i potravu duševní. Na první místo můžeme zahrnout zdravý způsob myšlení a následné utváření žebříčku hodnot jedince (ať už ke zdraví, tak i osobních hodnot jedince). Od našeho myšlení se odvíjí jak naše chování, tak i způsob našeho jednání. Následnou důležitou úlohu pak hraje zdravé stravování (výživa), zdravý a aktivní pohyb, správná relaxace, asertivní jednání, ale také starost o naše životní prostředí (Řehulka, 2011).

Autoři Čeledová a Čevela (2010) vnímají v tomto kontextu **výchovu ke zdraví** jako důležitý proces, který zahrnuje činnosti, jejichž cílem je zvýšit povědomí obyvatel o zdraví, rozšířit znalosti a informace o faktorech, které ovlivňují náš zdravotní stav, ale také o způsobu zdravého životního stylu a především zvýšit naši odpovědnosti za naše zdraví.

Výchovou ke zdraví se tedy nemyslí pouze předávat hodnoty a postoje ke zdraví dětem, mládeži a dospívajícím, ale také předávat jiné možné vzorce chování, postoje a zejména hodnoty ke zdraví jako celku i dospělým. Poukazuje na naše chyby, kterých se v rámci sebe dopouštíme a snaží se nám poradit formou poradenství a rad odborníků, jak se těmto chybám vyhnout a předcházet jim. Jedná se o snahu podporovat u společnosti zdravý

životní styl (zdravý způsob života). Výchova ke zdraví je cílena na jednotlivce (zdravé, nemocné i ohrožené), skupiny lidí a obyvatelstvo (s ohledem na věkové a individuální zvláštnosti), tak i komunitu a celou populaci a společnost.

Účinnou metodou výchovy ke zdraví je sociální marketing, který obsahuje soubor metod a prostředků, které cíleně působí na skupiny obyvatel se záměrem propagovat, ovlivňovat, osvětlit a změnit postoje občanů k sociálním hodnotám a zejména podpořit společnost ve zdravém životním stylu a prevenci zdraví (Čeledová a Čevela, 2010).

Nedílnou a podstatnou součástí jsou i **projekty a programy podporující zdraví**, které se nezaměřují jen na jednotlivce, ale i celou společnost a předkládají nám náměty (ty, které jsou jejich cílem), jak změnit naše postoje ke zdraví a tím následně náš životní styl a způsob života. Kromě národních projektů vznikají také nejrůznější programy, které směřují právě k podpoře zdraví. Nejen programy, ale i projekty se snaží podporovat a budovat povědomí společnosti o důležitosti našeho zdraví. Jedná se o jistou mobilizaci všech možných prostředků, aktivit a činností, jejichž snahou je dosáhnout adekvátní a potřebné prevence a tím vyvolat potřebný ohlas a postoj obyvatel.

Národní projekty, které podporují zdraví, se zaměřují jak na jednotlivce, tak i konkrétní populační skupiny s cílem změnit jejich postoje ke zdraví a tím pádem i změnit chování směrem ke zdravému způsobu života a zdravému stylu života. Dle tématu mohou být zaměřeny na zdravé stravování, omezení spotřeby alkoholu a kouření, prevenci stresu, podpora pohybových aktivit. Národní projekty vycházejí z projektu WHO (Čeledová a Čevela, 2010).

Kromě programů a projektů, které se snaží podporovat a budovat povědomí o tom, proč je zdraví důležité (a budovat tento postoj i ve společnosti), jsou také uváděny v některých studiích a odborné literatuře i modely a jejich nastínění.

Mezi citovanými a zmiňovanými příklady plánovaného využití podpory zdraví bývá uváděn model PRECEDE. Model PRECEDE není sám o sobě teorií, ale poskytuje nám spíše jistou strukturu pro uplatnění známých poznatků. Jedná se o akronym, který v překladu znamená predisponující, podpůrné a umožňující příčiny ve výchovné diagnóze a hodnocení. V modelu si můžeme všimnout skupin tří proměnných, které mají potenciaální vliv na chování a postoj ke zdraví. Můžeme je rozdělit do tří skupin:

- první skupina: řadí se zde predisponující faktory - např. postoje a názory, hodnoty, ale také motivace jedince;

- druhá skupina: tvoří ji umožňující faktory - jedná se o dovednosti a zdroje, které jsou nezbytné a důležité k uplatnění našeho žádoucího chování;
- třetí skupina: podpůrné faktory - jedná se o ty, které určují, zda žádoucí/požadované chování je podporováno druhými (společností), např. působení sociální opory nebo pochvaly okolí (Kebza, 2005).

**Podpora zdraví** není pojmem známým pouze v dnešní moderní společnosti, ale autoři se jim zabývali již v druhé polovině 20. století. Snažili se shrnout požadavky, které by podpora zdraví měla mít a také jaké byly důvody vzniku.

Kebza (2005) uvádí, že podpora zdraví se začala utvářet v 70. letech 20. století jako určitá reakce na:

- nízkou účinnost tradičních postupů zdravotní výchovy;
- narůstající nespokojenost se stávající zdravotní péčí, která stále vyžaduje vyšší náklady na úhradu svého provozu;
- nárůst chronických neinfekčních onemocnění, etiologie je výrazně ovlivněna životním stylem;
- rozvoj behaviorálních věd, jejich možnosti a uplatnění poznatků v medicíně;
- zdokonalení mezilidské komunikace a s tím související rozvoj občanských iniciativ.

Podpora zdraví představuje něco, co je nepravidelné a může se uskutečňovat nárazově (akce, besedy, konzultace). Je to něco, co není pevně a striktně dané, není to podloženo striktními pravidly. Záleží tak na jedinci a jeho postoji.

V rámci této oblasti se můžeme také setkat s pojmem **psychohygienu** a **duševní hygienu**. „Duševní hygienou rozumíme systém vědecky propracovaných pravidel a rad sloužících k udržení, prohloubení nebo znovuzískání duševního zdraví, duševní rovnováhy.“ (Míček, 1984, s. 9)

Vondráček a kol. (1992) rozumí duševní hygienou soubor poznatků, které aplikujeme a využijeme tak, abychom chránili a udržovali naše psychické zdraví.

Duševní hygiena tedy představuje pravidla a rady, které nám napomáhají, abychom si udrželi naši duševní rovnováhu. Jedná se o to, aby došlo k harmonii těla a ducha (kalokagathie). Nedílnou součástí je také cítit se dobře a osvobodit své myšlenky od všeho zlého.

Pro pocit našeho dobrého bytí je nezbytná a nutná také dobrá duševní kondice. Největším problémem je působení stresogenních činitelů na jedince. Jedná se o vznik stresových situací, které v současné (uspěchané) a moderní době často vedou k tomu, že člověk pro zlepšení duševní kondice (a jeho pohody) vyhledává a sahá po uklidňujících lécích, cigaretách, alkoholu a jiných alternativách. Stres může však i do určité míry zvýšit naši výkonnost a produktivitu. Motivuje jedince k lepším výkonům. Překročí-li se však únosná míra, může následně vzniknout i stres chronický, který ohrožuje naše zdraví (Středa, Marádová, Zima, 2010).

Můžeme tedy říci, že naše podpora zdraví by měla vycházet z jistých aspektů a zahrnovat důležité, ale i podstatné části a měla by se skládat z důležitých bodů tak, aby v nich bylo zahrnuto zdraví jako celek.

Čeledová a Čevela (2010) uvádí, že podpora zdraví by měla vycházet z pěti primárních bodů:

- zaměřit ji na celou populaci (celou naši společnost) a na podmínky její existence, než na pouhé vymezení populační skupiny, která jsou vystavená vyššímu riziku možnému onemocnění;
- věnovat se opatřením (preventivní opatření), která postihují determinanty zdraví i nemocí;
- využívat různé metody (zejména doplňkové) a postupy vedoucí ke spolupráci;
- usilovat o účast, ale také o podíl veřejnosti;
- podporovat roli zdravotnických pracovníků v dalším rozvoji (DVPP) a v uplatnění podpory zdraví.

S modernizací společnosti rostou a stále se zvyšují také nároky a požadavky, což se následně může odrazit jak na jeho tělesném, tak i psychickém a sociálním zdraví. Je však potřeba znát únosnou míru a ne se stát otrokem své práce a požadavků, které jsou na nás kladeny. Je potřeba umět najít a stanovit si kompromis (vůči sobě samému).

V současné době nelze pochybovat o potřebě zdraví pro kvalitní výkon v jakékoliv profesi. Je nutné připomenout, že zdraví obsahuje mnoho komponent pohody (ve sféře fyzické, psychické, sociální). Řada povolání, do nichž se řadí i předškolní vzdělávání, je svou povahou značně stresující. Zvýšené nároky jsou kladeny jak na flexibilitu učitelky, tak i na její čas a míru sociálních vztahů. Duševní hygiena zahrnuje a představuje soubor poznatků, postupů, ale i zásad a konkrétních technik, které mohou (snaží se) minimalizovat negativní

důsledky stresu. Přípravuje jedince na náročné životní situace a pomáhá mu zvyšovat odolnost vůči stresovým situacím. V nejlepším případě vede jedince k rozvoji osobních a osobnostních potencialit. V této souvislosti duševní hygienu nemůžeme chápat jenom jako návod k částečnému bytí, nýbrž jako nedílnou a důležitou součást profesních dovedností učitele. Jde o schopnost, jak kvalifikovaně a znale se vyrovnat s problémy, stresem a situacemi, které nám život, ale i profese přinese (Mertin a Gillernová, 2010).

**Prevenci** tak dělíme dle času na **primární, sekundární a terciární**. Primární prevence bývá součástí podpory zdraví, sekundární a terciární je zaměřena spíše na medicínskou stránku problematiky (Machová a Kubátová a kol., 2009).

Můžeme tak říci, že primární prevence se zaměřuje na celou populaci, která může být ohrožená patologickými jevy a seznámit tak danou populaci s možnou prevencí, jak patologickým jevům předcházet. Následně sekundární prevence se zaměřuje na skupiny, které jsou již patologickými jevy ohroženy. Snaží se jim pomoci zajistit odbornou péči, pomoc a poradenství. Terciární prevence už je zaměřena na jedince, u kterých se snažíme snížit důsledky patologických jevů. Je zde patrná snaha zabránit recidivě a možné segregaci jedince ve společnosti, a pomoci mu následně se do společnosti znovu začlenit.

Prevence je něco, co je zaměřené na ochranu zdraví, ale také pozitivního rozvoje a zlepšení duševních a fyzických schopností jedince. Na základě prevence dochází k předcházení a zabraňování nemocí. Můžeme ji také chápat jako komplexní proces, je to především starostlivost o zdraví zdravých lidí (Wiegerová, Kršjaková, Balogh, 2000).

K udržení zdraví nám tedy nestačí pouze jen dodržovat hygienické zásady a chránit se před nemocemi a úrazy. Je potřeba také chránit a zaměřit se na naši vlastní nervovou soustavu, která se neustále přizpůsobuje podmínkám vnějšího prostředí, díky kterému může dojít k jejímu poškození. Přiměřená tělesná aktivita, duševní aktivita a odpočinek jsou jedním z předpokladů dobrého zdraví jedince (Vondráček a kol., 1992).

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

### 3 METODOLOGIE VÝZKUMU

V rámci kapitoly je popsána metodologie kvantitativního výzkumu. Tento typ (design) výzkumu byl zvolen zejména na základě tématu bakalářské práce, jejímž cílem je zjistit a přiblížit postoje učitelů mateřských škol ke zdraví.

Výzkum jsme zaměřili na učitele mateřských škol ve Zlínském kraji. Můžeme tak říci, že se jedná o větší zastoupení respondentů v rámci výzkumného vzorku (přibližně sto učitelů/učitelek mateřských škol). Z tohoto důvodu je zvolen tento design výzkumu - kvantitativní typ výzkumu.

V rámci výzkumného šetření byl respondentům předložen dotazník využívající Likertovu škálu. Tento typ škály se využívá především při zjišťování a měření postojů. Z tohoto důvodu bylo zvoleno dotazníkové šetření.

Součástí kapitoly je také seznámení se vznikem výzkumného nástroje, charakteristika výzkumného vzorku, ale i realizace a zpracování dat získaných v rámci výzkumného šetření a jejich interpretace a následné doporučení pro praxi a učitele mateřských škol.

#### 3.1 Cíl výzkumného šetření

Hlavní cíl výzkumného šetření je zjistit a popsat postoje učitelů mateřských škol ke zdraví ve Zlínském kraji.

##### **Cíle výzkumu:**

1. Zjistit, jaký postoj zaujímají učitelé mateřských škol ve Zlínském kraji ke zdraví.
2. Zjistit, jak podporují učitelé mateřských škol ve Zlínském kraji své zdraví.
3. Analyzovat, jaké jsou rozdíly v postoji ke zdraví u starších a mladších učitelů mateřských škol.
4. Analyzovat, jak postoj ke zdraví ovlivňuje délka praxe.

#### 3.2 Stanovení výzkumných otázek a hypotéz

##### **Hlavní výzkumná otázka:**

Jaký postoj k vlastnímu zdraví zaujímají učitelé mateřských škol ve Zlínském kraji?

##### **Dílní výzkumné otázky:**

1. Jak podporují učitelé mateřských škol ve Zlínském kraji své zdraví?

2. Jaký postoj zaujímají učitelé mateřských škol ve Zlínském kraji k civilizačním onemocněním?
3. Jak ovlivňuje věk postoje učitele ke zdraví?
4. Jak ovlivňuje délka pedagogické praxe postoje učitele ke zdraví?

#### Hypotézy:

- 1) Předpokládáme, že učitelé s praxí více než deset let mají více pozitivní postoj ke zdraví oproti učitelům s praxí pod deset let.
- 2) Předpokládáme, že pozitivní postoj ke zdraví mají starší učitelé nad třicet let oproti mladším učitelům pod třicet let.

### 3.3 Výzkumný vzorek

Výzkum byl zaměřen pouze na učitelky a učitele mateřských škol ve Zlínském kraji, kteří tvořili výzkumný vzorek v dotazníkovém šetření, a to z důvodu špatného zajištění respondentů z Olomouckého kraje.

Způsob výběru byl **dostupný**. Dotazníky byly rozdány pouze v tištěné podobě, a to osobní cestou a domluvou na daných pracovištích a v daných mateřských školách ve Zlínském kraji. Oslovených mateřských škol bylo přibližně 15. Zástupci těchto mateřských škol charakterizovali výzkumný vzorek v mém dotazníkovém šetření. Dotazníků bylo rozdáno celkem 130 a z toho 100 se vrátilo zpět. Výzkumného šetření se zúčastnilo pouze ženské zastoupení ve věkové kategorii 21 - 59 let (věk nebyl dán jako požadavek, kritérium k vyplnění). Tyto učitelky byly požádány o spolupráci při mém výzkumném šetření a obeznámeny s jeho účelem a funkcí, kterou má splnit. Respondenti byli také obeznámeni s tím, že dotazníkové šetření je anonymní.

**Tab. č. 1** Návratnost dotazníku

Počet rozdaných dotazníků	Počet vrácených dotazníků	Návratnost (v %)
130 kusů	100 kusů	77%

Tab. č. 1 poukazuje na počet rozdaných a vrácených dotazníků. Celkově se vrátilo 77% dotazníků. Za minimální hranici návratnosti se považuje zhruba 75%.

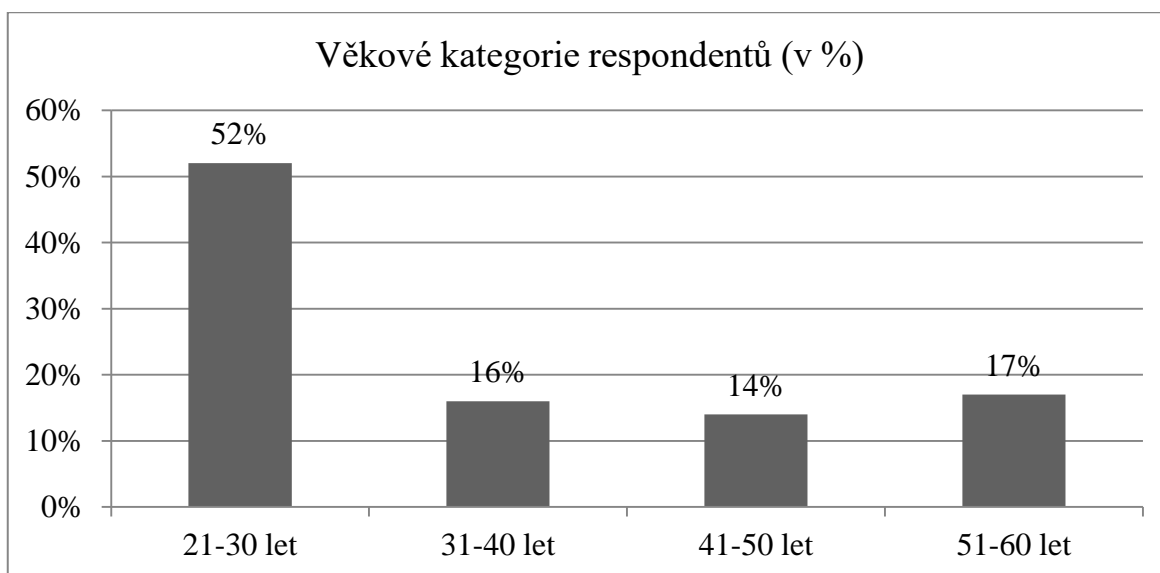


Výzkum se realizoval v měsících prosinec 2015 až leden 2016. V těchto měsících byli respondenti osloveni. Následně byly dotazníky sesbírány a výzkumné šetření bylo uzavřeno na konci měsíce ledna 2016. Poté byla data analyzována a zpracována, aby mohlo dojít k jejich interpretaci.

**Tab. č. 2** Zastoupení respondentů nakl  
základě věkových kategorií

Věk	Celkem respondentů
21 - 30 let	52
31 - 40 let	16
41 - 50 let	14
51 - 60 let	17

Tab. č. 2 popisuje zastoupení respondentů v rámci věkové kategorie. Největší zastoupení měli respondenti ve věku 21 - 30 let. V rámci vyhodnocování zastoupení respondentů v dotazníkovém šetření nebyl započten jeden respondent, jehož věk byl v datové matici chybně vyplněn.



**Graf č. 1** Věkové kategorie respondentů - zastoupení respondentů (v %)

Na grafu č. 1 je viditelný rozdíl mezi zastoupením jednotlivých věkových kategorií v rámci dotazníkového šetření. Můžeme říci, že největší věkové zastoupení měla kategorie 21-30 let (52%). V rámci věkové kategorie není započten jeden respondent (1%), jehož věk byl

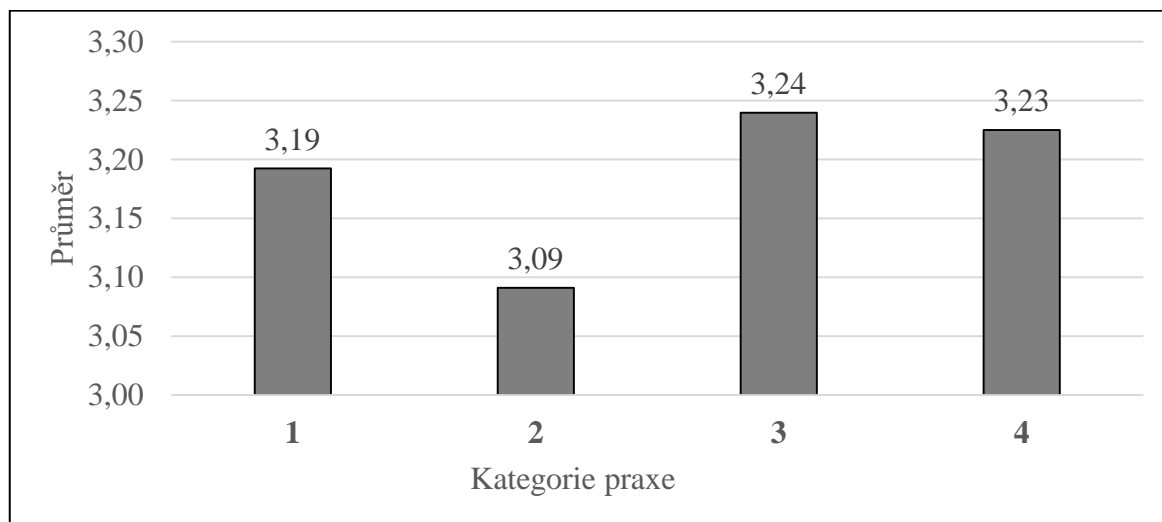
v rámci zápisu datové matice chybně vyplněn (viz tabulka č. 2). Nejedná se však o chybu respondenta.

**Tab. č. 3** Zastoupení kategorií dle délky praxe respondentů

Délka praxe	Celkem respondentů
0 - 5 let	53
6 - 10 let	13
11 - 20 let	12
nad 21 let	22

Tab. č. 3 popisuje zastoupení respondentů v rámci struktury dle délky jejich praxe, kdy byly vytvořeny čtyři základní kategorie. Největší zastoupení měli respondenti s délkou praxe do 5 let (53 respondentů). Můžeme soudit, že je to zejména z důvodu velkého zastoupení respondentů ve věku 21-30 let.

Graf č. 2 ukazuje, že v rámci dotazníkového šetření se zúčastnili respondenti rovnoměrně z každé kategorie dle délky praxe. Největší zastoupení měli respondenti s délkou praxe 11 - 20 let.



**Graf č. 2** Průměr podle kategorie praxe

Vysvětlení kategorie praxe: 1 (0-5 let), 2 (6-10 let), 3 (11-20 let), 4 (nad 21 let)

### 3.3.1 Problémy a obtíže při zajišťování výzkumného vzorku

Výzkumný vzorek byl v konečné fázi zaměřen pouze na učitele a učitelky mateřských škol ve Zlínském kraji. Olomoucký kraj byl z výzkumného šetření eliminován, a to z důvodu, že by se jednalo o rozsáhlý a časově náročný výzkum. Tento výzkum může být však realizován v příštích letech a může být tak rozšířen a doplněn nynější výzkum.

Během oslovování respondentů jsem se setkala také s mírnými obtížemi. Jednalo se zejména o neochotu a negativní komentáře respondentů na dotazník, avšak po zjištění, že se jedná pouze o kroužkování na číselné škále, jejich reakce se změnily. Respondenti nemají rádi dotazníky, kde se musí vyjadřovat a psát svůj názor, vymýšlet nové alternativy a prokazovat své znalosti, popř. obhájit a osvětlit jejich odpověď.

V rámci vyplňování dotazníku může dojít i k problému, že jedinec tvrzení nadhodnocuje, podhodnocuje, ale také může zaujmout neutrální postoj. Výsledky mohou být zkreslené i na základě aktuálního rozpoložení jedince. Důležitou roli hraje i to, jak se respondent aktuálně cítí, jakou má náladu a jaký je jeho aktuální zdravotní stav. Je zde mnoho faktorů, které mohou jeho reakce ovlivnit.

### 3.4 Výzkumné metody a výzkumný nástroj

Při výzkumu a zjišťování postojů učitelů mateřských ke zdraví byl proveden kvantitativní výzkum, při kterém byla jako hlavní metoda použit **dotazník využívající Likertovu škálu**, která se používá při měření názorů a postojů. Dotazník tvoří tvrzení a škály, které jsou v našem případě odstupňovány 1-5.

➤ **První verze výzkumného nástroje** (viz příloha P 4) obsahovala:

**Vstupní část** výzkumného nástroje obsahovala demografické údaje o respondentovi (v záhlavní části dotazníku) a to konkrétně:

- Datum
- Pohlaví
- Věk
- Místo působitě: Otrokovice nebo Zlín
- Délka praxe

Ve vstupní části byl také uveden záměr a cíl dotazníkového šetření. Respondenti byli seznámeni s tím, jak dotazník vyplnit, ale také obeznámeni s tím, že se jedná pouze o ano-

nymní šetření (výzkum), které slouží výhradně k praktické (výzkumné) části mé bakalářské práce a pro mé účely. Respondentům byla nastíněna i časová dotace, kterou dotazník zabere (přibližně necelých 20 minut). Abych respondenty motivovala (vyplnit dotazník) ke spolupráci, krátkou cestou jsem se jim představila, aby měli povědomí o tom, kdo jsem a za jakým účelem dotazník a tím i dotazníkové šetření vzniklo (jeho důvod, účel a cíl).

V rámci tvorby **hlavní části** výzkumného nástroje (dotazníku) měl původní výzkumný nástroj 75 tvrzení (viz příloha P 1). Tato tvrzení zahrnovala problematiku zdraví a postoje ke zdraví (tří-složkový model postoje). Jednotlivé složky postojů (kognitivní, konativní a afektivní) byly zastoupeny v počtu 25 tvrzení v rámci výzkumného nástroje. Tvrzení zahrnovala problematiku zdraví, která byla zaměřena na oblasti postojů, a to:

- ke kávě;
- k alkoholu;
- k drogám;
- k cigaretám (nikotinu);
- k lékům a medikamentům, k vitamínům;
- ke sportu a pohybovým aktivitám;
- k relaxaci;
- k volnočasovým aktivitám;
- k syndromu vyhoření;
- k prevenci a podpoře zdraví;
- k práci učitele mateřské školy a klimatu mateřské školy atd.

Tvrzení sestavené dle složek postojů jsem vytiskla, rozstříhala a následně jsem dotazník sestavovala pomocí losování jednotlivých tvrzení tak, aby jednotlivé složky postojů se vzájemně prolínaly. Takto vzniklo pořadí a sled tvrzení v dotazníku.

V **závěrečné části** dotazníku jsem respondentům poděkovala za jejich spolupráci, kterou vynaložili v rámci vyplňování mého dotazníku.

- **Upravený výzkumný nástroj** (viz příloha P 5), který byl využit při dotazníkovém šetření, zahrnuje:

**Vstupní část** výzkumného nástroje obsahuje taktéž demografické údaje o respondentovi (v záhlavní části dotazníku). V rámci demografických údajů se změnilo pouze místo působnosti, které bylo rozšířeno na celý Zlínský kraj a Olomoucký kraj. Byla také snížena časová

dotace na vyplnění dotazníku, a to konkrétně na 15 minut. Dle mého názoru je výsledná časová dotace méně než 10 minut.

Taktéž **hlavní část** výzkumného nástroje prošla změnami. Jedná se o dotazník, který šel do oběhu mezi respondenty během výzkumného šetření. Tento dotazník obsahoval už jen 55 tvrzení. Stejně jako původní verze dotazníku (viz příloha P 4), tak i tento dotazník (viz příloha P 5) je sestaven a využívá Likertovu škálu. Z původního dotazníku bylo však vyřazeno 20 tvrzení, která nespĺňovala podmínky dotazníkového šetření (viz příloha P 1). Tyto tvrzení jsou tučně zvýrazněny.

Tato varianta dotazníku prošla také menšími grafickými úpravami. Na každou novou stránku před tvrzení byla přidána stupnice (rozhodně nesouhlasím) 1 - 5 (rozhodně souhlasím), a to z toho důvodu, aby se respondentům lépe pamatovalo, co dané číslo na stupnici představuje (jaká je jeho míra souhlasu nebo nesouhlasu). Vyhnuli jsme se tak neustálému přetáčení stran dotazníku a tím i rušení koncentrace respondentů při vyplňování dotazníku.

V **závěrečné části** dotazníku jsem respondentům poděkovala za jejich čas, který dotazníku vynaložili, ale také za jejich spolupráci. Na závěr jsem respondentům popřála pěkný zbytek dne. Všem respondentům jsem také poděkovala osobně za jejich spolupráci a ochotu podílet se.

### 3.5 Zpracování získaných dat a statistické metody

V rámci předvýzkumu byla vytvořena tvrzení, která jsem dala přečíst přibližně šesti respondentům, abych zjistila, jak daným tvrzením rozumí a zda jim vyhovuje design dotazníku (srozumitelnost a jednoznačnost). Následně došlo k sestavování dotazníku (viz kapitola 3.4).

Získaná data jsem zpracovala tak, že jsem je uložila do **elektronické datové matice** v Microsoft Office Excel 2007. Datová matice se dělí na sloupce a řádky. Každý sloupec představuje demografický údaj nebo tvrzení. Řádky pak náležejí jednotlivým respondentům, kteří se dotazníkového šetření zúčastnili. V našem případě bylo tedy 101 řádků a 60 sloupců. První sloupce se věnují demografickým údajům. Tyto demografické údaje zahrnují nejen číslo respondenta, ale zejména pohlaví, věk, místo působiště (kraj, ve kterém se mateřská škola nachází) a délku praxe. V případě pohlaví (také místa působiště) můžeme mluvit o nominálních proměnných, kde jsme u pohlaví přiřadili mužům č. 1 a ženám č. 2. Stejně tak tomu bylo i u místa působiště. Zlínskému kraji bylo přiřazeno č. 1 a Olomouc-

kému kraji bylo přiřazeno č. 2. Nelze však do datové matice zadávat nenumerné údaje, a proto se tyto údaje mění na číselné kódy (nálepky). Další sloupce obsahují již údaje získané v rámci dotazníkového šetření. V našem případě se jedná o dotazník využívající Likertovu škálu (škálování). Dotazník obsahoval 55 škál, které byly odstupňovány od 1 po 5. V rámci odpovědí jsme vepisovali do datové matice právě ty hodnoty, které respondent do dotazníku uvedl svým zakroužkováním. Respondent mohl využít i jiný styl označení odpovědi tak, aby bylo jasné, kterou variantu si vybral. Pokud bylo tvrzení označeno nesrozumitelně a nečitelně (nebo vůbec), nevypisujeme do daného sloupce k odpovídajícímu tvrzení nic (ani nulu - nula je konkrétní hodnota a došlo by tak ke zkreslení výsledku).

Na ověření **validity výzkumného nástroje** byla využita **faktorová analýza** jednotlivých oblastí, která bohužel nevyšla. Byly vytvořeny další dvě varianty dotazníku. I u třetí varianty faktorová analýza nevyšla, a proto jsme zůstali u druhé varianty dotazníku, který následně šel do oběhu mezi respondenty v rámci dotazníkového šetření.

**Reliabilita** (statistická) byla vypočítána pomocí **Cronbachova koeficientu alfa**, který určuje spolehlivost a homogenitu jednotlivých položek v rámci dotazníku (vnitřní konzistence a soudržnost). Korelační hodnota by se měla pak pohybovat od 0,7 a výše, aby jednotlivá tvrzení spolu korelovala, a tím byla i zajištěna soudržnost a konzistence dotazníku.

V rámci dotazníku byla také zjištěna **směrodatná odchylka** (Std. Deviation), a to jak u každého tvrzení zvlášť, tak i u dotazníku jako celku. Využit byl také **průměr** (Mean), a to u délky praxe (průměr podle kategorie praxe), tak i u každého jednotlivého tvrzení (průměr podle položek), ale i za celý dotazník (průměr za celý dotazník). Jedná se o deskriptivní statistiku.

Z dotazníku bylo **vybráno a rozebráno patnáct tvrzení** (včetně výsledků), jejichž výsledky byly pro náš výzkum zajímavé (jejich výsledná hodnota).

V rámci hodnocení je zmíněn i **Test významnosti mezi kategoriemi praxe** (ANOVA - analýza rozptylu) a to v rámci délky praxe respondentů, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření. Metoda je založena na určitém hodnocení vztahů mezi rozptyly porovnávaných souborů.

Pro **potvrzení** nebo **vyvrácení hypotéz** byl využit průměr na základě dat od respondentů dle naší potřeby a dle našich stanovených hypotéz.

### 3.6 Interpretace získaných dat a jejich vyhodnocení

V rámci hodnocení statistické reliability (viz tabulka č. 4) pomocí Cronbachova koeficientu alfa vyšla korelační hodnota 0,594 v rámci 55 položek v dotazníku. Můžeme tedy říci, že se jedná o korelační hodnotu, která je pod požadovanou hranicí, jenž zajišťuje vnitřní konzistenci a soudržnost dotazníku. Dotazník je však způsobilý, posloužil k našemu výzkumnému šetření.

**Tab. č. 4** Statistická Reliabilita: Cronbachův koeficient alfa

Cronbachův koeficient alfa	Počet položek
0,594	55

Domníváme se, že k tomuto výsledku (viz tab. č. 4) došlo především proto, že jsme neoslovili dostatečný počet respondentů. V budoucnu by bylo potřeba ještě dotazník propracovat, a to ne jen z hlediska velikosti výzkumného vzorku, ale i z hlediska konzistence jednotlivých položek, které souvisejí přímo se zdravím.

**Tab. č. 5** Deskriptivní statistika - průměr za celý dotazník

	Počet respondentů	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
Průměr	97	2,53	3,82	3,1912	2,4384

V rámci deskriptivní statistiky (viz tab. č. 5) vyšel průměr odpovědí za celý dotazník 3,1912. Minimální průměrné umístění na škále bylo 2,53 a maximální umístění 3,82. Výzkumného šetření se zúčastnilo 100 respondentů, avšak v průměru bylo 97 validních. Směrodatná odchylka vyšla, 2,4384.

#### 3.6.1 Interpretace vybraných výsledků z dotazníku

Z dotazníku jsem si vybrala následující uvedená tvrzení a jejich vyhodnocení. Jedná se o 15 položek zvolených na základě jejich výsledků, které jsou zajímavé, příznačné. S těmito tvrzeními se mohu setkat i v rámci své pedagogické praxe v mateřské škole. Na

jejich základě můžeme zodpovědět první a druhou dílčí výzkumnou otázku (více viz příloha P 2 a P 5).

Respondenti se v rámci vyhodnocení průměru u tohoto tvrzení (viz tab. č. 6) octli na škále, že s ním spíše souhlasí, až rozhodně souhlasí (možno brát i na základě zaokrouhlení). Můžeme tedy říci, že respondenty ovlivňují i kolegové a kolegyně v mateřské škole v tom, že i oni pijí kávu a přenášejí tak postoje ke kofeinu a k pití kávy i na své okolí.

**Tab. č. 6** Tvrzení číslo 1: „Piju kávu, protože ji pijí i kolegové/kolegyně v MŠ.“

Počet respondentů	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
100	1,00	5,00	4,56	,95685

Myslím si, že toto ovlivnění kolegy (spíše kolegyněmi) je způsobeno zejména tím, že v mateřské škole převažuje jedno pohlaví - ženy. Dle mého názoru tato společenská neřest převládá právě u žen. Setkávám se v rámci své pedagogické praxe i s tím, že ne všechny učitelky kávu pijí (zejména se jedná o učitelky, které sportují). S tímto jevem se setkávám spíše u starších kolegyní (31 let a výše). Z tvrzení a zejména z výsledků jednoznačně nevyplývá, že kolegyně musí na respondenty přenášet a budovat v nich postoj ke kofeinu a jeho konzumaci. Může pouze docházet k tomu, že pití kávy kolegyněmi vede naše respondenty k tomu, aby i oni si kávu dali, a motivuje je to k tomuto kroku (učitelka již kávu pije, a to nejen v zaměstnání a vidina kolegyně, která kávu pije, vede i respondenta ke kroku udělat si kávu společně s kolegyní). Často k tomu dochází zejména z toho důvodu, že lidé (nejen učitelky) vidí v kávě jistý rychlý přísun energie.

**Tab. č. 7** Tvrzení číslo 4: „Léky užívám jako prevenci proti nemocem.“

Počet respondentů	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
100	1,00	5,00	3,77	1,33223

Respondenti se v rámci vyhodnocení průměru u tvrzení (viz tab. č. 7) octli na škále mezi neutrálním stupněm (neutrální postoj), ale z větší části na stupni spíše souhlasím. Můžeme tedy říci, že respondenti užívají léky jako prevenci proti nemocem.



Je však potřeba zdůraznit, že je rozdíl mezi vitamíny (prevence) a léky, jejichž úkolem je léčit nemoci a neduhy člověka. V rámci své pedagogické praxe jsem se setkala s pár učitelkami (ale i správnými zaměstnanci), které při sebemenším náznaku bolesti hlavy ihned vyhledávaly medikamenty (například Ibalgin). Myslím si, že často bolest hlavy je právě důsledkem nedostatečného pitného režimu učitelek během dne. Všimám si, jak často kolegyně pijí během dne, a můžu říct, že většinou se jedná o interval 3-4 hodiny. Ve většině případů ani to ne. Pozoruji to i sama na sobě, že si neuvědomuji, jaká doba již uplynula a nevnímám často ani pocit žízně. Je důležité upozornit učitelky, že musí myslet nejen na dodržování pitného režimu u dětí, ale zejména u sebe. Pokud navážu na předchozí tvrzení, tak i z důvodu, že káva odvodňuje náš organismus. Často i učitelky mají přehnanou víru v léky a věří, že jim pomohou vyléčit vše, co je trápí (nejlépe hned), aniž by musely zůstat doma na PN.

Respondenti se v rámci hodnocení průměru u tohoto tvrzení (viz tab. č. 8) octli na škále mezi neutrálním stupněm, ale z větší části na stupni spíše souhlasím. Můžeme tedy říci, že učitelky motivuje sportování jako vidina toho, že budou zdravé. Můžeme konstatovat, že sportování berou jako jistou prevenci, která napomáhá zdravému stavu jedince.

**Tab. č. 8** Tvrzení číslo 7: „Sportuji, abych byla zdravá.“

Počet respondentů	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
100	1,00	5,00	3,91	1,03568

Toto tvrzení jsem si vybrala k ukázce zejména z toho důvodu, jak pozitivní postoj k němu respondenti zaujali. Ve svém okolí znám minimum učitelek, které po pracovním procesu mají chuť (náladu) sportovat. Sportu se věnují učitelky spíše ve svém volném čase, a to zejména při volnočasových aktivitách.

Můžeme tedy konstatovat, že učitelé mateřských škol mají povědomí o tom, jak sport a pohybové aktivity mají pozitivní vliv na naše zdraví a zdravotní stav. V rámci dalších analýz a zkoumání by bylo přínosné zjistit, proč respondenti vnímají sport jako přínos pro jejich zdraví. Může se jednat o pocity, které jim sport přináší a čím je sport naplňuje.

I v rámci výsledného průměru u tohoto tvrzení (viz tab. č. 9) se respondenti ocitli na stupni, že s tvrzením spíše souhlasí. Je zde tedy patrný zájem o sport právě z důvodu lepší tělesné kondice respondentů.

**Tab. č. 9** Tvrzení číslo 8: „Sportuji, abych měl/a dobrou tělesnou kondici.“

Počet respondentů	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
100	1,00	5,00	4,00	,98473

U tvrzení, která se týkala sportu (sportování nebo pohybové aktivity), zaznamenala jsem díky výsledkům pozitivní postoj ke sportu a pohybové aktivitě. Podle výsledků učitelky také necvičí na základě doporučení od odborníka. Soudím tedy, že tak jednají na základě dobrovolné vůle, pro svůj lepší pocit a dobrou tělesnou kondici. Můžeme i říci, že tento výsledný pozitivní postoj ke sportu a sportování je zejména výsledkem věku respondentů, kteří se zapojili do mého výzkumného šetření (převaha věkové kategorie od 21-50 let). Zejména největší zastoupení měla věková kategorie 21-30 let (téměř 50% respondentů). Ze své pedagogické praxe v mladém kolektivu učitelek, ale zejména na základě pozorování okolí, zaujímám spíše stanovisko, že učitelky cvičí především proto, aby si udržely dobrou tělesnou kondici a dostaly ze sebe stres. Může to také přinášet jisté odreagování od práce, rodinných problémů atd.

Respondenti se po vyhodnocení průměru u tohoto tvrzení (viz tab. č. 10) ocitli na škále u stupně 4 (spíše souhlasím). Můžeme tedy říci, že respondenti nesouhlasí, aby drogově závislý kolega/kolegyně s nimi pracoval/a (sdílel/a prostředí v mateřské škole).

**Tab. č. 10** Tvrzení číslo 12: „Drogově závislého kolegu/kolegyni bych v zaměstnání nesnesla.“

Počet respondentů	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
100	1,00	5,00	4,00	1,63299

Toto tvrzení jsem si vybrala zejména proto, že učitelky zaujaly postoj, který se dal v rámci informovanost společnosti o této problematice čekat. Je zde i patrná rezerva (k rozhodně

souhlasím). Můžeme říci, že respondenti spíše odsuzují a zauímají negativní postoj vůči lidem trpícím drogovou závislostí, než k lidem, kteří trpí alkoholismem. Není třeba uvádět, že drogy se dělí na lehké a tvrdé. Mnoho učitelek užívá právě lehké drogy, mezi které se řadí nikotin, ale i kofein. Mezi drogy tvrdé se řadí alkohol. Pokud člověk zaujme logický postoj, respondenti odpověděli, že by drogově závislého kolegu v práci nesnesli, tak potom by nesnesli a nechtěli mezi sebou ani kolegy, kteří kouří ve velké míře (při odepření nikotinu následují abstinenční příznaky) - dá se říci, že učitel/učitelka je také závislá (lehká droga). Jedná se však o čistě hypotetický názor. Mnohdy se můžeme v praxi setkat s učitelkami, které mají problém s alkoholem, ale přesto pracují v této profesi. Učitelky často svůj problém dokážou kamuflovat, zakrýt a oklamat tak své okolí. Když se však na tuto skutečnost přijde, často se tak stane na popud rodičů. Dle mého názoru se respondenti k tomuto tvrzení staví negativně zejména díky společenskému mínění a vlivu masmédií.

Respondenti v rámci vyhodnocení průměru u tohoto tvrzení (viz tab. č. 11) zaujali na škále stupeň - spíše nesouhlasím až neutrální (z větší části). Můžeme tedy říci, že respondenti vnímají, že daný zdravotní stav (např. nachlazení) není vhodný, aby s ním chodili do zaměstnání.

**Tab. č. 11** Tvrzení číslo 13: „Učitel/učitelka MŠ může s nachlazením chodit do zaměstnání.“

Počet respondentů	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
100	1,00	5,00	2,91	1,02588

Toto tvrzení jsem si vybrala zejména proto, jelikož sama pracuji v mateřské škole a sleduji kolegyně z různých mateřských škol ve svém okolí. Mnoho učitelek dochází do zaměstnání s nachlazením, a to i přes to, jaký zaujaly postoj v dotazníkovém šetření. Můžeme říci, že se jedná jak o nachlazení, tak i nemoci, které vyžadují návštěvu odborníka a užívání antibiotik a jiných medikamentů. Zaměstnavatel, a to v našem případě i vedoucí učitelka, má pravomoc odeslat učitelku domů na základě neadekvátního zdravotního stavu, který může škodit nejen kolegům a kolegyním, ale i dětem. Soudím tedy, že respondenti zvolili odpovědi tak, aby odpovídaly společenské normě a mravnímu přesvědčení.

V rámci vyhodnocení průměru u tohoto tvrzení (viz tab. č. 12) se respondenti ocitli mezi neutrálním stupněm, až stupněm spíše souhlasím (směřuje z větší části). Tento výsledek lze brát tak, že učitelky jsou si vědomy úskalí, které toto povolání přináší a jeho odrazy na jejich zdraví.

**Tab. č. 12** Tvrzení číslo 19: „Práce učitele/učitelky MŠ má negativní dopad na mé zdraví.“

Počet respondentů	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
100	1,00	5,00	3,73	1,22148

Povolání učitelky mateřské školy je velmi náročné jak na psychické, tak i duševní a někdy i fyzické zdraví. Nejen práce s dětmi však může působit negativně na zdraví a zdravotní stav učitelek. Negativní dopad na naše zdraví může mít také stres, který je způsoben neochotou spolupracovat ze strany rodičů (problémoví rodiče, nespokojení rodiče, rodiče hledající záminku učitelku a její práci shodit nebo poškodit, rodiče neoceňující a podceňující práci učitelky), ale také špatné klima v mateřské škole (zejména kolektiv zastoupený pouze ženami). Důležitou roli zde také může hrát nesourodost mezi kolegyněmi (zejména věkové rozdíly), nesympatie s vedením mateřské školy atd. Proto je důležité zmínit, aby i učitelky smysluplně trávily svůj volný čas, odpočívaly, relaxovaly (pracovní záležitosti nechat za dveřmi mateřské školy). Taktéž je potřeba připomenout, že učitelky mateřské školy mohou také propadnout syndromu vyhoření právě na základě uvedených skutečností.

**Tab. č. 13** Tvrzení číslo 20: „Bez šálku kávy nemohu ráno vstávat.“

Počet respondentů	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
99	1,00	5,00	3,97	1,44600

Ve výsledném vyhodnocení průměru u tohoto tvrzení (viz tab. č. 13) se respondenti ocitli na škále mezi neutrálním stupněm, až stupněm spíše souhlasím (z větší části už spíše souhlasím). Konstatují tedy, že většina respondentů potřebuje ranní kávu před započítím činností, aktivit a pracovního procesu.

Soudím, že tento výsledek je ovlivněn zejména vztahem respondentů ke kofeinu. Jedná se o společensky přijímanou neřest, která nás obklopuje ze všech stran. Ze své praxe vím, že jí propadá většina učitelek v mateřské škole, a to jak před pracovním procesem, tak i po něm. Respondenti dle mého názoru v kofeinu nevidí takové riziko, které by ohrožovalo jejich zdraví (oproti alkoholu). Myslím si, že tento postoj je ovlivněn zejména tím, že společnost nebojkotuje kofein jako třeba tabákové výrobky (reklamy, etikety na krabičkách atd.). Pokud respondent pije kávu několikrát denně, myslím si, že se jedná spíše už o jistou formu závislosti.

Respondenti se v rámci výsledného hodnocení průměru u tohoto tvrzení (viz tab. č. 14) octlí na škále - na stupni spíše nesouhlasím (z větší části). Můžeme tedy konstatovat, že respondenti nevnímají pasivní kouření jako škodlivý jev pro jejich organismus.

**Tab. č. 14** Tvrzení číslo 21: „Pasivní kouření není pro organismus škodlivé.“

Počet respondentů	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
100	1,00	5,00	1,90	1,41064

Dle mého názoru respondenti vnímají pasivní kouření spíše jako obtěžující. Může se tak jednat zejména o zápach, který tabákové výrobky vylučují (kouřem načichne oblečení lidí i lidé samotní). Dovoluji si konstatovat, že se jedná možná i o špatnou informovanost o tom, jaké důsledky má pasivní kouření na náš organismus. Některé zdroje uvádí, že mnohdy pasivní kouření je pro organismus horší a škodlivější než kouření dobrovolné a aktivní. Pasivní kuřák je tomuto jevu vystaven nedobrovolně a následky mohou tak být stejné jako u dobrovolného kuřáka.

Dovoluji si konstatovat, že učitelka mateřské školy by neměla být kuřačka a já sama tuto neřest odsuzuji. Mohl by však nastat rozkol, jak by toto stanovisko přijaly i druhé učitelky. Jedná se tak čistě o můj názor a přesvědčení. Rodiče jsou totiž hodně vnímaví a přesto, že učitelky jsou také pouze lidé, připisují jim nadlidské schopnosti, výkony a dokonalost, kdy není možné (z jejich pohledu ani dovolené) žádné selhání. Někdo by mohl říci, že se jedná o jistou diskriminaci, a proto to nechám na zvážení každé z nás a okolí.

Respondenti se v rámci výsledného hodnocení průměru (viz tab. č. 15) octli na škále mezi stupněm neutrálním, až spíše souhlasím. Je zde tedy patrné přesvědčení, že z větší části respondenti vnímají svoji nemocnost právě díky nemocem od dětí.

**Tab. č. 15** Tvrzení číslo 22: „Učitel/učitelka MŠ trpí zejména nemocemi od dětí.“

Počet respondentů	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
100	1,00	5,00	3,53	1,20147

Sama jsem z větší části přesvědčena, že veškeré nemoci nebo nachlazení, které učitelky provázejí během jejich pedagogické praxe, jsou zejména od dětí. Často jsem ve svém okolí slyšela, že děti jsou největší přenašeči bacilů. Je zde však také nedořešena stránka, kdy dítě je nachlazené a přesto dochází do mateřské školy. Učitelka má sice právo na ranní filtr, kdy může rodičům říci, že se jí nezdá zdravotní stav dítěte (vůči dětem i učitelkám). Pokud dítě neproказuje adekvátní zdravotní stav v průběhu dne v mateřské škole, může učitelka rodičům zavolat a informovat je o této skutečnosti. Už jsem se setkala i s bezohledností rodičů, kteří učitelku osočili, že není odborník (dětský pediatr), aby rozhodovala o zdravotním stavu jejich dětí a jejich docházce. Dle jejich názoru není učitelka způsobilá k tomu, aby rozhodovala o zdravotním stavu dítěte a o jeho pobytu v mateřské škole.

Z tohoto důvodu si myslím, že respondenti zvolili dané hodnocení. Bylo by také potřeba ošetřit i stránku, kde by i učitelky byly chráněny vůči neadekvátnímu chování ze strany rodičů. Ve vyhrocených situacích mohou učitelky vyžádat od rodičů potvrzení od dětského pediatra, které vyjádří (potvrzuje) zdravotní stav dítěte. Mnoho rodičů však tuto skutečnost neakceptuje.

**Tab. č. 16** Tvrzení číslo 36: „Cigareta mi přináší uspokojení.“

Počet respondentů	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
100	1,00	5,00	4,55	1,01876

Respondenti se v rámci vyhodnocení průměru u tvrzení (viz tab. č. 16) octli na škále - spíše souhlasím (z větší části stupeň rozhodně souhlasím). Můžeme tedy soudit, že cigarety

uspokojují respondenty ve chvílích, kdy je aktuálně potřebují (např. mohou být vystaveni stresové situaci).

Na základě hodnocení jiných tvrzení týkajících se této problematiky si troufám soudit, že respondenti spíše pojali tvrzení všeobecně, jak ho mohou vnímat kuřáci (vžít se do jejich potřeb). Je pravda, že učitelky nevnímaly kouření a nikotin jako hrozbu, která by zdraví mohla ohrožovat. Toto hodnocení mohlo vyjít i z toho důvodu, že učitelky nemusejí být pravidelné kuřačky, ale přesto mohou občas vyhledávat tabákové výrobky a tím se podvědomě uklidnit při stresové situaci, nervovém vypětí atd. Tento výsledek by také mohl vyjít i z nerozváženosti při vyplňování dotazníku respondenty.

Respondenti se při vyhodnocení průměru u tohoto tvrzení (viz tab. č. 17) octli na škále na stupnici (z větší části), že s ním spíše souhlasí. Můžeme tedy říci, že vnímají tuto problematiku a její vliv na tuto profesi.

**Tab. č. 17** Tvrzení číslo 47: „Syndrom vyhoření ohrožuje každého učitele/učitelku MŠ.“

Počet respondentů	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
100	1,00	5,00	3,84	1,19528

Toto tvrzení jsem vybrala zejména proto, že sama jsem se nesečkala s případem syndromu vyhoření u učitelky mateřské školy. Myslím, že tato problematika je v této profesi hodně opomíjena. V rámci své pedagogické praxe jsem se setkala však s tím, kdy učitelka změnila úplně svůj životní směr a cíl (v jiném pracovním oboru), ale po nějaké době se vrátila zpět do mateřské školy, jelikož zjistila, že práce učitelky ji obohacovala a dodávala ji určitou životní jiskru. K tomuto kroku ji také vedla radost z toho, že může dětem předávat své poznatky a obohacovat je o to, co sama umí. Je tedy vidět, že možná právě respondenti mají nějaké zkušenosti s touto problematikou.

Tato problematika je velmi zajímavá a myslím si, že by mohla být námětem pro další výzkumy a analýzy, jak učitelky mateřské školy tuto problematiku vnímají a jak se k ní staví.

Respondenti se v rámci výsledného průměru u tohoto tvrzení (viz tab. č. 18) octlí na škále - spíše nesouhlasím (dle zaokrouhlení). Respondenti tedy zvolili, že ve většině případů s nachlazením nechodí do zaměstnání.

**Tab. č. 18** Tvrzení číslo 48: „Když jsem nachlazený/á, chodím do zaměstnání.“

Počet respondentů	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
100	1,00	5,00	2,29	1,04731

Troufám si tvrdit, že se jedná spíše o společensky přijímaný postup a krok, který by učitelky měly zaujmout, avšak v praxi to tak ve skutečnosti mnohokrát není. Učitelky ve většině případů chodí do zaměstnání s nachlazením nebo i s jinými nemocemi. Je tedy nutné, aby i učitelky byly soudné. V případě, že učitelka upozorňuje rodiče na nachlazení jejich dítěte, musí také zvážit, zda její zdravotní stav je také adekvátní k výkonu její profese (práci s dětmi). V tomto případě by mohli mít i rodiče námitky a stěžovat si na vedení mateřské školy (popř. u vedoucí učitelky).

Za zvážení stojí i to, proč učitelky zaujímají ke svému zdraví takový postoj a co je k tomu vede (strach z časté nemocnosti, finanční ohodnocení, špatně přijímaná skutečnost kolegy).

Respondenti se v rámci hodnocení průměru u tohoto tvrzení (viz tab. č. 19) octlí na škále na stupni - spíše souhlasím. Můžeme tedy konstatovat, že respondenti navštěvují pravidelně preventivní prohlídky.

**Tab. č. 19** Tvrzení číslo 54: „Pravidelně navštěvuji preventivní prohlídky.“

Počet respondentů	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
100	1,00	5,00	4,33	1,10147

Z praxe mohu říci, že učitelky v mateřských školách v Otrokovicích musí navštěvovat pravidelně preventivní prohlídky u závodního lékaře mateřské školy. Jedná se o interval 3 roky, kdy věk učitelky je do 50 let a v intervalu 2 roky, kdy je učitelce nad 50 let. Tyto intervaly se musí dodržet, jinak učitelka nemůže nastoupit do pracovního procesu (striktně



dodržované pravidlo). Respondenti také mohli pochopit návštěvu pravidelných preventivních prohlídek i u jiných odborníků (dentista, gynekolog atd.). Je potřeba, aby nejen zaměstnavatel, ale i respondenti měli povědomí o tom, jak je důležité tyto prohlídky dodržovat a absolvovat.

Respondenti se v hodnocení průměru u tohoto tvrzení (viz tab. č. 20) octli na škále, že s ním rozhodně souhlasí (z větší části). Můžeme tedy říci, že respondenti souhlasí s tím, že učitelky mohou před dětmi kouřit.

**Tab. č. 20** Tvrzení číslo 55: „Učitel/učitelka MŠ může kouřit před dětmi.“

Počet respondentů	Minimum	Maximum	Průměr	Směrodatná odchylka
100	1,00	5,00	4,83	,72551

Soudím, že při tomto tvrzení došlo možná k chybě ze strany respondentů, a to zejména při vyplňování jejich dotazníku (nízká koncentrace). Dle mého názoru tak mohlo dojít na základě toho, že se jednalo o poslední položku (tvrzení) v dotazníku a respondenti při spěchu mohli přehlédnout správné znění tvrzení a tím se následně změnila i objektivita hodnocení.

S výsledkem osobně nesouhlasím, nejsem zastáncem toho, aby děti viděly učitelku kouřit cigarety a už vůbec ne, aby děti přišly do styku s nikotinem (pasivní kouření).

### 3.6.2 Interpretace výsledků ke stanoveným hypotézám

**Tab. č. 21** Test významnosti mezi kategoriemi praxe (ANOVA)

	Součet všech rozptylů	df	Průměr rozptylů	F	Sig.
Mezi skupinami	,181	3	,060	1,014	,390
V rámci skupiny	5,527	93	,059		
Celkem	5,708	96			

Tab. č. 21 popisuje rozdíly v průměrech mezi skupinami, a to zejména v rámci kategorie praxe (na základě testu). Test významnosti mezi kategoriemi praxe vyšel jako nesigni-

kantní (Sig.). Signifikace nám ukazuje statistickou významnost nebo příznačnost. V tomto případě můžeme říci, že výsledek je statisticky nevýznamný, nepříznačný.

**Tab. č. 22** Hypotéza č. 1: Předpokládáme, že učitelé s praxí více než deset let mají pozitivní postoj ke zdraví oproti učitelům s praxí pod deset let.

Respondenti nad 10 let praxe	Respondenti pod 10 let praxe
Průměr	Průměr
3,06	3,00

Na základě výsledků z průměru v rámci kategorie praxe nad deset let a pod deset let praxe (viz tab. č. 22) tuto hypotézu **přijímám a potvrzuji**. Respondenti nad deset let praxe mají o 0,06 více pozitivní postoj ke zdraví, jak učitelů pod deset let praxe.

**Tab. č. 23** Hypotéza č. 2: Předpokládáme, že pozitivní postoj ke zdraví mají starší učitelé nad třicet let oproti mladším učitelům pod třicet let.

Respondenti nad 30 let	Respondenti pod 30 let
Průměr	Průměr
3,03	3,00

Na základě výsledků z průměru v rámci věkové kategorie respondentů nad třicet let a pod třicet let (viz tab. č. 23) tuto hypotézu **přijímám a potvrzuji**. Respondenti nad třicet let mají o 0,03 více pozitivní postoj ke zdraví, jak učitelů nad třicet let.

Na základě výsledků hypotéz můžeme uvést, že učitelé s praxí nad deset let, ale také ve věku nad třicet let, mají více pozitivní postoj ke zdraví oproti učitelům, jejichž věk je méně jak třicet let a délka praxe je menší než deset let. Dle mého názoru je tak na základě přístupu ke zdraví. Mladší učitelé (respondenti) se sice často věnují sportovním (i pohybovým) aktivitám a snaží se tak podporovat své zdraví, ale také u nich může ještě docházet k experimentům s návykovými látkami. U starších učitelů (respondentů) také podle mě často převládá názor našich předků a to se také může odrazit na daných výsledcích a zjištěních výzkumu.

### 3.6.3 Interpretace výsledků dle kategorie praxe a věkové kategorie respondentů

**Tab. č. 24** Postoje ke zdraví z hlediska věkové kategorie respondentů

Věkové kategorie	Průměr
21-30 let	3,00
31-40 let	2,98
41-50 let	3,12
51-60 let	3,00

Na základě výsledků průměrů z tab. č. 24 můžeme říci, že nejlepší (a i pozitivní) postoj a tím tedy i pozitivní postoj ke zdraví má věková skupina 41-50 let. Nejméně pozitivní postoj ke zdraví má tak věková skupina 31-40 let.

**Tab. č. 25** Postoje ke zdraví z hlediska kategorie praxe

Kategorie praxe	Průměr
0-5 let	3,02
6-10 let	2,90
11-20 let	3,00
nad 21 let	3,09

Dle výsledků z tab. č. 25 můžeme říci, že nejlepší a nejvíce žádoucí postoj ke zdraví z hlediska kategorie praxe mají respondenti nad 21 let praxe. Nejméně pozitivní postoj ke zdraví z hlediska praxe má kategorie 6-10 let.

## 3.7 Závěry a shrnutí výsledků výzkumu

První důležitou částí bylo vytvořit tvrzení pomocí tří-složkového modelu postojů (kognitivní, konativní a afektivní složka postoje). Bylo vytvořeno 75 tvrzení (více viz příloha P 1), což vycházelo 25 tvrzení na jednotlivou složku postoje. Následně byl tento počet snížen na 55 (na základě faktorové analýzy). Těchto 55 tvrzení bylo zahrnuto do dotazníku, který byl využit v dotazníkovém šetření. Byly zde také využity demografické údaje o respondentovy (věk, pohlaví, délka praxe a působiště respondenta).

Dotazník byl sestaven na základě tvrzení tak, aby se jednotlivé složky vzájemně prolínaly a dotazník byl tak pro respondenty atraktivní a aby byli ochotni spolupracovat při výzkumném šetření. Hlavní výzkumnou metodou byl tedy dotazník využívající Likertovu škálu.

Respondent měl za úkol na číselné škále 1 - 5 vyjádřit svou míru souhlasu nebo nesouhlasu s daným tvrzením (rozhodně nesouhlasím - rozhodně souhlasím) tak, že zakroužkoval svoji odpověď na této číselné škále. Odpovědi, které byly nečitelné a nevhodně vyplněné (nebo vůbec nevyplněné), nebyly do dat započítány. Políčko u daného tvrzení zůstalo v rámci hodnocení prázdné. Nula se jako hodnota nezapisuje, jelikož se jedná o konkrétní hodnotu, která by výsledky šetření zkreslila.

Po vytvoření vizuální stránky dotazníku, vybrání verze dotazníku a především po stanovení výzkumných otázek, cílů výzkumu a hypotéz, byl dotazník dán do oběhu mezi respondenty (učitele a učitelky mateřských škol) ve Zlínském kraji. Původní záměr byl dát dotazník mezi respondenty v městech Zlín a Otrokovice, ale nebylo by možné sehnat dostatečný počet respondentů pro naše dotazníkové šetření. Taktéž nebylo možné dát dotazník do oběhu mezi respondenty ve Zlínském kraji a Olomouckém kraji. Jednalo by se tak o velké množství potencionálních respondentů a taktéž by se jednalo o složitý a časově náročný výzkum. Výzkumný soubor byl dostupný a tvořili ho učitelé a učitelky mateřských škol ve Zlínském kraji.

Dotazníkové šetření se odehrávalo v měsících prosinec 2015 až leden 2016 a zúčastnilo se ho 100 respondentů z oslovených 130 respondentů (návrstnost dotazníku 77%). Tito respondenti byli v rámci dotazníku informováni o jeho anonymitě a využitelnosti těchto dat pouze k výzkumnému šetření.

Po sesbírání dat od respondentů (z terénu) byla tato data vložena do elektronická datové matice v Microsoft Office Excel 2007. Datová matice obsahuje sloupce a řádky. Každý sloupec představuje jednu oblast, okruh nebo tvrzení, který dotazník obsahuje. Řádky pak náležejí jednotlivým respondentům, kteří se dotazníkového šetření zúčastnili.

Na ověření validity výzkumného nástroje byla využita faktorová analýza jednotlivých oblastí, která bohužel nevyšla u žádné vytvořené varianty v rámci tvorby výzkumného nástroje (snaha o vytvoření až čtyř variant).

Reliabilita (statistická) byla vypočítána pomocí Cronbachova koeficientu alfa, který měl určit jistou spolehlivost a homogenitu jednotlivých položek (tvrzení) v rámci dotazníku (vnitřní konzistenci a soudržnost dotazníku). Korelační hodnota by se měla pak pohybovat

od 0,7 a výše, aby jednotlivá tvrzení spolu korelovala a tím byla i zajištěna soudržnost a konzistence dotazníku. Naše hodnota vyšla 0,594 v rámci 55 položek v dotazníku, což znamená, že dotazník má nízkou homogenitu a soudržnost, avšak byl postačující pro naše výzkumné šetření. Domníváme se, že k tomuto došlo zejména z důvodu nedostatečného počtu oslovení respondentů. V rámci příštího výzkumu by byla potřeba ještě dotazník zpracovat, a to nejen z hlediska velikosti výzkumného vzorku, ale také i z hlediska konzistence jednotlivých položek, které souvisejí přímo se zdravím.

V rámci dotazníku a jeho vyhodnocení byla také zjišťována směrodatná odchylka, a to u každého tvrzení zvlášť, tak i u dotazníku jako celku. Využit byl také průměr, a to jak u délky praxe (průměr podle kategorie praxe), tak i u každého jednotlivého tvrzení (průměr podle položek), ale i za celý dotazník (průměr za celý dotazník). Jedná se o deskriptivní statistiku.

Z dotazníku bylo také vybráno a rozebráno patnáct tvrzení (včetně výsledků), jejichž výsledky byly pro náš výzkum zajímavé (jejich výsledná hodnota). Tato tvrzení byla rozebrána a byla zjišťována jejich možná příčina a tím tedy i daný postoj ke zdraví (zejména z úhlu pohledu učitelky mateřské školy). Na základě těchto vyhodnocených dat bylo možné zodpovědět první a druhou dílčí výzkumnou otázku (více viz příloha P 2 a P 5).

Pro potvrzení nebo vyvrácení hypotéz byla také kromě kategorie praxe respondentů (0-5 let, 6-10 let, 11-20 let, nad 21 let) vytvořena i věkové kategorie respondentů (21-30 let, 31-40 let, 41-50 let, 51-60 let). Největší zastoupení měla v dotazníku věková kategorie 21-30 let, a to v zastoupení 52% a největší zastoupení v rámci délky praxe měla kategorie 0-5 let praxe (53%). V rámci věkové kategorie nebyl započten pouze jeden respondent, u kterého byl při zapisování dat do elektronické datové matice chybně vyplněn tento údaj.

V rámci hodnocení je zmíněn i Test významnosti mezi kategoriemi praxe (ANOVA - analýza rozptylu) v rámci délky praxe respondentů, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření. Tento test významnosti ukázal, že rozdíly v průměrech mezi skupinami v rámci kategorie praxe jako nesignifikantní (statisticky nevýznamné, nepříznačné).

Pro potvrzení nebo vyvrácení hypotéz byl využit průměr v rámci Microsoft Office Excel 2007, a to na základě dat od respondentů dle stanovených hypotéz. Na základě výsledků byla první hypotéza potvrzena - hypotéza na základě délky praxe a i druhá hypotéza byla potvrzena - hypotéza na základě věkové kategorie.

Cílem výzkumu bylo zjistit, jaký postoj zauímají učitelé mateřské školy ve Zlínském kraji k civilizačním onemocněním a zjistit, jak podporují učitelé mateřských škol ve Zlínském kraji své zdraví. Cíle byly splněny pomocí dotazníkového šetření, kterým bylo odpovězeno na dílčí výzkumné otázky (více viz příloha P 2 a P 5). Bylo zjištěno, že respondenti podporují své zdraví zejména sportem a pohybovými aktivitami, taktéž smysluplně využívají svůj volný čas, který tráví s rodinou a přáteli. Ve svém volném čase respondenti hodně relaxují. Můžeme říci, že pracovní proces a práce s dětmi neomezují respondenty v jejich volném čase. Respondenti jsou si také vědomi, že prevence je důležitá (navštěvují pravidelné preventivní prohlídky) a s nachlazením by neměli chodit do zaměstnání. Dle svých vlastních zkušeností vím, že tomu tak není. Respondenti také zaznamenali, že většinu jejich nemocí ovlivňuje charakter jejich práce (práce s dětmi).

V rámci zjišťování postojů respondentů k civilizačním onemocněním bylo zjištěno, že jedince ovlivňují kolegové i kolegyně v pití kávy a ve vztahu ke kofeinu. Kofein jim poskytuje rychlý přísun energie. Dá se říci, že bez něj respondenti nezačnou svůj den (pracovní proces). Ve vztahu k lékům zauímají respondenti pozitivní postoj, využívají medikamenty. Bylo zaznamenáno, že respondenty podporují zaměstnavatelé v prevenci a podpoře zdraví. V rámci vztahu k nikotinu bylo zaznamenáno, že učitelka může před dětmi užívat tabákové výrobky, pasivní kouření dle jejich názoru neškodí našemu organismu. Tabákové výrobky a nikotin přináší respondentům uspokojení. Respondenti jsou si vědomi, že při charakteru této práce (profese) nesmí učitel/učitelka mít pozitivní postoj k alkoholu (trpět alkoholismem), mohlo by tak dojít k poškození jména a pověsti mateřské školy. Konstatuji, že respondenti k alkoholu nemají tak kladný vztah a postoj (oproti kofeinu a nikotinu). Postoj k drogám a k drogově závislým je negativní. Drogově závislého kolegu by respondenti v mateřské škole nesnesli. Dle jejich názoru by učitel/učitelka mateřské školy neměla být drogově závislá. Současně probíranou problematikou je syndrom vyhoření. Respondenti jsou si vědomi, že tento jev se může vyskytnout i v rámci této profese. Práce učitelky mateřské školy je často stresující a vysilující (zejména spolupráce a komunikace s rodiči). Důležitou roli zde také hraje klima mateřské školy a pracovní vztahy mezi kolegy.

V rámci vyhodnocování průměru u všech věkových kategorií bylo zjištěno, že i věk může ovlivnit postoje učitelů mateřských škol ke zdraví (i u délky praxe). Tyto rozdíly byly zjišťovány pomocí hypotéz. Cílem první hypotézy bylo zjistit, zda učitelé s praxí nad deset let mají více pozitivní postoj ke zdraví oproti učitelům s praxí pod deset let. Tato hypotéza byla potvrzena. Cílem druhé hypotézy bylo zjistit, zda učitelé nad třicet let mají více pozi-

tivní postoj ke zdraví oproti učitelům pod třicet let. Tato hypotéza byla také potvrzena. Jednotlivé kategorie (věk i délka praxe) byly porovnány mezi sebou, aby byly zjištěny rozdíly mezi respondenty jak v rámci věkové kategorie, tak i kategorie praxe.

Můžeme tedy říci, že jsou rozdíly v postojích ke zdraví jak u respondentů na základě délky praxe, tak i na základě věku. Respondenti nad třicet let a s délkou praxe nad deset let mají více pozitivní postoje ke zdraví. Můžeme soudit, že tyto rozdíly vznikly na základě individuálního vnímání této problematiky, informovanosti o této problematice a následně hraje roli i životní styl a postoj jedince ke zdraví.

V rámci zpracování dat z dotazníkového šetření (viz tab. č. 5) můžeme říci, že respondenti zaujímají neutrální postoj ke zdraví. Na základě této skutečnosti můžeme odpovědět na hlavní výzkumnou otázku.

## ZÁVĚR

Cílem teoretické části bylo uvedení do problematiky zdraví a postojů učitelů mateřských škol ke zdraví. Tuto problematiku jsme se snažila obsáhnout z různých úhlů pohledu a zaměřit se i na jednotlivé aspekty, které se odrazily i v praktické části. Jedná se zejména o obsah dotazníku, ale i samotnou konstrukci a sestavování dotazníku. V rámci teoretické části byly vysvětleny jednotlivé kroky (sled) mého konání.

Mým hlavním cílem bylo však předat učitelům a učitelkám mateřských škol povědomí o tom, jak je důležité, aby ke svému zdraví přistupovali s úctou a respektem. Je potřeba, aby své jednotlivé kroky promysleli a zvážili dříve, než by mohlo být pozdě. Zdraví máme jen jedno a je potřeba k němu i tak přistupovat a vážit si ho.

Dle mého názoru přináší tato práce přínos zejména díky tomu, že máme možnost zaznamenat, jak přistupují ke svému zdraví (jaký k němu mají postoj) učitelé a učitelky mateřských škol ve Zlínském kraji. Sama jsem tak získala povědomí o tom, jak přistupují ke svému zdraví kolegyně a kolegyně v jiných mateřských školách v tomto kraji.

Myslím si, že by bylo možné pohlédnout na tuto problematiku i pomocí kvalitativního typu výzkumu, a to prostřednictvím interview a zjistit tak hlouběji a přímo od participantů (tedy mých respondentů) přímé důvody, proč ke zdraví tak přistupují, co je k tomu vede a jestli mají povědomí o možných negativních následcích, které svým konáním mohou způsobit nejen sobě, ale i lidem ve svém okolí. Bylo by tak přínosné tuto problematiku hlouběji analyzovat

Cílem praktické části bylo zjistit a analyzovat postoje učitelů mateřských škol ke zdraví, což se podařilo v rámci dotazníkového šetření. V rámci výzkumného šetření byl využit dotazník sestavený v Likertových škálách. Hlavní výzkumnou metodou byl tedy dotazník, který obsahoval 55 tvrzení. Respondent měl za úkol na číselné škále 1 - 5 vyjádřit svou míru souhlasu nebo nesouhlasu s daným tvrzením (rozhodně nesouhlasím - rozhodně souhlasím). Všichni respondenti byli obeznámeni s tím, že se jedná o anonymní výzkum a i o tom, k čemu získaná data budou sloužit (k čemu budou využity).

Cílem výzkumu bylo zjistit, analyzovat postoje učitelů mateřských škol ke zdraví zejména u učitelů/učitelek mateřských škol ve Zlínském kraji. Tento cíl byl na základě výzkumu splněn. Na základě stanovených dílčích otázek bylo zjištěno, že učitelky mateřské školy mají spíše pozitivní vztah ke kouření, než k alkoholu a drogám. Učitelky jsou si také vě-



domy negativního vlivu stresu na náš organismus (i jeho možné následky u učitelky mateřské školy - syndrom vyhoření). Na základě výzkumu byly zodpovězeny výzkumné otázky a byly i potvrzeny stanovené hypotézy (věková kategorie, kategorie praxe).

Tvoření bakalářské práce bylo časově náročné (na časovou dotaci), a to zejména díky sbírání dat v terénu od respondentů, kteří se zúčastnili dotazníkového šetření a následné zpracování, analyzování a interpretování těchto dat a výsledků. Dotazníkové šetření probíhalo v měsících prosinec 2015 až leden 2016. Tvoření výzkumného nástroje však probíhalo od září 2015 až po listopad 2015.

Bakalářskou práci bych tak ráda věnovala všem učitelům a učitelkám mateřských škol jako poděkování za jejich odvedenou práci, která mnohdy přináší strasti, ale ve většině případů je obohacující a hlavně neocenitelná. Děti jsou naše budoucnost, a co do nich zasejeme, to v příštích letech i sklídíme. Tak to funguje i ve zdraví. Co do zdraví investujeme a zejména, co jsme do něj již investovali, to také sklídíme. Mým přáním je, aby si učitelé i učitelky mateřských škol vzali z možných výsledků ponaučení do dalších let.

Na základě zpracování dat získaných od respondentů (učitelů/učitelek mateřské školy) a následné interpretace výsledků výzkumného šetření vzniklo doporučení pro praxi mateřských škol, ale také doporučení pro učitele mateřských škol. Tato doporučení jsou směřována respondentům, ale i učitelům a učitelkám mateřských škol, kteří se věnují této profesi, jako jisté doporučení pro jejich současnou, ale i budoucí praxi. Patří zde:

➤ Doporučení pro praxi mateřských škol (vedení mateřské školy a vedoucí učitelky mateřské školy):

- více podporovat učitele v prevenci a ochraně zdraví (peněžní částka na vitamíny, permanentka do lázní, permanentka do solné jeskyně, wellness atd.);
- eliminovat negativní klima mateřské školy působící nejen negativně na zdraví učitele/učitelky mateřské školy, ale i dětí a rodiče, ale také na náladu a vztah učitele/učitelky mateřské školy k práci;
- podporovat týmovou spolupráci a vztahy mezi kolegy (zamezit/vyhnut se přebytečné stresové zátěži, nechuti k práci, možná až stresu z práce - může vést až k syndromu vyhoření);
- ochrana a podpora učitele při komunikaci a spolupráci s rodiči a jejich dětmi, což může způsobit stres a stresové vypětí učitele/učitelky mateřské školy.

➤ Doporučení pro učitele mateřských škol, vyplývající z výzkumu

- uvědomit si, že i nachlazení je nemoc a vzít tento stav zodpovědně, nikoliv jen formálně v rámci dotazníkového šetření - klidový režim, návštěva lékaře, popř. PN;
- nadále navštěvovat pravidelné preventivní prohlídky u odborníků, konzultovat svůj stav s odborníky;
- v případě pohybových a sportovních aktivit je v některých případech potřeba konzultace s odborníkem (zátěž na pohybový aparát, klouby atd.), přestože mohou některé věkové kategorie uvést, že necvičí na základě doporučení odborníka;
- smysluplně využívat svůj volný čas a trávit volný čas s rodinou a přáteli, věnovat se svým zálibám, vyhledávat zajímavé koníčky, pečovat o svoji osobu po všech stránkách;
- vzít v potaz důležitost prevence a podpory zdraví v rámci charakteru této práce (práce s dětmi) a přizpůsobit podporu a prevenci zdraví na základě této skutečnosti;
- pokusit se změnit pohled a vztah ke kofeinu a jeho užívání, nenechat se ovlivnit skupinovým míněním a skupinovými postoji (nenechat se ovlivnit kolegy/kolegyněmi);
- uvědomit si propojení a vztah léků (medikamentů) a vitamínů, jejich důležitost;
- více užívat vitamíny na přírodní bázi, než medikamenty pro podporu a prevenci zdraví;
- zajímat se o problematiku zdraví;
- zjistit si možné následky pasivního kouření (odraz na našem zdraví), omezit užívání tabákových výrobků, uvědomit si následky užívání nikotinu.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

- [1] ČELEDOVÁ, Libuše a Rostislav ČEVELA, 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-3213-8.
- [2] ČÍŽKOVÁ, Jitka, 2000. *Přehled sociální psychologie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 80-244-0150-9.
- [3] DAHLKE, Ruediger, 2006. *Program pro zdraví: správné dýchání, pohyb, výživa a relaxace*. Praha: Euromedia Group, k. s. - Ikar. ISBN 80-249-0732-1.
- [4] DIEHL, Hans, Aileen LUDINGTONOVÁ a Peter PRIBIŠ, 2009. *Síla zdraví*. Vyd. 2. Praha: Advent-Orion, spol. s. r. o. ISBN 978-80-7172-093-5.
- [5] GAVORA, Peter, 1996. *Výzkumné metody v pedagogice*. Brno: Paido. ISBN 80-85931-15-X.
- [6] HARTL, Pavel a Helena HARTLOVÁ, 2015. *Psychologický slovník*. 3. aktualiz. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0873-0.
- [7] KAPLAN, R., J. SALLIS a T. PATTERSON, 1996. *Zdravie a správanie človeka*. Bratislava: SPN. ISBN 80-08-00332-4.
- [8] KEBZA, Vladimír, 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia. ISBN 80-200-1307-5.
- [9] KOHOUTEK, Rudolf a kol., 1998. *Základy sociální psychologie*. Brno: CERM. ISBN 80-7204-064-2.
- [10] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2001. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-551-2.
- [11] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, spol. s.r.o. ISBN 80-247-0179-0.
- [12] KŘIVOHLAVÝ, Jaro, 2009. *Psychologie zdraví*. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-568-4.
- [13] LIBA, Jozef, 2010. *Výchova k zdraviu*. Prešov: Vydavateľstvo Prešovskej univerzity v Prešove. ISBN 978-80-555-0070-6.
- [14] MACHOVÁ, Jitka a Dagmar KUBÁTOVÁ a kol., 2009. *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-2715-8.
- [15] MERTIN, Václav a Ilona GILLERNOVÁ (eds.), 2010. *Psychologie pro učitelky mateřské školy*. 3. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-627-8.
- [16] MÍČEK, Libor, 1984. *Duševní hygiena*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství. ISBN 14-400-84.

- [17] MIKULÁŠTÍK, Milan, 2003. *Komunikační dovednosti v praxi*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 80-247-0650-4.
- [18] MUSIL, Jiří, 2005. *Sociální psychologie*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. ISBN 80-7318-292-0.
- [19] MUSIL, J. V., 2010. *Stres, syndrom vyhoření a mentálně hygienické optima v dynamice lidského sociálního chování*. Olomouc: Jiří Musil - Psychologická a výchovná poradna. ISBN 978-80-903449-9-0.
- [20] MÜLLEROVÁ, Dana, 2003. *Zdravá výživa a prevence civilizačních nemocí ve schématech*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-421-7.
- [21] NAPIERALA, Marek et al., 2010. *Pedagogy of health in physical culture*. Poznaň: Perfekt Gaul i wsp. sp. j. ISBN 978-83-62750-02-3.
- [22] PAYNE, Jan a kol., 2002. *Zdraví: hodnota a cíl moderní medicíny*. Praha: Triton. ISBN 80-7254-293-1.
- [23] PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ, 2013. *Pedagogický slovník*. 7. aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0403-9.
- [24] ŘEHULKA, Evžen (ed.), 2011. *Health literacy through education: School and health 21*. Brno: Masaryk University with collaboration by MSD. ISBN 978-80-210-5720-3.
- [25] STŘEDA, Leoš, Eva MARÁDOVÁ a Tomáš ZIMA, 2010. *Vybrané kapitoly o zdraví*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-7290-480-8.
- [26] ŠVINGALOVÁ, Dana, 2006. *Stres a „vyhoření“ u profesionálů pracujících s lidmi*. Liberec: Technická univerzita v Liberci. ISBN 80-7372-105-8.
- [27] VONDRÁČEK, Miroslav a kol., 1992. *Kapitoly ze zdravotní výchovy*. Praha: FORTUNA. ISBN 80-85298-85-6.
- [28] WIEGEROVÁ, Adriana, Soňa KRŠJAKOVÁ a Róbert BALOGH, 2000. *Na cestě za zdravím*. Bratislava: Iuventa. ISBN 80-88893-47-X.
- [29] WIEGEROVÁ, Adriana, 2005. *Učiteľ' - škola - zdravie, alebo, Pohľad na cieľ'ový program zdravotnej výchovy cez názory a postoje učiteľ'ov 1. stupňa základných škôl*. Bratislava: Regent. ISBN 80-88904-37-4.

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

A kol.	A kolektiv
Df.	Stupeň volnosti
DVPP	Další vzdělávání pedagogických pracovníků.
Et al.	A kolektiv.
F.	F - test/ vypočítaná hodnota analýzy variance ANOVA
PN	Pracovní neschopnost.
PRECEDE	Predisponující, podpůrné a umožňující příčiny ve výchovné diagnóze a hodnocení
Resp.	Respektive
Sig.	Signifikace/významnost
WHO	World Health Organization, Světová zdravotnická organizace.

**SEZNAM OBRÁZKŮ**

Číslo	Popis	Strana
1	Vzájemné vztahy mezi zdravím a determinantami zdraví	23

**SEZNAM TABULEK**

Číslo	Popis	Strana
1	Návratnost dotazníku	32
2	Zastoupení respondentů na základě věkových kategorií	33
3	Zastoupení kategorií dle délky praxe respondentů	34
4	Statistická Reliabilita: Cronbachův koeficient alfa	39
5	Deskriptivní statistika - průměr za celý dotazník	39
6	Tvrzení číslo 1: „Piju kávu, protože ji pijí i kolegové/kolegyně v MŠ.“	40
7	Tvrzení číslo 4: „Léky užívám jako prevenci proti nemocem.“	40
8	Tvrzení číslo 7: „Sportuji, abych byla zdravá.“	41
9	Tvrzení číslo 8: „Sportuji, abych měl/a dobrou tělesnou kondici.“	42
10	Tvrzení číslo 12: „Drogově závislého kolegu/yni bych v zaměstnání nesnesla.“	42
11	Tvrzení číslo 13: „Učitel/učitelka MŠ může s nachlazením chodit do zaměstnání.“	43
12	Tvrzení číslo 19: „Práce učitele/učitelky MŠ má negativní dopad na mé zdraví.“	44
13	Tvrzení číslo 20: „Bez šálku kávy nemohu ráno vstávat.“	44
14	Tvrzení číslo 21: „Pasivní kouření není pro organismus škodlivý.“	45
15	Tvrzení číslo 22: „Učitel/učitelka MŠ trpí zejména nemocemi od dětí.“	46
16	Tvrzení číslo 36: „Cigareta mi přináší uspokojení.“	46
17	Tvrzení číslo 47: „Syndrom vyhoření ohrožuje každého učitele/učitelku MŠ.“	47
18	Tvrzení číslo 48: „Když jsem nachlazený/á, chodím do zaměstnání.“	48
19	Tvrzení číslo 54: „Pravidelně navštěvuji preventivní prohlídky.“	48
20	Tvrzení číslo 55: „Učitel/učitelka MŠ může kouřit před dětmi.“	49

---

21	Test významnosti mezi kategoriemi praxe (ANOVA)	49
22	Hypotéza č. 1: Předpokládáme, že učitelé s praxí více než deset let mají pozitivní postoj ke zdraví oproti učitelům s praxí pod deset let.	50
23	Hypotéza č. 2: Předpokládáme, že pozitivní postoj ke zdraví mají starší učitelé nad třicet let oproti mladším učitelům pod třicet let.	50
24	Postoje ke zdraví z hlediska věkové kategorie respondentů	51
25	Postoje ke zdraví z hlediska kategorie praxe	51

---



**SEZNAM GRAFŮ**

Číslo	Popis	Strana
1	Věkové kategorie respondentů - zastoupení respondentů (v %)	33
2	Průměr podle kategorie praxe	34

**SEZNAM PŘÍLOH**

- PŘÍLOHA P 1 Rozdělení tvrzení v dotazníku č. 1 dle tří-složkového modelu postojů
- PŘÍLOHA P 2 Deskriptivní statistika - průměr podle jednotlivých položek dotazníku
- PŘÍLOHA P 3 Graf - průměr rozložení dat
- PŘÍLOHA P 4 Dotazník varianta č. 1
- PŘÍLOHA P 5 Dotazník varianta č. 2

**PŘÍLOHA P 1: ROZDĚLENÍ TVRZENÍ V DOTAZNÍKU Č. 1 DLE  
TŘÍ-SLOŽKOVÉHO MODELU POSTOJŮ**

<b>Kognitivní složka postoje</b>	<b>Afektivní složka postoje</b>	<b>Konativní složka postoje</b>
Sportuji, abych byla zdravá.	<b>Práce učitele/učitelky MŠ mi přináší potěšení.</b>	Se cvičením jsem začal/a po doporučení odborníka.
<b>Člověk by měl po pracovní době relaxovat.</b>	<b>Práce s dětmi mi přináší uspokojení.</b>	Sportem odbourávám zátěž z práce.
Práce učitele/učitelky MŠ má negativní dopad na mé zdraví.	Cigareta mi pomáhá uspokojit nervy.	<b>Po pracovní době se snažím věnovat svým potřebám.</b>
Učitel/učitelka MŠ může kouřit před dětmi.	Káva mi pomáhá uklidnit.	Cvičením si kompenzuji tělesnou zátěž z práce.
Pasivní kouření není pro organismus škodlivý.	Káva mi dodává potřebnou energii k práci.	Ve volném čase se věnuji pracovním záležitostem.
Učitel/učitelka MŠ může před dětmi pít alkohol.	<b>Práce s dětmi mi dodává energii.</b>	Začal/a jsem kouřit na základě stresující situace.
Alkoholik/alkoholička může pracovat jako učitel/učitelka MŠ.	Práce s dětmi negativně ovlivňuje mé zdraví.	Léky užívám jako prevenci proti nemocem.
S alkoholikem/alkoholičkou jako kolegou/kolegyní bych se nesmířila.	Komunikace s rodiči je pro mě stresující.	<b>Učitel/učitelka MŠ by měla užívat jako prevenci pouze vitamíny.</b>
Kolega/kolegyně, která kouří, je pro mě obtěžující.	<b>Práce učitele/učitelky MŠ mě unavuje.</b>	Bez šálku kávy nemohu ráno vstát.
Drogově závislého kolegu/kolegyni bych v práci nesnesla.	<b>Práce učitele/učitelky MŠ mě neuspokojuje.</b>	Piju kávu, protože ji pijí i kolegové/kolegyně v MŠ.
Učitel/učitelka MŠ by neměla být drogově závislá.	<b>Práce učitele/učitelky MŠ nesplnila mé očekávání.</b>	Vyhýbám se nemocným dětem v MŠ.

Kolegu/kolegyni alkoholi-ka/alkoholičku bych brala jako ohrožující mé zdraví.	<b>Pozitivní sociální vztahy v MŠ jsou důležité pro sociální pohodu učitele/učitelky MŠ.</b>	Stresovým situacím se snažím vyhýbat.
Učitel/učitelka MŠ trpí zejména nemocemi od dětí.	Cigareta mi přináší uspokojení.	Zaměstnavatel podporuje učitele/učitelku MŠ k ochraně a prevenci zdraví.
<b>Důležitou prevencí proti nemocem je odpočinek.</b>	<b>Relaxace působí pozitivně na mé zdraví.</b>	Pravidelně navštěvuji preventivní prohlídky.
Nemocný/á kolega/kolegyně neohrožuje mé zdraví.	Sport mi přináší uspokojení.	Relaxuji, abych chránila své zdraví.
<b>Prostředí MŠ působí negativně na mé zdraví.</b>	Masáže mi navozují pocit uvolnění.	Cvičím, abych byla fit.
Učitel/učitelka MŠ může s nachlazením chodit do práce.	Pohybové aktivity mi přináší pocit radosti.	Když jsem nachlazený/á, chodím do práce.
<b>Nachlazení je nemoc, kterou je potřeba léčit.</b>	<b>Cvičení mi nepřináší uspokojení.</b>	Pravidelně nakupuji medikamenty k ochraně a prevenci zdraví.
Káva neškodí našemu zdraví.	Stresující situace působí negativně na mou náladu.	Ve svém volném čase chodím na procházky do přírody.
Syndrom vyhoření ohrožuje každého učitele/učitelku MŠ.	Sportování mě nabíjí pozitivní energii.	Ve svém volném čase trávím čas s přáteli a rodinou.
<b>Syndrom vyhoření nepostihuje učitele/učitelky MŠ.</b>	Když sportuji, mám ze sebe větší radost.	Sportuji, abych měl/a dobrou kondici.
<b>Syndromu vyhoření se nedá předcházet.</b>	Sklenička vína mi přináší pocit vnitřní rovnováhy.	Sportuji, abych vybil/a stres.
Kolega/kolegyně alkoholi-ka/alkoholička by poškodil/a pověst mateřské školy.	<b>Medikamenty pomáhají mému tělu v případě ne-</b>	Piju kávu, protože ji pijí kolegové/kolegyně v MŠ.

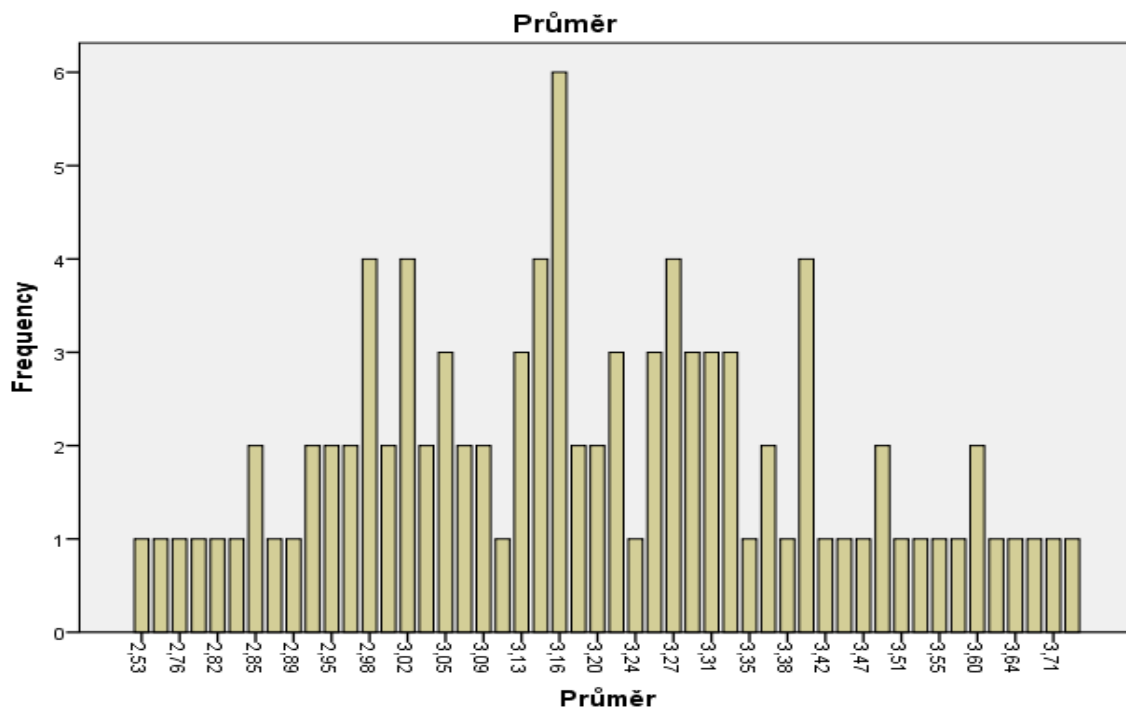
	<b>moci.</b>	
Pracovní vytížení mi neumožňuje věnovat se volnočasovým aktivitám.	<b>Pracovní vytížení je pro mě stresující.</b>	<b>Ve svém volném čase se věnuji zálibám.</b>
Sport představuje odreagování.	Práce učitele/učitelky MŠ je stresující.	Alespoň dvakrát týdně se věnuji sportovním aktivitám.

**PŘÍLOHA P 2: DESKRIPTIVNÍ STATISTIKA - PRŮMĚR PODLE  
JEDNOTLIVÝCH POLOŽEK DOTAZNÍKU**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
P1	100	1,00	5,00	4,56	,95685
P2	100	1,00	5,00	3,17	1,53119
P3	100	1,00	5,00	4,56	,98801
P4	100	1,00	5,00	3,77	1,33223
P5	100	1,00	5,00	3,42	1,24868
P6	100	1,00	5,00	1,91	1,08334
P7	100	1,00	5,00	3,91	1,03568
P8	100	1,00	5,00	4,00	,98473
P9	100	1,00	5,00	2,20	1,25529
P10	100	1,00	5,00	1,20	,87617
P11	100	1,00	5,00	1,32	1,09064
P12	100	1,00	5,00	4,00	1,63299
P13	100	1,00	5,00	2,91	1,02588
P14	100	1,00	5,00	4,47	1,14992
P15	100	1,00	5,00	4,26	,96001
P16	99	1,00	5,00	1,42	1,02111
P17	100	1,00	5,00	2,82	1,52673
P18	100	1,00	5,00	2,50	1,24316
P19	100	1,00	5,00	3,73	1,22148
P20	99	1,00	5,00	3,97	1,44600
P21	100	1,00	5,00	1,90	1,41064
P22	100	1,00	5,00	3,53	1,20147
P23	100	1,00	5,00	4,41	,94383
P24	100	1,00	5,00	3,96	1,15400
P25	100	1,00	5,00	3,43	1,26535
P26	100	1,00	5,00	2,51	1,33708
P27	100	1,00	5,00	3,96	1,08171
P28	100	1,00	5,00	2,53	1,43164
P29	100	1,00	5,00	3,32	1,36980
P30	100	1,00	5,00	3,87	1,18624
P31	100	1,00	5,00	2,00	1,33333
P32	100	1,00	5,00	4,27	,90849
P33	100	1,00	5,00	3,07	1,28122
P34	100	1,00	5,00	2,34	,99717
P35	100	1,00	5,00	4,31	,90671
P36	100	1,00	5,00	4,55	1,01876
P37	100	1,00	5,00	1,82	1,11355
P38	100	1,00	5,00	1,81	1,14323
P39	100	1,00	5,00	2,05	1,32097
P40	99	1,00	5,00	1,38	1,58247

P41	100	1,00	5,00	2,80	1,32574
P42	100	1,00	5,00	3,12	1,18305
P43	100	1,00	5,00	4,73	,93046
P44	100	1,00	5,00	3,39	1,23824
P45	100	1,00	5,00	3,92	1,15190
P46	100	1,00	5,00	2,87	1,26055
P47	100	1,00	5,00	3,84	1,19528
P48	100	1,00	5,00	2,29	1,04731
P49	100	1,00	5,00	2,85	1,40974
P50	100	1,00	5,00	4,17	1,10147
P51	100	1,00	5,00	4,28	,96484
P52	100	1,00	5,00	2,54	1,33651
P53	100	1,00	5,00	4,53	,80973
P54	100	1,00	5,00	4,33	1,10147
P55	100	1,00	5,00	4,83	,72551
Valid N (listwise)	97				

### PŘÍLOHA P 3: GRAF - PRŮMĚR ROZLOŽENÍ DAT





## PŘÍLOHA P 4: DOTAZNÍK VARIANTA Č. 1

Datum:	Žena nebo muž	Délka praxe:	Otrokovice nebo Zlín
--------	---------------	--------------	----------------------

### Dotazník Attitudes of Kindergarten Teachers to Health

**Vážená kolegyně, vážený kolego!**

*dovolte mi, abych se Vám krátkou cestou představila. Jsem studentkou bakalářského oboru na Učitelství pro mateřské školy na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně a zároveň jsem také paní učitelkou v mateřské škole v Otrokovicích.*

*Ráda bych Vás požádala o spolupráci při mém výzkumu postojů učitelů mateřských škol ke zdraví, který se uskuteční ve vybraných mateřských školách v Otrokovicích a ve Zlíně. Jeho cílem je zjistit a posoudit postoje učitelů mateřských škol k vlastnímu zdraví.*

*V následujícím dotazníku je uvedeno 75 výroků, které máte dle vlastních zkušeností a dle svého přesvědčení a uvážení posoudit tak, že zakroužkujete jednu z nabízených možností. Pokuste se prosím u každého výroku posoudit, do jaké míry s tvrzením souhlasíte. Můžete odpovědět v rozmezí od 1 (rozhodně nesouhlasím) po 5 (rozhodně souhlasím).*

*Výzkum je anonymní, zjištěné údaje jsou důvěrné a budou sloužit pro vědecké účely k mé bakalářské práci. Dotazník zabere jen cca 20 minut Vašeho času a pomůže mi při zpracování výzkumné části mé bakalářské práce.*

*Děkuji Vám za ochotu, kterou mi odpovědným přístupem k vyplnění dotazníku prokazujete.*

*Jana Vykoukalová*

**rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 rozhodně souhlasím**

- |                                                                 |   |   |   |   |   |
|-----------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 1. Piju kávu, protože ji pijí i kolegové/kolegyně v MŠ.         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Alkoholika/alkoholičku bych brala jako ohrožující mé zdraví. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Piju kávu, protože chci zapadnout do kolektivu v práci.      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Léky užívám jako prevenci proti nemocem.                     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Sportem odbourávám zátěž z práce.                            | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Vyhýbám se nemocným dětem v MŠ.                              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Nachlazení je nemoc, kterou je potřeba léčit.                | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Sportuji, abych byla zdravá.                                 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Učitel/učitelka MŠ by měl/a užívat pouze vitamíny.           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Syndrom vyhoření nepostihuje učitele/učitelky MŠ.           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Sklenička vína mi přináší pocit vnitřní rovnováhy.          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Učitel/učitelka MŠ může před dětmi pít alkohol.             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- |                                                                        |           |
|------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 13. Alkoholik/alkoholička může pracovat jako učitel/učitelka MŠ.       | 1 2 3 4 5 |
| 14. Ve svém volném čase se věnuji zálibám.                             | 1 2 3 4 5 |
| 15. Drogově závislého kolegu/kolegyni bych v práci nesnesla.           | 1 2 3 4 5 |
| 16. Učitel/učitelka MŠ může s nachlazením chodit do práce.             | 1 2 3 4 5 |
| 17. Syndromu vyhoření se nedá předcházet.                              | 1 2 3 4 5 |
| 18. Kolega/kolegyně alkoholik/alkoholička by poškodil/a pověst MŠ.     | 1 2 3 4 5 |
| 19. Relaxuji, abych chránil/a mé zdraví.                               | 1 2 3 4 5 |
| 20. Cigareta mi pomáhá uspokojit nervy.                                | 1 2 3 4 5 |
| 21. Práce učitele/učitelky MŠ mi přináší potěšení.                     | 1 2 3 4 5 |
| 22. Kolega/kolegyně, který/á kouří, je pro mě obtěžující.              | 1 2 3 4 5 |
| 23. Po pracovní době se snažím věnovat svým potřebám.                  | 1 2 3 4 5 |
| 24. Práce učitele/učitelky MŠ mě unavuje.                              | 1 2 3 4 5 |
| 25. Člověk by měl po pracovní době relaxovat.                          | 1 2 3 4 5 |
| 26. Pracovní vytížení mi neumožňuje věnovat se volnočasovým aktivitám. | 1 2 3 4 5 |
| 27. Práce učitele/učitelky MŠ má negativní dopad na mé zdraví.         | 1 2 3 4 5 |
| 28. Bez šálku kávy nemohu ráno vstávat.                                | 1 2 3 4 5 |
| 29. Pasivní kouření není pro organismus škodlivý.                      | 1 2 3 4 5 |
| 30. Učitel/učitelka MŠ trpí zejména nemocemi od dětí.                  | 1 2 3 4 5 |
| 31. Pracovní vytížení je pro mě stresující.                            | 1 2 3 4 5 |
| 32. Když sportuji, mám ze sebe radost.                                 | 1 2 3 4 5 |
| 33. Stresující situace působí negativně na mou náladu.                 | 1 2 3 4 5 |
| 34. Zaměstnavatel podporuje učitele MŠ v ochraně a prevenci zdraví.    | 1 2 3 4 5 |
| 35. Komunikace s rodiči je pro mě stresující.                          | 1 2 3 4 5 |
| 36. Cvičím, abych byla fit.                                            | 1 2 3 4 5 |
| 37. Prostředí MŠ působí negativně na mé zdraví.                        | 1 2 3 4 5 |
| 38. Káva mi dodává potřebnou energii k práci.                          | 1 2 3 4 5 |
| 39. Alespoň dvakrát týdně se věnuji sportovním aktivitám.              | 1 2 3 4 5 |
| 40. Ve svém volném čase chodím na procházky do přírody.                | 1 2 3 4 5 |
| 41. Cvičení mi nepřináší uspokojení.                                   | 1 2 3 4 5 |
| 42. S alkoholikem/alkoholičkou jako kolegu bych se nesmířila.          | 1 2 3 4 5 |
| 43. Sportování mě nabíjí pozitivní energií.                            | 1 2 3 4 5 |
| 44. Káva neškodí našemu zdraví.                                        | 1 2 3 4 5 |
| 45. Stresovým situacím se snažím vyhýbat.                              | 1 2 3 4 5 |
| 46. Pohybové aktivity mi přináší pocit radosti.                        | 1 2 3 4 5 |
| 47. Cigareta mi přináší uspokojení.                                    | 1 2 3 4 5 |
| 48. Práce s dětmi negativně ovlivňuje mé zdraví.                       | 1 2 3 4 5 |

49. Práce s dětmi mi přináší uspokojení.	1 2 3 4 5
50. Se cvičením jsem začal/a po doporučení odborníka.	1 2 3 4 5
51. Káva mi pomáhá uklidnit.	1 2 3 4 5
52. Pozitivní sociální vztahy jsou důležité pro sociální pohodu učitele MŠ.	1 2 3 4 5
53. Relaxace působí pozitivně na mé zdraví.	1 2 3 4 5
54. Sportuji, abych měl/a dobrou náladu.	1 2 3 4 5
55. Důležitou prevencí proti nemocem je odpočinek.	1 2 3 4 5
56. Začal/a jsem kouřit na základě stresující situace.	1 2 3 4 5
57. Cvičením si kompenzuji tělesnou zátěž z práce.	1 2 3 4 5
58. Ve volném čase se věnuji pracovním záležitostem.	1 2 3 4 5
59. Práce učitele/učitelky MŠ nesplnila mé očekávání.	1 2 3 4 5
60. Učitel/učitelka MŠ by neměla být drogově závislá.	1 2 3 4 5
61. Sportuji, abych si vybil/a stres.	1 2 3 4 5
62. Medikamenti pomáhají mému tělu v případě nemoci.	1 2 3 4 5
63. Sport mi přináší uspokojení.	1 2 3 4 5
64. Práce učitele/učitelky MŠ mě neuspokojuje.	1 2 3 4 5
65. Práce učitele/učitelky MŠ je stresující.	1 2 3 4 5
66. Syndrom vyhoření ohrožuje každého učitele/učitelku MŠ.	1 2 3 4 5
67. Když jsem nachlazený/á, chodím do práce.	1 2 3 4 5
68. Pravidelně nakupuji medikamenti k ochraně a prevenci zdraví.	1 2 3 4 5
69. Práce s dětmi mi dodává energii.	1 2 3 4 5
70. Masáže mi navozují pocit uvolnění.	1 2 3 4 5
71. Sport představuje odreagování.	1 2 3 4 5
72. Nemocný/á kolega/kolegyně neohrožuje mé zdraví.	1 2 3 4 5
73. Ve svém volném čase trávím čas s přáteli a rodinou.	1 2 3 4 5
74. Pravidelně navštěvuji preventivní prohlídky.	1 2 3 4 5
75. Učitel/učitelka MŠ může kouřit před dětmi.	1 2 3 4 5

**Děkuji Vám za Váš čas věnovaný tomuto dotazníku!**

## PŘÍLOHA P 5: DOTAZNÍK VARIANTA Č. 2

Datum:	Muž nebo žena	Věk:	Zlínský kraj nebo Olomoucký kraj	Délka praxe:
--------	---------------	------	----------------------------------	--------------

### Dotazník Attitudes of Kindergarten Teachers to Health

**Vážená kolegyně, vážený kolego!**

*dovolte mi, abych se Vám krátkou cestou představila. Jsem studentkou bakalářského oboru Učitelství pro mateřské školy na Univerzitě Tomáše Bati ve Zlíně a zároveň jsem také paní učitelkou v mateřské škole v Otrokovicích.*

*Ráda bych Vás požádala o spolupráci při mém výzkumu postojů učitelů mateřských škol ke zdraví, který se uskuteční ve vybraných mateřských školách ve Zlínském kraji a Olomouckém kraji. Jeho cílem je zjistit a posoudit postoje učitelů mateřských škol k vlastnímu zdraví.*

*V následujícím dotazníku je uvedeno 55 výroků, které máte dle vlastních zkušeností a dle svého přesvědčení a uvážení posoudit tak, že zakroužkujete jednu z nabízených možností. Pokuste se prosím u každého výroku posoudit, do jaké míry s tvrzením souhlasíte. Můžete odpovědět v rozmezí od 1 (**rozhodně nesouhlasím**) po 5 (**rozhodně souhlasím**). V případě, že budete chtít odpověď změnit, původní škrkněte a zakroužkujte nově zvolenou odpověď.*

*Výzkum je anonymní, zjištěné údaje jsou důvěrné a budou sloužit pro vědecké účely k mé bakalářské práci. Dotazník zabere jen cca 15 minut Vašeho času a pomůže mi při zpracování výzkumné části mé bakalářské práce.*

*Děkuji Vám za ochotu, kterou mi odpovědným přístupem k vyplnění dotazníku prokazujete.*

*Jana Vykoukalová*

---

**rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 rozhodně souhlasím**

- |                                                                              |                  |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| 1. Piju kávu, protože ji pijí i kolegové/kolegyně v MŠ.                      | <b>1 2 3 4 5</b> |
| 2. Kolegu/kolegyni alkoholika/alkoholičku bych brala jako ohrožující zdraví. | <b>1 2 3 4 5</b> |
| 3. Piju kávu, protože ji pijí i kolegové/kolegyně v zaměstnání.              | <b>1 2 3 4 5</b> |
| 4. Léky užívám jako prevenci proti nemocem.                                  | <b>1 2 3 4 5</b> |
| 5. Sportem odbourávám zátěž ze zaměstnání.                                   | <b>1 2 3 4 5</b> |
| 6. Vyhýbám se nemocným dětem v MŠ.                                           | <b>1 2 3 4 5</b> |
| 7. Sportuji, abych byla zdravá.                                              | <b>1 2 3 4 5</b> |
| 8. Sportuji, abych měl/a dobrou tělesnou kondici.                            | <b>1 2 3 4 5</b> |
| 9. Sklenička vína mi přináší pocit vnitřní rovnováhy.                        | <b>1 2 3 4 5</b> |
| 10. Učitel/učitelka MŠ může před dětmi pít alkohol.                          | <b>1 2 3 4 5</b> |
| 11. Alkoholik/alkoholička může pracovat jako učitel/učitelka MŠ.             | <b>1 2 3 4 5</b> |
| 12. Drogově závislého kolegu/kolegyni bych v zaměstnání nesnesla.            | <b>1 2 3 4 5</b> |

---

**rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 rozhodně souhlasím**

- |                                                                        |           |
|------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 13. Učitel/učitelka MŠ může s nachlazením chodit do zaměstnání.        | 1 2 3 4 5 |
| 14. Kolega/kolegyně alkoholik/alkoholička by poškodil/a pověst MŠ.     | 1 2 3 4 5 |
| 15. Relaxuji, abych chránil/a své zdraví.                              | 1 2 3 4 5 |
| 16. Cigareta mi pomáhá uspokojit nervy.                                | 1 2 3 4 5 |
| 17. Kolega/kolegyně, který/á kouří, je pro mě obtěžující.              | 1 2 3 4 5 |
| 18. Pracovní vytížení mi neumožňuje věnovat se volnočasovým aktivitám. | 1 2 3 4 5 |
| 19. Práce učitele/učitelky MŠ má negativní dopad na mé zdraví.         | 1 2 3 4 5 |
| 20. Bez šálku kávy nemohu ráno vstávat.                                | 1 2 3 4 5 |
| 21. Pasivní kouření není pro organismus škodlivý.                      | 1 2 3 4 5 |
| 22. Učitel/učitelka MŠ trpí zejména nemocemi od dětí.                  | 1 2 3 4 5 |
| 23. Když sportuji, mám ze sebe radost.                                 | 1 2 3 4 5 |
| 24. Stresující situace působí negativně na mou náladu.                 | 1 2 3 4 5 |
| 25. Zaměstnavatel podporuje učitele MŠ v ochraně a prevenci zdraví.    | 1 2 3 4 5 |
| 26. Komunikace s rodiči je pro mě stresující.                          | 1 2 3 4 5 |
| 27. Cvičím, abych byla fit.                                            | 1 2 3 4 5 |
| 28. Káva mi dodává potřebnou energii k práci.                          | 1 2 3 4 5 |
| 29. Alespoň dvakrát týdně se věnuji sportovním aktivitám.              | 1 2 3 4 5 |
| 30. Ve svém volném čase chodím na procházky do přírody.                | 1 2 3 4 5 |
| 31. S alkoholikem/alkoholičkou jako kolegou bych se nesmířila.         | 1 2 3 4 5 |
| 32. Sportování mě nabíjí pozitivní energií.                            | 1 2 3 4 5 |
| 33. Káva neškodí našemu zdraví.                                        | 1 2 3 4 5 |
| 34. Stresovým situacím se snažím vyhýbat.                              | 1 2 3 4 5 |
| 35. Pohybové aktivity mi přináší pocit radosti.                        | 1 2 3 4 5 |
| 36. Cigareta mi přináší uspokojení.                                    | 1 2 3 4 5 |
| 37. Práce s dětmi negativně ovlivňuje mé zdraví.                       | 1 2 3 4 5 |
| 38. Se cvičením jsem začal/a po doporučení odborníka.                  | 1 2 3 4 5 |
| 39. Káva mi pomáhá uklidnit.                                           | 1 2 3 4 5 |
| 40. Začal/a jsem kouřit na základě stresující situace.                 | 1 2 3 4 5 |
| 41. Cvičením si kompenzuji tělesnou zátěž ze zaměstnání.               | 1 2 3 4 5 |
| 42. Ve volném čase se věnuji pracovním záležitostem.                   | 1 2 3 4 5 |
| 43. Učitel/učitelka MŠ by neměla být drogově závislá.                  | 1 2 3 4 5 |
| 44. Sportuji, abych si vybil/a stres.                                  | 1 2 3 4 5 |
| 45. Sport mi přináší uspokojení.                                       | 1 2 3 4 5 |
| 46. Práce učitele/učitelky MŠ je stresující.                           | 1 2 3 4 5 |
| 47. Syndrom vyhoření ohrožuje každého učitele/učitelku MŠ.             | 1 2 3 4 5 |

---

**rozhodně nesouhlasím 1 2 3 4 5 rozhodně souhlasím**

- |                                                                  |           |
|------------------------------------------------------------------|-----------|
| 48. Když jsem nachlazený/á, chodím do zaměstnání.                | 1 2 3 4 5 |
| 49. Pravidelně nakupuji medikamenty k ochraně a prevenci zdraví. | 1 2 3 4 5 |
| 50. Masáže mi navozují pocit uvolnění.                           | 1 2 3 4 5 |
| 51. Sport představuje odreagování.                               | 1 2 3 4 5 |
| 52. Nemocný/á kolega/kolegyně neohrožuje mé zdraví.              | 1 2 3 4 5 |
| 53. Ve svém volném čase trávím čas s přáteli a rodinou.          | 1 2 3 4 5 |
| 54. Pravidelně navštěvuji preventivní prohlídky.                 | 1 2 3 4 5 |
| 55. Učitel/učitelka MŠ může kouřit před dětmi.                   | 1 2 3 4 5 |

**Děkuji Vám za Váš čas věnovaný tomuto dotazníku a přeji Vám pěkný zbytek dne!**