

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Pedagogická fakulta
Katedra výchovy ke zdraví

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Analýza kvality života u pubescentů a
adolescentů s ohledem na cirkadiánní a diurní
rytmy v dětských domovech v Jihočeském kraji

Autor: Bc. Alena Vlková
Studijní program: Vychovatelství
Studijní obor: Vychovatelství se zaměřením na výchovu ke zdraví
Vedoucí práce: Mgr. Petra Vojtová, Ph.D.

České Budějovice, květen 2013

University of South Bohemia in České Budějovice
Faculty of Education
Department of Health Education

DIPLOMA THESIS

Life quality analysis of pubescents and
adolescents with regard to circadian and
diurnal rhythm at children's homes in South
Bohemia

Author: Bc. Alena Vlková
Study programme: Education
Field of study: Education concerning to Health Education
Supervisor: Mgr. Petra Vojtová, PhD

České Budějovice, May 2013

Anotace

Ve své diplomové práci se zabývám kvalitou života s ohledem na cirkadiánní a diurnální rytmy u dětí v dětských domovech v Jihočeském kraji. V teoretické části práce se věnuji pubescentnímu a adolescentnímu věku dítěte, biorytmům, spánku, kvalitě života dětí, popisuji zde i problematiku hodnotové orientace, rodiny a ústavní výchovu.

Hlavní částí práce bylo dotazníkové šetření - Dotazník cirkadiánní typologie CIT Harada, Krejčí (2010). Respondenti jsou rozděleni na pubescenty (10 - 14 let) a adolescenty (15 - 19 let). Výzkum jsem aplikovala v dětských domovech v Písku, Volyni, Radeníně, Žíchovci, Korytě, Boršově nad Vltavou, Homolích a ve Zvíkovském Podhradí. Sběr dat probíhal v období od února 2012 až do října téhož roku. Závěrem práce bylo statistické vyhodnocení dat z dotazníků od 118 probandů obojího pohlaví.

Klíčová slova: cirkadiánní rytmy, diurnální rytmy, pubescence, adolescence, kvalita života, hodnoty, dětské domovy

Abstract

This thesis deals with quality of life with regard to circadian and diurnal rhythm of children at children's homes in South Bohemia. The theoretical part deals with pubescent and adolescent age of a child, circadian and diurnal rhythm, sleep and life quality of children. I also describe issues of value orientation, family and upbringing at children's institutions.

The most important part of the thesis was questionnaire development. Questionnaire The Circadian Typology CIT Harada, Krejčí (2010). There is a group of pubescents (10-14 years) and a group of adolescents (15-19 years). My research involves children's homes in Písek, Volyně, Radenín, Žichovec, Koryto, Boršov nad Vltavou, Homole and in Zvíkovské Podhradí. Data collecting took place since February 2012, to October 2012. The conclusion of the thesis shows results of completed questionnaires from 118.

Keywords: circadian rhythms, diurnal rhythms, pubescence, adolescence, quality of life, values, child's home.

Prohlášení

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

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce.

Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce.

Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 29. dubna 2013

.....

Bc. Alena Vlková

Poděkování

Děkuji vedoucí své diplomové práce Mgr. Petře Vojtové, Ph.D. za odborné vedení, cenné rady a ochotu pomoci při vypracování mé diplomové práce. Také bych chtěla poděkovat ředitelům a dětem z oslovených dětských domovů za jejich spolupráci.

Obsah

1. Úvod.....	9
2. Teoretická část	10
2.1 Rodina.....	10
2.2 Pubescence.....	14
2.3 Adolescence	16
2.4 Biorytmy	18
2.4.1 Cirkadiánní rytmy.....	20
2.4.2 Diurnální rytmy	24
2.5 Spánek.....	26
2.6 Kvalita života.....	29
2.7 Hodnotová orientace	33
2.8 Ústavní výchova	34
3. Výzkumná část	38
3.1 Cíle.....	38
3.2 Úkoly	38
3.3 Hypotézy	38
3.4 Metodika výzkumu	39
3.4.1 Charakteristika souboru.....	39
3.4.2 Metody výzkumu.....	39
3.4.3 Popis a organizace souboru	39
4. Výsledky	41
4.1 Hodnotová orientace dětí.....	42

4.2	Cirkadiánní rytmy	48
4.2.1	Režim spánku ve všedních školních dnech.	48
4.2.2	Režim spánku o víkendech.	52
4.3	Diurnální rytmy.....	56
5.	Diskuze.....	59
6.	Závěr a doporučení pro praxi	62
7.	Referenční seznam	64
7.1	Tištěné zdroje.....	64
7.2	Elektronické zdroje	71
8.	Přílohy	74

1. Úvod

Kvalita života je v dnešní době velmi často probíraným tématem, a to nejen u dospělých. Stále více mladistvých žije nezdravým způsobem života, nevyjímaje děti z dětských domovů. Tyto děti většinou pocházejí ze sociálně slabých rodin, z rodin neúplných či z rodin sociálně-patologických. Často se tak uchylují k nevhodným způsobům života, jako je kouření, alkoholismus nebo prostituce ve velmi nízkém věku. Přitom právě dětství je pro vývoj dítěte a utváření správných návyků nejdůležitějším obdobím života.

V mnoha případech je umístění dítěte do dětského domova tou nejvhodnější variantou. Po ztrátě rodičů či dočasném odloučení dětí od rodiny ovšem může u jedinců docházet k psychickým nebo somatickým změnám, což se také projevuje v jejich kvalitě života.

V dětských domovech se zpravidla setkáváme i s neuspokojováním některých základních potřeb, jako je potřeba rodičovské lásky či jistoty. Ovšem ne ve všech případech tomu tak je. Někdy je pro dítě přesun do dětského domova vysvobozením z „pekla“, a teprve až tady si začne „budovat“ svůj život. Vychovatelé se sice snaží dětem přizpůsobit podmínky tak, aby co nejvíce vystihovali rodinné prostředí, ale pravou rodinu jim stejně nenahradí.

Téma kvality života u dětí v dětských domovech mě velice zaujalo, a proto jsem si ho zvolila pro svoji diplomovou práci. Chtěla jsem se dozvědět více o těchto dětech a o jejich životě, a to i přesto, že osudy některých jedinců jsou opravdu smutné.

2. Teoretická část

2.1 Rodina

V současné době je v našem civilizačním okruhu možné rodinu označit za instituci „skořápkovou“ (GIDDENS), rizikovou (BECK), nestabilní a křehkou (DE SINGLY) (MATOUŠEK, PAZLAROVÁ, 2010). Matějček (1992) uvádí, že rodina je souhrn několika znaků, jako jsou rodiče, děti, určitá životní pospolitost, nejrůznější funkce, jež musí rodina plnit, různá právní ustanovení, která se na ni vztahují atd.

Podle Hintnause (1998) můžeme rozdělit životní fáze rodiny do čtyř skupin. *První je fáze vzájemného poznávání*, kde uzavřením sňatku končí hry citového získávání, partneři se začínají chovat autenticky, tak, jací jsou. Odhalují se i osobní nečtnosti (nepořádek apod.), vynořují se skryté povahové rysy dominance, nebo naopak nerozhodnost atd. V komunikaci se začnou projevovat osvojené sociální role a identifikace z nukleárních rodin. V této vývojové etapě individuální rodiny je potřeba vytvoření konsenzu, přijetí nové tváře partnera i s jeho chybami, připuštění vlastní sebekritiky, ocenění pozitivních stránek partnera a hlavně posilování partnerství duševního. V tomto hlubším vzájemném poznávání se buduje základ pro fungování nové rodiny.

Druhá je fáze úplné rodiny. Základním kamenem manželského vztahu je narození dítěte. Péče o dítě vyžaduje nové rozdělení výkonných rolí, změny životního stylu, redukci osobních programů a potřeb. Dítě je i testem kvality vztahů osobních. Jakmile děti dosáhnou věku dospělosti, opouštějí rodinu. Tato *třetí fáze* „opuštěného hnízda“ je lépe snášena rodiči více dětí, kteří se mohou adaptovat postupně. Rodiče účastně sledují, jak si vedou. Prožívají s nimi jejich starosti a radují se z jejich úspěchů (HINTNAUS, 1998).

Poslední, *čtvrtá fáze* je období stáří a životního osiření. Člověk na sklonku svého života se ohlíží zpět v reminiscencích na šťastná léta a k promarněným šancím, hodnotí svůj život (HINTNAUS, 1998).

Dunovský (1999) uvádí několik základních funkcí rodiny:

1. Biologicko – reprodukční

Smysl této funkce je zabezpečit udržení života. Nejde zde jen o přivedení dítěte na svět, ale také o zabezpečení podmínek, které dítě potřebuje pro svůj další rozvoj. Svého plného významu nabývá tato funkce právě v rodině.

2. Ekonomicko – zabezpečovací

Zvláštnost této funkce je především v tom, že se vztahuje na všechny členy rodiny. V současnosti je rodina spotřební jednotkou a je závislá na společnosti. Funkce nezahrnuje jen složku materiální, ale postupně se přesunuje do oblasti duševní, duchovní i sociální.

3. Emocionální

Mezi nejdůležitější faktory soudržnosti rodiny patří právě emocionalita. Emocionální funkce je důležitá pro všechny členy rodiny. Míra této důležitosti je závislá na tom, o jakého člena rodiny se jedná, zda jde o dospělého nebo o dítě.

4. Socializačně výchovná

Socializačně výchovná funkce patří mezi nejvýznamnější. Jejím východiskem se stávají především pozitivní emocionální vztahy, ale také celková atmosféra v rodině. Kontinuita, kterou zajišťuje tato funkce, spočívá v zájmu o dítě, v péči o dítě a v neposlední řadě také v jeho výchově. (In KMOCHOVÁ, 1999).

V dnešní době je spíše než o rodině přiměřenější mluvit o rodinném soužití lidí. Jádrem tohoto soužití je citová vazba mezi dvěma dospělými, jež spolu žijí. S tím úzce souvisí i rodičovství (MATOUŠEK, PAZLAROVÁ, 2010). Pughe a Philpot (2007) se shodují na tom, že dobré rodičovství má být milující, pečující, bezpečné, stálé, ochraňující a podpůrné.

Skygger (1995) uvádí znaky úspěšně fungující rodiny takto: vyvážení potřeby blízkosti a autonomie mezi manželi i mezi rodiči i dětmi; schopnost adaptace, zvládnutí změn a ztrát; schopnost spolupráce; jasná komunikace; vysoká úroveň humoru a radosti v rodině; věrnost jako vědomá osobní volba; afiliativní (přátelský postoj k druhým).

Ovšem ne vždy vše funguje tak, jak by mělo. Rodič, který nemá schopnost sladit se s dítětem, ať už trvale, nebo pod vlivem aktuálního stresu, buď dítě zanedbává, nebo se vůči němu chová intruzivně, tzn. negativně. Chování rodiče, neberoucí ohledy na potřeby dítěte, jeho aktuální stav a situační kontext, vyvolá nevyhnutelně u dítěte rozladění, jež může mít charakter hyperaktivace, či naopak charakter útlumu. Taková reakce dítěte může posilovat neadekvátní jednání rodiče a vést k násilnému chování vůči dítěti či k jiným formám špatného zacházení s dítětem (MATOUŠEK, PAZLAROVÁ, 2010).

Pro zanedbávající rodiny jsou typické následující charakteristiky: špatně zvládají provoz domácnosti, fungování domácnosti je chaotické, chybí jim vedení ve smyslu absence rodinné autority, vykazují více zdravotních problémů, jsou hůře schopny řešit konflikty, jsou méně soudržné a méně vyjadřují své pocity ve slovech (GAUDIN a kol., 1996).

Pokusy o „diagnózu rodiny“ končí ve světové odborné literatuře v osmdesátých letech 20. století, kde například Beavers (1982) kategorizoval rodiny na optimální, adekvátní, průměrné a dysfunkční (In MATOUŠEK, PAZLAROVÁ, 2010).

Velmi podobnou „diagnózou rodiny“ je také Dunovského typologie (1986) dělící rodiny na afunkční, dysfunkční, problémové a normální. Od diagnostikování se upouští, protože může vyústit v osudové označení rodiny, které pro ni a zejména pro děti může mít dlouhodobé nepříznivé následky. Proto začalo být na konci osmdesátých let 20. století nahrazováno vícedimenzionálními modely. Přežívá koncept klinické rodiny, což je rodina,

kterou můžeme definovat tím, že se jejím fungováním z nějakého důvodu zabývají profesionálové. Profesionálně prováděné hodnocení rodiny může zjišťovat rodinné poměry, jak dětí, tak i mladistvých v dále popsanych případech. Sledování rodiny probíhá nejčastěji u dítěte, které se dostalo do jiné rodiny nebo do ústavu. Vliv mají i pochybnosti o tom, zda vlastní nebo náhradní rodina dítě vychovává přiměřeně. Dalším kritériem je, že se matka, otec nebo oba rodiče dostanou do nepříznivé sociální situace. Důležitou roli hraje i rozhodování, kam umístit dítě při rozvodu rodičů (In MATOUŠEK, PAZLAROVÁ, 2010).

Jednou z nepříjemných situací v životě dítěte je rozvod. Vztahy se rozpadají z vnějších i vnitřních příčin. Vnější příčiny jsou těžko ovlivnitelné. Stěží se dá zabránit tomu, aby partner nepotkal někoho jiného v práci. Vnitřní příčiny můžeme ovlivňovat, ovšem často nevíme jak (KLIMEŠ, 2005). Rozvod rodičů je ve své podstatě rozpad partnerství, kde rodičovství nelze zrušit (ŠPAŇHELOVÁ, 2010). Rozchod rodičů se stává pro nezletilé velmi frustrující. Proto je nutné děti šetřit a držet stranou manželských konfliktů. Jestliže je dítě do sporů zatahováno a stává se jakousi zbraní, prostředkem vydírání ve vzájemném boji bývalých rodičů, je jeho duševní rovnováha narušována (BLAŽKOVÁ a kol., 2004).

Děti se málokdy smíří se skutečností, že se jeho rodiče rozešli, což zůstane napořád určitým znevýhodněním, jehož důsledky je možné zvládnout, ale nikdy ne zcela anulovat (BLAŽKOVÁ a kol., 2004).

U nefungujících rodin se často setkáváme s hádkami. Ty u dítěte často způsobují nejistotu, obavu, strach, pocit samoty, pocit úzkosti, vztek, pláč a otázky. Dítě by mělo mít zkušenost s hádkou. Má to být ale ze strany rodičů konstruktivní hádka, která spěje k nějakému rozuzlení., tzn. hádka má skončit udobřením. Dítě se tak naučí, že život přináší i chvíle, kdy se něco nedaří nebo kdy mají lidé rozdílné názory. Dospělí by však měli dítě informovat o tom, co se stalo nebo co se děje, pokud je přítomno hádce (ŠPAŇHELOVÁ, 2010).

Při rozvodu dítě většinou ztrácí jednoho z rodičů. Podobnou situací je i úmrtí jednoho, či obou rodičů. Úmrtí ale na rozdíl od rozvodu většinou přichází náhle a nečekaně, jako blesk z čistého nebe. Podstatné rozdíly jsou značné i v dalších fázích obou dějů. Úmrtí je ztráta definitivní a neodvolatelná, dítě při něm ztrácí rodiče navždy a fyzicky ho postrádá. Rozvedený rodič však mizí jen částečně a jen podmíněčně (MATĚJČEK, DYTRYCH, 2002).

2.2 Pubescence

Na období prepubescence a pubescence se tradičně nahlíží jako na léta „bouří a stresů“ (ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ a kol. 2010). „Je to přechod od dětství k dospělosti, od nesamostatnosti k samostatnosti, od závislosti na dospělých k nezávislosti na nich, od neodpovědnosti k morální zodpovědnosti“ (VAŠUTOVÁ, NEVŘALA, 2010, s.199). Charakteristické pro toto období jsou také výrazné změny, a to jak ve fyzickém vývoji, tak i v psychickém. Někteří autoři popisují tyto změny jako věk dvojí přeměny, tedy věk, kdy dochází ke změnám v proporcích těla i struktuře psychiky (ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ a kol. 2010).

Fáze prepuberty začíná prvními známkami pohlavního dospívání a rychlejším tělesným růstem. Prepuberta u dívek probíhá většinou od 11 do 13 let a u chlapců od 12 do 14 let. Pubertu můžeme ohraničit věkem od 13 do 15/16 let (VAŠUTOVÁ, NEVŘALA, 2010). V období prepuberty začínají působit endokrinní změny a zvyšuje se produkce pohlavních hormonů (ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ a kol. 2010).

Pro toto období je charakteristické sekundární vytváření pohlavních znaků, k nimž patří např.: ochlupení v krajině podpažní a v krajině stydké, vousy u chlapců, vývoj mléčné žlázy u dívek, u hochů je typický rozvoj hrtanu, změna hlasu – mutace (KOHOUTEK, 2008). Startují se tak značné intersexuální rozdíly ve fyzickém vzhledu. Biologicky toto období končí u dívek první menstruací a u chlapců prvními ranními polucemi. Vlivem těchto změn začíná

mít vliv i sexuální pud, který je daleko intenzivnější u chlapců. Působením sexuálního pudu se objevuje rozkolísanost v chování, citová labilita, časté střídání nálad od výbuchu agresivity a hlučnosti až po nezáměr či apatii. Fyzický a psychický vývoj nejsou spolu v rovnováze. Dochází k rozdílu mezi tělesným a psychickým vývojem v tom smyslu, že fyziologický vývoj předstihuje vývoj psychický (ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ a kol. 2010).

V tomto období hraje důležitou roli fantazie, která se projevuje formou denního snění (ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ a kol. 2010). Vývojem prochází i uvažování pubescenta, ten postupně zvládá přemýšlení v abstraktní rovině a hypoteticky pracuje s událostmi, které se ještě neuskutečnily. Tato změna v myšlení v kombinaci s nedostatkem zkušeností se často projevuje chováním typu: „všechno vím, všechno znám“ (VAŠUTOVÁ, NEVŘALA, 2010). Pubescent se také ostýchá projevovat city vůči rodičům a také se brání projevům citů od nich, chová se k nim odmítavě až hrubě. Neznamená to však, že by pubescenti neměli potřebu citového kontaktu s rodiči, touží po uznání a chtějí být akceptováni (ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ a kol. 2010).

Zvyšuje se zájem o sebe samého, objevuje se zvýšená introverze a začínají se projevovat činnosti zaměřené na smysl života, budoucí život a orientace na budoucí povolání jedince. Osobnost pubescenta se formuje podle určitých etických zásad společenského prostředí, v němž dítě žije, upevňují se kamarádské a později výběrové partnerské vztahy s vrstevníky. Oproti prepubescenci se v pubertě zpomaluje fyzický růst a rozvíjí se především psychické funkce (ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ a kol., 2010).

Vašutová a Nevřala (2010) se obracejí na Eriksona (1964), který chápe období dospívání jako fázi rozvoje vlastní identity. „Vytváření pojetí vlastní identity je proces, v němž se dospívající aktivně snaží uskutečnit vlastní představu, kým a jakým by chtěl být. Vynakládá úsilí o hlubší sebepoznání, o přesnější obraz sebe sama, který by se stal základem jeho budoucí identity“ (In VAŠUTOVÁ, NEVŘALA, 2010, s. 205).

2.3 Adolescence

Období dospívání je významnou etapou celoživotního utváření člověka a každý, kdo se do kontaktu s mladými lidmi dostává, by se jim měl snažit porozumět. Termín adolescence je odvozen z latinského slovesa *adolescere* (dorůstat, dospívat, mohutnět). V české terminologii můžeme použít synonymum mládí. Adolescence je většinou datována od 15 do 20 (22) let (MACEK, 2003).

Počátek je spojen s plnou reprodukční zralostí, v jejím průběhu se většinou ukončuje tělesný růst. Pro ukončení adolescence biologická kritéria již takovou váhu nemají – důležitější jsou kritéria psychologická, případně sociologická (role dospělého) a pedagogická (ukončení vzdělávání a získání profesní kvalifikace). Adolescenci můžeme dále dělit na tři fáze: časnou adolescenci – časové rozmezí zhruba 10 (11) - 13 let, střední adolescenci vymezenou přibližně intervalem 14 – 16 let a pozdní adolescenci – od 17 do 20 let (MACEK, 2003).

Horní věková hranice adolescence se nedá přesně stanovit, poněvadž dosažení dospělosti je ovlivněno celou řadou faktorů. Mezi tyto faktory můžeme řadit společenské nebo kulturní vlivy. V méně rozvinutých společenských seskupeních není rozlišováno vývojové období dospívání, ale teprve až v určité době je jedinec pomocí rituálů a stanovených pravidel přijat mezi dospělé. V průmyslově rozvinutých společnostech jsou požadavky na dospělost náročnější, a proto přechod do dospělosti se může posouvat do vyššího věku. Mohou zde působit faktory právní (v 18 letech právní odpovědnost), faktor prostorové nezávislosti na vlastní rodině (dospívající bydlí odděleně od vlastní rodiny, zcela opouští rodiče odchodem z domova) a faktor finanční nezávislosti na rodičích (ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ a kol. 2010).

Tělesný vývoj se v adolescenci dokončuje, dochází pouze k menším růstovým a váhovým změnám, proporce těla nabývají forem dospělého

člověka. „Dospívání je období vrcholu fyzické výkonnosti a vědomí dobrého zdravotního stavu. To však může někdy vést k přeceňování vlastních sil (nebezpečí vážných úrazů)“ (VAŠUTOVÁ a kol., 2010, s.212). Vstup do fáze adolescence je biologicky vymezený pohlavním dozríváním a dokončením tělesné proměny (NEVŘALA, 2003).

Podle Kohoutka (2008) dochází v adolescenci k těmto změnám:

- Ve věku šestnácti až osmnácti let se růst výšky výrazně zpomaluje a postupně se úplně zastaví. Zpomalení růstu nastává dříve u žen než u mužů.
- Duševní vývoj se postupně harmonizuje a osobnost se stabilizuje.
- Duševní výkonnost se zlepšuje.
- Zlepšují se také vztahy vůči společenskému prostředí.
- Mladý člověk si vybírá osobní vzory a navazuje intimní osobní vztahy, jeho potřeba intimního života a eroticko-sexuálního vyžití je většinou značně naléhavá a obtížně kompenzovatelná.
- Soužití v rodině a škole není v tomto období ještě vždy optimální. Adolescenti se neradi řídí podle zkušeností a rad svých rodičů.

Adolescent se snaží držet určitého standardu, aby se vyhnul různým komplikacím. K tomu využívá svých kompetencí. Standard závisí na výkonu, který je z hlediska osobní identity přijatelný a nenarušuje sebehodnocení jedince, dále pak na usilování o dosažení cíle s co možná nejmenším úsilím, a také na zvolení cesty, která nevede ke konfliktům, jak se spolužáky, tak s dospělými (VÁGNEROVÁ, 2000). Adolescence se stává fází upevnění všeho nově získaného. V tomto období si jedinec vybírá povolání a získává první zkušenosti v pracovním procesu i v sexuálním životě. Na významu nabývá i sebevýchova. Mladiství se začíná osamostatňovat, což je pro mnoho rodičů bolestné. Více než o rodinu se začíná zajímat o vrstevníky (KOHOUTEK, 2008).

Zvýšené sebeuvědomování vede adolescenta k četnějším emočním negativním náladám (např.: úzkost, smutek, znechucení, zlost). Mohou se projevovat i tendence k přemítání o vlastních pocitech a ulpívání na problémech. Objevují se sklony k depresivním náladám a k vyvolávání obtíží v mezilidských vztazích. Ke konci adolescence dochází, jak už jsem zmiňovala, u adolescentů ke stabilitě emočního prožívání (MEDVEĎOVÁ, 2002).

Významnou součástí adolescentní identity je tělesná stránka. Kultu těla je v naší kultuře přisuzována velmi vysoká hodnota a ideál mládí a krásy je až demonizován (ŘÍČAN, 2004). Pro adolescenta má jeho tělo a zevnějšek vůbec značný význam, fyzická krása nebo síla bývají důležitými součástmi jeho sebepojetí. Případná extravagance v oblékání, ve výběru účesu apod. naznačuje většinou příslušnost ke konkrétní skupině a touhu po získání pozornosti okolí. Tyto projevy většinou ustupují do pozadí s blížící dospělostí (VAŠUTOVÁ a kol., 2010).

Socializační vývoj u adolescenta ovlivňují významnou měrou sourozenci. Společně sdílejí stejné názory, postoje a hodnoty, ale mohou se v nich také lišit. Vzájemné vztahy jsou závislé na věku či pohlaví. Pokud jsou sourozenci výrazně věkově odlišní, zvyšují se i rozdíly v jejich názorech a může docházet i ke klesající četnosti jejich kontaktů. V této době se začínají výrazně projevovat i osobnostní rozdíly. Potřeba osamostatnit se od rodiny se může projevovat též tendencí odpoutat se od sourozence (VÁGNEROVÁ, 2008).

2.4 Biorytmy

Za všeobecně uznávaný fakt se podle Smékala (2002) považuje rytmicita všeho dění. Rytmus je periodické členění nějakého pohybu a dění na intervaly různé délky a složitosti. V biologii se předpokládá, že rytmicitě podléhá živá hmota, a to na všech úrovních existence, od buňky až po chování celých ekologických nik. Ruský fyziolog N. J. Perna uvádí, že sekundy trvajícím

rytmům podléhají buněčné struktury, minutové rytmy určují periodicitu dýchání a krevního oběhu, v rozpětí dvacet čtyři až pětadvacet hodin oscilují aktivity celého organismu, týdenními a měsíčními cykly se vyznačuje naše adaptabilita k společenskému dění a v mnohaletých rytmech u člověka kolísá zdatnost a vitální ladění (SMÉKAL, 2002).

Obdobně i Kassin (2007) uvádí, že je člověk ovlivněn střídáním ročního období, osmadvacetidenním lunárním cyklem, čtyřadvacetihodinovým denním cyklem a devadesátiminutovým cyklem aktivity a odpočinku. Harantová (2010) rozdělila biorytmy na pět základních typů. Prvním z nich je cirkanuální rytmus, který má dobu trvání jeden rok. Ovlivňuje lidskou tělesnou kondici, náchylnost k některým nemocem a ženskou plodnost. Nejlepší imunitu má člověk v létě, kdy se vyskytuje nejméně nemocí. Na přelomu jara a léta má člověk nejvíce fyzických sil a podává nejlepší fyzické i psychické výkony (In KŘEŠŤAN, 2012).

Další je cirkaseptánní rytmus (sedm dní), který ovlivňuje hladinu a kolísání krevního tlaku a také velmi souvisí s naší imunitou. Na chodu cirkatrigintánního rytmu – třicet dní, se podílí melatonin. Ten má vliv na menstruaci u žen a řídí celý ovulační cyklus. Cirkatrigintánní cyklus je důležitý i pro obnovu a pro správnou funkci kůže. Předposlední je rytmus cirkadiánní (čtyřadvacet hodin), jehož význam je pro člověka nejdůležitější, ovlivňuje totiž všechny buňky v těle. Zde má velký vliv opět melatonin (viz. Spánek). Méně než dvacetihodinový či dokonce minutý cyklus se nazývá: ultradiánní. Tento rytmus ovlivňuje tvorbu hormonů a srdeční aktivitu (HARANTOVÁ, in KŘEŠŤAN, 2012).

Biorytmy a hormonální dysfunkce ovlivňují kvalitu prožívání a jednání člověka. Stejně je tomu i obráceně, tj. kvalita prožívání a jednání ovlivňuje biorytmy a hormonální dysfunkce (SMÉKAL, 2002).

2.4.1 Cirkadiánní rytmy

Slovo cirkadiánní pochází z latinského *circa* – zhruba – a *diem* – den (DUNLAP a kol., Dostupné na webových stránkách: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/07/09.pdf>, 2004). Pro cirkadiánní rytmy se v češtině používá také termín denní rytmy a pojmem den v této souvislosti rozumíme 24 hodin (BERGER, 1995). Periodické změny životních funkcí organismu, které mají, jak již bylo zmíněno, přibližně 24 – hodinovou frekvenci – jako je kolísání produkce endokrinních žláz, aktivita enzymů, intenzita metabolismu, kolísání krevního tlaku, tělesné teploty apod. – se mohou promítat i do činností osobnosti a ovlivňovat její prožívání, chování, pohybovou aktivitu, stupeň bdělosti a někdy patrně i cirkadiánní variabilitu preferenci zaměřenosti (SMÉKAL, 2002).

Za normálních okolností jsou cirkadiánní rytmy synchronizovány s vnějším čtyřadvacetihodinovým dnem. Nejdůležitějším synchronizátorem je pravidelné střídání světlé a tmavé periody dne, především pak světlá část dne. Osvětlení zvečera v první polovině noci cirkadiánní rytmy zpožďuje, osvětlení ve druhé polovině noci a po ránu působí jejich předběhnutí. Osvětlení během dne fázi rytmů nemění (DUNLAP a kol., Dostupné na: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2008/07/09.pdf>, 2004). Polovina subjektivní noci člověka nastává nejčastěji v době jeho teplotního minima okolo třetí hodiny ranní. Cirkadiánní rytmy každého jedince mohou být příležitostně seřizovány i jinými než světelnými podněty, např. melatoninem (ILLNEROVÁ, SUMOVÁ, Dostupné na: www.internimedicina.cz, 2008).

V cirkadiánním rytmu se střídá bdělý a spánkový stav, na které působí mnoho faktorů hormonálních, neurologických, homeostatických a fyziologických. Bdělý stav trvá zhruba šestnáct hodin denně, kdežto spánek pouze osm hodin, což je přibližně třetina doby, po kterou trvá cirkadiánní rytmus. Poměr bdění a spánku je ovšem individuální (NEVŠÍMALOVÁ, 2008). Skočovský (2004) uvádí, že rozdílnosti můžeme vidět v denních

rytmech, v neurofyziologických procesech a v genových mechanismech. A samotný rytmus můžeme chápat jako nenáhodný a stále se opakující program (In KŘEŠŤAN, 2012).

Illnerová, Sumová (2008) tvrdí, že během dne převládá u člověka cirkadiánní tlak na bdění, který potlačuje homeostatický nárůst potřeby spánku daný délkou intervalu od probuzení. Obdobně ustálený noční spánek je výsledkem cirkadiánního tlaku na spánek během subjektivní noci a snižujícího se homeostatického tlaku v úměře k délce spánku. Cirkadiánní regulace spánku je zprostředkována multisynaptickými projekcemi z SCN přes subparaventriculární zónu hypothalamu a dorsomediální hypothalamické jádro do oblastí mozku, které se účastní regulace spánkubdění, tvorby i uvolňování hormonů a příjmu potravy. Tato vícestupňová regulace cirkadiánního chování v hypothalamu umožňuje integraci podnětů z okolí, které formují spánek – bdění (ILLNEROVÁ, SUMOVÁ, Dostupné na: www.internimedicina.cz, 2008).

Studiem času a jeho vlivu na organismus se zabývá tzv. chronobiologie. U člověka, kromě rytmu fyziologických funkcí, byly dále prozkoumány i rytmické změny v subjektivní únavě, výkonnosti, motivaci a náladě. Díky těmto psychologickým funkcím došlo k vytvoření dalšího odvětví: chronopsychologie. Ta zkoumá, jak se střídají psychické procesy. Dnes se provádějí především výzkumy, které zjišťují, jak denní doba ovlivňuje psychické procesy (SKOČOVSKÝ, 2004 in KŘEŠŤAN, 2012).

Biopsychologické hodiny podle Smékala (2002)

1. hod. po půlnoci - Člověk, který již spí alespoň tři hodiny, prodělává fázi lehkého spánku, může se snadno probudit. Také je zvýšená vnímavost na bolestivé podněty.
2. hod. po půlnoci - Většina orgánů těla má sníženou aktivitu s výjimkou jater, která intenzivně zpracovávají látky důležité pro organismus a

odstraňují z těla škodliviny. V tuto hodinu není vhodné pít kávu, čaj a alkohol.

3. hod. po půlnoci - Tělesný metabolismus je redukován na úplné minimum, snižuje se krevní tlak, tepová frekvence i frekvence dechu.
4. hod. ranní - Krevní tlak je stále nízký a mozek je zásoben minimem krve. Nejčastější úmrtí lidí jsou právě v této hodině, kdy jsou tělové funkce minimalizovány. To neplatí pro sluch, který se naopak zbystruje, a tak člověka probudí i nepatrný hluk.
5. hod. ranní - Vylučovací funkce ledvin je minimální a organismus je schopen rychlé aktivizace.
6. hod. ranní - Krevní tlak i tepová frekvence se zvyšují. Organismus se pomalu začíná připravovat na denní aktivitu.
7. hod. ranní - Imunologický systém maximalizuje svoji aktivitu. Ataky virů a bakterií jsou v tuto dobu méně účinné.
8. hod. - Tělo je zbaveno všech zplodin látkové výměny a je svěží. V tuto hodinu se nedoporučuje konzumace alkoholu.
9. hod. dopoledne - Zvyšuje se psychická aktivita, snižuje se citlivost na bolest a oběhový systém pracuje naplno.
10. hod. dopoledne - Aktivita je nadále zvyšována. V tuto dobu je člověk v nejlepší kondici v rámci dne, a to vydrží až do dvanácté hodiny.
11. hod. dopoledne - Tento časový úsek se vyznačuje zejména vysokou odolností proti zátěži.
12. hod. poledne - Všechny síly organismu, během jednoho dne, jsou mobilizovány na maximum.
13. hod. - První vrchol denní aktivity minul, nastává lehká únava a vhodná je i chvilka odpočinku. To platí i pro játra, kdy se do krve dostává glykogen.
14. hod. - Energie postupně klesá a reakce se zpomalují.
15. hod. - Nastává opět zvýšení aktivace organismu a smyslové orgány jsou ve svém maximu.

16. hod. - Po předchozí fázi aktivace opět dochází k poklesu energie. I přesto hladina cukru v krvi stoupá.
17. hod. - Pracovní aktivita je ještě vysoká a sportovci trénují s dvojnásobnou energií.
18. hod. - Opět klesá citlivost na fyzickou bolest, psychická svěžest se postupně snižuje.
19. hod. - Krevní tlak začíná stoupat. Psychická stabilita se snižuje, proto se člověk snadno dostane do konfliktu, při němž snadněji vybuchne. Tato doba je nepříznivá pro alergiky, u těchto osob se často objevují bolesti hlavy.
20. hod. - Tělesná hmotnost člověka dosahuje denního maxima. Naše reakce jsou pohotové a přesné.
21. hod. - Zvláště vhodná doba pro fixaci nových informací a dovedností.
22. hod. - V krvi se nachází maximum bílých krvinek. Teplota těla klesá.
23. hod. - Tělo se připravuje k regeneraci, jak buněk, tak orgánů.
24. hod. - Pokud lidé spí v tomto čase již dvě hodiny, zdají se jim první sny.

Pokud nejsou dominanty aktivity časově posunuty v důsledku individuálních konstitučních zvláštností, biochemických zásahů (jako je např. silný čaj před spaním) nebo životního stylu, můžeme z uvedeného přehledu vyvodit, že náročná činnost by měla být zařazována do úseku mezi 10. a 12. hodinou dne, sanogenetická autoregulace (autosugesce zdraví) bude patrně neúčinnější kolem 22. hod. a 7. hod.; kolem 14. hod. bychom se měli vyhýbat činností se zvýšeným rizikem úrazu atp. (SMÉKAL, 2002).

Cirkadiánní systém může u některých jedinců volně běžet časem s vlastní vnitřní periodou. S touto poruchou se můžeme setkat zpravidla u nevidomých, kteří ztratili možnost světelné synchronizace (DUNLAP a kol., a FOSTER, KREITZMAN, Dostupné online na webových stránkách: <http://www.internimediceina.cz/pdfs/int/2008/07/09.pdf>, 2004).

Nevidomé osoby je možné synchronizovat s vnějším dnem pravidelným podáváním melatoninu jednou za čtyřadvacet hodin v době začátku jejich subjektivní noci. Volný běh mohou vykazovat i lidé, kteří pracují ve směnném provozu nebo ti, jež nemají pravidelný denní řád. Léčbou je dodržování životosprávy se světlem během dne a s tmou v noci (ILLNEROVÁ, SUMOVÁ, Dostupné na: www.internimediceina.cz, 2008).

2.4.2 Diurnální rytmy

Podle doby vstávání a uléhání a denního průběhu čilosti se někdy lidé dělí na „skřivánky“, též ranní typy, a „sovy“ – večerní typy. Skřivánci a sovy představují pouze vyhraněné případy diurnální, tj. denní, preference. „Uprostřed“ je pak typ neutrální, ke kterému patří valná většina populace. Přesto však můžeme o každém člověku říci, zda je blíže rannímu nebo večernímu typu (SKOČOVSKÝ, ŠIMEČKOVÁ, 2004). Tyto neutrální typy jsou schopny se flexibilně přizpůsobit vyžadovanému rytmu aktivity (SMÉKAL, 2002).

Lidé typu skřivana usínají před dvaadvacátou hodinou a budí se spontánně brzy ráno. Naopak lidé typu sovy neusnou před půlnocí a zákonitě se ráno probouzejí později. To, jestli jsme spíše typem skřivánka, či sovy, je dědičné a závisí to především na genech přítomných v buňkách suprachiasmatického jádra. Velice často tedy naše spánkové návyky odpovídají zvykům našich nejbližších příbuzných a jen obtížně je změníme (PRAŠKO a kol., 2004). Skočovský, Šimečková (2004) uvádí, že stejně jako genetické dispozice se na diurnálních rytmech podílí i výchova a prostředí, ve kterém jedince žije. Také nevyklučují možnost, že se diurnální preference v průběhu života alespoň částečně změní.

Ranní typy jsou lidé silně a rychle reagující na vnější podněty. V práci mají rychlý start, avšak také se rychle unaví. Co se týká jejich zdraví, můžeme říci, že reagují rychle a silně na prudké infekce a jejich celkový zdravotní stav

je velmi labilní. Tento typ lidí má sklon k revmatismu, dně, diabetu, obezitě a nemocím krevního oběhu. Jsou také, citlivější ke změnám počasí (SMÉKAL, 2002). Biologické hodiny skřivánek se oproti sovám asi o dvě hodiny předbíhají, to se dá zjistit například pomocí měření rytmu v tělesné teplotě. Sovy mají problémy s časným ranním vstáváním, jak již bylo řečeno, a často se ráno cítí unavené a ospalé, avšak večer dokáží být více čilé. Snadněji než skřivánci snášejí práci ve směnném provozu, zejména noční směnu, a nepravidelný spánkový režim. Zajímavé je, že zatímco skřivánci jsou lidovou moudrostí hodnoceni spíše pozitivně („ranní ptáče dál doskáče“), „noční život“ sov je spojován s určitým bohémským a požívačným stylem života (SKOČOVSKÝ, ŠIMEČKOVÁ, 2004).

Lidé večerního typu jsou klidní a rozvášní, nespěchají se závěry a často bývají opatrní a uzavření. Někdy jsou pedanti, systematické se sklonem k logickému myšlení a matematice. Dovedou se ovládat a jednájí stroze (SMÉKAL, 2002). Podle Tankova a kol. (1994) byl u ranních typů zjištěn vyšší vztah k introverzi. U lidí večerního typu bylo oproti tomu prokázáno více neurotických poruch, depresivity, úzkostí a dosahovali vyššího skóre afektivity (In KŘESTĀN, 2012).

Když vezmeme v úvahu nepřizpůsobivé chování mladistvých, nemůžeme tvrdit, který z typů - „skřivan“ či „sova“, je lepší. Do hry totiž vstupuje příliš velké množství faktorů, přičemž některé z nich jsou podstatně důležitější než to, kdy člověk vstává a chodí spát. Pro děti, jejich rodiče, vychovatele a učitele může být prospěšné, jestliže mají alespoň základní znalosti o biologických rytmech a jejich úloze v našem životě. Mohou tak lépe porozumět některým problémům, které se v rodině a ve škole vyskytují, a díky tomu jim mohou předcházet a účinněji je řešit. O tom, jak bude dítě prospívat, rozhoduje komunikace a celková souhra dítěte s vychovávajícími (SKOČOVSKÝ, ŠIMEČKOVÁ, 2004).

2.5 Spánek

Ve spánku strávíme zhruba 1/3 života a kvalita spánku se výrazně podílí i na kvalitě našeho života. Fyziologický spánek je nezbytný nejen pro regeneraci duševních a fyzických sil, pro vytváření paměťových stop, a tedy pro kognitivní funkce, ale i pro celou řadu metabolických pochodů v našem těle (NEVŠÍMALOVÁ, Dostupné na: www.internimediceina.cz, 2006).

Společným podkladem většiny spánkových poruch je časté probouzení (kortikálního i subkortikálního původu), které vede k vyplavování stresových hormonů (zejména kortizolu) a k urychlení aterosklerotických změn. Důsledkem je zvýšené riziko infarktů, cévních mozkových příhod a jiných komplikací. Fragmentace spánku, provázená častou změnou spánkových stadií, bdělostí a sníženou efektivitou spánku, je rizikovým faktorem vzniku metabolického syndromu, obezity, diabetu (zejména 2. typu) a dysbalance neuroendokrinního i imunitního systému. Velmi častým důsledkem je i vznik deprese (NEVŠÍMALOVÁ, Dostupné na: www.internimediceina.cz, 2006).

Fyziologický spánek odpovídající délky i kvality je klíčovým faktorem, jež určuje pocit „dobrého zdraví“, naši výkonnost i pohodu a výraznou měrou se podílí na hodnocení kvality života (NEVŠÍMALOVÁ, Dostupné na: www.internimediceina.cz, 2006). Stejně, jako pro dospělé, je i u dětí spánek velmi důležitý, a to zejména k úspěšnému zvládnání školních i jiných nároků. V průběhu dětství a dospívání se délka spánku zkracuje, pokud je to dětem umožněno, chodí spát v pozdějších hodinách a také později vstávají (SKOČOVSKÝ, ŠIMEČKOVÁ, 2004).

Náš mozek je tvořen miliardami nervových buněk, tj. neuronů zapojených do různých okruhů a neuronálních sítí. Neurony mají na rozdíl od jiných buněk schopnost vytvářet, přijímat a vysílat elektrické signály. Každý aktivní neuron tedy vytváří malé elektrické pole, a pokud se v daný moment aktivuje velký počet neuronů, je elektrické pole natolik silné, že jej můžeme zachytit na povrchu hlavy. To lze pomocí EEG – elektroencefalografie. Během bdělého

stavu pozorujeme křivku s převahou rychlých frekvencí. Změna nastává při usínání, kdy aktivita mozku klesá a křivka EEG se jen zlehka „vlní“ (PRAŠKO a kol., 2004).

Ve spánku probíhá fáze tzv. klidného spánku – NREM spánek, a fáze spánku „nepokojného“ – REM spánek. Velmi snadno se dá poznat klidný spánek. Jedinec je nehybný, ale zachovává si svalové napětí. Dýchání je pravidelné, obličej je uvolněný, téměř bez projevů mimiky. Naproti tomu během nepokojného spánku je dýchání nepravidelné a často je přerušováno přestávkami. Svaly jsou úplně uvolněné a spící osoba je vláčná jako hadrová panenka. Na očních víčkách můžeme pozorovat tzv. rychlé oční pohyby. Na tváři je viditelná nejrůznější mimika – od úsměvu až po výrazy smutku (GRAVILLON, 2003).

Vždy jedna fáze NREM a jedna REM tvoří dohromady jeden spánkový cyklus, který trvá cca 70-100 minut. REM fáze v jednom cyklu probíhá zpočátku po dobu asi 5-12 minut. Po ránu se NREM spánek stává mělčím, zkracuje se a naopak se prodlužuje REM fáze. NREM spánek vzniká sekrecí serotoninu, ukončení této fáze zajišťují enzymy, které serotonin odbourávají. Poté nastupuje noradrenalin, který se uplatňuje při fázi REM (PETERKOVÁ, Dostupné na: www.psyx.cz, 2011).

Praško a kol. (2004) popisují následující stadia spánku:

Non-REM

1. Stadium 0 - Bdělost.
2. Stadium 1 - Velmi lehký spánek, přechod mezi bdělostí a spánkem. Subjektivně odpovídá stavu usínání. Dochází k postupnému psychickému uvolnění, relaxaci svalstva, zpomaluje se srdeční tep, dýchání a kontakt s okolím se pomalu rozostřuje. Člověk se v této fázi začíná propadat do spánku.
3. Stadium 2 - Středně hluboký spánek, pokrývá asi polovinu noci u dospělých. Slouží jako přechodné stádium mezi REM a delta spánkem.

V tomto stadiu můžeme být probuzeni i malými podněty, jako je letný dotek či zvuk.

4. Delta - Pomalovlnný spánek, složený ze stádií 3 a 4. Jedná se o nejhlubší spánek, ve kterém je svalstvo úplně uvolněné, dech je zpomalen, tep srdce rovněž a klesá i krevní tlak a tělesná teplota. Spící je téměř nepohyblivý, pravidelně oddechuje a nereaguje na běžné zevní podněty, které by ho v předchozích dvou stádiích dokázaly probudit.
5. Stadium 3 - Sestává ze středního množství delta – vlnné aktivity, hlubší spánek než stadium 2.
6. Stadium 4 - Zvýšení delta – vlnné aktivity oproti stadiu 3. Velmi hluboké stadium spánku. Kvalita a množství stádií 3 a 4 mají důležitý vliv na pocit odpočatosti a svěžesti po probuzení.

REM

Přibližně po 1-2 hodinách spánku dochází k velmi významné změně v mozkové aktivitě. Srdeční tep i krevní tlak se stávají nepravidelnými, roste spotřeba kyslíku a zrychluje se dech. Přesto je spánek velmi tvrdý. V tomto stadiu se nám zdají sny. EEG je aktivní, připomínající bdělost. Hloubka spánku je vyšší než ve 2. stadiu, ale pravděpodobně menší než delta.

K tomu, abychom dokázali usnout, je potřeba splnit několik základních kritérií: musí být čas vhodný ke spaní, nesmí nás rušit žádné silnější smyslové vjemy (jako je hluk, bolest, světlo, nadměrné teplo atd.) a nesmíme být také emočně vzrušení (např. strach, nadšení, zvědavost, očekávání). Při usínání vadí i přílišná tělesná únava nebo soustředěná duševní práce těsně před ulehnutím do postele. Naopak dobře se nám usíná v šeru, tichu, při dešti, a pokud je nám příjemné teplo. Nejlépe se spí zpravidla „ve své posteli“, což je dáno zvykem (PRAŠKO a kol., 2004). Dále se ukazuje, že mnohem důležitější než délka spánku je jeho kvalita. Spánek, který je přerušovaný četnými probuzeními, je spouštěcím mechanismem vylučování stresových hormonů a autonomních dysfunkcí. Uvedené změny se mohou výrazně podílet na zvýšeném riziku řady

civilizačních chorob. Je potřeba si uvědomit, že kvalita našeho života závisí do značné míry na kvalitě našeho spánku (NEVŠÍMALOVÁ, Dostupné na: www.internimedicina.cz, 2006).

2.6 Kvalita života

Pojem kvality života je nutně stejně multidimenzionální, jako je lidský život. Musíme proto stanovit dimenze – stránky životní kvality, v nichž pojmově a operacionálně kvalitu života vymezujeme a zjišťujeme.

1. Při zjišťování kvality života v dimenzi tělesné či fyzické odkazujeme zde na „ideální normu“ fyzické harmonie a zdatnosti tělesných funkcí, tj. na tradičně pojímané zdraví člověka.
2. Při zjišťování kvality života v dimenzi duševní či prožitkové odkazujeme na její tradiční znaky v podobě prožívané slasti a uplatňované moci v životě člověka, které v úspěšném případě vystihuje tradiční pojem prožívaného štěstí.
3. Při zjišťování kvality života v dimenzi duchovní neboli noické či existenciální, ji vnímáme jako „prožitek smyslu“ vlastního života, který je v životě člověka zakotven v jeho odezvách na hodnotové výzvy, které mu poskytuje jeho svědomí, a v činech, které ze své vůle činí k uskutečnění hodnotového potenciálu obsaženého v přítomné situaci.

(BALCAR, 2005)

Pojetí kvality života stojí podle Vackové a kol. (2010) na srovnání „kvality“ a „kvantity“, přičemž kvantitou se zjednodušeně rozumí veškeré charakteristiky existence a života společnosti i každého jedince, které mají kvantitativní, tj. ekonomickou povahu. Přiklání se k vymezení kvality života jakožto označení kvality existence, resp. bytí kvalitativních parametrů lidského života, životního způsobu každého jednotlivce, resp. skupiny. Pokud jde o subjektivní rozměr, jde o pociťovanou kvalitu vlastního života, jeho subjektivní prožívání a vlastní hodnocení, o pocit spokojenosti s ním (In

DAVIDOVÁ, 2010). „Pro subjektivní vnímání kvality života je rozhodující kognitivní hodnocení a emoční prožívání vlastního života, které se socioekonomickým statutem, a dokonce ani s biologickým zdravím, nemusí být v přímé úměře“ (BERG, 1976, SCHMALE ET AL. 1983 in PAYNE, 2005, s. 206).

Přestože je pojem kvalita života velmi frekventovaný, a to nejenom v odborném pojednání, v oblastech jeho konceptualizace a zejména v metodologických otázkách zdaleka nenacházíme názorovou shodu. Je to způsobeno právě tím, že o kvalitě života se hovoří v různých souvislostech a v různých vědních disciplínách, jako jsou: psychologie, sociologie, kulturní antropologie, ekologie či medicína (HNILICOVÁ, 2005).

Sociologové sledují kvalitu života u různých sociálních skupin a srovnávají ji, a to nejenom v rámci určité populace, ale i mezikulturně, a hledají faktory, které ji nejvíce determinují. Psychologové se zase zaměřují na subjektivní pohodu jednotlivců a pokouší se ji pomocí různých metod měřit. Ve zdravotnictví se v rámci kvality života hodnotí poskytovaná péče či jednotlivé zdravotnické programy (HNILICOVÁ, 2005).

Je potěšující, že soudobé lékařské i ošetrovatelské péče jsou úvahy nejen o zachraňování života nebo prodlužování délky lidského života, nýbrž i úvahy o tom, jak kvalitní budou měsíce a léta „přidaná“ lidskému životu (MAREŠ, MAREŠOVÁ, 2006, in MAREŠ, 2006). Obecně můžeme říci, že kvalita života související se zdravím se týká především profesionálně poskytované zdravotní péče a stává se důležitým indikátorem výsledku poskytované péče (WILSON, CLEARY, 1995, in MAREŠ, 2006).

Životní způsob je strukturovaný souhrn relativně ustálených realizací každodenních činností a praktik v různých sférách lidské existence (DUFFKOVÁ a kol., 2008). Vacková a kol. (2010) považují životní způsob za kategorii, v níž se sledují především sociálně existenční otázky, životní úroveň, práce a spotřeba. Životní styl je podstatně širší a ucelenější, chápeme ho i v kulturologické dimenzi – především jako hodnoty, tradice a mezilidské vztahy,

ale i ve spojení, v němž jde o uspořádání a jednotnost v pojetí životního stylu. Termíny životní způsob a životní styl se týkají vesměs stejné problematiky, ale u každého z pojmů jde o jiný pohled. V životním způsobu jsou centrem jednotlivé oblasti životních praktik, každodenních činností a způsobů chování, což odpovídá tradičnímu etnologickému pojetí a dělení na oblast materiálního způsobu života (obživa, způsob bydlení, odívání, strava) a duchovní oblasti (společenské a rodinné vztahy a uspořádání rodiny, víra, pojetí tradic a zvyklostí). V centru životního stylu jde zejména o vzájemné vazby mezi způsoby realizace činností a způsoby chování v různých oblastech a charakter těchto vazeb (In DAVIDOVÁ, 2010).

Ve světě „zdravých“ dětí a dospívajících nepatří téma „kvalita života“ k velmi frekventovaným a dennodenně probíraným. Přesto je zřejmé, že děti jednotlivé atributy pojmu „kvalita života“ vnímají po svém a vytvářejí si jeho prekoncepty, jež jsou nepodložené vhodnou teorií, neprecizované vhodným pojmoslovím, neopřené o osobní zkušenosti a mnohdy zatížené momentálními subjektivními zkušenostmi (SVATOŠ, ŠVARCOVÁ, 2008, in MAREŠ a kol., 2008).

Jedním z možných ukazatelů kvality života u dětí a dospívajících je i spokojenost se životem ve škole, a to vedle spokojenosti týkající se rodiny, kamarádů, prostředí, v němž žije a v neposlední řadě sebe sama (HUEBNER a kol., 1998, in MAREŠ a kol., 2007). Pro řadu dospívajících totiž představuje škola jeden z chronických stresorů (ASH, HUEBNER, 2001, in MAREŠ a kol., 2007).

Lindström, Ericsson (1993) chápou kvalitu života jako jednu ze základních charakteristik lidské populace. Lze ji vyjádřit pomocí čtyř sfér, z nichž každá se dále člení do tří dimenzí (viz. tab. 1.) (In MAREŠ a kol., 2006).

V následující tabulce lze vidět teoretický model kvality života, životních sfér a jejich dimenzí podle Lindströma, 1992, Bernssona a Köhlera, 2001, (In MAREŠ a kol., 2006).

Životní sféry	Dimenze	Konkrétní příklady
globální sféra	makroprostředí	čisté životní prostředí
	lidská práva	demokratická práva
	sociální politika	kultura
vnější sféra	práce	zaměstnání
	ekonomika	příjmy
	bydlení	způsob bydlení
interpersonální sféra	rodina	struktura fungování sociálních vztahů
	nejbližší přátelé	
	širší sociální okolí	
osobní sféra	somatická	vývoj, zrání, aktivita,
	psychologická	sebepojetí, sebeúcta,
	spirituální	smysl bytí

Tabulka 1 - Teoretický model kvality života (Zdroj: Lindströma, 1992, Bernssona a Köhlera, 2001)

Současný životní styl naší populace je charakterizován neustále se zrychlujícím životním tempem. Zvyšuje se životní úroveň společnosti, roste vzdělání lidí a otevírají se další možnosti pro společenský rozvoj i rozvoj jedince. Konzumní styl života s nesprávnou životosprávou, komercionalizací společnosti, narůstající psychické vypětí, škodlivé životní prostředí spolu s vyššími nároky na kvalitu lidského faktoru vytvářejí psychosociální tlak na každého jedince (KUKAČKA, 2010). Nešpor (2008) uvádí pět nevhodných typů životního stylu: přešponovaný životní styl – neustálý spěch; prázdný životní styl – nuda a prázdnota; zmatený životní styl – kontrast vypětí a

nečinnosti; rizikový s stresující životní styl – rizikové a stresující povolání (policie, hasiči atd.); neradostný životní styl – chybí radost a potěšení.

Výraz zdraví lze potkat v rozmanitých souvislostech, počínaje například úvahami o zdravém vzduchu či stravě přes zdravý životní styl či životosprávu až po metaforická vyjádření rázu zdravého sebevědomí či zdravého rozumu, případně zdravé společnosti či ekonomiky a podobně. Vymezení zdraví je mnohem složitější. Jde o slovo se spoustou nahodilých významů (PAYNE, 2005). Podobně jako Balcar i světová zdravotnická organizace (WHO) definuje zdraví jako stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody a ne pouze nepřítomnost nemoci nebo neduživosti (PAYNE, 2005, KŘIVOHLAVÝ, 2003).

2.7 Hodnotová orientace

Hodnoty se v posledních desetiletích staly objektem zájmů především sociálních psychologů a psychologů zabývajících se osobností (KUBJÁTOVÁ, 2011). V psychologickém slovníku dle Hartla (2004) je hodnota definována jako: „Vlastnost, kterou člověk přisuzuje objektu, situaci, události nebo činnosti ve spojitosti s uspokojováním svých potřeb a zájmů“ (In KUBJÁTOVÁ, 2011).

Hodnotová orientace je hierarchické uspořádání soustavy hodnot, která se vytváří v průběhu života. Některé hodnoty jsou dominantní a mohou celou orientaci ovládat. Tento systém je závislý na zkušenostech jedince a může se i dramaticky měnit (BOCAN A KOL., Dostupné na www.vyzkum-mladez.cz, 2011).

Mikšík (2001, s. 73) tvrdí, že hodnotová orientace nebo zaměřenost je vnímána jako „selektivní přístup k jednotlivým aspektům, předmětům a jevům životní reality“. Zkoumání problematiky hodnotové orientace u dětí je značně komplikovanější než u dospělých. Některé proměnné mohou být dětmi vnímány zcela odlišně než dospělými a také volba odpovědí u některých otázek

může být ovlivněna očekáváními ze strany okolí a jistou mírou stylizace, které se ovšem nevyhneme ani v případě šetření na dospělé populaci. Dalšími faktory, jež mohou mít vliv na děti, jsou postoje k rodině, ke škole a ke vzdělávání obecně, preference způsobů trávení jak organizovaného, tak neorganizovaného volného času i postoje k nejbližšímu sociálnímu okolí i k životu samému (BOCAN A KOL., Dostupné na: www.vyzkum-mladez.cz, 2011).

2.8 Ústavní výchova

Nejprve bych chtěla zmínit pojem náhradní péče, tj. péče o děti, které nemohou být vychovávány v biologické rodině. Ta má formu rodinnou nebo ústavní (institutional care). Náhradní rodinná péče spočívá v tom, že náhradní rodina zastupuje vlastní rodinu dítěte. Realizuje se v několika formách, u nás zejména formou pěstounské péče nebo adopce (ČERNÁ, 2010).

Ústavní péče je dle Střediska náhradní rodinné péče (Dostupné na: www.nahradnirodina.cz, 2011) svěření dítěte do péče zařízení. V ústavní péči jsou tedy děti s nařízenou ústavní výchovou, děti, které byly soudem svěřeny do péče zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, a dále děti, které byly do péče zařízení svěřeny rodiči, popřípadě osobami odpovědnými za výchovu dítěte.

Ústavní výchova je výchovné opatření, které soud nařídí, jestliže je výchova dítěte vážně ohrožena nebo vážně narušena a jiná výchovná opatření nevedla k nápravě, nebo jestliže z jiných závažných důvodů rodiče nedokáží zabezpečit řádnou výchovu dítěte. Před nařízením ústavní výchovy je soud povinen zkoumat, zda výchovu dítěte nelze zajistit náhradní rodinnou péčí nebo rodinnou péčí v zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc, jež mají přednost před výchovou ústavní (STŘEDISKO NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE, Dostupné na: www.nahradnirodina.cz, 2011).

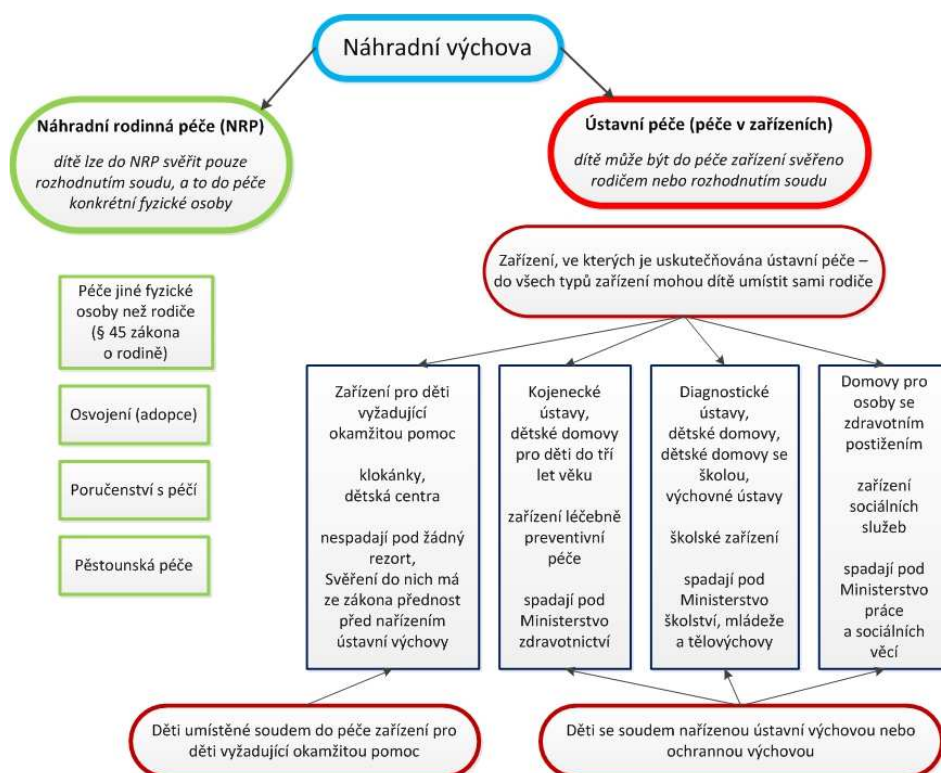
Řada odborníků se shodne na tom, že ústavní péče obecně není schopna saturovat potřeby dítěte na takové úrovni jako rodina. V České Republice je podivuhodně mnoho dětí umístěných do ústavní péče, a to až 1% všech dětí, přičemž 98% z nich má alespoň jednoho biologického rodiče. Některé děti se z ústavu dostanou do náhradní rodinné péče a prožijí část dětství v rodině, jiné v ústavní péči zůstanou až do dospělosti (ČERNÁ, 2010). Ze zařízení ústavní výchovy jsou děti umisťovány do náhradní rodinné péče obvykle na základě souhlasu rodičů nebo zákonných zástupců dítěte, nebo bez souhlasu rodičů, a to na základě tzv. kvalifikovaného nezájmu rodičů či zbavení rodičů rodičovské zodpovědnosti. V každém případě je třeba hájit zájem dítěte, který by měl mít podle mezinárodní Úmluvy o právech dítěte přednost před zájmem rodičů (BUBLEOVÁ, 2002).

V České republice hájí práva dítěte Listina základních práv a svobod, zákon o rodině a zákon 359/199 Sb. o sociálně-právní ochraně dětí (MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ, Dostupné na: www.mpsv.cz, 2013). Podle údajů získaných rozsáhlým výzkumem z let 2003 a 2004 provedeným dvojicí Browne a Hamilton-Giachritsis patří v zemích EU k nejčastějším důvodům umístění dítěte do ústavní výchovy týrání nebo zanedbávání dítěte, neschopnost rodičů starat se o dítě, nemoc nebo postižené dítěte, opuštění rodiči a faktické osiření dítěte (ČERNÁ, 2010).

Ústavní výchova dětí od narození do jednoho roku věku se vykonává v kojeneckých ústavech a od jednoho do tří let v dětských domovech. Obě zařízení spadají do gesce Ministerstva zdravotnictví ČR. Výkon ústavní výchovy dětí starších tří let je svěřen zařízením (dětský domov, dětský domov se školou, výchovný a diagnostický ústav), která spadají pod Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy ČR. Ústavní výchova dětí s tělesným nebo mentálním postižením spadají do rezortu Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (DVOŘÁK, Dostupné na: www.anv.cz, 2007).

Mimo systém zařízení, ve kterých je prováděn výkon ústavní výchovy, stojí relativně nově vzniklá zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc – tj.

dětská centra, Klokánky a další. Tato zařízení nespádají pod žádný rezort a nevztahuje se na ně ani zákon o výkonu ústavní výchovy. Jejich financování je řešeno ze systému dávek státní sociální podpory (STŘEDISKO NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE, Dostupné na: www.nahradnirodina.cz, 2011). Na obr. 1 je stručně vyobrazen přehled ústavní výchovy v České Republice.



Obrázek 1 - Schéma náhradní výchovy (Zdroj: Středisko náhradní rodinné péče, 2011)

Diagnostický ústav

Prvními předchůdci současných diagnostických center byly sociodiagnostické ústavy, které vznikly v roce 1948 jako pobočky ústavu pro sociální výzkum mládeže, jež založil Tomáš Pardel, v Čechách v nich působil Zdeněk Matějček. Jejich funkci začaly po roce 1952 postupně přebírat záchytné dětské domovy a od roku 1960 tzv. dětské domovy třídící. Začátkem roku 1972 se tato zařízení začala měnit na diagnostické ústavy (ŠKOVIERA, 2007).

Dětský domov

Název „dětský domov“ nevyjadřuje tutéž kvalitu výchovného prostředí jako výraz domov, jímž označujeme místo, kde normálně v rodině vyrůstá dítě. Dětský domov, v němž se pod jednou střechou nachází až 48 dětí, není domovem, ale ústavním zařízením. „Jeho zaměstnanci nejsou psychologickými rodiči, ale zaměstnanci, jejichž angažovanost na osudu dítěte je nevyhnutelně omezovaná institucionálními bariérami“ (MATOUŠEK, PAZLAROVÁ, 2010, str. 61). Mulheirová, Browne (2007) nevidí, jak by se zdálo, chybu nepříznivého působení ústavů na děti v zaměstnancích, ale v systému, kde hlavní odpovědnost nese státní správa.

3. Výzkumná část

3.1 Cíle

1. Zjistit hodnotovou orientaci dětí v dětských domovech v Jižních Čechách.
2. Analyzovat spánkové režimy u dětí v dětských domovech.
3. Vyhodnocení výsledků.

3.2 Úkoly

1. Studium odborné literatury k danému tématu.
2. Oslovit minimálně 4 vybrané dětské domovy v Jižních Čechách, resp. jejich ředitele, a požádat je o spolupráci.
3. Rozdat mezi děti a mladistvé ve věku od 10 do 19 let dotazníky.
4. Ve stanovený termín si vyplněné dotazníky vyzvednout.
5. Vyhodnocení a statistické zpracování dat z dotazníků.

3.3 Hypotézy

H1: Domnívám se, že u dětí žijících v dětských domovech bude minimálně u poloviny z nich nejdůležitější hodnotou jejich života vlastní rodina.

H2: Adolescenty z dětských domovů radíme ve všední dny spíše mezi ranní typy než večerní. Domnívám se tak na základě tvrzení Praška (2004), který ve svých výzkumech zjišťuje, že většina dětí školního věku usíná před dvanáctou hodinou a budí se spontánně brzy ráno. Z mých dat je zřejmé, že většina dětí chodí spát ve všední dny nejčastěji mezi 21:00 a 22:00 hodinou.

H3: Předpokládám, že děti ve všední dny nemají nikdy problémy s usínáním, neboť Schalová (2011) výzkumem ve své diplomové práci zjistila, že děti školního věku mají během dne velké množství volnočasových aktivit.

H4: Domnívám se, že děti mají klidný spánek a v noci se vůbec neprobouzejí.

3.4 Metodika výzkumu

3.4.1 Charakteristika souboru

Dotazníkového šetření se celkem zúčastnilo 118 dětí z dětských domovů v Jihočeském kraji. Z nich bylo 49 pubescentů (10 – 14 let) a 69 adolescentů (15 – 19 let). Průměrný věk pubescentů je 12,5 let a adolescentů 16,3 let. Osloveny byly dětské domovy městského i vesnického typu.

3.4.2 Metody výzkumu

Použit byl dotazník kvality života ComQol S5 – Cummins (1997), ze kterého jsem vybrala otázku, jež zjišťuje hodnotovou orientaci u dětí. Mimo to byl použit i dotazník cirkadiánní typologie CIT – Harada, Krejčí (2010), kde byly vybrány otázky zkoumající cirkadiánní (otázky č. 1 - 5 a 9 - 13) a diurnální rytmy (otázky č. 14, 16, 17 a 19). Po sběru dat jsem údaje zadala do Microsoft Excel a pomocí popisné statistiky (průměr, četnost) analyzovala jednotlivé dotazníky. Na tomto základě jsem vytvořila přehledné grafy a tabulky s absolutními hodnotami. Při jejich popisu, či přímo v tabulkách, bylo použito procentuální zastoupení.

Poskytnuté údaje byly dále využity ve výzkumu, který je realizován Katedrou výchovy ke zdraví, PF, JU v Českých Budějovicích v rámci projektu GAJU „Psychosociální a somatické ukazatele v komparaci k cirkadiánnímu rytmu“.

3.4.3 Popis a organizace souboru

Studie se uskutečnila ve spolupráci s dětskými domovy v Jihočeském kraji. Sběr dat probíhal v období od února do listopadu 2012. Zprvu bylo důležité domluvit si termín schůzky s řediteli dětských domovů – Zvíkovské

Podhradí, Písek, Koryto, Boršov nad Vltavou, Homole, Radenín, Žichovec a Volyně. Po vzájemné domluvě jsem je osobně navštívila a vychovatelům v jednotlivých domovech jsem rozdala dotazníky pro děti, jež byly buď ihned vyplněny a sebrány, nebo bylo nutné si je později, po předem dohodnutém termínu, vyzvednout. Respondenti byli poučeni o tom, že dotazník je anonymní, kromě křestního jména a věku po nich nebyly vyžadovány žádné osobní, identifikovatelné údaje.

4. Výsledky

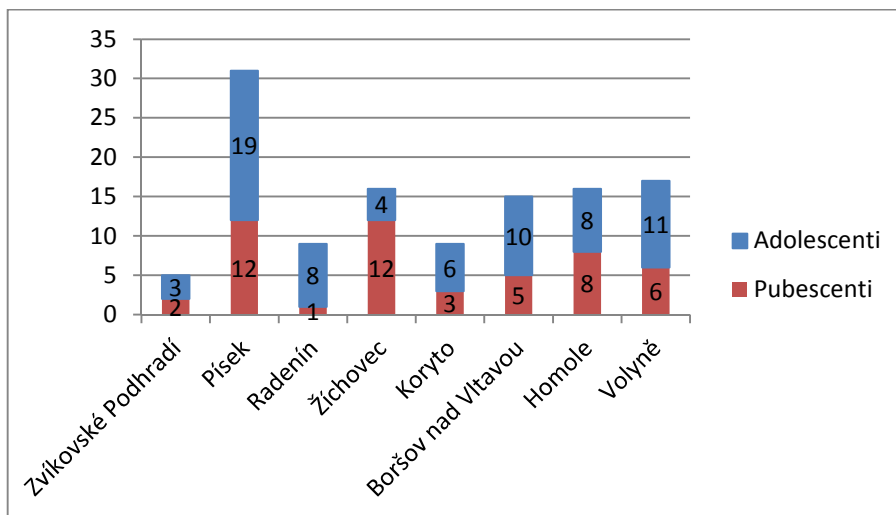
Dotazníkové šetření probíhalo v dětských domovech po celém Jihočeském kraji. Po konzultaci s vedoucí práce jsme do grafů rozdělily děti dle věku, tzn. na pubescenty (10 – 14 let) a adolescenty (15 – 19 let).

Dětský domov	Počet pubescentů	Počet adolescentů	Celkový počet dětí	Vyjádřeno v%
Zvíkovské Podhradí	2	3	5	4,2
Písek	12	19	31	26,3
Radenín	1	8	9	7,6
Žichovec	12	4	16	13,6
Koryto	3	6	9	7,6
Boršov nad Vltavou	5	10	15	12,8
Homole	8	8	16	13,6
Volyně	6	11	17	14,3
Celkem	49 (41,5%)	69 (58,5%)	118	100

Tabulka 2 - Počet navrácených dotazníků (Zdroj: vlastní)

Osloveno bylo 8 dětských domovů, respektive ředitelů. Z celkového počtu $n = 118$ probandů bylo $n_j = 49$, tj. $f_j = 41,5\%$ pubescentů a $n_j = 69$, tj. $f_j = 58,5\%$ adolescentů. Z Dětského domova Zvíkovské Podhradí se navrátily dotazníky od 5 dětí ($f_j = 4,2\%$ z celkového počtu), z nichž byli $n_j = 2$ pubescenti a $n_j = 3$ adolescenti. Z Dětského domova v Písku se navrátilo $n_j = 31$ dotazníků, což činí $f_j = 26,3\%$, $n_j = 12$ od pubescentů a $n_j = 19$ od adolescentů. V Dětském domově Radenín odpověděl na dotazník $n_j = 1$ pubescent a $n_j = 8$ adolescentů,

celkem tedy $n_j = 9$ dětí, procentuálně $f_j = 7,6 \%$ z celkového počtu. Stejný počet navrácených dotazníků jako v DD Radenín byl i v Dětském domově v Korytě, tj. $n_j = 9$, s tím rozdílem, že zde odpověděli $n_j = 3$ pubescenti a $n_j = 6$ adolescentů. Z Dětského domova Žichovec se navrátilo celkem $n_j = 16$ dotazníků ($f_j = 13,6\%$), $n_j = 12$ od pubescentů, $n_j = 4$ od adolescentů. V Dětském domově Boršov nad Vltavou byla návratnost $f_j = 12,8\%$ z celkového počtu, $n_j = 15$, odpovídalo $n_j = 5$ pubescentů a $n_j = 10$ adolescentů. $n_j = 16$ vyplněných dotazníků mi poskytl Dětský domov v Homolích, $n_j = 8$ pubescentů a stejný počet adolescentů. Z Dětského domova ve Volyni se navrátilo $n_j = 17$ dotazníků, což činí $f_j = 14,3\%$, z nichž bylo $n_j = 6$ od pubescentů a $n_j = 11$ od adolescentů.



Graf 1 - Počet navrácených dotazníků z jednotlivých dětských domovů. Adolescenti $n = 69$, pubescenti $n = 49$ (Zdroj: vlastní)

4.1 Hodnotová orientace dětí

V úvodu dotazníku měly děti vyplnit hodnoty: „Napiš 5 oblastí, které jsou pro tebe v životě nejdůležitější.“

Při zpracování jednotlivých hodnot, jež děti vyplňovaly, jsem synonyma slov zařadila vždy pod jeden, nejvýstižnější pojem. Následně cituji odpovědi:

Domov – bydlení, usadit se, letní dům, můj pokoj

Jídlo – jídelna

Nespecifická odpověď – ostatní, neodpověděl/a

Přátelé – kamarádi, přítel, přítelkyně, mezilidské vztahy

Rodina – matka, bratr, děti, sourozenec, strýc, babička

Škola – učení, vyučení, vzdělání, udělat školu, nebýt hloupý, rozum, praxe

Volný čas – auta, dívky (holky), chlapci, koníček, chodit ven, les, hudba, volejbal, fotbal, basketbal, město, sport, vycházky, počítač, akce, kroužky, kulturistika, sex, odpočinek, televize, klid, hospoda, bicí, tanec, spánek, cyklistika, pití, zvířata, příroda, zahrada, hraní se sestrou, běh, sportovní klub, lenošení, koupaliště.

Hodnota č. 1	Počet odpovědí (n)	Vyjádřeno v%
rodina	65	55,1
nespecifická odpověď	12	10,2
přátelé	9	7,6
škola	8	6,8
domov	6	5,1
volný čas	5	4,2
práce	4	3,3
zdraví	3	2,6
šťěstí	2	1,7
peníze	2	1,7
láska	2	1,7

Tabulka 3 - První hodnotová oblast. Počet dětí celkem n = 118 (Zdroj: vlastní)

Z celkového počtu $n = 118$ dětí odpovědělo $n_j = 65$ ($f_j = 55,1\%$), že nejdůležitější je pro ně rodina. $N_j = 12$ dětí neodpovědělo či nedostatečně specifikovalo odpověď.

Třetí nejčastější hodnotou byli přátelé - $n_j = 9$, $f_j = 7,6\%$. Poté následovala škola, tj. $n_j = 8$. Další odpovědi nebyly příliš časté, patří k nim: domov ($n_j = 6$, $f_j = 5,1\%$), volný čas ($n_j = 5$, $f_j = 4,2\%$), práce ($n_j = 4$, $f_j = 3,3\%$), zdraví ($n_j = 3$, $f_j = 2,6\%$), štěstí ($n_j = 2$, $f_j = 1,7\%$), peníze ($n_j = 2$, $f_j = 1,7\%$), láska ($n_j = 2$, $f_j = 1,7\%$).

Hodnota č. 2	Počet odpovědí (n)	Vyjádřeno v%
přátelé	45	38,2
volný čas	15	12,7
nespecifická odpověď	15	12,7
rodina	11	9,4
škola	8	6,8
zdraví	6	5,1
domov	6	5,1
práce	5	4,2
peníze	3	2,6
život	1	0,8
štěstí	1	0,8
láska	1	0,8
jídlo	1	0,8

Tabulka 4 - Druhá hodnotová oblast. Počet dětí celkem $n = 118$ (Zdroj: vlastní)

Druhou nejdůležitější oblastí v životě se pro většinu dětí stali přátelé. Z celkového počtu $n = 118$ dětí se k této odpovědi přiklonilo $n_j = 45$ ($f_j = 38,2\%$) z nich. Méně častou odpovědí byl volný čas - $n_j = 15$ ($f_j = 12,7\%$) a stejný počet dětí neodpovědělo či nespécifikovalo odpověď. V menších počtech se v dotaznících objevily i tyto hodnoty: rodina ($n_j = 11$), škola ($n_j = 8$),

zdraví ($n_j = 6$), domov ($n_j = 6$), práce ($n_j = 5$), peníze ($n_j = 3$), život ($n_j = 1$), štěstí ($n_j = 1$), láska ($n_j = 1$), a jídlo ($n_j = 1$).

Hodnota č. 3	Počet odpovědí (n)	Vyjádřeno v%
škola	19	16,1
volný čas	18	15,3
nespecifická odpověď	17	14,4
láska	13	11,0
rodina	11	9,4
zdraví	10	8,5
přátelé	7	6,0
domov	7	6,0
jídlo	5	4,2
práce	3	2,5
peníze	3	2,5
cigarety	2	1,7
šťěstí	1	0,8
spokojenost	1	0,8
být slušný	1	0,8

Tabulka 5 - Třetí nejdůležitější hodnota dětí. Počet dětí celkem $n = 118$ (Zdroj: vlastní)

Jako třetí nejčastější oblast ve svém životě označily děti školu ($n_j = 19$, $f_j = 16,1\%$ odpovědí). V této oblasti není počet odpovědí příliš rozdílný. Pro $n_j = 18$, tj. $f_j = 15,3\%$ dětí je třetí nejdůležitější hodnotou volný čas, $n_j = 17$ ($f_j = 14,4\%$) nedostatečně specifikovalo svoji odpověď. $N_j = 13$ - $f_j = 11\%$ uvedlo lásku, $n_j = 11$ ($f_j = 9,4\%$) rodinu, $n_j = 10$ ($f_j = 8,5\%$) zdraví, $n_j = 7$ ($f_j = 6\%$) přátele a $n_j = 7$ ($f_j = 6\%$) domov jako důležitou složku svého života. Lze registrovat i další odpovědi: jídlo ($f_j = 4,2\%$), práce ($f_j = 2,5\%$), peníze

($f_j = 2,5\%$), cigarety ($f_j = 1,7\%$), štěstí ($f_j = 0,8\%$), spokojenost ($f_j = 0,8\%$), být slušný ($f_j = 0,8\%$).

Hodnota č. 4	Počet odpovědí (n)	Vyjádřeno v%
volný čas	28	23,8
nespecifická odpověď	21	17,9
přátelé	15	12,8
zdraví	14	11,9
škola	10	8,6
domov	6	5,1
rodina	5	4,2
peníze	5	4,2
práce	4	3,3
láska	4	3,3
jídlo	3	2,5
vzduch	1	0,8
sláva	1	0,8
cigarety	1	0,8

Tabulka 6 - Čtvrtá hodnotová oblast. Počet dětí celkem $n = 118$ (Zdroj: vlastní)

Z celkového počtu $n = 118$ odpovědí uvedlo $n_j = 28$ ($f_j = 23,8\%$) dětí, že je pro ně čtvrtou nejdůležitější oblastí života volný čas, respektive aktivity, jež jsou uvedeny v úvodu této kapitoly. Ve čtvrté oblasti neodpovědělo či nespecifikovalo svou odpověď $n_j = 21$ ($f_j = 17,9\%$) dětí. $N_j = 15$ ($f_j = 12,8\%$) uvedlo, že jsou pro ně důležití přátelé, $n_j = 14$ zdraví, $n_j = 10$ škola, $n_j = 6$ domov, $n_j = 5$ rodina, $n_j = 5$ peníze. Méně častou odpovědí se staly: práce ($f_j = 3,3\%$), láska ($f_j = 3,3\%$), jídlo ($f_j = 2,5\%$), vzduch ($f_j = 0,8\%$), sláva ($f_j = 0,8\%$) a cigarety ($f_j = 0,8\%$).

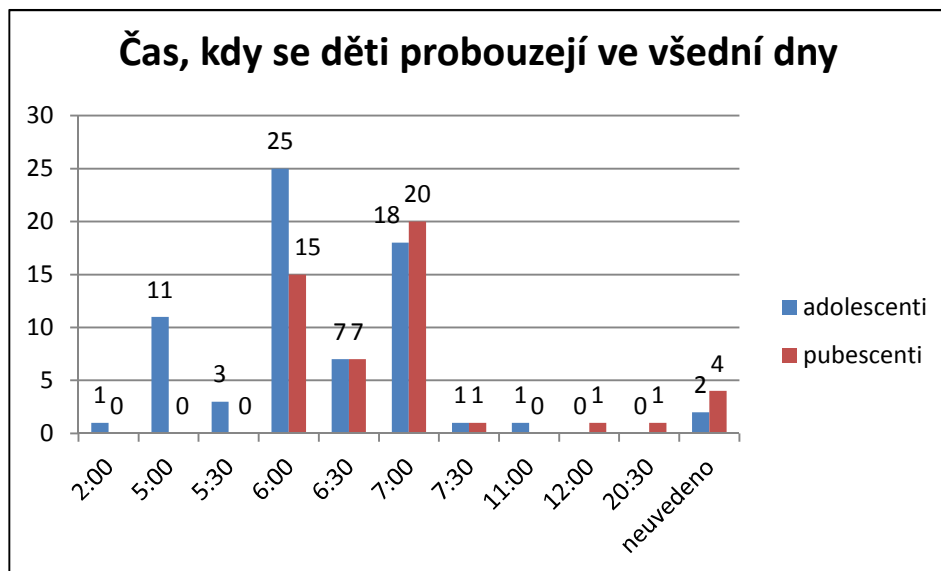
Hodnota	Počet odpovědí (n)	Vyjádřeno v%
volný čas	35	30,0
nespecifická odpověď	32	27,0
peníze	10	8,5
rodina	8	6,8
zdraví	6	5,1
škola	6	5,1
přátelé	6	5,1
jídlo	4	3,4
práce	3	2,5
cigarety	2	1,7
tety z dětského domova	1	0,8
povinnosti	1	0,8
nežebrot	1	0,8
nebýt v dětském domově	1	0,8
lékař	1	0,8
domov	1	0,8

Tabulka 7 - Pátá nejdůležitější hodnota dětí. Počet dětí celkem n = 118 (Zdroj: vlastní)

Z celkového počtu n = 118 probandů jich $n_j = 35$ ($f_j = 30\%$) odpovědělo, že je pro ně pátou nejdůležitější oblastí volný čas. Poměrně velký počet, tj. $n_j = 32$ ($f_j = 27\%$) dětí neuvedlo či nedostatečně specifikovalo svoji odpověď. V menším počtu uvedly děti následující hodnoty: peníze - $f_j = 8,5\%$, rodina - $f_j = 6,8\%$, škola - $f_j = 5,1\%$, zdraví - $f_j = 5,1\%$, přátelé - $f_j = 5,1\%$, jídlo - $f_j = 3,4\%$, práce - $f_j = 2,5\%$, cigarety - $f_j = 1,7\%$, tety z dětského domova - $f_j = 0,8\%$, povinnosti - $f_j = 0,8\%$, nežebrot - $f_j = 0,8\%$, nebýt v dětském domově - $f_j = 0,8\%$, lékař - $f_j = 0,8\%$, domov - $f_j = 0,8\%$.

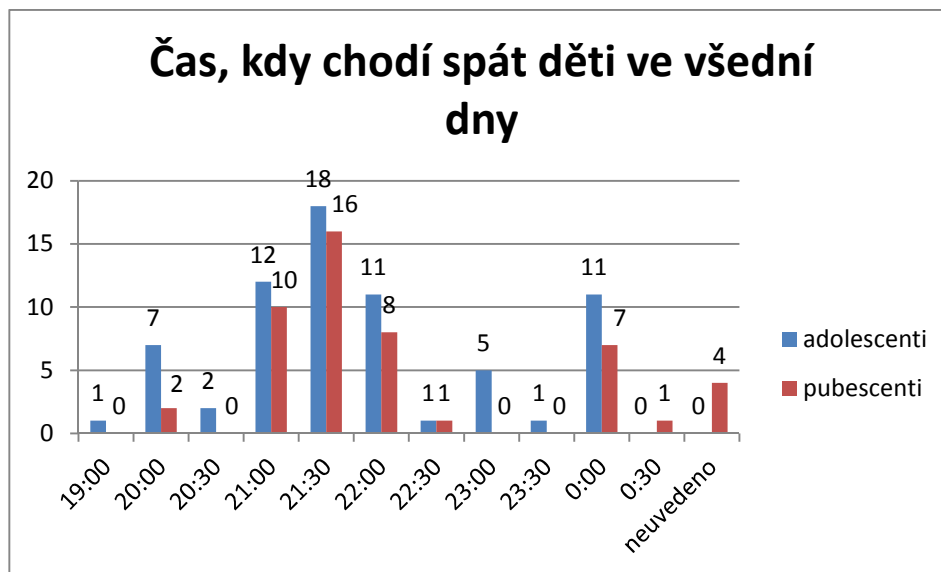
4.2 Cirkadiánní rytmy

4.2.1 Režim spánku ve všedních školních dnech.



Graf 2 - V kolik hodin se probouzejí pubescenti a adolescenti z dětských domovů ve všedních dnech. Adolescenti $n = 69$, pubescenti $n = 49$ (Zdroj: vlastní)

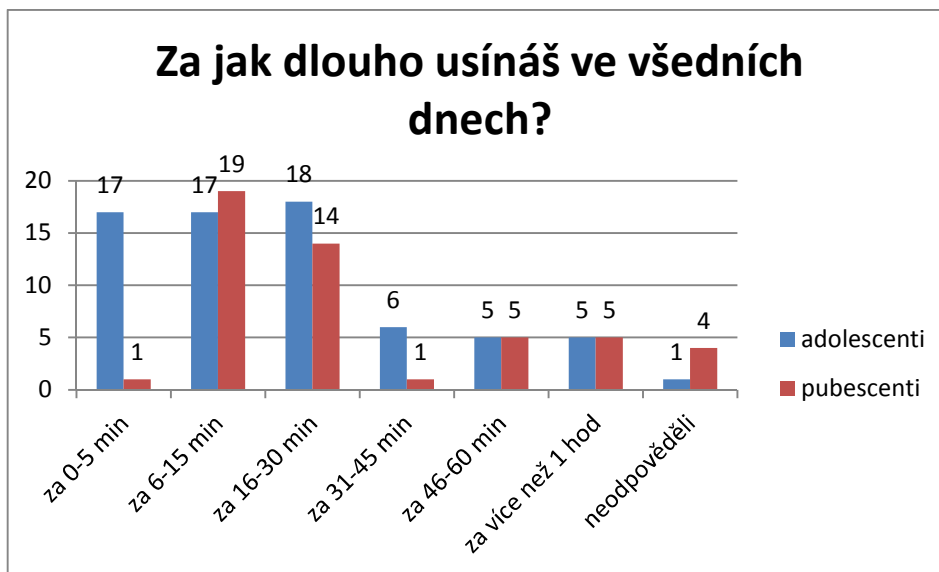
Z grafu č. 2 lze vyčíst, že se adolescenti probouzejí nejčastěji v 6:00, oproti pubescentům, kteří se budí nejčastěji v 7:00 hodin. Jako druhou nejčastější odpověď uvedli adolescenti, že se probouzejí v 7:00 a pubescenti v 6:00. $n_j = 11$ adolescentů se budí v 5:00 hodin. Takto brzké vstávání připisují i faktu, že spousta adolescentů musí dojíždět na střední školy do větších vzdáleností, než bývají základní školy, které jsou téměř v každém městě. V 6:30 se probouzí ve všedních dnech $n_j = 7$ pubescentů a stejný počet adolescentů. Ostatní časy probouzení se nebyly ve výpovědích dětí příliš časté.



Graf 3 - V kolik hodin chodí spát děti z dětských domovů ve všedních dnech. Adolescenti $n = 69$, pubescenti $n = 49$ (Zdroj: vlastní)

Z grafu č. 3 vyplývá, že nejčastěji chodí spát adolescenti i pubescenti ve 21:30 hod. Jako druhou nejčastější odpověď uvedly děti čas 21:00. Poměrně velký počet dětí z dětských domovů chodí spát i ve 22:00 a o půlnoci. Mezi 19:00 – 20:30 a 22:30 – 0:30 chodí spát jen velmi málo dětí. $n_j = 4$ pubescenti neodpověděli.

Následující graf č. 4 ukazuje, jak dlouho trvá respondentům, než usnou ve všední dny, kdy musejí chodit do školy a přes den mají různé aktivity. Z celkového počtu $n = 49$ pubescentů jich nejvíce, tj. $n_j = 19$ odpovědělo, že usínají ve všedních dnech za 6-15 minut. Z odpovědí dětí do čtrnácti let lze také vyčíst, že $n_j = 14$ z celkového počtu jich usíná za 16-30 minut. Za 0-5 minut a za 31-45 minut usínají pouze $n_j = 2$ pubescenti, za 46-60 minut usíná $n_j = 5$ pubescentů, $n_j = 5$ usíná za více než 1 hodinu a $n_j = 4$ neodpověděli. Oproti tomu $n_j = 18$ adolescentů usíná za 16-30 minut, $n_j = 17$ adolescentů odpovědělo, že usínají za 0-5 min a stejný počet dětí za 6-15 minut, $n_j = 6$ usínají za 31-45 min, $n_j = 5$ usínají za 46-60 minut a stejný počet adolescentů usíná za více než 1 hodinu. Jeden adolescent neodpověděl.



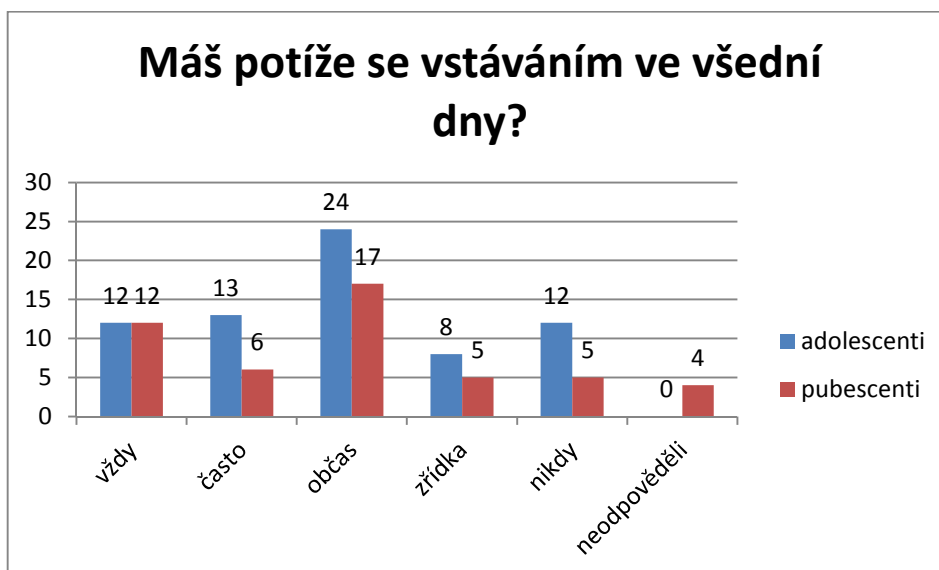
Graf 4 - Za jak dlouhou dobu usínají děti ve všedních školních dnech. Adolescenti n = 69, pubescenti n = 49 (Zdroj: vlastní)



Graf 5 - Jak často mají děti z dětských domovů potíže s usínáním. Adolescenti n = 69, pubescenti n = 49 (Zdroj: vlastní)

Z celkového počtu n = 69 adolescentů jich nejvíce, tj. $n_j = 20$, což činí $f_j = 29\%$, odpovědělo, že mají občas potíže s usínáním ve všedních dnech.

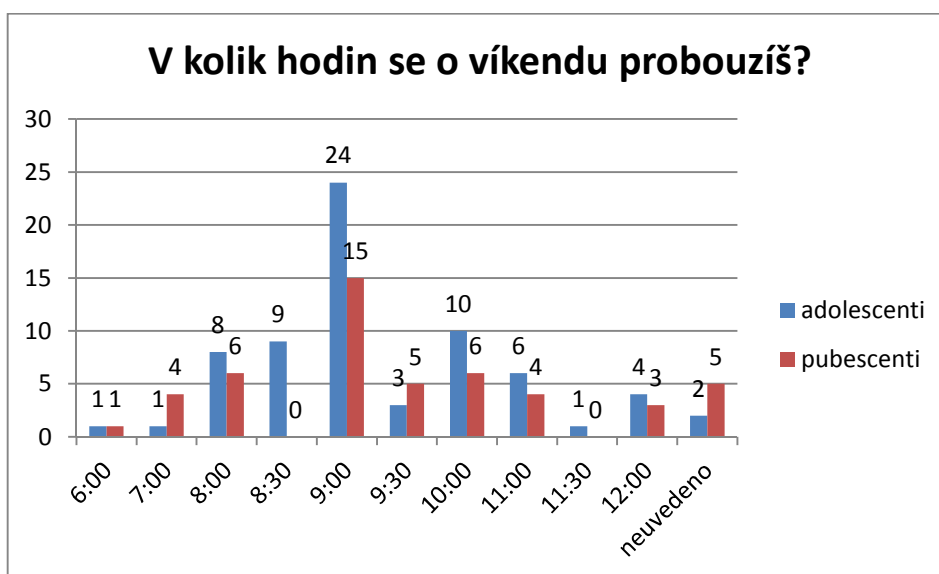
$N_j = 18$ adolescentů, tj. $f_j = 26\%$, odpovědělo, že mají potíže s usínáním často a stejný počet má problémy jen zřídka. Nejvíce, tj. $n_j = 15$ pubescentů označilo v dotazníku, že mají problémy s usínáním jen občas. Po $n_j = 8$ pubescentech vypovědělo, že mají potíže s usínáním vždy a často.



Graf 6 - Zda mají děti potíže se vstáváním ve všední dny. Adolescenti $n = 69$, pubescenti $n = 49$ (Zdroj: vlastní)

Podíváme-li se na graf č. 6, zjistíme, že více než polovina všech dotázaných, tedy adolescentů i pubescentů, uvádí, že se vstáváním problémy mají. V porovnání adolescenti vs. pubescenti si na potíže se vstáváním častěji stěžují adolescenti. Způsobeno by to mohlo být větší fyzickou zátěží během dne nebo dlouhým ponocováním, které u pubescentů zpravidla nebývá tak časté. Z celkového počtu $n = 49$ pubescentů jich $n_j = 4$ neodpověděli.

4.2.2 Režim spánku o víkendech.

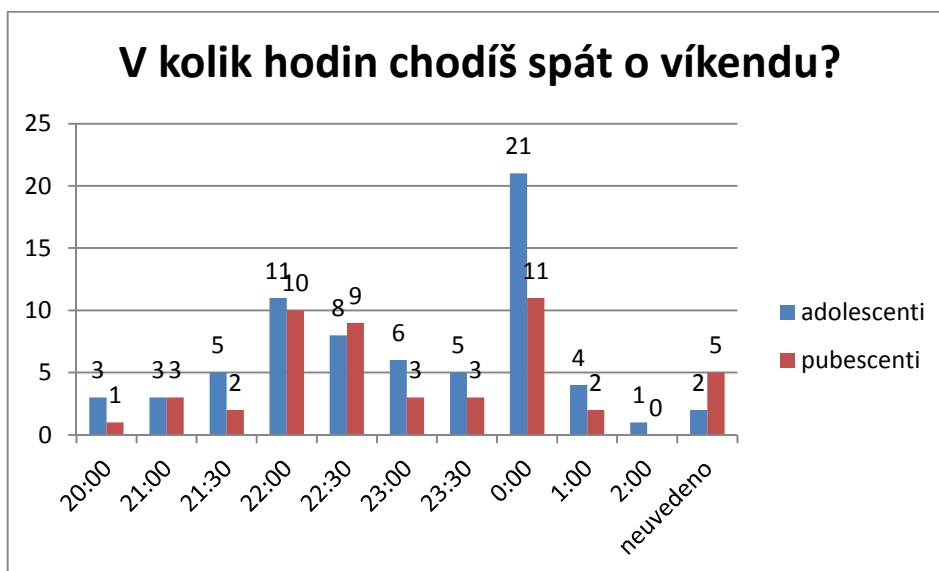


Graf 7 - Čas, kdy se děti nejčastěji probouzí o víkendu. Adolescenti $n = 69$, pubescenti $n = 49$
(Zdroj: vlastní)

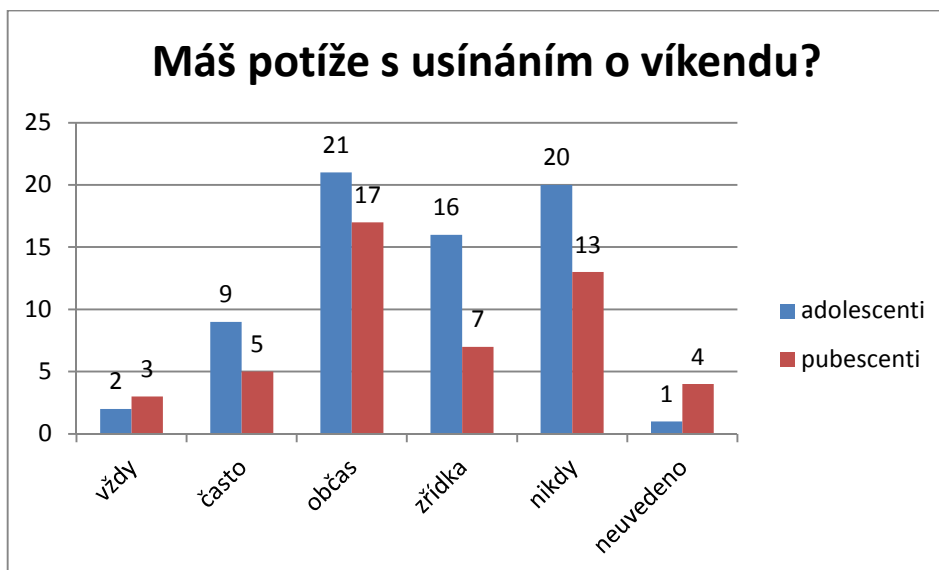
Z grafu č. 7 vyplývá, že $n_j = 24$ adolescentů, z celkového počtu $n = 69$, se o víkendu probouzí v 9:00 hodin. Stejně tak i nejvíce pubescentů odpovědělo, že se probouzí v 9:00 hodin. Ve zkratce bychom mohli říci, že děti nejčastěji vstávají o víkendu mezi 8:00 – 10:00 hodinou.

Víkendové dny jsou dny odpočinku od celotýdenního záprahu ve škole a zároveň dávají prostor pro rozvíjení osobních volnočasových aktivit. Proto lze předpokládat, že o sobotě a neděli se čas ulehání do postele oproti všedním dnům prodlužuje, o čemž svědčí graf č. 8. Z celkového počtu $n = 69$ adolescentů jich $n_j = 21$ odpovědělo, že o víkendu chodí spát nejčastěji o půlnoci. I značná část dotázaných pubescentů, tzn. $n_j = 11$, uvedla, že uléhají do postele o půlnoci. Zde nastává otázka, zda děti, zejména ty mladší, odpovídaly pravdivě, či je to pouze jejich přání. Ve většině dětských domovů se totiž musí děti řídit podle „večerky“, která bývá zpravidla ve 22:00 hodin.

Hned po dvanácté hodině v noci bylo nejčastější odpovědí, a to jak u adolescentů, tak u pubescentů, 22:00 hodina.

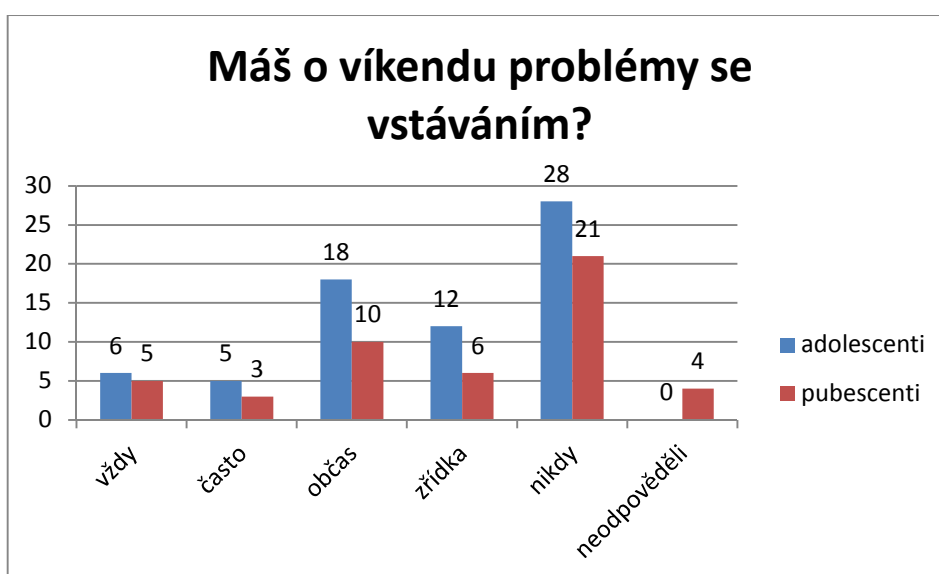


Graf 8 - Doba, kdy chodí děti spát o víkendu. Adolescenti n = 69, pubescenti n = 49 (Zdroj: vlastní)



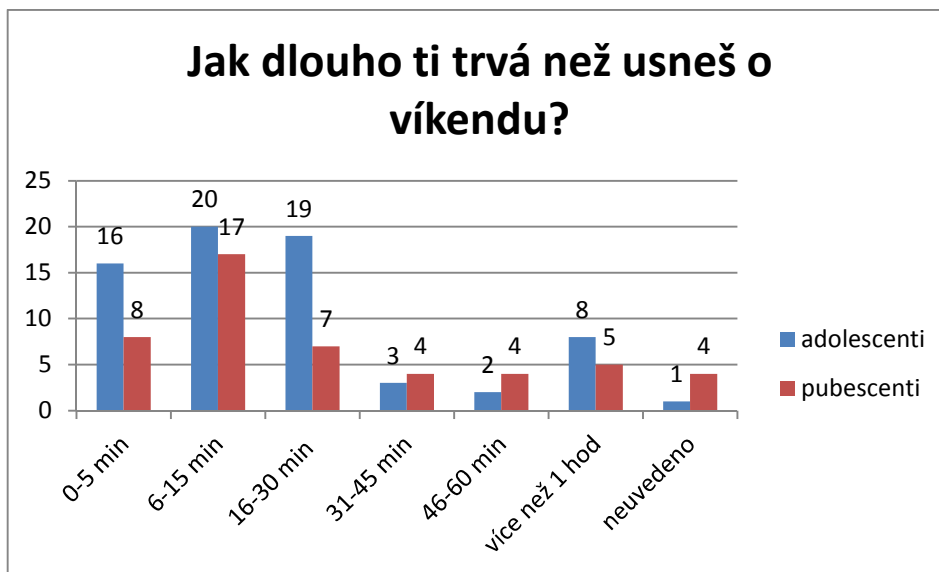
Graf 9 - Zda mají děti potíže s usínáním o víkendu. Adolescenti n = 69, pubescenti n = 49 (Zdroj: vlastní)

Jak je zřejmé na grafu č. 9, tak $n_j = 21$ z celkového počtu $n = 69$ adolescentů odpovědělo, že mají občas potíže s usínáním o víkendu. Také většina - $n_j = 17$, z celkového počtu $n = 49$ pubescentů uvedlo stejnou odpověď. $N_j = 33$, $f_j = 28\%$ ze všech dotázaných, nemá problémy s usínáním nikdy. Adolescenti, kteří uvedli, že mají potíže s usínáním o víkendu jen zřídka, bylo $n_j = 16$ - $f_j = 23\%$ ze všech adolescentů.



Graf 10 - Výskyt problémů se vstáváním o víkendu. Adolescenti $n = 69$, pubescenti $n = 49$ (Zdroj: vlastní)

Velké množství respondentů, $f_j = 41,5\%$ ($n_j = 28$ adolescentů a $n_j = 21$ pubescentů), v dotaznících uvedla, že nemají o víkendu nikdy problémy se vstáváním. Oproti všednímu dni zde převažují odpovědi, že o víkendu mají děti problémy se vstáváním jen zřídka nebo je nikdy nemají. U všedních dnů nám děti uvedly, že mají problémy vždy, často a občas. O víkendu si děti jistě více odpočinou a mají možnost si „pospat“. To by mohl být jeden z hlavních důvodů, proč tomu tak je.



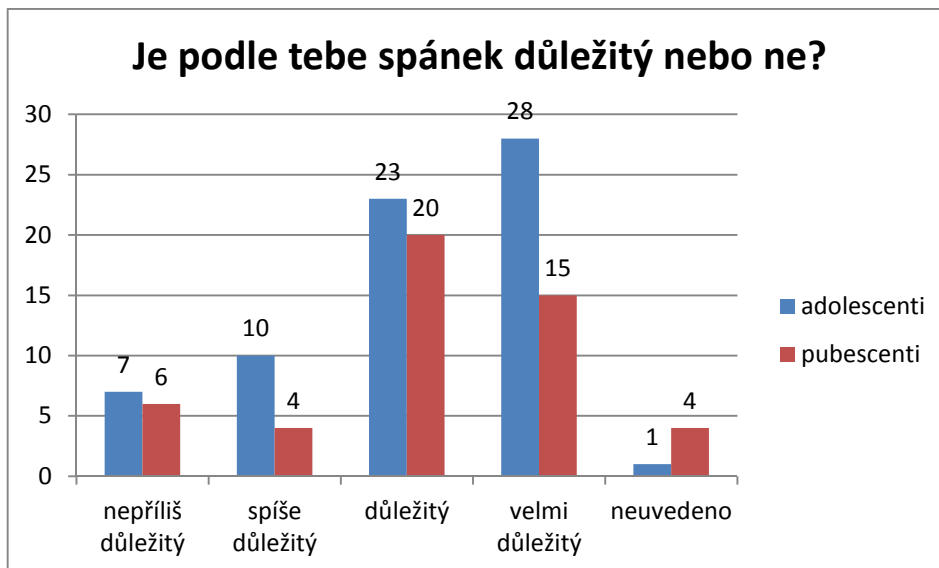
Graf 11 - Čas, za jak dlouhou dobu děti o víkendu usínají. Adolescenti $n = 69$, pubescenti $n = 49$ (Zdroj: vlastní)

O víkendu většina respondentů, tj. $n_j = 87$ ($f_j = 74\%$), usíná do třiceti minut. Domnívám se, že je to dáno fyzickou náročností dne, kde se děti věnují zejména sportovním aktivitám. V domovech také velmi často pořádají víkendové akce, jako jsou např. výlety. Myslím, že usínání do třiceti minut je dobrým základem pro kvalitní spánek.

Pět dětí neodpovědělo, pravděpodobně z nepochopení otázky či neochoty spolupracovat.

4.3 Diurní rytmy

V této části své diplomové práce se zabývám otázkami diurnálních rytmů.



Graf 12 - Důležitost spánku. Adolescenti n = 69, pubescenti n = 49 (Zdroj: vlastní)

Graf č. 12 nám vypovídá o tom, zda si děti dostatečně vážící svého zdraví. Z odpovědí je vidět pozitivní přístup k důležitosti spánku. Pro $n_j = 86$ ($f_j = 73\%$) ze všech respondentů, je spánek přinejmenším důležitý. $n_j = 7$ adolescentů uvedlo, že pro ně spánek není příliš důležitý, stejně tak i pro $n_j = 6$ pubescentů. Z celkového počtu $n = 118$ dětí jich $n_j = 4$ pubescenti a $n_j = 1$ adolescent neodpověděli.

Domníváš se, že počet hodin tvého spánku za týden, je dostatečný?	adolescenti	pubescenti
nedostatečný	8	10
částečně dostatečný	22	10
dostatečný	31	23
více než dostatečný	5	1
přespříliš hodin	3	1
neuveďeno	0	4

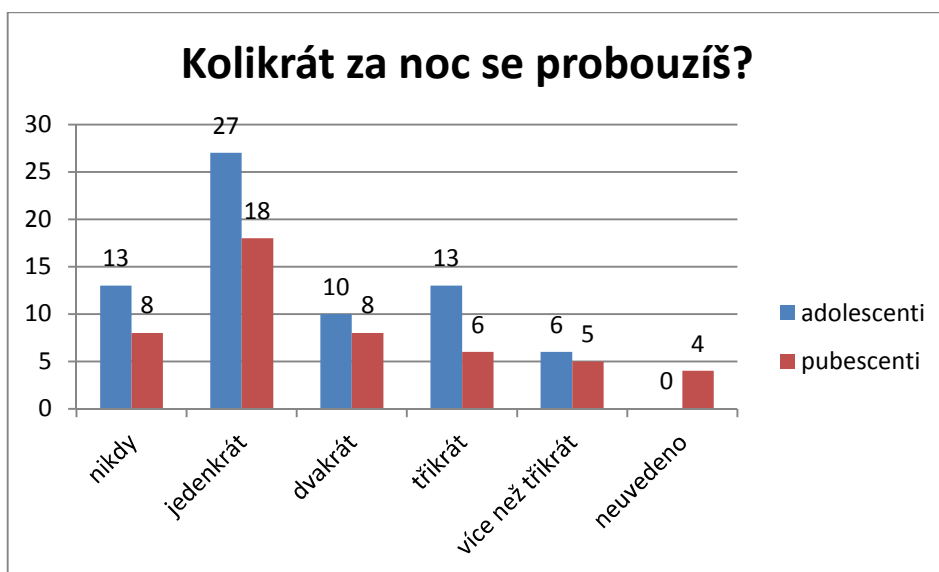
Tabulka 8- Zda si děti myslí, že počet hodin spánku, je pro ně za týden dostatečný. Adolescenti n = 69, pubescenti n = 49 (Zdroj: vlastní)

Z tabulky č. 8 se můžeme dozvědět, že $n_j = 22$ dotázaných adolescentů pokládá svůj spánek za částečně dostatečný, $n_j = 8$ mladistvých tvrdí, že jejich spánek není dostatečný vůbec. $N_j = 31$ dospívajících vnímá kvalitu a délku svého spánku jako dostatečný. Ze všech dotázaných pubescentů jich $n_j = 23$ posoudilo svůj spánek za dostatečný.

Používáš prášky na spaní nebo jiné prostředky (např. čaje) na spaní?	adolescenti	pubescenti
vždy	2	3
často	4	0
občas	2	2
zřídka	1	1
nikdy	60	39
neuveďeno	0	4

Tabulka 9 - Používání podpůrných prostředků na spaní. Adolescenti n = 69, pubescenti n = 49 (Zdroj: vlastní)

V tabulce č. 9 máme možnost dozvědět se, že převážná většina respondentů neužívá prášky na spaní nebo jiné prostředky. Pouze $n_j = 9$ adolescentů odpovědělo, že užívá něco na spaní. Z celkového počtu $n = 49$ pubescentů uvedlo $n_j = 6$, že neusínají bez nějakých podpůrných prostředků a $n_j = 4$ nevedlo žádnou odpověď.



Graf 13 - Noční probouzení. Adolescenti $n = 69$, pubescenti $n = 49$ (Zdroj: vlastní)

Graf č. 13 znázorňuje, že $n_j = 13$ adolescentů a $n_j = 8$ pubescentů spí celou noc bez probuzení. Zato nejvíce - $n_j = 27$ adolescentů a $n_j = 18$ pubescentů se nejčastěji probouzí v noci jedenkrát. Méně dětí se probouzí dvakrát za noc, tj. $n_j = 10$ adolescentů a $n_j = 8$ pubescentů.

5. Diskuze

Podle výzkumu Svatoše, Švarcové (2006 – 2007), kteří zkoumali kvalitu života žáků základních škol v podmínkách ohniskové skupiny, lze říci, že se mé výsledky od jejich příliš neliší. Zabývali se nejvýznamnějšími potřebami žáků a zjistili, že na prvním místě děti uváděly potřebu mít přátele, jako druhou nejdůležitější hodnotu označily: mít rodinu, mít vztah, spánek, studovat. Třetí nejčastější odpovědí byl volný čas, respektive potřeba pohybu, zálib, starat se o zvířata apod.

Z mých výsledků je patrné, že pro děti z dětských domovů je nejdůležitější rodina, a teprve poté přátelé. Jako třetí důležitou položku uvedly vzdělání a další důležitou potřebou je i volný čas. Z výsledků mých i Svatoše, Švarcové vyplývá, že děti potřebují mít v životě vztahy, ať už rodinné, či přátelské. U respondentů z dětských domovů je vidět, že jim rodiče chybí, a proto jsou pro ně nejdůležitější hodnotou v životě. Děti se ve výpovědích shodly i na potřebě vzdělání a volného času.

V mém výzkumu měly děti za úkol vyplnit pět nejdůležitějších hodnot, přičemž čtvrtou a pátou potřebu mnoho respondentů nevyplnilo. Domnívám se, že je to dané nedostatečným porozuměním otázky nebo neochotou spolupracovat.

Hodnotovou orientací se zabývám ve své první hypotéze H1, jež zní: *Domnívám se, že u dětí žijících v dětských domovech bude minimálně u poloviny z nich nejdůležitější hodnotou jejich života vlastní rodina.* 55,1% všech respondentů uvedla, že je pro ně nejdůležitější rodina. Mé předpoklady se vyplnily, ovšem očekávala jsem vyšší procentuelní zastoupení.

Z výzkumu Bocana, Maříkové a Spálenského (2011) se můžeme dozvědět, že u dětí ve věku 6-15 let převládá potřeba mít šťastnou rodinu, jako druhou nejdůležitější hodnotu děti označily dobré přátele a na třetím místě uvedly děti

potřebu mít hodně peněz a dobře se učit. S tímto výzkumem se mé výsledky zcela ztotožňují.

Ve své teoretické práci se zabývám typy lidí rozdělených dle aktivity během dne, tj. ranní typy – aktivní především v ranních a dopoledních hodinách a večerní typy, jež jsou aktivnější v odpoledních a večerních hodinách. Z mých nasbíraných dat je zřejmé, že ve všední dny děti vstávají nejčastěji mezi 6:00 a 7:00 hodinou a chodí spát mezi 21:00 a 22:00 hodinou.

Stanovila jsem si hypotézu *H2: Adolescenty z dětských domovů řadíme ve všední dny spíše mezi ranní typy než večerní. Z celkového počtu n = 69 adolescentů jich nejvíce, tj. 36,2% uvedlo, že se ráno probouzejí v 6:00 hodin. I ostatní adolescenti vstávají v ranních a dopoledních hodinách. Tuto skupinu můžeme jednoznačně zařadit mezi ranní typy. Vystává zde otázka, jestli by respondenti nechtěli spát o něco déle. Ráno totiž musí vstávat do školy. V porovnání se vstáváním adolescentů a pubescentů o víkendu, lze říci, že ve všední dny vstávají adolescenti o dvě až tři hodiny dříve. O sobotě a neděli chodí nejvíce mladistvých – 30,4% - spát o půlnoci, jejich aktivita se tak posouvá na pozdější hodiny. Myslím si, že vliv má také režim dětí v dětských domovech, musí se řídit pravidly daného zařízení (dodržování „večerky“). V souvislosti s tím mě napadá ještě jedna otázka, a to, zda děti odpovídaly podle skutečnosti, nebo v dotaznících vyslovovaly svá přání.*

Ve své třetí hypotéze *H3: předpokládám, že děti ve všední dny nemají nikdy problémy s usínáním. Ze získaných dat mohu tvrdit, že tomu tak není. Pouhých 13 dětí (6 adolescentů a 7 pubescentů) uvedlo, že nemají nikdy potíže s usínáním. 4 pubescenti neodpověděli. Nemalý počet dětí, tj. 26, tvrdí, že mají potíže s usínáním často a 15 pubescentů a adolescentů má potíže s usínáním ve všední dny neustále. Dle mého jsou tyto potíže způsobeny tím, že většina dětí z dětských domovů spí v pokoji ještě s někým dalším. Mají tak tendenci si s ostatními povídat.*

Dalším aspektem by mohl být stres ze školy, nebo otázky, jež si děti kladou ohledně vlastní rodiny (proč musí být v dětském domově, proč je rodiče

nechtějí atd.). Stres z odloučení dítěte od vlastní rodiny je psychicky velmi náročný. Z praxe vím, že děti mají zájem na tom, aby mohly být se svou rodinou. Bohužel tomu tak není i v případě rodičů. Většina z nich své dítě nenavštěvuje, a to hlavně proto, že nechtějí.

V poslední části výzkumu se zabývám diurnálními rytmy u dětí z dětských domovů. V hypotéze *H4 se domnívám, že děti mají klidný spánek a v noci se vůbec neprobouzejí*. Z mých výsledků je zřejmé, že 17,8% respondentů uvedlo, že se v noci nikdy nebudí, 38,1% dětí se budí jedenkrát, 15,3% dvakrát, 16,1% třikrát a 9,3% více jak třikrát za noc. 3,4% ze všech dotázaných neodpovědělo. Z výzkumu Vašinové, Křesťana, Vojtové z roku 2012 je patrné, že děti z dětských domovů se probouzejí v noci mnohem častěji než děti z vlastních rodin. Jako důvod, proč se v noci probouzejí, respondenti uváděli nucení na záchod, žízeň a teplotu v místnosti. Ve výzkumu se uvedení zabývali dětmi (n = 180) ve věku od 15 – 16 let. Vyšlo jim, že 41,2% dotázaných spí celou noc bez probuzení, 45,5% respondentů se budí jedenkrát, 10,6% dvakrát, 1,6% třikrát a 1,1 více než třikrát za noc.

6. Závěr a doporučení pro praxi

Svou diplomovou práci jsem rozdělila na dvě části: teoretickou a praktickou. Motivem pro sepsání mé diplomové práce bylo získání základních znalostí z oblasti cirkadiálních a diurnálních rytmů u dětí a mladistvých. V teoretické části jsem se snažila nastítnit přehledný popis dané problematiky. Pokusila jsem se stručně a výstižně obsáhnout ústavní a rodinnou výchovu, psychologický a ontogenetický vývoj pubescentů a adolescentů, biorytmy, spánkový režim, hodnotovou orientaci a kvalitu života. Ve výzkumné části se zabývám otázkami, jež zjišťují kvalitu života a biorytmy u dětí v dětských domovech. Nasbíraná data jsou přehledně zpracována do tabulek a grafů. Chtěla jsem, aby výsledky byly srozumitelné i pro širokou veřejnost.

Cílem mé diplomové práce bylo analyzovat kvalitu života u dětí (10 – 19 let) z dětských domovů v Jihočeském kraji s ohledem na cirkadiální a diurnální rytmy. Mimo to zde analyzuji i hodnotovou orientaci dětí. Kvalita života se totiž odvíjí i od hodnot, jež jsou pro děti důležité. Stanovila jsem si hypotézu H1: Domnívám se, že u dětí žijících v dětských domovech bude minimálně u poloviny z nich nejdůležitější hodnotou jejich života vlastní rodina. Z mých výsledků je zřejmé, že většina dotázaných by si přála žít ve své rodině. To však z nějakého důvodu není možné. Na základě toho jsou pak děti frustrovány.

I druhá hypotéza se mi potvrdila - H2: Adolescenty z dětských domovů řadíme ve všední dny spíše mezi ranní typy než večerní. Adolescenti vstávají nejčastěji mezi 6:00 a 7:00 hodinou a chodí spát mezi 21:00 a 22:00 hodinou. V hypotéze H3: předpokládám, že děti ve všední dny nemají nikdy problémy s usínáním. U této hypotézy, na základě mých výsledků, nemohu říci, že by se potvrdila. 101 dětí má potíže s usínáním a pouhých 13 dětí nemá nikdy problémy s usínáním. Ani hypotéza H4, kde se domnívám, že děti mají klidný spánek a v noci se vůbec neprobouzejí, se mi nepotvrdila. 78,8% ze všech

respondentů odpovědělo, že se budí v noci minimálně jednou a pouhých 17,8% se v noci nikdy nebudí.

Věřím, že výsledky mé práce by se daly použít i jako prevence v praxi. Myslím, že třeba u spánkových režimů, konkrétně problémy s usínáním ve všední dny, lze zlepšit. To znamená, že psycholog či vychovatel by si měl s dětmi povídat o jejich problémech a trápeních. Důležité je zjistit příčinu potíží s usínáním. Dalšími důvody problémů mohou být: nevhodné stravování a pitný režim (tučná, sladká jídla či kofeinové nápoje), pohybové aktivity ve večerních hodinách nebo nevhodná teplota v místnosti. Děti většinou neví, jak se problémům s usínáním vyhnout. Proto by měly být vychovatelé schopni a ochotni dětem pomoci. Zde ovšem vyvstává další otázka, a to, jestli není pro vychovatele i lékaře jednodušší dětem doporučit bylinkové čaje nebo léky. Tím se však nevyřeší samotná příčina a potíže s usínáním se dříve či později znovu objeví.

Pubescentům a adolescentům bych pro klidný spánek doporučila před spaním vyvětrat vzduch v místnosti. Je důležité, aby těsně před ulehnutím do postele děti necvičily, nepily kávu, zelený, černý čaj nebo Coca colu, nejedly nic těžkého, jak už jsem zmínila, zejména tučná (např.: Vepřo, knedlo, zelo, brambůrky) a sladká jídla (sušenka, čokolády, ale i slazené limonády). Dospívající by se měli před spánkem věnovat „klidnějším“ činností, jako je například čtení, poslouchání pomalejší hudby – relaxační apod., meditovat, relaxovat nebo jít na procházku (nepřemýšlet nad starostmi – škola atd.).

Vychovatelé mohou zčásti ovlivňovat kvalitu života dětí v dětských domovech. Nejdůležitější je společná komunikace, empatie a psychická podpora. Menší vliv mají na materiální zajištění dospívajících. V pubescentním a adolescentním věku se objevuje potřeba patřit do určité skupiny vrstevníků, a to se určuje hlavně stylem oblékání. Pro ředitele dětských domovů je v dnešní době velmi složité získat dotace v takové výši, které by pokryly základní fyziologické potřeby a zároveň umožnily dětem nosit oblečení, jaké nosí děti z funkčních rodin, tzn. značkové či moderní.

7. Referenční seznam

7.1 Tištěné zdroje

ASH, HUEBNER. 2001. In: MAREŠ a kol., *Kvalita života u dětí a dospívajících II*. Brno: MSD, 2007. ISBN 978-80-7392-008-1.

BALCAR, K. Životní smysl a kvalita života. In: PAYNE, *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

BEAVERS, W. R. (1982): Healthy, Midrange and Severly Dysfunctional Families. In: MATOUŠEK, PAZLAROVÁ, *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-739-8.

BERG (1976), SCHMALE ET AL. (1983) In: PAYNE, *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0, s. 630.

BERGER, J. *Biorytmy*. Praha: Paseka, 1995. ISBN 80-7185-019-5

BLAŽKOVÁ, Petra, Ivo PLAŇAVA a Jakub ŠINDLER. Rozvody rodičů dětí školního věku: příčiny, dopady na dítě, možnosti prevence. In: SMÉKAL, LACINOVÁ, KUKLA *Dítě na prahu dospívání*. Brno: Barrister & Principal, 2004, s. 270. ISBN 80-86598-84-5.

BUBLEOVÁ, Věduna. Děti potřebují rodiče, rodiče potřebují děti. In: MATĚJČEK A KOL. *Osvojení a pěstounská péče*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-637-3.

ČERNÁ, Zuzana. Psychický vývoj dítěte v ústavní a náhradní péči. In: VAŠUTOVÁ A KOL. *Základy biodromální psychologie*. 1. vyd. Ostrava:

Filozofická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2010, s. 376. ISBN 978-80-7368-934-6.

DUFFKOVÁ, J., URBAN, L., DUBSKÝ, J. *Sociologie životního stylu*. Plzeň: Vydavatelství a nakladatelství Aleš Čeněk, 2008.

DUNOVSKÝ, J. (1986): Dítě a poruchy rodiny. In: MATOUŠEK, PAZLAROVÁ, *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-739-8.

DUNOVSKÝ, J. a kol. Sociální pediatrie: vybrané kapitoly. In: KMOCHOVÁ, *Význam rodiny pro mladé lidi v období pubescence, kteří žijí jen s jedním rodičem*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing, 1999. 284 s. ISBN 80-7169-254-9.

ERIKSON, E. H. Insight And Responsibility. New York: Norton, In: VAŠUTOVÁ A KOL. *Základy biodromální psychologie*. 1. vyd. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2010, s. 376. ISBN 978-80-7368-934-6.

GAUDIN, J. G., POLANSKY, N. A., KILPATRICK, A. C., SHILTON, P. (1996): Family Functioning In: *Neglectful Families, Child Abuse & Neglect*, 20., 4, 363-377.

GRAVILLON, Isabelle. *Spánek malých dětí*. 1. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-720-5.

HARANTOVÁ (2010), Hodiny v těle neobelstíme. Panorama 21. Století Tajemství lidského zdraví. In: KŘEŠŤAN, *Aspekty duševního a sociálního*

zdraví u pubescentů ve vztahu k cirkadiánnímu rytmu. České Budějovice, 2012.
Diplomová práce. Jihočeská univerzita, Pedagogická fakulta.

HARTL (2004), *Stručný psychologický slovník*. In: KUBJÁTOVÁ, *Hodnotová orientace adolescentů a její podmíněnost rodinným prostředím*. Zlín, 2011. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.

HINTNAUS, Ladislav. *Člověk a rodina: Smysl a funkce rodiny*. 1. vyd. České Budějovice: JU ZF České budějovice, 1998. ISBN 80-7040-315-2.

HNILICOVÁ, Helena, *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví*. In: PAYNE, *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

HUEBNER a kol., 1998. In: MAREŠ a kol., *Kvalita života u dětí a dospívajících II*. Brno: MSD, 2007. ISBN 978-80-7392-008-1.

KAPOUNOVÁ, Jana. *Formální úprava diplomové práce*. Ostrava: Ostravská univerzita, Pedagogická fakulta, 2003.

KASSIN, *Psychologie*. Brno: Computer Press, 2007. ISBN 978-80-251-1716-3. 771 s.

KLIMEŠ, Jeroným. *Partneři a rozchody*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-045-3.

KOHOUTEK, Rudolf. *Psychologie duševního vývoje*. 1. vyd. Brno: Mendelova zemědělská a lesnická univerzita v Brně, 2008. ISBN 978-89-7375-185-2.

KRÁLÍČKOVÁ, Simona a Tomáš DITRICH. *Podklady pro psaní kvalifikačních prací*. České Budějovice: Jihočeská univerzita, Pedagogická fakulta, Katedra biologie, 2011.

KŘIVOHLAVÝ J., *Psychologie zdraví*, Praha, Portál, 2003, ISBN 80-7178-774-4.

KUBJÁTOVÁ, Ludmila. *Hodnotová orientace adolescentů a její podmíněnost rodinným prostředím*. Zlín, 2011. Diplomová práce. Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.

KUKAČKA, Vladislav. *Udržitelnost zdraví*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zemědělská fakulta, 2010. ISBN 978-80-7394-217-5.

KUKLOVÁ, Lada. *Stanovení pravidel pro sazbu závěrečných prací na PF*. České Budějovice, 2008. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Pedagogická fakulta, Katedra informatiky.

LINDSTRÖM, ERICSSON (1993), Lindströмова теоріе. In: MAREŠ a kol., *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-65-9.

LINDSTRÖM (1992), BERNSSON, KÖHLER (2001), Teoretický model kvality života. In: MAREŠ a kol., *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-65-9.

MACEK, Petr. *Adolescence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-747-7.

MAREŠ, MAREŠOVÁ, Kvalita života související se zdravím. In: MAREŠ a kol., *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-65-9.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1992. ISBN 80-04-25236-2.

MATĚJČEK, Zdeněk a Zdeněk DYTRYCH. *Krizové situace v rodině očima dítěte*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0332-7.

MATOUŠEK, Oldřich a Hana PAZLAROVÁ. *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. ISBN 978-80-7367-739-8.

MEDVEĐOVÁ, L. Súvislosti premenných agresivity a složiek deresie v ranej adolescencii. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 2002.

MIKŠÍK, Oldřich. *Psychologická charakteristika osobnosti*. 1. vyd. Praha: Karolinum, 2001. 257 s. ISBN 80-246-0240-7.

MULHEIR, M., BROWNE, K. et al. (2007): *De-institutionalizing and Transforming Children's Services*. University of Birmingham, Birmingham.

NEŠPOR, K. (2008). Sebeovládání a životní styl. *Meduňka*, 3(4), s. 32-33, ISSN 1214-4932.

NEVŘALA, J., VAŠUTOVÁ, M. Dospívání. In: VAŠUTOVÁ, M. *Vývojová psychologie*. Ostrava: PdF OU, 2003.

NEVŠÍMALOVÁ Soňa. Poruchy spánku. In: *Postgraduální medicína*, 2008, roč. 10, č.7, Praha: Mladá fronta, ISSN 1212-4184

PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.

PERNA, N., J. In: SMÉKAL, *Pozvání do psychologie osobnosti*. 1. vyd. Brno: Barrister & Principal, 2002. ISBN 80-85947-80-3.

PRAŠKO, Ján, ESPA-ČERVENÁ a Lucie ZÁVĚŠICKÁ. *Nespavost*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-919-4.

PUGHE, B., PHILPOT, T. (2007): *Living Alongside Child's Recovery – Therapeutic Parenting with Traumatized Children*. Jessica Kingsley Publishers, London

ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. Praha: Portál, 2004.

SCHALOVÁ, Radka. *Obsah denních činností dětí mladšího školního věku*. Brno, 2011. Diplomová práce. Masarykova univerzita, Pedagogická fakulta.

SKOČOVSKÝ, K. 2004. Chronopsychologie: výzkum rytmicity v lidském chování a prožívání. *Československá psychologie* 48, 69-83. In: KŘEŠŤAN, *Aspekty duševního a sociálního zdraví u pubescentů ve vztahu k cirkadiánnímu rytmu*. České Budějovice, 2012. Diplomová práce. Jihočeská univerzita, Pedagogická fakulta.

SKOČOVSKÝ, K., D. a Barbora ŠIMEČKOVÁ, Spánkové návyky a příslušnost k ranním nebo večerním typům u dětí na prahu dospívání. In: SMÉKAL, LACINOVÁ, KUKLA. *Dítě na prahu dospívání*. Brno: Barrister & Principal, 2004. ISBN 80-86598-84-5.

SKYNNER, R. (1995). *Family matters*. London: Methuen.

SMÉKAL, Vladimír. *Pozvání do psychologie osobnosti: Člověk v zrcadle vědomí a jednání*. 1. vyd. Brno: Barrister & Principal, 2002. ISBN 80-85947-80-3.

SMÉKAL, V. *Pozvání do psychologie osobnosti*. Brno: Barrister & Principal, 2002. ISBN 978-80-87029-62-6

SVATOŠ, Tomáš a Eva ŠVARCOVÁ, Kvalita života pohledem žáků základní školy. In: MAREŠ a kol., *Kvalita života u dětí a dospívajících III*. Brno: MSD, 2008. ISBN 978-80-7392-076-0.

ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Jitka. a kol. *Přehled vývojové psychologie*. 3. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2010. 175 s. ISBN 978-80-244-2433-0.

ŠKOVIERA, Albín. *Dilemata náhradní výchovy*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-318-5.

ŠPAŇHELOVÁ, Ilona. *Dítě a rozvod rodičů*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3181-0.

TANKOVA, I., ADAN, A. & BUELA-CASAL, G. (1994). Circadian Typology and Individual Differences. In: KŘEŠŤAN, *Aspekty duševního a sociálního zdraví u pubescentů ve vztahu k cirkadiánnímu rytmu*. České Budějovice, 2012. Diplomová práce. Jihočeská univerzita, Pedagogická fakulta.

VACKOVÁ, J., KAJANOVÁ, A., DAVIDOVÁ, E. A UHEREK Z. Terminologie. In: DAVIDOVÁ, *Kvalita života a sociální determinanty zdraví*

u Romů v České a Slovenské republice. 1. vyd. Praha: Triton, 2010. ISBN 978-80-7387-428-5.

VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie. Dětství, dospělost, stáří. In: VAŠUTOVÁ a kol. *Základy biodromální psychologie*. 1. vyd. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2010, s. 376. ISBN 978-80-7368-934-6.

VÁGNEROVÁ, M. Vývojová psychologie. Praha: Karolinum, 2008.

VAŠINOVÁ, Iveta, Tomáš KŘEŠŤAN a Petra VOJTOVÁ. *Jihlavské zdravotnické dny 2012: Sborník z mezinárodní konference - 2. ročník*. 1. vyd. Jihlava: Vysoká škola polytechnická, 2012. ISBN 978-80-87035-52-8.

VAŠUTOVÁ, Maria a Jan NEVŘALA. Dospívání. In: VAŠUTOVÁ a kol. *Základy biodromální psychologie*. 1. vyd. Ostrava: Filozofická fakulta Ostravské univerzity v Ostravě, 2010, s. 376. ISBN 978-80-7368-934-6.

WILSON, CLEARY (1995), Kvalita života související se zdravím. In: MAREŠ a kol., *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-65-9.

7.2 Elektronické zdroje

BOCAN, Miroslav, Hana MAŘÍKOVÁ a Adam SPÁLENSKÝ. *Hodnotové orientace dětí ve věku 6-15let* [online]. 2011, [cit. 2013-04-12]. Dostupné z: <http://userfiles.nidm.cz/file/KPZ/KA1-vyzkumy/hodnotove-orientace-deti-ve-veku-6-15-let.pdf>

DUNLAP JC, LOROS JJ, DE COURSEY PJ. (2004): Chronobiology. Biological Timekeeping. Sunderland. In: ILLNEROVÁ, SUMOVÁ. *Vnitřní časový systém*. Interní medicína pro praxi [online]. 2008, roč. 10, č. 7, s. 3 [cit. 2012-12-28]. Dostupné z: <http://www.internimediceina.cz/pdfs/int/2008/07/09.pdf>

DUNLAP JC, LOROS JJ, DE COURSEY PJ. AND FOSTER RG, KREITZMAN (2004): Chronobiology. Biological Timekeeping. Rhythms of Life. The Biological Clocks that Control the Daily Lives of Every Living Thing. In: ILLNEROVÁ, SUMOVÁ. *Vnitřní časový systém*. Interní medicína pro praxi [online]. 2008, roč. 10, č. 7, s. 3 [cit. 2012-12-28]. Dostupné z: <http://www.internimediceina.cz/pdfs/int/2008/07/09.pdf>

DVOŘÁK, Jakub. Aspekty náhradní výchovy. *Systém náhradní výchovy* [online]. 2007 [cit. 2013-01-22]. Dostupné z: http://www.anv.cz/System_nahradni_vychovy.pdf

ILLNEROVÁ, Helena a Alena SUMOVÁ. Vnitřní časový systém. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2008, roč. 10, č. 7, s. 3 [cit. 2012-12-28]. Dostupné z: <http://www.internimediceina.cz/pdfs/int/2008/07/09.pdf>

MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Legislativa a systém sociálně-právní ochrany* [online]. 2013 [cit. 2013-01-22]. Dostupné z: <http://www.mpsv.cz/cs/14304>

NÁRODNÍ INSTITUT DĚTÍ A MLÁDEŽE. Národní registr výzkumů o dětech a mládeži. In: BOCAN, MAŘÍKOVÁ, SPÁLENSKÝ. *Hodnotové orientace dětí ve věku 6-15let* [online]. 2011, [cit. 2013-04-12]. Dostupné z: <http://userfiles.nidm.cz/file/KPZ/KA1-vyzkumy/hodnotove-orientace-deti-ve-veku-6-15-let.pdf>

NEVŠÍMALOVÁ, Soňa. Vztah spánku a jeho poruch ke kvalitě života. *Interní medicína pro praxi* [online]. 2006, 7 a 8 [cit. 2013-01-03]. Dostupné z: <http://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2006/07/07.pdf>

PETERKOVÁ, Michaela. Spánek z hlediska neurofyziologie. *Psychologické služby psyx.cz* [online]. 2011, č. 1 [cit. 2013-01-03]. Dostupné z: <http://www.psyx.cz/texty/neurofyziologie-spanku.php>

STŘEDISKO NÁHRADNÍ RODINNÉ PÉČE. *Náhradní výchova*. [online]. 2011 [cit. 2013-01-22]. Dostupné z: http://www.nahradnirodina.cz/nahradni_vychovaI.html

8. Přílohy

Dotazník kvality života

Vážení,

prosíme Vás o vyplnění dotazníku, který zjišťuje kvalitu života u dětí a mládeže v dětských domovech.

Poskytnuté údaje poslouží k výzkumu, který je realizován Katedrou výchovy ke zdraví, PF, JU v Českých Budějovicích (<http://www.pf.jcu.cz/stru/katedry/vkz/vyucujici.php>) v rámci projektu GAJU „Psychosociální a somatické ukazatele v komparaci k cirkadiánnímu rytmu“. Dotazník je zcela anonymní, vyplněné jméno je pouze pro moji orientaci a nebude nikde zveřejněno. V případě dalších dotazů se prosím obraťte na hlavní řešitelku projektu:

Mgr. Petra Vojtová, Ph.D - pvojtova@pf.jcu.cz (387 773 148) odborná asistentka PF JU.

Bc. Alena Vlková, 13alenv@seznam.cz, studentka PF JČU.

Velice děkujeme a přejeme mnoho úspěchů v životě.

- (a) Napiš svůj věk
- (b) Napiš své křestní jméno
- (c) Název dětského domova a město, kde se nachází
- (d) Označ pohlaví

Dívka

Chlapec

Napiš 5 oblastí, které jsou pro tebe v životě nejdůležitější.	1.
	2.
	3.
	4.
	5.

Část 1

1 a Cítíš se zdráv/a?

ano ne

2a Kolikrát jsi navštívil lékaře za poslední 3 měsíce

Ani jednou 1-2 3-4 5-7 8 a více

2b Máš nějaké zdravotní problémy?

ano ne

2c Pokud ano, prosím, upřesni zdravotní problémy podle níže uvedeného příkladu.

Název onemocnění
problém s viděním
alergie
úraz

Vnější projev onemocnění
nošení brýlí
užívání léků
nošení fixace (sádry)

2d Užíváš pravidelně nějaké léky?

ne, neužívám

ano, užívám

Pokud ano, prosím napiš, název léku (pokud víš), pokud si nepamatuješ název, napiš alespoň, co tímto lékem léčíš:

.....
.....
.....

2e Jsi spokojen/a se svým zdravím?

ano ne

2f Chtěl/a bys něco změnit u svého zdravotního stavu?

ano ne

2g Pokud ano, tak co?

.....
.....
.....

3a Nudíš se někdy?

Ano, vždy Ano, pravidelně Ano, někdy Výjimečně Ne, nikdy

3b Kolik hodin denně průměrně sleduješ televizi?

0 hodin 1 2 3 4 5 6 7 8 9 a více

3c Kolik hodin denně průměrně strávíš na počítači?

0 hodin 1 2 3 4 5 6 7 8 9 a více

4a Jak často hovoříš se svými blízkými kamarády/kamarádkami?

Denně Několikrát v týdnu Jednou za týden Jednou za měsíc Vůbec

4b Když se necítíš dobře, např. jsi smutný/á, najde se někdo, kdo ti pomůže?

Ano, vždy Ano, obvykle Ano, někdy Výjimečně Ne, nikdy

4b.1 Napiš, kdo či co ti nejvíce pomáhá na zlepšení nálady

(1) Kamarád/ka (2) Rodiče (3) Vychovatelé/Učitelé (4) Ostatní lidé

(5) Jaké aktivity ti pomáhají na zlepšení nálady.....

4c Oslovují tě kamarádi či přátelé pro společné trávení času či účast na některých aktivitách?

Ano, vždy Ano, pravidelně Ano, někdy Výjimečně Ne, nikdy

5a Jak často spíš dobře?

Ano, vždy Ano, pravidelně Ano, někdy Výjimečně Ne, nikdy

5b Cítíš se v dětském domově v bezpečí?

Ano, vždy Ano, pravidelně Ano, někdy Výjimečně Ne, nikdy

5c Cítíš se u rodičů v bezpečí?

Ano, vždy Ano, pravidelně Ano, někdy Výjimečně Ne, nikdy

5d Cítíš se ve škole v bezpečí?

Ano, vždy Ano, pravidelně Ano, někdy Výjimečně Ne, nikdy

5e Jak často jsi smutný/á či nervózní během dne?

Ano, vždy Ano, pravidelně Ano, někdy Výjimečně Ne, nikdy

5f Napiš, co ti nejvíce vadí, či co ti nedělá dobře?

.....
.

6a Označ, podle důležitosti od 1 – 5 aktivity, které rád/a provozuješ. S tím, že 1 je nejdůležitější a 5 je nedůležitá. Některé aktivity mohou mít i stejné číslo.

Aktivita

Označení vždy jedním číslem

Věnuji se zájmovým aktivitám, kroužky _____

Jsem s přáteli _____

Chodím se dívat na sportovní utkání (na stadion či hřiště) _____

Činnost spojená s vírou _____

Chatuji či e-mailuji s přáteli přes PC _____

Hraji hry a sleduji filmy na počítači _____

Jím venku, mimo domov _____

Chodím do kina _____

Jsem s rodiči _____

Cítím se doma osamělý/á _____

Sportuji, cvičím _____

Čtu si _____

Chodím do školy _____

Pomáhám s úklidem _____

Pracuji za peníze _____

Poslouchám hudbu _____

Další

.....

.....

.....

.....

6b Jsi členem nějakého sportovního, uměleckého či zájmového týmu či kroužků (klubů)?

Ano Ne

Pokud ano, prosím, napiš, jaký máš a název sportovního, uměleckého či zájmového týmu či kroužku.

6c Jak často tě lidé žádají o pomoc či radu?

Ano, vždy Ano, pravidelně Ano, někdy Výjimečně Ne, nikdy

7a Jak často děláš věci či aktivity, které chceš opravdu dělat?

Ano, vždy Ano, pravidelně Ano, někdy Výjimečně Ne, nikdy

7b Když ráno vstáváš, přeješ si ještě zůstat v posteli?

Ano, vždy Ano, pravidelně Ano, někdy Výjimečně Ne, nikdy

7c Jak často máš přání.

Ano, vždy Ano, pravidelně Ano, někdy Výjimečně Ne, nikdy

7d Máš nějaká přání, která se nemohou splnit?

Ano, vždy Ano, pravidelně Ano, někdy Výjimečně Ne, nikdy

8e Věříš, že se ti tvá přání jednou splní?

Ano, vždy Ano, pravidelně Ano, někdy Výjimečně Ne, nikdy

2. Část

Prosím podtrhni každou otázku, jak důležité jsou pro tebe jednotlivé oblasti života.

Nejsou žádné správné nebo nesprávné odpovědi. Prosím vyber pole, která nejlépe popisují, jak důležitá oblast je to pro tebe. Piš to, co tě napadne jako první, nepřemýšlej dlouho nad jednou otázkou.

1. Jak jsou pro tebe důležité věci, které vlastníš?

Nejdůležitější Velmi důležité Důležité Málo důležité Nedůležité

2. Jak důležité je tvé zdraví?

Nejdůležitější Velmi důležité Důležité Málo důležité Nedůležité

3. Jak důležité jsou tvé životní cíle?

Nejdůležitější Velmi důležité Důležité Málo důležité Nedůležité

4. Jak důležité jsou pro tebe blízké vztahy s vychovateli a přáteli.

Nejdůležitější Velmi důležité Důležité Málo důležité Nedůležité

5. Jak je pro tebe důležité cítit se bezpečně?

Nejdůležitější Velmi důležité Důležité Málo důležité Nedůležité

6. Jak je pro tebe důležité se scházet s přáteli mimo tvůj domov?

Nejdůležitější Velmi důležité Důležité Málo důležité Nedůležité

7. Jak je pro tebe důležité být šťastný?

Nejdůležitější Velmi důležité Důležité Málo důležité Nedůležité

3. Část

Prosím odpověz, jak jsi spokojen/a s následujícími oblastmi života?

Není žádná správná a špatná odpověď. Podtrhni nejlépe odpovídající názor.

1. Jak jsi spokojen/a s tím co vlastníš?

Spokojená/ý Většinou spokojená/ý Smíšeně Většinou nespokojen/a Nespokojená/ý

2. Jak jsi spokojen/a s vlastním zdravím?

Spokojená/ý Většinou spokojená/ý Smíšeně Většinou nespokojen/a Nespokojená/ý

3. Jak jsi spokojen/a s tím čeho jsi v životě dosáhl?

Spokojená/ý Většinou spokojená/ý Smíšeně Většinou nespokojen/a Nespokojená/ý

4. Jak jsi spokojen/a se vztahy v domově a s přáteli?

Spokojená/ý Většinou spokojená/ý Smíšeně Většinou nespokojen/a Nespokojená/ý

5. Jak jsi spokojen/a s tím, jak bezpečně se cítíš?

Spokojená/ý Většinou spokojená/ý Smíšeně Většinou nespokojen/a Nespokojená/ý

6. Jak jsi spokojen/á s aktivitami, které provozuješ s přáteli mimo svůj domov

Spokojená/ý Většinou spokojená/ý Smíšeně Většinou nespokojen/a Nespokojená/ý

7. Jak jsi spokojen/a s vlastním štěstím?

Spokojená/ý Většinou spokojená/ý Smíšeně Většinou nespokojen/a Nespokojená/ý

Cirkadiánní rytmy

Režim spánku ve všedních dnech

1) V kolik hodin chodíš spát ve všedních dnech, v době školní docházky?

Průměrně v..... (napiš číslicí)

2) Za jak dlouhou dobu nejčastěji usínáš ve všedních dnech v době školní docházky?

(1) Za 0 – 5 min (2) Za 6- 15 min (3) Za 16 – 30 min (4) Za 31 – 45 min
(5) Za 46 – 60 min (6) Za více než 1 hod

3) Jak často máš problémy s usínáním ve všedních dnech?

(1) Vždy (2) Často (3) Občas (4) Zřídka (5) Nikdy

4) V kolik hodin se ve všedních (školních) dnech probouzíš?

Většinou v..... (napište číslicí)

5) Máš potíže se vstáváním ve všedních (školních) dnech)?

(1) Vždy (2) Často (3) Občas (4) Zřídka kdy (5) Nikdy

6) Spíš během dne ve všedních školních dnech?

(1) Nikdy (2) Občas (3) Každý den (pravidelně)

7) Pokud ve dne spíš, jaké době dáváš přednost?

Většinou: např. 13.30

Jak dlouho spíš?

(1) Méně než 15 min (2) 16 – 30 min (3) 31 – 60 (4) Více než 1 hod

8) Jak dlouho zůstáváš v posteli po probuzení ve všedních školních dnech?

(1) 0-5 min (2) 6 – 15 min (3) 16 – 30 min (4) 31 – 45 min

(5) 46 - 60 min (6) Více než 1 hod

Režim spánku o víkendu

9) V kolik hodin chodíš spát o víkendu?

Většinou v(napiš číslicí)

10) Jak dlouho ti trvá, než usneš o víkendu?

(1) 0 – 5 min (2) 6 – 15 min (3) 16 – 30 min (4) 31 – 45 min

(5) 46 -60 min (6) Více než 1 hod

11) Jak často máš o víkendu potíže s usínáním?

(1) Vždy (2) Často (3) Občas (4) Zřídka kdy (5) Nikdy

12) Kdy se o víkendu probouzíš?

Většinou v (napiš číslicí)

13) Máš o víkendu problémy se vstáváním?

(1) Vždy (2) Často (3) Občas (4) Zřídka kdy (5) Nikdy

14) Spíš během dne o víkendu?

(1) Nikdy (2) Občas (3) Pravidelně

15) Pokud o víkendu spíš, jaké době dáváš přednost?

Většinou: např. 13.30

Jak dlouho spíš?

(1) Méně než 15 min (2) 16 – 30 min (3) 31 – 60 (4) Více než 1 hod

16) Jak dlouho zůstáváš v posteli po probuzení o víkendu?

(1) 0-5 min (2) 6 – 15 min (3) 16 – 30 min (4) 31 – 45 min

(5) 46 - 60 min (6) Více než 1 hod

Diurní rytmy

14) Je podle tebe spánek důležitý nebo ne?

- (1) Nepříliš důležitý (2) Spíše důležitý (3) Důležitý (4) Velmi důležitý

15) Kolik hodin nejráději spíš?

Většinou..... hodin

16) Domníváš se, že počet hodin tvého spánku za týden, je dostatečný?

- (1) Nedostatečný (2) Částečně dostatečný (3) Dostatečný (4) Více než dostatečný
(5) Přespříliš hodin spánku

17) Používáš prášky na spaní nebo jiné prostředky (např. čaje) na spaní, v případě potíží s usínáním?

- (1) Vždy (2) Často (3) Občas (4) Zřídka kdy (5) Nikdy

18) Je tvůj spánek hluboký nebo lehký?

- (1) Hluboký (2) Spíše hluboký (3) Spíše lehký (4) Lehký

19) Kolikrát za noc se probouzíš?

- (1) Nikdy (2) Jedenkrát (3) Dvakrát (4) Třikrát (5) Více než třikrát

20) Jaký je hlavní důvod, že se během spánku v noci probudíš?

- (1) Zlé sny (2) Hluk (3) Teplota v místnosti (vysoká, nízká) (4) Hlad
(5) Nucení na záchod (6) Jiná

příčina.....

21) Spíš sám/ sama v místnosti?

- (1) Ano (2) Ne

Pokud si odpověděl ne, kolik lidí spí společně s tebou v místnosti?

.....

22) Jak často hovoříš s vychovateli či kamarády o spánku?

- (1) Velmi často (2) Často (3) Občas (4) Zřídka (5) Nikdy