



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

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

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra výchovy ke zdraví

Diplomová práce

**Výchovně vzdělávací postupy
se zaměřením na výchovu ke zdraví
v dětských domovech**

Vypracovala: Bc. Monika Jakešová

Vedoucí práce: PhDr. Zuzana Kornatovská, Ph. D., DiS.

České Budějovice 2021



Pedagogická
fakulta
Faculty
of Education

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

University of South Bohemia in České Budějovice

Faculty of Education

Department of Healthy Education

Diploma thesis

**Educational processes
focusing on health education
in orphanages**

Name of author: Bc. Monika Jakešová

Supervisor: PhDr. Zuzana Kornatovská, Ph. D.

Czech Budweis 2021

Bibliografická identifikace

Jméno a příjmení autora:	Bc. Monika Jakešová
Název diplomové práce:	Výchovně vzdělávací postupy se zaměřením na výchovu ke zdraví v dětských domovech
Pracoviště:	Katedra výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Vedoucí diplomové práce:	PhDr. Zuzana Kornatovská, Ph. D., DiS.
Oponent:	MUDr. Ing. Bc. Markéta Kastnerová, Ph.D.
Rok obhajoby:	2021

Abstrakt:

Tato diplomová práce je zaměřena na zjištění výchovně vzdělávacích postupů používaných vychovateli v dětských domovech týkajících se výchovy ke zdraví. V teoretické části jsou rozebrány pojmy výchova ke zdraví a ústavní péče v České republice. V praktické části byl zjišťován pohled vychovatelů a vedoucích vychovatelů v dětských domovech na fyzické a duševní zdraví svěřených dětí a jejich stravovací a pitné návyky. Tyto údaje byly sesbírány vytvořením ankety vlastní konstrukce, obsahující 28 otázek. Výsledky získané z ankety vlastní konstrukce vypovídají, že 66,7 % dotazovaných vychovatelů se věnuje dostatečné pohybové aktivitě dětí, 69,4 % si s dětmi povídá o zdravém stravování a 77,8 % vychovatelů zná nějaké techniky regulace stresu.

Klíčová slova: dětský domov, náhradní péče, výchova ke zdraví, zdravý životní styl, vychovatel.

Bibliographic identification

Name and surname:	Bc. Monika Jakešová
Title of the thesis:	Educational processes focusing on health education in orphanages
Department:	Department of Health Education, Faculty of Education, University of South Bohemia in České Budějovice
Supervisor:	PhDr. Zuzana Kornatovská, Ph. D.
Opponent:	MUDr. Ing. Bc. Markéta Kastnerová, Ph.D.
The year of presentation:	2021

Abstract:

This diploma thesis is focused on finding out the educational procedures used by educators in orphanages related to health education. The theoretical part discusses the concepts of health education and institutional care in the Czech Republic. In the practical part was ascertained the view of educators and head educators in orphanages on the physical and mental health of entrusted children and their eating and drinking habits. These data were collected by creating a self designed survey, containing 28 questions. The results obtained from the survey show that 66,7 % of educator respondents are sufficiently engaged in physical activity of children, 69,4 % talks to children about healthy eating and 77,8 % of educator respondents know some techniques of stress regulation.

Keywords: orphanages, substitute care, health education, healthy lifestyle, educators in orphanages.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem svoji diplomovou práci „Výchovně vzdělávací postupy se zaměřením na výchovu ke zdraví v dětských domovech“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem PhDr. Zuzany Kornatovské, Ph.D., DiS., 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 Pedagogickou fakultou, 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 též elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným stanovením 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 vysokých kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 20. 4. 2021

Bc. Monika Jakešová

Poděkování

Děkuji PhDr. Zuzaně Kornatovské, Ph. D., DiS., za odborné vedení, vhodné připomínky a nápady, které mi poskytla při zpracování mé diplomové práce, a dále děkuji své rodině a partnerovi za podporu a všem vychovatelům v dětských domovech, kteří se podíleli na vytvoření diplomové práce.

Motto:

„Zdraví je vzácná věc

je to vpravdě jediná věc, která zaslouží,

abychom úsilí o ni obětovali nejen čas, pot, námahu, jmění, ale i život; tím spíše, že bez

něho se pro nás život stává trápením a strastí.

Není-li zdraví, potemní a vyprchají i rozkoš, moudrost, učenost a ctnost.“

Michel de Montaigne (citáty, 2019)

Devise:

*„La santé est une chose précieuse,
c'est vraiment la seule chose qu'il mérite
sacrifier non seulement le temps, la sueur, l'effort, la richesse, mais aussi la vie pour
elle;
d'autant plus que sans elle, la vie devient misère et souffrance pour nous.
S'il n'y a pas de santé, les ténèbres et la sagesse, la sagesse, l'apprentissage et la vertu
disparaîtront.“*

Michel de Montaigne (2019)

OBSAH

ÚVOD.....	11
1 TEORETICKÁ ČÁST.....	12
1.1 Výchova ke zdraví.....	12
1.1.1 Zdraví	12
1.1.2 Modely zdraví.....	13
1.1.3 Determinanty zdraví	14
1.1.4 Faktory významné pro podporu zdraví.....	15
1.2 Náhradní výchova.....	26
1.2.1 Ústavní výchova	26
1.2.2 Zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy.....	27
1.2.3 Domov pro osoby se zdravotním postižením	28
1.3 Vychovatelé v zařízeních pro výkon ústavní výchovy.....	32
1.3.1 Osobnostní předpoklady vychovatele	33
1.3.2 Pracovní náplň vychovatele v dětském domově	34
2 PRAKTICKÁ ČÁST.....	35
2.1 Cíl práce	35
2.2 Úkoly práce	35
2.3 Hypotézy	35
2.4 Metodologie.....	36
2.4.1 Charakteristika výzkumného souboru	36
2.4.2 Organizace výzkumného šetření	38
2.4.3 Použité metody	38
2.5 Výsledky k anketě vlastní konstrukce	39

2.5.1	Výsledky z okruhu fyzického zdraví.....	40
2.5.2	Výsledky z okruhu duševního zdraví	45
2.5.3	Výsledky z okruhu stravovacích návyků.....	49
2.6	Diskuze k anketě vlastní konstrukce	54
2.7	Ověření platnosti hypotéz.....	57
3	ZÁVĚR.....	61
4	REFERENČNÍ SEZNAM.....	62
5	SEZNAM POUŽITÝCH GRAFŮ	69
6	SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ A TABULEK	70
7	PŘÍLOHY.....	71

ÚVOD

Rodina je první sociální skupina, která hraje v životě dítěte důležitou roli a provází ho od začátku jeho života až do konce. Díky ní čerpáme první zkušenosti, získáváme pocity bezpečí a jistoty, užíváme si péči a učíme se lásce k ostatním. Zároveň nás rodina připravuje i na náš budoucí samostatný život. Bohužel ne všechny děti mají to štěstí, že mohou žít ve fungující rodině. Mnohé svou rodinu nikdy nepoznaly, jiné o ni přišly už v raném dětství. A tak každoročně řada dětí putuje z nejrůznějších důvodů do náhradní péče, ať už té ústavní, či náhradní rodinné. Jedním z typů této ústavní výchovy je právě dětský domov. Zde jsou děti materiálně zabezpečené, je jim poskytnuto zázemí a uspokojení základních potřeb. Přesto však mohou v mnohých rovinách strádat. A i když se Česká republika snaží snižovat počty dětských domovů a zařazovat děti spíše do náhradní rodinné výchovy, jen v roce 2019 žilo v dětských domovech 4345 dětí (Zatloukal, 2020).

K tématu práce mě přivedla praxe realizovaná při dětském domově, kde jsem pracovala s dětmi, které buď rodiče neměly, nebo byla jejich rodina nefunkční. Často jsem při rozhovorech s nimi přemýšlela, co je do budoucna čeká a zda budou na budoucí život dostatečně připraveni. Každoročně totiž z dětských domovů odchází kolem necelé tisícovky dětí. V Jihočeském kraji odešlo v roce 2019 z dětského domova padesát tři dětí a celkem za rok 2019 brány dětského domova opustilo 897 dětí (Statistická ročenka školství, 2020). Po odchodu z dětského domova jsou často tito mladí dospělí vrženi do dospělého samostatného života, ve kterém se nemusí dobře orientovat a zároveň mnohdy nemají ani blízkou osobu, na kterou se mohou v případě potíží obrátit a poprosit ji o podporu nebo radu. Zjistila jsem, že mnoho prací, reportáží či průzkumů se zaměřuje právě na přechod dětí do reálného samostatného života. Zkoumají připravenost dětí například v oblasti finanční gramotnosti, sociální participace nebo pracovních schopností. Já bych se v této diplomové práci chtěla zaměřit na jejich připravenost týkající se výchovy ke zdraví. Zajímalo mě, zda s nimi vychovatelé hovoří o tom, jak pečovat o své duševní i fyzické zdraví a jak často se této problematice věnují.

1 TEORETICKÁ ČÁST

1.1 Výchova ke zdraví

Cílem výchovy ke zdraví je, aby každý člověk byl na svém zdraví co nejvíce zainteresován, aby se cítil být za něj zodpovědný, aby o něj pečoval, vážil si ho a aby ho co nejvíce chránil. Výchova se snaží poskytovat dostatek přiměřených informací, týkajících se péče o vlastní zdraví a předcházení onemocnění, rozvíjení a upevňování zdravých návyků. Výchova ke zdraví se zaměřuje na tři typy: jedinec, skupina, obyvatelé. Proto také působí ve třech rovinách: individuální, při níž pracuje s jedincem, komunitní a nakonec celospolečenské (Čeledová a Čevela, 2010). V obecné rovině se výchova ke zdraví zabývá deseti okruhy: zdraví a jeho význam, životospráva, životní prostředí, lidské tělo, základy první pomoci, prevence úrazů a otrav, nakažlivé nemoci, rodičovství, zdravotnická zařízení a návykové látky (Kotulán, 2012).

„Výchova ke zdraví je obor, který využívá poznatků z řady vědních oborů – např. lékařských, sociálních, pedagogických a psychologických. Je nedílnou součástí péče ozdraví, na kterou má nárok každý občan a která je garantována státem“ (Čeledová a Čevela, 2010, s. 9).

1.1.1 Zdraví

Pochopení, co přesně obnáší pojem zdraví, je klíčové pro jeho rozvoj. Zdraví přece představuje nejvýznamnější hodnotu lidského života. Definic a teorií je ale mnoho s různými náhledy (Holčík, 2010). Zdraví můžeme vnímat například v souvislosti s fyzickým tělem, tedy zdraví je správně fungující organismus. Dále můžeme mít pohled komerční, kdy je zdraví vnímáno jako zboží, nebo jako genetický předpoklad, který se postupem času mění (Zacharová, 2017).

Dle Čeledové a Čevely (2010) nelze na zdraví nahlížet izolovaně, protože je ovlivněno mnoha faktory. Nejznámější a nejvíce využívanou definicí je dle Světové zdravotnické organizace (WHO, 2006): *„Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady.“* Stejně tak jako Čeledová a Čevela nevnímá Světová zdravotnická organizace zdraví jako něco, co zcela závisí na fyzické stránce člověka. I tato definice vidí zdraví jako souhrn několika faktorů – fyzického, sociálního i duševního.

Zdraví duševní, v literatuře označované také jako psychické zdraví, je spojeno s celkovou orientací (časovou, prostorovou a situační) a kognitivními funkcemi, s řečí, smyslovými funkcemi, pamětí, pozorností a s emocemi. Sociální složka souvisí se socializací jedince. Jedná se o udržování a rozvíjení mezilidských vztahů, sociálních rolí, dále souvisí s řešením konfliktů a vyrovnáváním se se stresovými situacemi. Poslední složkou je zdraví fyzické, které souvisí s nemocemi a se správně fungujícím tělem (Holčík, 2010; Kachlík in Bělík a kol. 2016). V některých publikacích je přidána ještě duchovní složka. Například Susa (2010, s. 11) hovoří o duchovní složce takto: „*Pod pojmem duchovní smíme myslet na vztah ke Stvořiteli i ke stvoření, být duchovně v pořádku znamená mít v pořádku vztahy s Bohem, s bližními i se vším stvořením.*“ Susa (2010) přiřazuje tuto složku k sociálnímu zdraví, jiní autoři ji přiřazují ke zdraví duševnímu (Holčík, 2010).

1.1.2 Modely zdraví

Modelů zdraví existuje velké množství, často se u různých autorů doplňují nebo prolínají podle toho, jak si autor vykládá pojem zdraví (Dosedlová, 2016). Nováková (2011) uvádí čtyři základní modely zdraví:

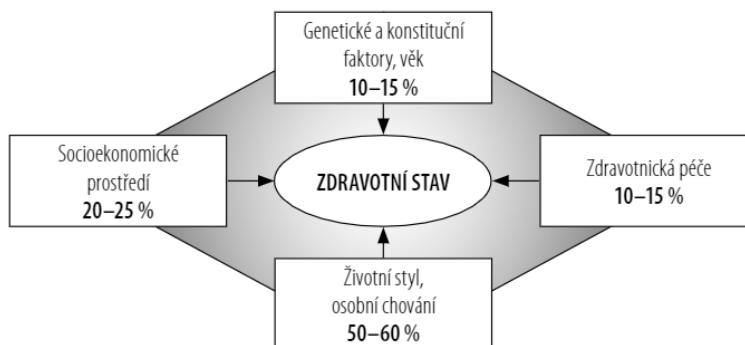
- Biomedicínský model zdraví – hlavní roli zde hrají příznaky nemoci. V tomto modelu je zdraví považováno za stav bez jakéhokoliv onemocnění. Zdraví je opakem nemoci a smrti.
- Ekologicko-sociální model zdraví – zde je zdraví chápáno jako dokonalé souznění člověka s okolím a s jeho vztahy a lze ho přírodním a sociálním prostředím ovlivnit.
- Celostní (holistický) model zdraví – zapojeny jsou všechny složky – fyzická, duševní, duchovní, osobnostní, sociální i citová. Tyto složky jsou vzájemně propojené a ovlivňují se.
- Behaviorální model zdraví – tento model se zaměřuje na projevy chování, které jsou významné pro lidské zdraví. Využívají se poznatky nejčastěji z oborů psychologie – psychopatologie, psychologie zdraví a nemoci aj.

1.1.3 Determinanty zdraví

„Bude-li člověk zdravý či onemocní, je dáno (určeno, determinováno) jeho genetickým profilem, životními podmínkami a prostředím. Determinantami zdraví se rozumí komplexy faktorů, často vzájemně provázaných, které mají dlouhodobý vliv na zdraví nebo na vznik nemocí“ (Kříž in Komárek, 2011, s. 17).

Čeledová a Čevela (2010) popisují základní determinanty i s procenty, které ovlivňují zdraví člověka (viz obrázek č. 1). První, nejdůležitější součástí je životní styl, který se podílí 50–60 %. Spadá sem způsob života člověka, režim práce a odpočinku, pohybová aktivita, nevhodné návyky (kouření, alkohol) aj. Dále se nejvíce podílí determinanta socioekonomického a životního prostředí v rozsahu 20–25 %. Do této kategorie patří zaměstnání, pracovní podmínky a životní prostředí (kvalita ovzduší, úroveň hluku, kultura). Stejnými procenty, tedy 10–15 % se podílí poslední dvě determinanty, tedy genetický základ a zdravotní péče. Pod genetický základ spadají vrozená onemocnění a predispozice, kdy muži a ženy jsou náchylnější k různým typům onemocnění), nebo věk. Pod zdravotní péčí si můžeme představit její dostupnost a nejrůznější související služby. Úroveň a dostupnost lékařské péče může zlepšit prognózu při závažném onemocnění a prodloužit délku života. Díky rozdílným politickým systémům a rozdílné vyspělosti zemí není zdravotní péče celosvětově na stejné úrovni, v některých zemích k ní lidé nemají dostatečný, někdy dokonce žádný přístup (Low a Low, 2012).

Determinanty můžeme dělit na vnitřní a vnější. Do vnitřních spadá genetická zátěž, do vnějších socioekonomické a životní prostředí, životní styl a zdravotní péče (Čeledová a Čevela, 2010). Determinanty jsou velmi úzce provázané a vzájemně se ovlivňují (Holčík, 2010).



Obrázek č. 1: Vztah mezi zdravím a determinanty (Čeledová a Čevela, 2010)

1.1.4 Faktory významné pro podporu zdraví

Zdraví člověka je ovlivněno mnoha činiteli – již zmíněnými determinanty. Vnitřní determinanty naší činností ovlivnit nemůžeme, ale u vnějších determinantů to možné je.

V následujících kapitolách se pokusíme stručně rozebrat jak životní styl, tak ostatní faktory, které přímo ovlivňují zdraví. Jedná se o způsob stravování, pohybovou aktivitu, závislosti, spánek, stres a o osobní hygienu.

1.1.4.1 Životní styl

Machová (2009, s. 16) definuje životní styl takto: „*Životní styl zahrnuje formy dobrovolného chování v daných životních situacích, které jsou založené na individuálním výběru z různých možností. Můžeme se rozhodnout pro zdravé alternativy z možností, které se nabízejí, a odmítnout ty, které nás poškozují. Životní styl je tedy charakterizován souhrnem dobrovolného chování (výběrem) a životní situace (možností).*“ Podle Čeledové a Čevely (2010) je zdravý životní styl vymezen tak, že neobsahuje zneužívání drog, kouření a alkoholu, nedostatek pohybu, špatnou výživu nebo nadměrný stres.

Zvírotský (2014) uvádí, že zdraví nejvíce ovlivňuje náš životní styl, proto by se mu měla věnovat nemalá pozornost, protože právě ten můžeme ovlivnit. Zvírotský (2014) ovšem dodává, že životní styl nemůžeme ovlivnit úplně, spadají sem totiž také složky širšího společenského kontextu, osobnost jedince a jeho výchova, vliv vrstevníků nebo překážky a limity v životě. Tyto složky životního stylu nejsou úplně ovlivnitelné. Přesto bychom měli usilovat o to, aby náš styl byl co nejzdravější.

Podle Fandi a Khaleda (2020) by zdravý životní styl měl začít už před narozením, ale na jeho změnu není nikdy pozdě. Vede ke zlepšení kvality života a k lepšímu zdraví. Se změnou životního stylu můžeme začít prakticky kdykoliv, ať už se bude jednat o častější pohyb, nebo úpravu jídelníčku, kdy častěji zařadíme ovoce a zeleninu a omezíme nezdravá jídla (Čeledová a Čevela, 2010).

V současné době náš životní styl a naše zdraví nejvíce ohrožují civilizační onemocnění. Mezi ně spadají kardiovaskulární onemocnění (ateroskleróza, infarkt myokardu, cévní mozková příhoda, hypertenze), metabolické poruchy (cukrovka, obezita) a nádorová onemocnění (Čeledová a Čevela, 2010).

1.1.4.2 Výživa a nutriční chování

Zdraví každého člověka je ovlivněno potravou, kterou konzumuje. Strava má také fyzický, sociální, duchovní a psychický rozměr. Můžeme díky ní zlepšit naši tělesnou kondici, zvedne nám náladu, zkvalitní náš pracovní výkon, podpoří duševní zdraví, nebo dokonce prodlouží život (Zvírotsky, 2014). Abychom stravou působili na zdraví, je potřeba dodržovat zásady, díky nimž je možné předcházet výskytu nemocí.

Požadavky na zdravou výživu (Nováková, 2011):

- Pravidelné stravování v menších porcích 4–6× denně;
- Stravování v klidném prostředí s dostatkem času;
- Dostatečný příjem tekutin;
- Omezení cukrů (sladkosti, slazené nápoje);
- Vyvážený příjem a výdej energie;
- Omezení příjmu soli a koření;
- Dostatek ovoce, zeleniny a vlákniny;
- Upřednostňování rostlinných tuků;
- Vyvážený příjem základních živin, vitamínů a minerálů.

Správnou výživu můžeme posuzovat ze dvou hledisek – kvalitativního a kvantitativního. V případě kvalitativního hlediska se jedná o vyvážený a dostatečný příjem základních živin, vody, minerálů a vitamínů. Kvantitativní hledisko znamená, že výživou dodáváme tělu potřebnou energii. (Nováková, 2011). Pro ženu je doporučená denní dávka energie 2000 kcal/den, pro muže je o něco vyšší, tedy 2500 kcal/den. Tyto hodnoty jsou ale orientační, protože optimální příjem energie je ovlivněn věkem, výškou, hmotností nebo fyzickou a sportovní aktivitou, kterou jedinec provádí (Kříž in Komárek, 2011).

Základními živinami jsou tuky, bílkoviny a sacharidy. Bílkoviny (proteiny) mají tvořit 10–15 % z celkového energetického příjmu. Zvýšený příjem proteinů by měly mít děti, těhotné a kojící ženy a sportovci. Tuky (lipidy) tvoří 20–30 % příjmu. Ve stravě by měly převažovat rostlinné a rybí tuky nad živočišnými. Sacharidy by měly tvořit největší část našeho energetického příjmu, přesněji tedy 55–65 %. Dělí se na monosacharidy a polysacharidy. Většinu přijímaných sacharidů by měly tvořit právě polysacharidy obsažené například v obilovinách (Nováková 2011; Komárek 2011).

Výživová (potravinová) pyramida

Nováková (2011), Hřivnová (2014), Kotulán (2012) a Hrnčířová (2012) popisují potravinovou pyramidu takto. Pyramida je rozdělena do několika pater a zobrazuje ideální rozložení stravy (viz obrázek č. 2). Potraviny v základně potravinové pyramidy by měly být konzumovány v co největším množství a největší míře, a naopak potraviny, které jsou na vrcholu pyramidy, by se měly konzumovat co nejméně. Pyramida není přesný návod pro stravování. Člověk by měl tuto pyramidu brát jako základní orientaci při výběru správných potravin.

Základna pyramidy

Základna pyramidy je tvořena obilovinami a výrobky z nich (pečivo, proso, těstoviny, pšenice, rýže, cornflakes). Tato skupina je dobrým zdrojem energie, bílkovin, minerálních látek a vitamínů. Některé výrobky mohou být dobrým zdrojem vlákniny, pokud se jedná o produkt z celozrnné mouky. Záleží na mouce a jejím vymletí, protože celozrnné výrobky obsahují zrno i s jeho obalovými vrstvami a mají více bílkovin, tuku, vlákniny a vitamínů. Oproti tomu výrobky z bílé mouky obsahují spoustu energie, ale jsou chudé na prospěšné látky.

Druhé patro pyramidy

Druhé nejširší patro pyramidy tvoří ovoce a zelenina. Hlavní složkou ovoce i zeleniny je voda. Ovoce je dobrým zdrojem sacharidů, vitamínu C a antioxidantů, které chrání tělo před volnými radikály. Významnou složkou ovoce i zeleniny je vláknina. Doporučuje se denní příjem alespoň 500 g ovoce nebo zeleniny. V zelenině nalezneme vitamíny C, K, provitamín A nebo vitamíny skupiny B.

Třetí patro pyramidy

Toto patro je tvořeno mlékem a mléčnými výrobky, vejci, rybami a masem. Tyto produkty mají vysokou výživovou hodnotu, obsahují všechny základní živiny a hlavně jsou zdrojem vápníku, který je potřebný pro stavbu kostí a zubů nebo činnosti svalstva. Mléčný tuk obsahuje velké množství nasycených tuků a cholesterolu, doporučuje se tedy konzumovat výrobky s nízkým obsahem tuku.

Maso a masné výrobky jsou dobrým zdrojem bílkovin, vitamínů A, D a skupiny vitamínů B, hořčíku, železa a minerálních látek, jež jsou velmi důležité v období růstu dětí. Doporučuje se jíst méně tučná masa (kuřecí, krůtí aj.) Vnitřnosti se naopak doporučují jíst méně (1× za dva týdny). Jsou sice zdrojem kyseliny listové, nebo vitamínu A, ale obsahují také velké množství cholesterolu. V omezené míře se doporučuje konzumovat i masné výrobky. Ty obsahují velké množství soli, cholesterolu, nasyceného tuku a konzervantů.

Vejce obsahuje fosfolipidy (např. lecitin), které pomáhají proti ukládání cholesterolu v cévách. Vaječný bílek obsahuje bílkoviny, které jsou plně vyvážených a nepostradatelných aminokyselin. Žloutek je bohatý na vitamíny rozpustné v tucích (A, D, E), vitamín B12, nebo kyselinu pantotenovou. Z minerálních látek je ve vejci nejvíce zastoupeno železo, draslík, nebo zinek. Doporučuje se 4–6 vajec za týden.

Ryby jsou výživově nepostradatelné. Obsahují bílkoviny, jsou dobrým zdrojem nenasycených mastných kyselin, minerálních látek (fosfor, draslík nebo jod) a vitamínů D a A (vnitřnosti ryb). Ryby se doporučuje konzumovat 2–3× týdně.

Čtvrté patro pyramidy

V tomto patře nalezneme sladkosti, které jsou zdrojem jednoduchých cukrů a tuků. Nepřinášejí tělu žádné prospěšné látky, jedná se pouze o energii. Dále je ve čtvrtém patře sůl, ve které je obsažen sodík. Doporučená denní dávka by neměla překročit 5 gramů. Je potřeba ale brát na zřetel, že sůl je obsažena v mnoha potravinách, které kupujeme – masné výrobky, pečivo nebo sýry. Také z tohoto důvodu je denní průměrná spotřeba soli v České republice 15 gramů (Hrnčířová, 2012). V tomto patře se nalézají i tuky, které jsou zdrojem mastných kyselin. Rozlišují se tuky živočišné a rostlinné. Větší příjem by měl být rostlinných tuků, živočišných tuků by se mělo konzumovat co nejméně.



Obrázek č. 2: Potravinová pyramida (Kotulán, 2012)

1.1.4.3 Pohyb a pohybová aktivita

Pohyb je jedním z nejdůležitějších potřeb člověka a má vliv na správné fungování lidského těla a předcházení vzniku civilizačních onemocnění. Působí nejen na fyzické úrovni (imunita, kardiovaskulární, respirační), ale i na úrovni psychické (Dosedlová, 2016). Pohybová aktivita má spoustu pozitivních účinků. Marcus a Forsyth (2010) uvádějí, že díky pravidelnému pohybu je možné předejít zvýšenému riziku vzniku rakoviny tlustého střeva nebo rakoviny prsu, lze jím dosáhnout snížení úzkosti a depresí. Získáme také kvalitnější spánek, pocity dostatku energie, zvýšené sebevědomí, zdravější a silnější kosti. Pohybem také dochází ke snížení hladiny LDL cholesterolu a ke zvýšení HDL cholesterolu. Vyšší hladina LDL cholesterolu přispívá ke vzniku aterosklerózy – kornatění tepen (Zvírotsky, 2014).

Tělesná zdatnost je dána několika složkami. Vytrvalostí, svalovou silou, koordinací pohybu a pohyblivostí kloubů, šlach a vazů. Nejdůležitější z těchto složek je pro naše zdraví vytrvalost, kterou lze posílit lokomočním cvičením. Svalovou sílu zlepšíme díky posilování a pohyblivost kloubů posílíme střídáním zátěže a uvolnění (Čeledová a Čevela, 2010). Nejvhodnější a nejpřirozenější fyzickou aktivitou je chůze. Nejčastěji se z pohybových aktivit doporučuje právě turistika, dále plavání (dochází k zapojení celého těla, ale nedochází k přetěžování kloubů) nebo posilování svalů. Záleží ale na zdravotním stavu jedince a jeho fyzické kondici (Zvírotsky, 2014).

V současné době ale v populaci převládá sedavý způsob života a pohybové aktivity ubývá. Do práce se dostáváme dopravními prostředky. V práci se často sedí, popřípadě je zde minimální pohybová aktivita (Machová, 2009). V Evropě průměrný člověk proseď denně kolem 3,2 až 6,8 hodin (Bjarnason-Wehrens a Predel, 2018).

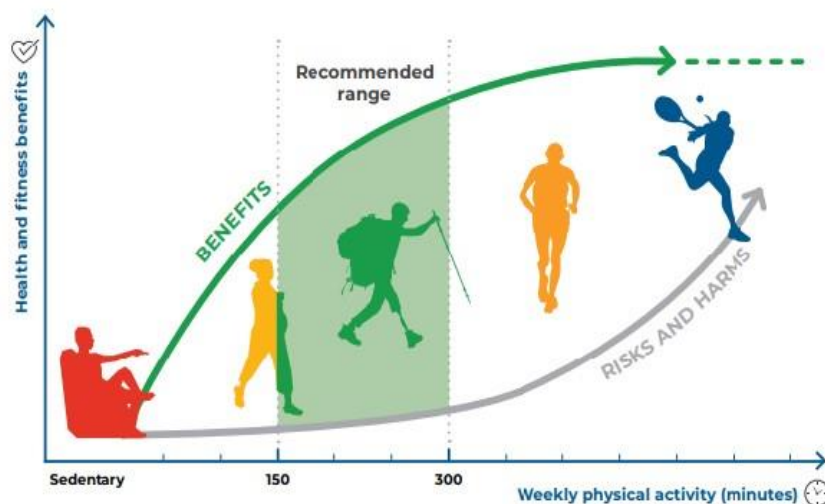
Hypomobilita (nedostatečná pohybová aktivita) může být příčinou mnoha zdravotních onemocnění a poruch. Jedním z nejčastějších onemocnění zapříčiněných nedostatečnou pohybovou aktivitou a nezdravým životním stylem je obezita. Dle WHO (2020a) se v celosvětovém měřítku obezita od roku 1975 ztrojnásobila a v roce 2019 mělo 38 milionů dětí mladších 5 let nadváhu, nebo byly obézní. V České republice má nadváhu okolo 2,7 milionu lidí a toto číslo rok od roku stoupá (Kříž in Komárek, 2011). Mezi další onemocnění spojené s nízkou fyzickou aktivitou můžeme zařadit onemocnění kardiovaskulárního systému, hypertenzi, diabetes II. typu, osteoporózu nebo chronické poruchy pohybového a opěrného systému (Komárek, 2011).

Pro udržení optimální tělesné hmotnosti a předcházení onemocněním způsobeným sedavým způsobem života bychom měli pravidelně sportovat. Světová zdravotnická organizace proto vydala doporučení pohybové aktivity pro různé věkové kategorie (viz obrázek č. 3).

Doporučení pohybové aktivity pro dospělé (18–64 let) dle Světové zdravotnické organizace (2020b):

- Doporučuje se všem dospělým pravidelné cvičení. Alespoň minimální fyzická aktivita je lepší než žádná.
- Začít s mírnou fyzickou aktivitou a postupně zvyšovat její intenzitu.
- Je doporučena po celý týden aerobní fyzická aktivita se střední aktivitou v rozsahu alespoň 150–300 minut denně, nebo 75–150 minut aerobní aktivity s vysokou intenzitou, nebo kombinace střední a vysoké intenzity, abychom získali zdravotní benefit.
- Dospělí by měli věnovat 2 anebo více dní v týdnu posílení svalů se střední nebo větší intenzitou (zahrnout všechny svalové skupiny).
- Dospělí mohou pro lepší zdravotní výhody zvýšit aerobní fyzickou aktivitu se střední intenzitou na více než 300 minut, nebo více než 150 minut v případě aerobní fyzické aktivity s vysokou intenzitou.

V případě sedavého způsobu života WHO doporučuje, aby dospělí co nejvíce omezili čas strávený vsedě a abych snížili jeho škodlivé účinky na své zdraví – měli by se snažit o více fyzické aktivity se střední a vysokou intenzitou (WHO, 2020b).



Obrázek č. 3: Doporučená fyzická aktivita (WHO, 2020b)

1.1.4.4 Závislosti

Mezi nejčastější závislosti patří kouření tabáku, konzumace drog a alkoholu, ale průběžně roste i počet dalších závislostí, a to na televizi, počítačových hrách, nakupování, na hracích automatech aj. Tyto závislosti ale neovlivňují jen závislou osobou, ale i její okolí.

Drogová závislost

Drogu můžeme definovat jako látku, která má psychotropní efekt (mění naše vnímání) a jedná se o dlouhodobé a pravidelné užívání, které vede k závislosti a ztrátě kontroly nad její konzumací (Kalina, 2015). Mezi důsledky drogové závislosti můžeme zařadit předávkování a možnou smrt, poškození centrální nervové soustavy, zanedbávání povinností, onemocnění dýchací, reprodukční nebo oběhové soustavy (Komárek, 2011).

Abúzus alkoholu

Alkohol je společensky nejvíce tolerovanou drogou. V zemích Evropské unie způsobuje alkohol kolem 200 000 úmrtí ročně (Holčík, 2010). Konzumace velkého množství vede k opilsti a častá konzumace alkoholu k jeho závislosti (alkoholismu). Pokud jedinec se závislostí na alkoholu jeho požití chce vynechat, dostaví se abstinenční příznaky (Nováková, 2011). Alkoholismus vede k závažným onemocněním, jako jsou například: cirhóza jater, hypertenze, karcinomy (žaludku, tlustého střeva, dutiny ústní aj.), poruchy mentálního zdraví, pankreatitida nebo poškození plodu matky a vzniku fetálně alkoholového syndromu (Komárek, 2011).

Kouření

„Kouření tabáku je jedním z nejrizikovějších faktorů životního stylu, protože je nejčastější příčinou zbytečných a předčasných onemocnění a úmrtí“ (Čevela a kol., 2009, s. 55). Podle Holčíka (2010) zemře ročně 18 000 osob ve spojitosti s kouřením. Dalšími neméně závažnými důsledky kouření jsou nádorová onemocnění (plic, žaludku, jater, tlustého střeva aj.), chronické onemocnění plic, leukémie, ischemická choroba srdeční nebo mozková mrtvice (Nováková, 2011). Kouření nepoškozuje pouze závislého, ale i jeho okolí. Pasivním kouřením jsou ohroženi i ostatní lidé a tímto způsobem dochází k vyššímu výskytu onemocnění dýchacích cest nebo dalším zdravotním problémům (Dosedlová, 2016).

1.1.4.5 Stres

„*Stres je stav zatížení organismu, při kterém cítíme napětí a různé emoce. Stresová reakce vede organismus do stavu pohotovosti a připravenosti k boji, nebo k ústupu*“ (Pešek a Praško, 2016, s. 11). Stres je ve společnosti vnímán v negativním slova smyslu a je spojován s civilizačními onemocněními a pocity úzkosti nebo frustrace. Stresu se ale nelze zcela vyhýbat a do jisté míry je součástí života (Zvírotsky, 2014).

Stres bývá vyvolaný stresory. Pod tento pojem můžeme začlenit veškeré situace či podmínky, které u člověka vyvolávají stres (Urbanovská, 2010). Stresory mohou být způsobeny různými faktory, například faktory fyzikálními (jasné světlo, zvýšený hluk), sociálními (mezilidské vztahy), psychickými (placení účtů, nedostatek financí), faktory v dětském období (špatná výchova, týrání) nebo traumaty (Nováková, 2011).

Stres se projevuje ve třech rovinách – v rovině fyziologické, behaviorální (v chování) a v poslední řadě také v rovině psychologické (Křivohlavý, 2010). V rovině fyziologické se jedná například o nechutenství, zvýšené bušení srdce, bolesti žaludku, migrény, bolesti a tlak na hrudi nebo snížení sexuálního apetitu. Velmi častý je i pocit tlacení v krku („knedlík v krku“). Mezi příznaky projevující se v rovině chování můžeme zařadit změnu postoje ke stravování (ztráta chuti k jídlu, nebo naopak přejídání se), zvýšená konzumace alkoholu a jiných návykových látek, pesimistický náhled na svět, noční bdění, problémy s usínáním, nepozornost nebo zhoršený pracovní výkon a zhoršená kvalita práce. Poslední rovinou je duševní chování. Zde může docházet k výkyvům nálad, snížení emocionality k druhým, podrážděnosti, přikládání velké pozornosti drobnostem, zvýšenému zájmu o vlastní zdraví a nemoci nebo o fyzický vzhled (Křivohlavý, 2010).

Stres, i když představuje pro organismus zátěž, nemusí být nutně škodlivý. Určitá míra stresu je pro člověka prospěšná – motivuje k lepším výsledkům a překonávání nastavených překážek. Tento prospěšný stres se označuje jako eustres. Opakem eustresu je distres. Ten je pro organismus nadměrně zatěžující a při dlouhotrvajícím účinku může negativně ovlivnit naše zdraví (Blahudková, 2009). Přemíra stresu může vést k syndromu vyhoření (burnout), naopak jeho nedostatek může způsobit syndrom znudění (boreout) (Pešek a Praško, 2016).

1.1.4.6 Strategie zvládání stresu (Copingové strategie)

Anglický pojem coping znamená v překladu vypořádat se s něčím, zdolat něco. Jedná se o vědomé procesy při vyrovnávání se se stresem. Strategiemi se snažíme předejít negativnímu ovlivnění a snažíme se zachovat si pozitivní nadhled a vnitřní klid, nebo zůstat v dané situaci a snížit zátěž, která je vyvíjena (Křivohlavý, 2010). Nejčastěji se strategie dělí do dvou forem, jež se většinou vzájemně doplňují a využívají se společně (Blahutková, 2009).

Strategie se zaměřením na problém

V případě této strategie se člověk zaměří právě na zmíněný problém nebo situaci. Následně se jej snaží vyřešit, nebo zvládnout (Blahutková, 2009). Do této kategorie spadá plánování řešení problému, sebeovládání, hledání pozitiv na stresující situaci, snaha utéct ze stresové situace (nešťastné manželství – rozvod), hledání podpory u jiné osoby, nebo konfrontace problému (Křivohlavý, 2010).

Strategie zaměřené na emoce

Tato strategie se zaměřuje na zvládání emocí, zklidnění se a ke zhodnocení situace i z jiného pohledu (Křivohlavý, 2010). Tato strategie se dále diferencuje na kognitivní a behaviorální. Behaviorální strategií je snaha o odsunutí nezbytnosti problému díky fyzickému cvičení, konzumace alkoholu nebo projevení emocí. Při kognitivní strategii dochází k odsunutí problému z vědomí, k jeho odlišnému vnímání a přehodnocení situace (Blahutková, 2009).

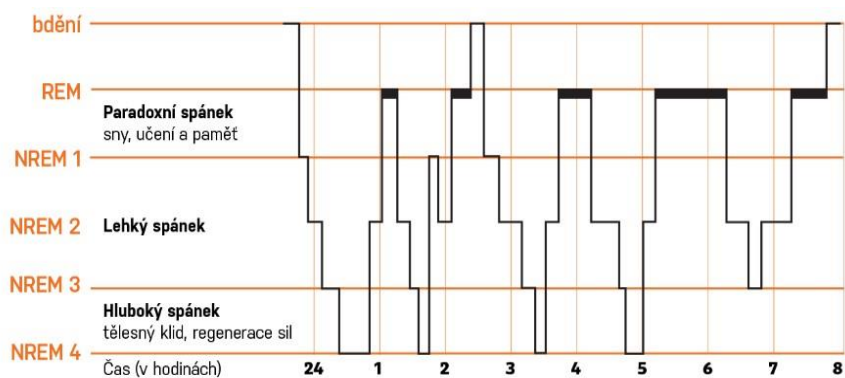
K vyrovnávání se stresem můžeme kromě copingových strategií využít relaxační techniky (Zvírotsky, 2014). Křivohlavý (2010) rozlišuje dvojí relaxaci, a to spontánní a diferencovanou. Ke spontánní relaxaci dochází nevědomky, bez vynaloženého úsilí. Zařadit sem můžeme například spánek, odpočinek nebo dýchání. Naopak diferencovaná relaxace je prováděna vědomě a záměrně. Spadá sem ventilace emocí, autogenní relaxační trénink, Jacobsonova progresivní relaxace, uvolňování částí těla (nejjednodušší je uvolňování obličejových svalů), imaginace nebo procházka. Ta by měla nejlépe být v lese či parku v délce přibližně 30 minut.

1.1.4.7 Spánek

Ve spánku strávíme přibližně třetinu života. Spánek je jednou ze základních biologických potřeb. Dochází při něm k regeneraci duševních, kognitivních a fyzických funkcí (Dosedlová, 2016). Kvalita spánku se odráží na celkovém zdraví a na kvalitě života. Nevyspalý člověk je více náchylný k onemocnění, protože při spaní dochází i k regeneraci imunity (Fremuth, 2013).

Potřeba spánku je individuální záležitostí, která se s věkem mění. Novorozenec potřebuje denně okolo 20–22 hodin, dospělý člověk stráví spánkem kolem 8-10 hodin (Mourek, 2012). Nedostatečný, nadbytečný nebo nekvalitní spánek můžou mít negativní vliv na náš zdravotní stav. Dosedlová (2016) uvádí, že takovýto spánek nejen ovlivní pocity, ale může zvýšit i riziko kardiovaskulárních onemocnění. Výzkumné studie potvrdily spojitost mezi spánkem a vznikem diabetu, obezity a dalších onemocnění (Akinseye et al., 2016).

Během spánku se střídají fáze REM a non-REM (viz obrázek č. 4). Během spánkových cyklů se tyto dvě fáze několikrát střídají. První fází, která začíná po usnutí, je non-REM. Pro non-REM (synchronizovaný, pomalý) spánek je typická pravidelná srdeční frekvence, stabilní teplota a pravidelné dýchání. Během této fáze nejsou běžné sny, nedochází k rychlému pohybu očí, ale dochází nejčastěji k regeneraci. Tuto fázi dělíme na další čtyři stadia. V prvním stadiu dochází k přechodu mezi spánkem a bděním a trvá pouze pár minut. V druhém stadiu je typický lehký spánek, trvající přibližně 25 minut. Ve třetí a čtvrté fázi přichází hluboký spánek (Lockett, 2020). Následuje REM (desynchronizovaný, rychlý) spánek, pro který jsou typické rychlé pohyby očí a dochází ke snění. Během tohoto spánku dochází k nepravidelnosti srdeční i dechové činnosti (Mourek, 2012).



Obrázek č. 4: Spánkový cyklus (Hospodářské noviny, 2019)

K lepšímu a kvalitnějšímu spánku můžeme napomoci dodržováním spánkové hygieny. Dle Peška a Praška (2016) je nedodržování spánkové hygieny jednou z příčin nespavosti a horší kvality spánku.

Zásady spánkové hygieny (Pešek a Praško, 2016):

- Pořízení pohodlné postele.
- Postel využívat pouze ke spánku nebo k sexuální aktivitě.
- Vstávat a chodit spát pravidelně, a to i o víkendech.
- Před spaním nepít černý či zelený čaj, kávu, kolu, nebo alkohol.
- Nekonzumovat těžká jídla. Lehká jídla jíst 2–3 hodiny před spaním.
- V ložnici mít ticho a klid. Doporučuje se odstranit rušící předměty. Pokud partner chrápe, spěte v jiné místnosti, nebo použijte špunty do uší.
- Zavést spánkový rituál.
- Nejit spát ve stresu nebo po náročné fyzické aktivitě.
- Zapisovat si noční můry, kterým později během imaginace dát lepší konec.

1.1.4.8 Osobní hygiena a vzhled

Péče o zevnějšek má pro člověka nejen fyzický, ale i psychický benefit. Může být spojena s duševní hygienou a předcházením stresu. Praško a Prašková (in Zvírotsky, 2014) uvádí aktivity prospěšné právě i pro naše psychické zdraví, například oholení se, koupel, učešání se nebo vyčištění zubů. Nemalou pozornost získává i oblečení. Zvírotsky (2014, s. 43) tvrdí, že: *„Šaty lidé, vědomě i podvědomě, spojují s celou svou osobností a zanedbávání zevnějšku bývá často příznakem porušeného zdraví.“*

Přílišná péče o vzhled může vést k poruchám příjmu potravy. Ty řadíme mezi duševní onemocnění. Mezi nejčastější poruchy patří mentální anorexie a mentální bulimie (Hrnčířová, 2012). Anorexie je charakteristická úmyslným snižováním hmotnosti (odmítání potravy, nadměrné cvičení). Porucha postihuje převážně mladé dívky (Zvírotsky, 2014). Může způsobovat problémy s vyšší kazivostí zubů, chudokrevnost, snížení pevnosti kostí nebo problémy s pleť, nehty a vlasy (Hrnčířová, 2012). Bulimie se charakterizuje nekontrolovatelným přejídáním a následnou snahou neztloustnout za pomoci vyvolání zvracení, využití laxativ nebo nadměrného cvičení (Zvírotsky, 2014).

1.2 Náhradní výchova

Jedná se o typ výchovy, kdy dítě nemá možnost vyrůstat a být vychovááno ve své rodině. V České republice jsou dva druhy náhradní výchovy. Prvním z nich je náhradní rodinná výchova. V případě této péče je dítě vychovááno v prostředí, které je co nejvíce podobné životu v přirozené rodině. Pod náhradní rodinnou výchovu spadá: osvojení (adopce), pěstounská péče, poručenství s péčí a svěřením dítěte do péče jiné fyzické osoby (Bubleová, 2011).

Pro účely této diplomové práce se ale budeme zabývat druhou variantou, kterou je péče ústavní, kdy jsou děti vychováány v institucích pro tento účel zařizovaných. Jedná se o domovy pro děti do tří let věku, domovy pro osoby se zdravotním onemocněním, diagnostický ústav, dětský domov, výchovný ústav a dětský domov se školou.

1.2.1 Ústavní výchova

Ústavní i ochranná výchova je legislativně ošetřena v zákoně č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních, a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a dále pak ve vyhlášce č. 438/2006 Sb., kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních. Ústavní výchova je ošetřena také zákonem č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů. „Zákon o výkonu ústavní výchovy je postaven jako předpis pro školská zařízení a přiměřeně je díky odkazu v zákoně o sociálních službách používán i pro zařízení v kompetenci Ministerstva práce a sociálních věcí“ (Bubleová, 2011, s. 55).

„Cílem výchovné péče v zařízení je předcházet vzniku a rozvoji poruch chování dítěte, popřípadě odstraňovat příčiny nebo důsledky již vzniklých poruch chování, opětovné zařazení dítěte do běžného vzdělávacího procesu a návrat zpět do původní rodiny, je-li to možné, popř. jeho umístění do náhradní rodinné péče“ (Zatloukal, 2020, s. 182).

Do ústavní výchovy může být dítě zařazeno na základě ústavní, nebo ochranné výchovy, a to v případě, že dochází k ohrožení výchovy dítěte, nebo rodiče již nejsou schopni zabezpečit řádnou výchovu dítěte (zákon 89/2012 Sb.). Do ústavní péče se tak dostávají děti nařízením soudu, nebo děti, které byly do péče svěřeny jejich rodiči neboli osobami zodpovědnými za jejich výchovu. Před nařízením ústavní výchovy se napřed zjišťuje, jestli výchovu dítěte nelze zajistit náhradní rodinnou péčí (Bubleová, 2011).

Ústavní výchovu lze nařídit po dobu tří let, ale je možné ji prodloužit za předpokladu, že nedošlo ke změně poměrů, kvůli kterým byla výchova nařízena. Zároveň pokud tyto důvody pominou, nebo je možnost jiné péče, soud ústavní výchovu zruší a určí, komu bude dítě svěřeno do péče (zákon č. 89/2012 Sb.).

Ústavní výchova je nařízena soudem v případě, že dochází k narušení nebo ohrožení výchovy nezletilého, a probíhá ve zdravotnických a školských zařízeních. Ochranou výchovu nařizuje soud také v případě, že nezletilý spáchá čin, který může být označen za trestný. Ochranná výchova probíhá ve školských zařízeních (Bubleová, 2011).

1.2.2 Zařízení pro výkon ústavní nebo ochranné výchovy

V České republice spadají zařízení pro výkon ústavní a ochranné výchovy do tří resortů. Zařízení mají odlišný systém financování, právního ošetření a vyžadují odlišné požadavky a kvalifikace pro zaměstnance. Prvním je Ministerstvo zdravotnictví, kam spadají dětské domovy pro děti do 3 let. Druhým resortem je Ministerstvo práce a sociálních věcí. To spravuje domovy pro osoby se zdravotním postižením. Posledním resortem je Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, kam spadají diagnostické ústavy, dětské domovy, dětské domovy se školou a výchovné ústavy (Bubleová, 2011).

Do zařízení spadajících pod Ministerstvo školství bylo ve školním roce 2019/2020 umístěno 6 553 dětí. Nejvíce jich bylo umístěno v dětských domovech. Děti s nařízenou ústavní výchovou bylo v zařízení celkem 5275, s nařízenou ochrannou výchovou bylo 103 dětí, s předběžným opatřením bylo v zařízeních 728 dětí a nezletilých matek s jejich dětmi bylo v zařízeních umístěno 46 (Zatloukal, 2020). Celkový počet dětí a jejich umístění společně s počtem jednotlivých školských zařízení je zaznamenán v tabulce č. 1.

Tabulka č. 1: Počty dětí v jednotlivých typech školských zařízení

Sledovaný parametr ČR (Statistika MŠMT)	Zařízení pro výkon ÚV, OV		Děti a mládež	
	Počet	Podíl (v %)	Počet	Podíl (v %)
Dětský domov	137	67,5	4 345	66,3
Dětský domov se školou	28	13,8	805	12,3
Výchovný ústav	25	12,3	1 012	15,4
Diagnostický ústav	13	6,4	391	6,0
Celkem	203	100,0	6 553	100,0

Zdroj: Zatloukal, 2020

1.2.2.1 Domovy pro děti do tří let věku

V domovech pro děti do tří let věku jsou umístěny děti, které nemohou být vychovávány v rodině. Jedná se o děti zanedbávané, týrané, se zdravotním postižením, nebo o děti s ohroženým vývojem kvůli nevyhovujícím sociálním podmínkám. Domovy také poskytují ubytování těhotným ženám v průběhu jejich těhotenství za předpokladu, že jejich životní situace ohrožuje jejich zdraví. Osoby s vyživovací povinností k dítěti musejí přispívat na zaopatření dítěte v domově. V částce je zohledněn věk dítěte, jeho specifické potřeby a náročnost jeho zaopatření (zákon č. 372/2011 Sb.).

Domovy, nyní označované také jako dětská centra, v minulosti kojenecké ústavy, jsou upraveny zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Jejich personální obsazení je upraveno vyhláškou č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb. Z personálu zde musí být zastoupen dětský nebo praktický lékař, dětská a všeobecná sestra, ošetřovatel, klinický psycholog, logoped, fyzioterapeut a sociální pracovník. V současnosti je v České republice celkem 25 domovů pro děti do tří let věku a podle Krbcové a Tomanové (2019) velká jejich část nesplňuje požadavek na dostatečný počet zaměstnanců daných vyhláškou. Praktického nebo dětského lékaře mělo ze zmíněných 25 domovů pouze 19, klinického logopeda pak pouze 8 domovů (Krbcová a Tomanová, 2019).

1.2.3 Domov pro osoby se zdravotním postižením

Domovy pro osoby se zdravotním postižením jsou upraveny v zákoně 108/2006 Sb., o sociálních službách. Do tohoto domova jsou umístěny osoby se zdravotním postižením, které mají kvůli tomuto postižení sníženou soběstačnost a potřebují každodenní pomoc jiné osoby (Bubleová, 2011).

V domovech je poskytováno ubytování, strava, pomoc s komunikací, uplatňování práv a zájmů, pomoc při každodenních činnostech a při osobní hygieně nebo terapeutická, výchovná a vzdělávací činnost. Pro nezajištěné děti jsou dodávány předměty pro osobní potřebu a vybavení (oblečení, obuv) a některé služby (stříhání vlasů, holení) s přihlédnutím k jejich potřebám. I v domovech pro osoby se zdravotním postižením může probíhat výkon ústavní výchovy nebo předběžného opatření s přihlédnutím k potřebám osob se zdravotním postižením (zákon č. 108/2006 Sb.).

1.2.3.1 Diagnostické ústavy

Do diagnostického ústavu jsou přijímány děti, u nichž je nařízeno předběžné opatření, ústavní výchova nebo byla uložena výchova ochranná. Ústavy se dělí podle věku umístěných dětí. Pro děti ve věku od šesti let (ve výjimečných případech od tří let věku) do patnácti let jsou dětské diagnostické ústavy. Druhým typem jsou diagnostické ústavy pro mládež. Ty jsou určeny pro jedince od patnácti let do zletilosti. Při obou typech ústavů jsou zřízeny školy, které děti z diagnostických ústavů navštěvují (Hoferková, 2014).

Práce s dětmi v diagnostických ústavech probíhá ve výchovných skupinách. V jedné této skupině jsou minimálně čtyři a maximálně osm dětí. Mladiství jsou do skupin zařazováni dle vzdělávacích, zdravotních a výchovných potřeb (zákon č. 109/2002 Sb.). Do ústavu je dítě s ochrannou výchovou přemístěno maximálně na dobu 8 týdnů. Během této doby probíhá šetření sestavené ze vzdělávacích, výchovných, sociálních, terapeutických a diagnostických činností. Na základě tohoto komplexního šetření je zpracována zpráva s návrhem výchovných a vzdělávacích potřeb dítěte a poté je dítě umístěno do dětského domova se školou, nebo do výchovného ústavu (zákon č. 109/2002 Sb.).

Na diagnostice dítěte se podílí tým odborníků diagnostického ústavu složený ze speciálních pedagogů. Prvním z nich je etoped, který pracuje individuálně s každým dítětem a snaží se jej motivovat a ukázat mu budoucí možnosti v životě. Podstatnou součástí jeho práce je dostatečná připravenost dítěte na přechod do jiného zařízení. Jeho cílem je, aby dítě nebylo překvapené, ale naopak aby bylo seznámeno a nejlépe i ztotožněno s novým zařízením. V ústavu působí dále speciální pedagogové, kteří jsou součástí školy. Posuzují dítě podle jeho studijních předpokladů a jeho chování při školní výuce (schopnost koncentrace, vyrovnání se s neúspěchem). Třetím pracovníkem je psycholog, jehož práce zahrnuje rozhovory s dětmi a zpracovává standardizované testy pro posouzení složek osobnosti dítěte. Také působí jako prostředník mezi dítětem a jeho rodiči. Posledním odborníkem podílejícím se na diagnostice dítěte jsou vychovatelé, kteří tráví s dítětem nejvíce času. Vychovávají děti, usměrňují jejich chování. Sledují formování jejich hodnot, chování k autoritám, orientaci ve vztazích a postoje k výchovným požadavkům. Tito odborníci provádějí svá šetření odděleně, tudíž je dítě posuzováno z různých úhlů pohledů, aby se co nejvíce snížilo riziko chybného posouzení a zařazení dítěte (Víravová, 2014).

1.2.3.2 Dětský domov

Do dětského domova se umisťují děti s nařízenou ústavní výchovou ve věkovém rozmezí 3–18 let nebo do dokončení vzdělávání spojeného s budoucí prací, tedy do 26 let. U těchto mladistvých nejsou závažné poruchy chování. Jsou zde umístěny i nezletilé matky s dětmi. Mladiství se vzdělávají ve školách mimo dětský domov (Bubleová, 2011). Děti, které přišly o oba rodiče, je dětských domovech velmi málo. Velká většina těchto dětí udržuje kontakt se svou biologickou rodinou, i když se často jedná o kontakt minimální. Jedná se většinou o rodiče, kteří se nedokázali řádně starat o fyzickou a duševní stránku dětí a byla tak ohrožena jejich výchova. Většina dětí v dětských domovech byla právě proto z biologických rodin odebrána soudně (Ročková, 2014).

V dětských domovech jsou tvořeny rodinné skupiny o šesti až osmi dětech. V jednom dětském domově lze zřídit nejméně dvě takové skupiny, ale nejvíce šest. Skupiny jsou heterogenní, tvoří je děti různého věku. Děti jsou do skupin rozřazeny s přihlédnutím k jejich zdravotním, výchovným nebo vzdělávacím potřebám. Sourozenci se nejčastěji zařazují do stejné rodinné skupiny. Z výchovných důvodů je ale možné sourozence rozdělit do více rodinných skupin (zákon č. 109/2002 Sb.). Rodinné skupiny mají v rámci dětského domova k dispozici samostatnou bytovou jednotku, kde jsou pokoje dětí, vychovatelů, sociální zařízení, kuchyň a obývací pokoj. Velikost těchto bytů je přibližně 4–5+1. Skupiny jsou co nejvíce samostatné a hospodaří s přiděleným rozpočtem. Děti jsou vedeny k samostatnosti – pomáhají v domácnosti, v rámci možností si samy perou prádlo, podílejí se na nákupu nebo si vaří jídlo. Chod těchto skupin se tedy víceméně neliší od chodu běžné vícečlenné rodiny, pouze úlohu rodičů zde přebírají vychovatelé, kteří jsou označováni jako teta a strýc (Ročková, 2014). Podle České školní inspekce jsou v rodinných skupinách nedostatečně zastoupeni muži (Zatloukal, 2020). Dětské domovy mohou mít při zařízení i cvičné byty, ve kterých se mladiství připravují na samostatný život. Do bytů jsou umístěny děti starší 16 let splňující kritéria a podmínky stanovené ve vnitřním řádu dětského domova (vyhláška č. 438/2006 Sb.).

Dětem jsou v dětských domovech poskytovány základní potřeby (stravování, oblečení, ubytování), pomoc při odchodu z domova, pomůcky ke studiu a finanční podpora související se studiem, kapesné. Placeny jsou také zdravotní služby a léky, které nepokryje zdravotní pojištění a náklady spojené s volnočasovými aktivitami (zákon č. 109/2002 Sb.).

1.2.3.3 Dětský domov se školou

Do dětského domova jsou umístěny děti od 6 let do konce povinné školní docházky. Dětem je nařízena ochranná nebo ústavní výchova, týká se i nezletilých matek a jejich dětí, které se nemohou vzdělávat v běžné škole. V případě ústavní výchovy se jedná o děti se závažnými poruchami chování nebo vyžadujícími výchovně lékařskou péči kvůli přechodné či trvalé duševní poruše. Dětské domovy se školou se zřizují zvláště pro děti s nařízenou ochrannou výchovou a odděleně pro děti s ústavní výchovou, nebo se zřizují oddělené skupiny (zákon č. 109/2002 Sb.).

V těchto dětských domovech se školou jsou zřizovány rodinné skupiny o pěti až osmi dětech (zákon č. 109/2002 Sb.). Stejně jako v dětských domovech se v rámci rodinných skupin učí děti samostatnosti, odpovědnosti a podílí se na chodu domácnosti. Vychovatelé jsou také označováni jako teta a strýc (Ročková, 2014). Jak v dětském domově, tak v dětském domově se školou je provoz skupiny zajištěn třemi pracovníky (vyhláška č. 438/2006 Sb.).

Po ukončení základní povinné školní docházky může dítě pokračovat ve studiu na střední škole, nebo může uzavřít pracovní smlouvu. Pokud to pro pokračující poruchy chování není možné, je dítě přerazeno do výchovného ústavu (zákon č. 109/2002 Sb.).

1.2.3.4 Výchovný ústav

Do výchovného ústavu jsou umístěny děti s nařízenou ústavní, nebo ochrannou výchovou starší patnácti let se závažnými poruchami chování. Ústavy jsou zřizovány samostatně pro děti s nařízenou ústavní výchovou, pro nezletilé matky s dětmi, pro děti s potřebou výchovně vzdělávací péče nebo pro děti s nařízenou ochranou výchovou. Výjimečně může být zde umístěno dítě starší dvanácti let se závažnými poruchami chování, ale nemůže být umístěno do dětského domova se školou (Bubleová, 2011).

Ve výchovném ústavu tvoří primární jednotku výchovná skupina složená z pěti až osmi dětí. Takových skupin může být maximálně šest (zákon č. 109/2002 Sb.). Pro děti, které ukončily povinnou školní docházku a nepřipravují se na budoucí povolání, je ve výchovném ústavu zřízena samostatná pracovní výchovná skupina, která je zaměřená na přípravu dítěte pro výkon povolání nebo pracovní činnosti. Dítě v této skupině starší patnácti let si může najít práci odpovídající jeho věku, schopnostem a zdravotnímu stavu (vyhláška č. 438/2006 Sb.).

1.3 Vychovatelé v zařízeních pro výkon ústavní výchovy

Vychovatel je dle zákona č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů, pedagogickým pracovníkem, který vykonává přímou vyučovací, výchovnou, speciálně pedagogickou nebo přímou pedagogicko-psychologickou činnost. Pro výkon povolání vychovatele musí mít jedinec dostatečnou znalost českého jazyka, být trestně bezúhonný, způsobilý k právním úkonům, zdravotně způsobilý a musí získat odbornou kvalifikaci pro činnost, kterou vykonává (Bendl, 2015). Potřebnou kvalifikaci získá vychovatel dle zmiňovaného zákona o pedagogických pracovnících podle § 16, tedy studiem vysoké školy, vyšší odborné školy a střední školy s maturitou.

Vzdělání může být dosaženo na střední škole s maturitou v oboru se zaměřením na přípravu vychovatelů a pedagogů volného času. Jinou možností představuje studium předškolní pedagogiky s vykonáním jednotlivé zkoušky, která obsahem odpovídá maturitní zkoušce z vychovatelství. V případě vystudování jiného oboru je opět nutno doplnit si vzdělání formou celoživotního vzdělávání se zaměřením na pedagogiku volného času, sociální pedagogiku, vychovatelství, nebo přípravou učitelů základních a středních škol.

V rámci vyššího odborného vzdělání se musí jednat o obor zaměřený na vychovatelství, pedagogiku volného času a sociální nebo speciální pedagogiky. V případě vyššího odborného vzdělání v jiném oboru musí jedinec doplnit své vzdělání studiem pedagogiky, nebo studiem v programu celoživotního vzdělávání se zaměřením na vychovatelství, sociální pedagogiku, přípravu učitelů na základní a střední škole nebo pedagogikou volného času.

V případě vysokoškolského studia získá vychovatel kvalifikaci studiem v akreditovaném oboru zaměřeném na oblast pedagogických věd. Při vystudování vysoké školy v odlišném programu je potřeba doplnit vzdělání studiem v programu celoživotního vzdělávání v oblasti pedagogických věd, nebo studiem pedagogiky.

Vychovatele může dělat i jedinec s kvalifikací učitele na prvním stupni základní školy, učitel uměleckých odborných předmětů v základní umělecké škole, střední škole a konzervatoři, učitel náboženství nebo učitel jazykové školy s právem státní jazykové zkoušky.

Dle Zatloukala (2020) však nejsou u 34 % pedagogických pracovníků dlouhodobě splňovány kvalifikační předpoklady pro výkon práce a mnohá zařízení se potýkají s nedostatkem pedagogického personálu. Ten je zapříčiněn nedostatečným ohodnocením a vysokými osobními i odbornými nároky. Nedostatek pedagogů znamená, že pedagogové v ústavech mají na starosti větší počet dětí, což může zapříčinit nedostatečné podchyzení výskytu sociálně patologických jevů (závislosti, kriminální chování, záškoláctví, lhaní, násilí aj.) ve skupině.

Dalším předpokladem pro práci je psychická způsobilost. Ta se k této práci zjišťuje psychologickým vyšetřením. Toto vyšetření probíhá před zaměstnáním pracovníka a během jeho pracovního poměru, pokud dochází k pochybnostem, že vychovatel není psychicky způsobilý pro práci. Vyšetření během pracovního poměru se děje zejména při podezření, kdy dochází vychovatelem k fyzickému a psychickému násilí na dětech (zákon č. 109/2002 Sb.). Při vyšetření se akreditovaný pracovník zaměřuje zejména na intelekt, postoj k výkonu práce, pozornost, osobnostní charakteristiky, anamnestické údaje, hodnotovou a zájmovou orientaci. Vyšetření trvá minimálně 4 a maximálně 6 hodin. Využívají se standardizované testy (inteligence, pozornosti, osobnostní dotazník) a polostrukturovaný rozhovor (vyhláška č. 60/2006 Sb.). Tento posudek je následně součástí osobního spisu pedagogického pracovníka (zákon č. 109/2002 Sb.).

1.3.1 Osobnostní předpoklady vychovatele

Obecnými předpoklady pro výkon povolání je kromě získané kvalifikace také kladný vztah k dětem, velkorysost, přirozená autorita, schopnost adaptace a improvizace, dobré komunikační schopnosti, empatie, důslednost, organizační schopnosti, tvořivost, dobrý smysl pro humor, tvořivost a přijatelný projev a vystupování. Vychovatel pracuje s rozvíjejícím se a dospívajícím dítětem, měl by tudíž zvládat aktivně a kreativně reagovat na vzniklé a měnící se podmínky. Pro výkon vychovatele je potřeba neustálého kvalifikačního a osobnostního rozvoje.

Vychovatelé stejně jako ostatní pedagogičtí pracovníci mají povinnost dále se vzdělávat pro udržení a doplnění kvalifikace pro výkon povolání (Bendl, 2015). Další druhy studia pro pedagogické pracovníky jsou studium ke splnění kvalifikačních předpokladů, studium ke splnění dalších kvalifikačních předpokladů nebo studium k prohlubování odborné kvalifikace (vyhláška č. 317/2005 Sb.).

1.3.2 Pracovní náplň vychovatele v dětském domově

Vychovatel jako pedagogický pracovník provádí přímou i nepřímou pedagogickou činnost. Rozsah přímé pedagogické práce pro vychovatele je 25 až 27 hodin týdně, v případě vedoucího vychovatele se jedná o 15 až 17 hodin týdně (nařízení vlády č. 75/2005 Sb.).

Během přímé pedagogické práce vychovatel napomáhá osobnostnímu rozvoji dítěte a vychovává ho, připravuje dítě do školy, k obsluze domácnosti a nácviku dovedností dětí v domácnosti (praní, žehlení, vaření, úklid, nakupování), napomáhání při konfliktech mezi dětmi. Do přímé pedagogické práce spadají také diagnostické činnosti nebo koordinační činnosti, např. pomoc při organizování volnočasových aktivit dětem, plánování výletů a kulturních akcí (Divínová, 2007; Bendl, 2015).

Do náplně nepřímé práce vychovatele patří administrativní činnost, kam spadají plány rozvoje osobnosti dítěte, týdenní a měsíční plány nebo hodnocení výsledků dětí a mládeže, tvorba výchovných a vzdělávacích podkladů a materiálů, kontakt mezi školou a zdravotnickými zařízeními, doprovod dítěte, komunikace s úřady, nákupy (Divínová, 2007; Bendl, 2015).

2 PRAKTICKÁ ČÁST

2.1 Cíl práce

Cílem diplomové práce je zmapování poskytované podpory výchovy ke zdraví v dětských domovech.

2.2 Úkoly práce

Pro splnění zvoleného cíle bylo za potřebí splnit následující úkoly:

1. Vyhledání odborné literatury a jejich studium. Zdrojem jsou odborné publikace, vědecké články, internetové zdroje nebo výroční zprávy.
2. Sestavení ankety vlastní konstrukce.
3. Zaslání ankety vychovatelům a vedoucím vychovatelům v dětských domovech po celé České republice.
4. Zpracování získaných dat a vyhodnocení výsledků.
5. Diskuse zjištěných výsledků.
6. Stanovení závěru.

2.3 Hypotézy

Pro výzkum byly stanoveny tři hypotézy:

- Hypotéza č. 1: Během týdne v mimoškolním vyučování zařazuje 50 % vychovatelů pohybovou aktivitu.
- Hypotéza č. 2: Techniky regulace stresu jsou známe 40 % vychovatelům a ve stejné míře je doporučují dětem při zátěžových situacích.
- Hypotéza č. 3: O zdravém způsobu stravování s dětmi v dětském domově diskutuje 50 % vychovatelů.

2.4 Metodologie

2.4.1 Charakteristika výzkumného souboru

Respondenty pro tuto diplomovou práci se stali vychovatelé z dětských domovů po celé České republice. Přesněji šlo o vychovatele z těchto dětských domovů, viz tabulka č. 2.

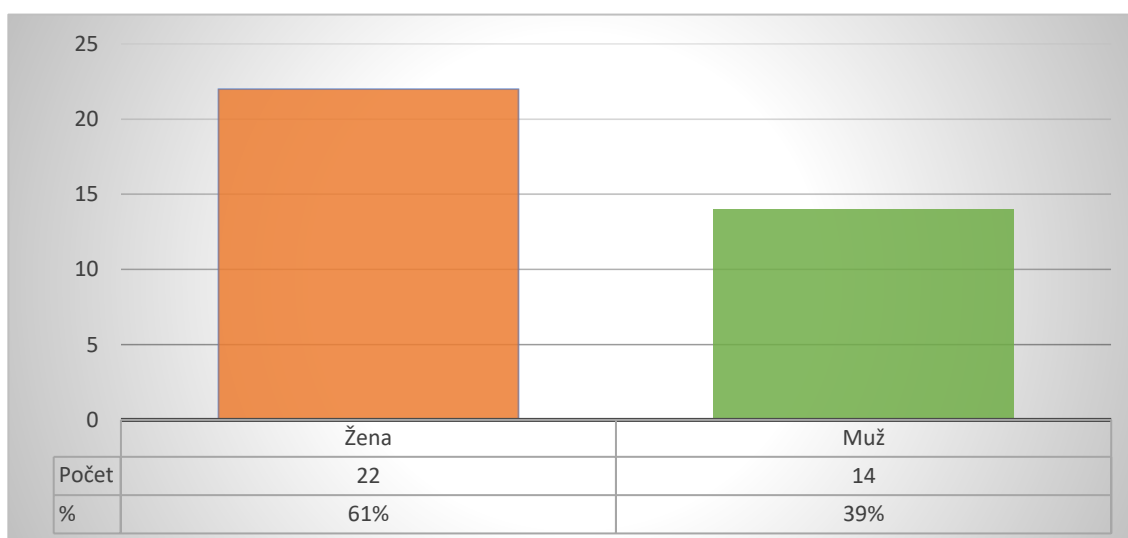
Tabulka č. 2: Dětské domovy zapojené do výzkumu $n=18$.

Seznam dětských domovů	
Dětský domov Tuchlov	Dětský domov Černá Voda
Dětský domov Klánovice	Dětský domov Plumlov
Dětský domov Chomutov	Dětský domov Lipová u Šluknova
Dětský domov Jeseník	Dětský domov Dubá – Deštná
Dětský domov Mašťov	Dětský domov Jemnice
Dětský domov Přerov	Dětský domov Unhošť
Dětský domov Boršov nad Vltavou	Dětský domov České Budějovice
Dětský domov Nové Strašecí	Dětský domov Vysoká Pec
Dětský domov “Země dětí” Česká Kamenice	Dětský domov Litvínovice

Zdroj: Vlastní zpracování

Do vyplnění ankety vlastní konstrukce se zapojilo celkem 36 respondentů, z nichž velkou část tvořily ženy. Těch se do ankety zapojilo celkem 22 (viz graf č.1). Muži byly v anketě zastoupeni méně, zapojilo se jich 14.

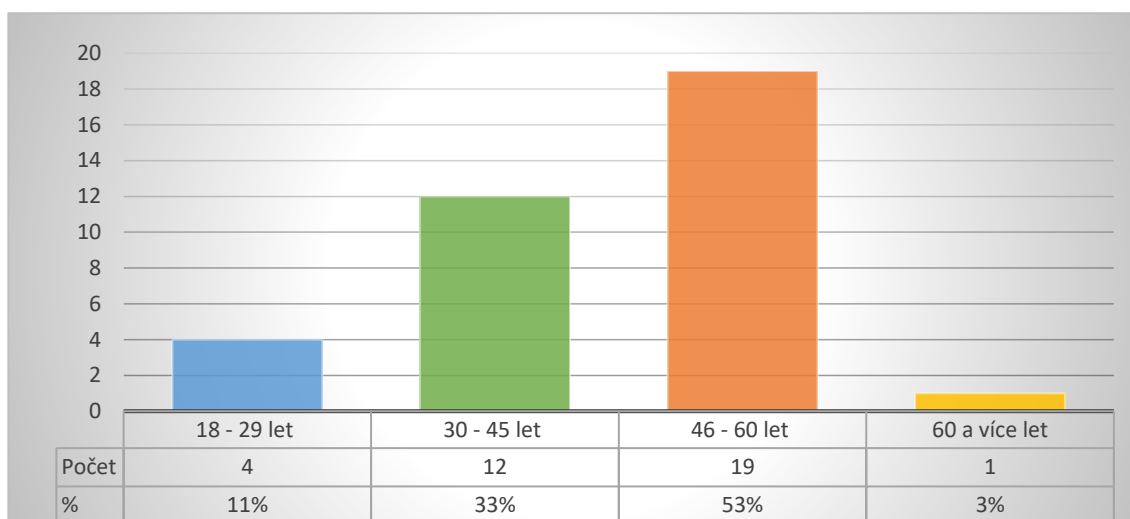
Graf č. 1: Rozdělení experimentálního vzorku na muže a ženy.



Zdroj: Vlastní zpracování

Věkové rozmezí respondentů bylo nejčastěji mezi 46–60 lety. Vychovatelů v tomto věku bylo 19 (viz graf č. 2). Početnou skupinu 12 respondentů tvořili pedagogové ve věkovém rozmezí 30–45 let. Další 4 pedagogové byli ve věku 18–29 let a jeden vychovatel byl ve věkové skupině 60 a více let.

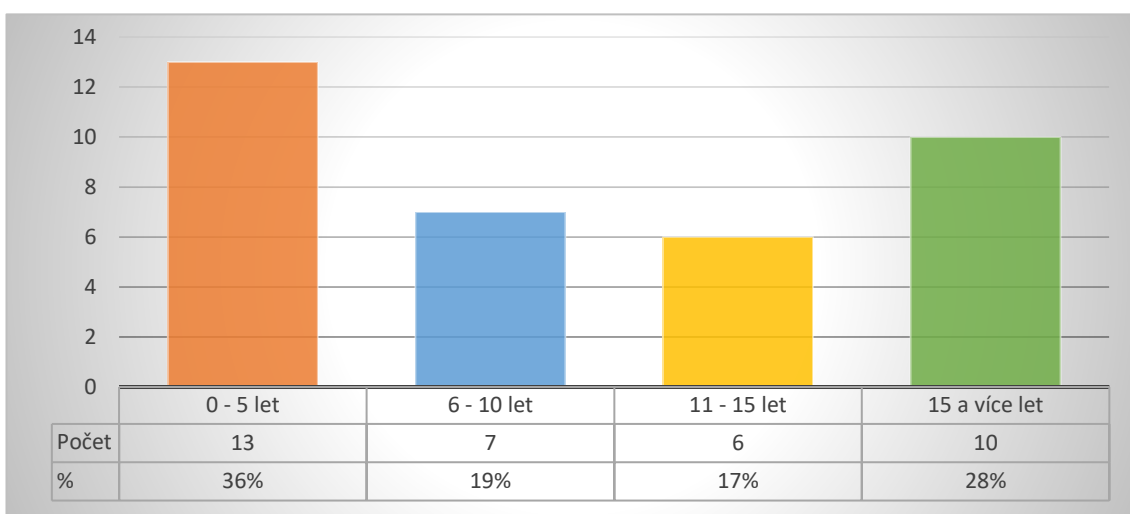
Graf č. 2: Věk respondentů.



Zdroj: Vlastní zpracování

Největší část dotazovaných pedagogů pracuje v dětském domově maximálně do 5 let (viz graf č. 3). Těchto vychovatelů se do ankety vlastní konstrukce zapojilo 13. Druhou naprosto opačnou skupinou s počtem 10 responzí tvořili vychovatelé pracující v dětském domově 15 let a více. Dalších 7 vychovatelů pracuje v domově v době 6–10 let. Posledních 6 respondentů tvořili vychovatelé pracující v dětském domově 11–15 let.

Graf č. 3: Délka praxe v dětském domově.



Zdroj: Vlastní zpracování

2.4.2 Organizace výzkumného šetření

Anketu vlastní konstrukce jsem vytvořila na online stránkách Survio. Na těchto stránkách jsem připravila otázky a upravila anketu po jazykové a stylistické stránce.

V anketě vlastní konstrukce je celkem 28 otázek, jež jsou rozděleny do tří okruhů. Prvním okruhem je fyzické zdraví, dalším je zdraví duševní a poslední okruh je zaměřen na stravování dětí v dětském domově. Na začátku ankety jsou ještě tři otázky věnované osobnosti vychovatele, tedy jeho věku, pohlaví a délce zaměstnání v dětském domově.

Odkaz na anketu jsem odesílala přímo na e-mailové adresy vychovatelů v dětských domovech nebo na společnou e-mailovou adresu dané rodiny spadající pod dětský domov. Tyto kontaktní e-maily na vychovatele a na rodiny jsem získala z oficiálních a veřejně přístupných webových stránek dětských domovů.

Anketa byla rozesílána postupně, sběr dat trval celkem 3 měsíce a odpovědi v ní byly zcela anonymní. Anketa vlastní konstrukce je součástí příloh (viz příloha č. 1).

2.4.3 Použité metody

Obsahová analýza literárních zdrojů podle Miovského (2006)

Metoda obsahové analýzy byla použita k získání dostatečných informací k rozboru literárních zdrojů z hlediska jeho obsahu, významu, syntaktických nebo stylistických zvláštností. Po řádném rozboru byla analýza využita k následnému zpracování těchto literárních zdrojů. Díky metodě obsahové analýzy literárních zdrojů došlo k porovnání českých a zahraničních autorů a zároveň k porovnání autorů současných a minulých (Miovský, 2006).

Anketa vlastní konstrukce (Jakešová, 2021)

Jednou z metod k vypracování praktické části diplomové práce byla anketa vlastní konstrukce. Anketa je jedním z druhů kvantitativního výzkumu a je založená na dotazníkovém šetření. Zabývá se zjištěním názorů a postojů co největšího počtu lidí, avšak její výsledky nelze zobecňovat na celou populaci. Odpovědi se zveřejňují v jejich plném znění, tedy přesně tak, jak dotazovaný na dané otázky odpověděl. Šířit anketu lze zasláním poštou, po internetových stránkách, tiskem nebo se rozdává při nákupu (Strnadová, 2012).

Statistické metody

Druhou z metod k vypracování praktické části diplomové práce bylo využití statistických metod. Ty byly použity ke zpracování a k následnému vyhodnocení výsledků z ankety vlastní konstrukce.

Ke všem otázkám dotazníku byly vytvořeny sloupcové grafy s absolutními a relativními četnostmi. Hypotézy o jedné relativní četnosti byly testovány pomocí intervalu spolehlivosti pro relativní četnost dle Clopper – Pearsonovy metody. Všechny výpočty byly provedeny v programu TIBCO STATISTICA EN 13. Hladina významnosti pro rozhodnutí o nulové hypotéze činila 5 %.

Četnost ve statistice obecně udává, kolikrát se zkoumaná hodnota ve vzorku objevila. Absolutní četnost vyjadřuje přesnou hodnotu znaků, které jsou zastoupeny ve zkoumaném vzorku. Oproti tomu relevantní četnost vyjadřuje hodnotu zkoumaného vzorku v porovnání s celkovým statistickým souborem. Vyjadřuje se procenty, nebo desetinným číslem (Kladivo, 2013).

Testování hypotéz je postup využívaný při rozhodování o určité domněnce. V tomto testování potřebujeme znát nulovou hypotézu (H_0) a alternativní hypotézu (H_A). Nulová hypotéza je naše domněnka, kterou chceme potvrdit, a tento test je založen právě na myšlence, že nulová hypotéza platí. Alternativních hypotéz je možno mít neomezené množství. Cílem testu je určení, zda sledovaná data podporují námi stanovenou nulovou hypotézu, nebo naopak tato data nulovou hypotézu zamítají a je přijata alternativní hypotéza (Skalská, 2013).

2.5 Výsledky k anketě vlastní konstrukce

Během sběru dat, tedy po dobu 3 měsíců, si anketu vlastní konstrukce celkem otevřelo 68 respondentů. Z těchto vychovatelů si 32 dotazovaných anketu pouze otevřelo, anebo řádně ji nedokončilo. Vyplněných anket se vrátilo celkem 36 a veškeré byly vhodné pro další zpracování. Celková úspěšnost vyplnění ankety je tedy 52,9 %.

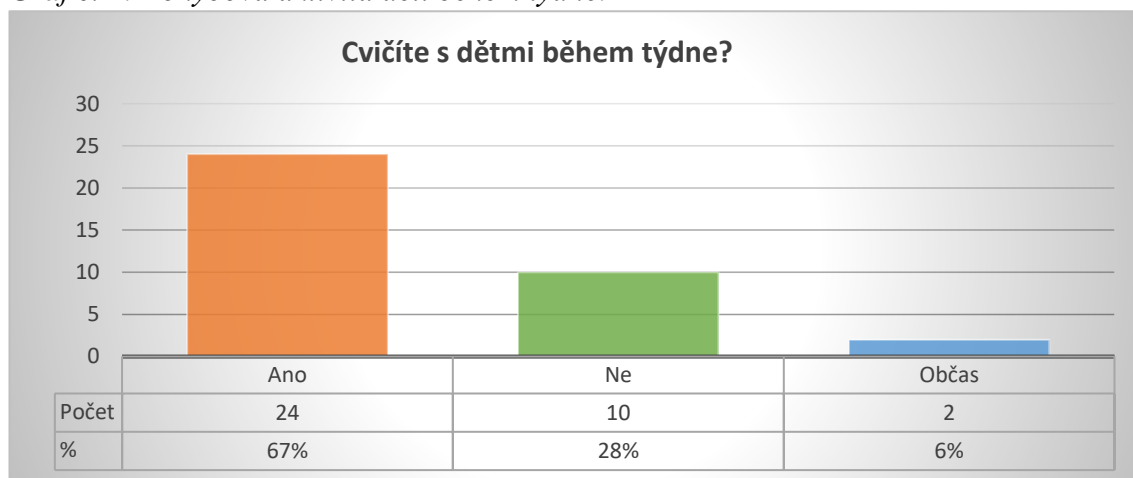
Respondentům vyplnění této ankety zabralo nejčastěji od 5 do 10 minut. Nejdelší čas pro vyplnění byl přes 60 minut. Takto dlouhý čas měl pouze jediný pedagogický pracovník. Vyhodnocení ankety vlastní konstrukce probíhalo přes webové stránky Survio, která zpracovávala sesbíraná data.

2.5.1 Výsledky z okruhu fyzického zdraví

Prvním okruhem v anketě vlastní konstrukce bylo fyzické zdraví dětí. Okruh obsahuje 9 otázek zaměřených na fyzickou aktivitu, životní styl, zubní hygiena, závislosti a spánek.

První otázka se zaměřovala na to, zda vychovatelé s dětmi během týdne cvičí. Z grafu č. 4 lze vyčíst, že 24 respondentů s dětmi během týdne cvičí. Naopak 10 vychovatelů uvedlo, že se svěřenci necvičí, a zbylí 2 respondenti se cvičení s dětmi věnují pouze občas.

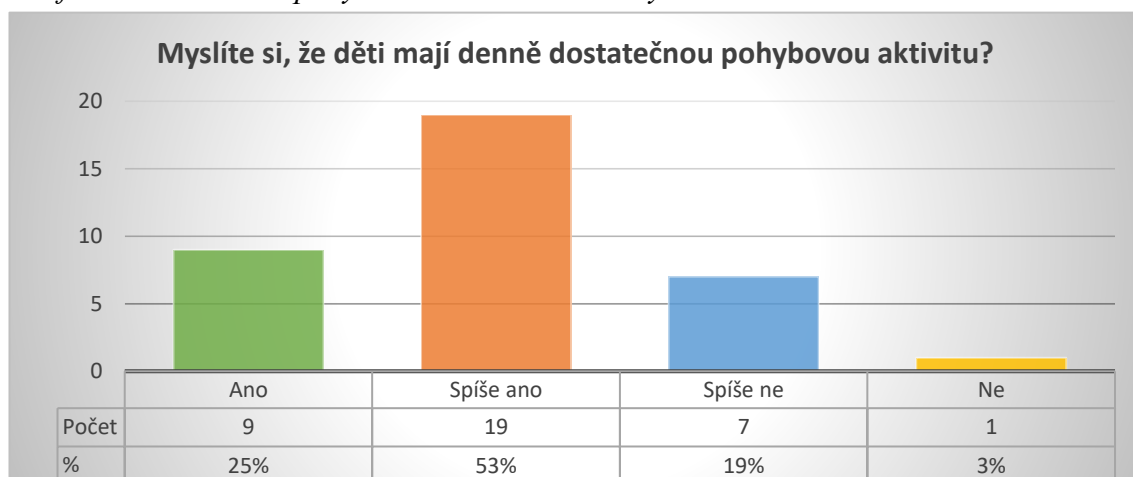
Graf č. 4: Pohybová aktivita dětí během týdne.



Zdroj: Vlastní zpracování

Další otázka zjišťovala názor vychovatelů, zda děti mají denně dostatečný pohyb. Nejvíce vychovatelů, tedy 19, odpovědělo, že fyzická aktivita dětí je spíše dostačující (viz graf č. 5). Dalších 9 pracovníků si myslí, že děti mají pohyb dostatečný. Spíše negativně vidí pohyb u dětí 7 respondentů a jediný vychovatel považuje pohyb dětí za nedostatečný.

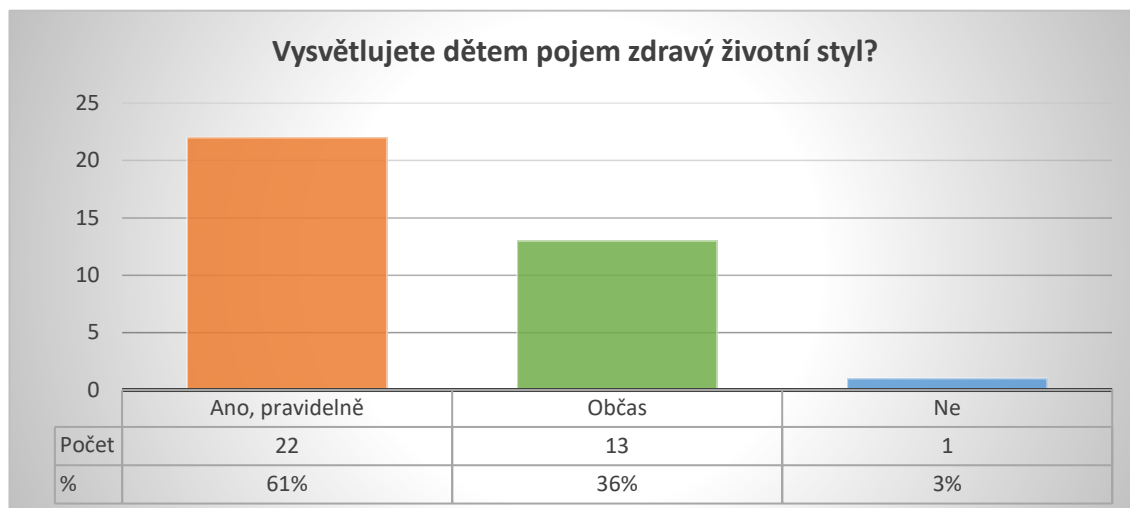
Graf č. 5: Dostatečná pohybová aktivita dětí dle vychovatelů.



Zdroj: Vlastní zpracování

Následně byli vychovatelé dotazováni, jestli vysvětlují svěřeným dětem pojem zdravý životní styl a jak často se tomuto tématu věnují. Dle grafu č. 6 je patrné, že početná skupina 22 dotazovaných se vysvětlování tohoto pojmu věnuje pravidelně. Občas se tématu věnuje 13 respondentů a pouze jediný dotazovaný pojem zdravého životního stylu dětem nevysvětluje vůbec.

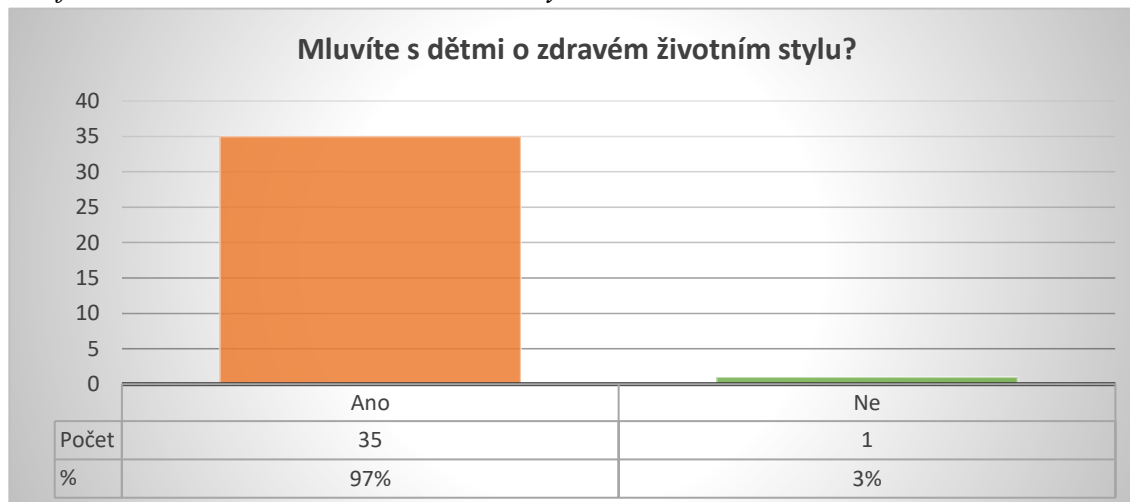
Graf č. 6: Komunikace s dětmi na téma zdravého životního stylu.



Zdroj: Vlastní zpracování

Tato otázka navazovala na otázku předchozí. Dotazovaní měli odpovědět, čím se zabývají v případě, že s dětmi o zdravém životním stylu hovoří. Pouze 1 pedagog odpověděl, že o zdravém životním stylu s dětmi nehovoří (viz graf č. 7). Zbylých 35 dotazovaných vychovatelů s dětmi o zdravém životním stylu hovoří a souhrn jejich odpovědí je zobrazen v následujícím grafu (viz graf č. 8).

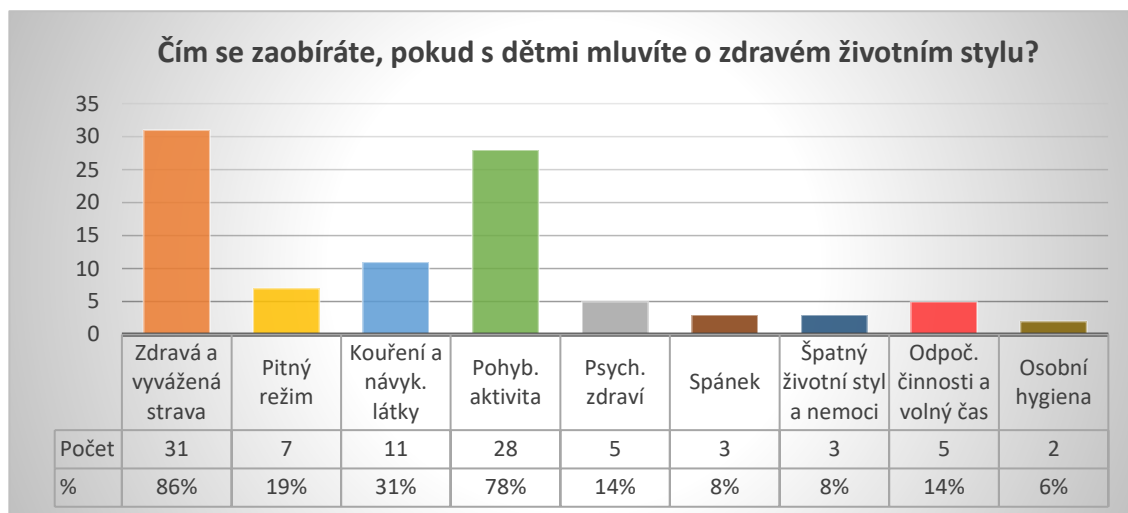
Graf č. 7: Probírání zdravého životního stylu s dětmi.



Zdroj: Vlastní zpracování

Nejčastěji se 80 % vychovatelů v rámci tématu životního stylu zaměřuje na zdravé a vyvážené stravování a dostatečnou pohybovou aktivitu (viz graf č. 8). Dále se vychovatelé zabývají škodlivostí kouření a jiných návykových látek, psychickým zdravím, pitným režimem, spánkem, osobní hygienou, odpočinkovým činnostem a onemocněním spojeným se špatným životním stylem.

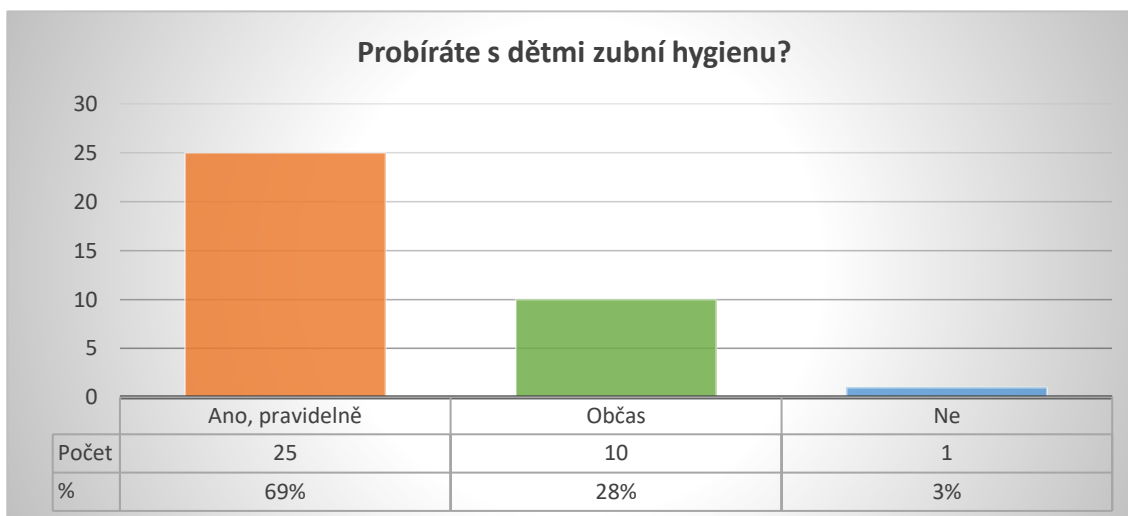
Graf č. 8: Jednotlivé složky zdravého životního stylu dle vychovatelů.



Zdroj: Vlastní zpracování

Další otázka byla zaměřena na zubní hygienu dětí, přesněji jestli vychovatelé se svěřenými dětmi zubní hygienu probírají. Z následujícího grafu č. 9 lze vyčíst, že 25 zúčastněných pedagogů toto téma zařazuje pravidelně. Skupina 10 vychovatelů zubní hygienu probírá občas a jediný respondent tematiku dětem vůbec nepřibližuje.

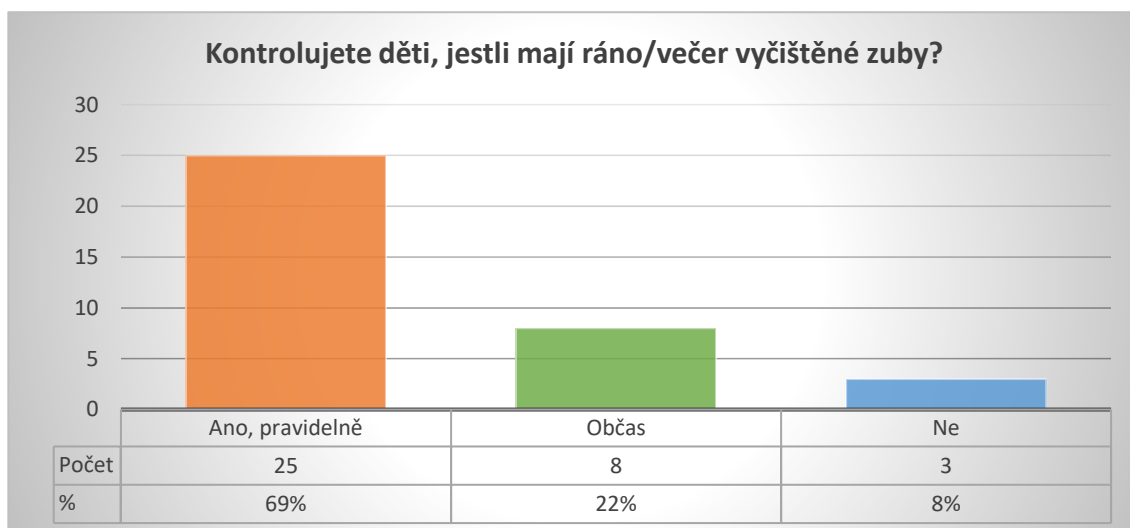
Graf č. 9: Komunikace s dětmi na téma zubní hygieny.



Zdroj: Vlastní zpracování

Vychovatelé byli také dotazováni, zda dětem kontrolují ráno a večer vyčištěné zuby a v jaké míře toto dělají. Největší podíl, tedy 25 dotazovaných vychovatelů, dětem pravidelně kontroluje vyčištěné zuby (viz graf č. 10). Další skupina 8 vychovatelů kontroluje vyčištěné zuby občas a 3 dotazovaní pedagogové zubní hygienu vůbec nekontrolují.

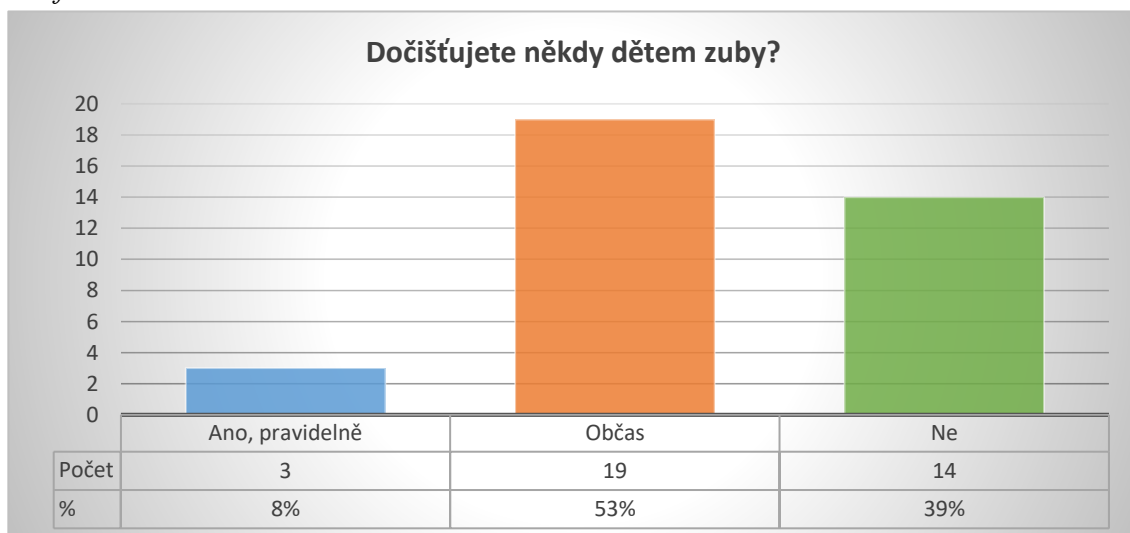
Graf č. 10: Denní kontrola zubní hygieny



Zdroj: Vlastní zpracování

Dále pedagogové odpovídali, zda v rámci zubní hygieny dětem někdy dočišťují zuby. Dle grafu č. 11 je patrné, že největší skupina respondentů, tedy 19 vychovatelů, zuby dětem občas dočišťuje. Druhá nejpočetnější skupina 14 respondentů dětem zuby nikdy nedočišťuje a pouze 3 dotazovaní vychovatelé dočišťují zuby svěřeným dětem pravidelně.

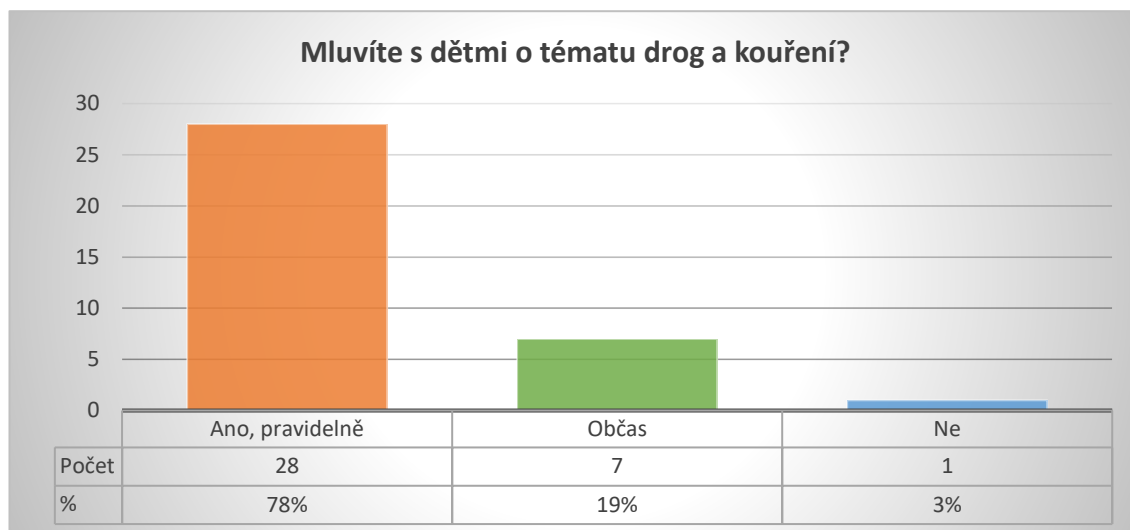
Graf č. 11: Dočišťování zubů.



Zdroj: Vlastní zpracování

Vychovatelé také měli odpovědět na otázku ohledně závislostí, zda s dětmi probírají téma drog a kouření. Pravidelně (viz graf č. 12) se tématu věnuje dle ankety celkem 28 pedagogů. Dalších 7 vychovatelů se s dětmi o tématu baví pouze příležitostně a jediný dotazovaný respondent o tématu závislostí nehovoří vůbec.

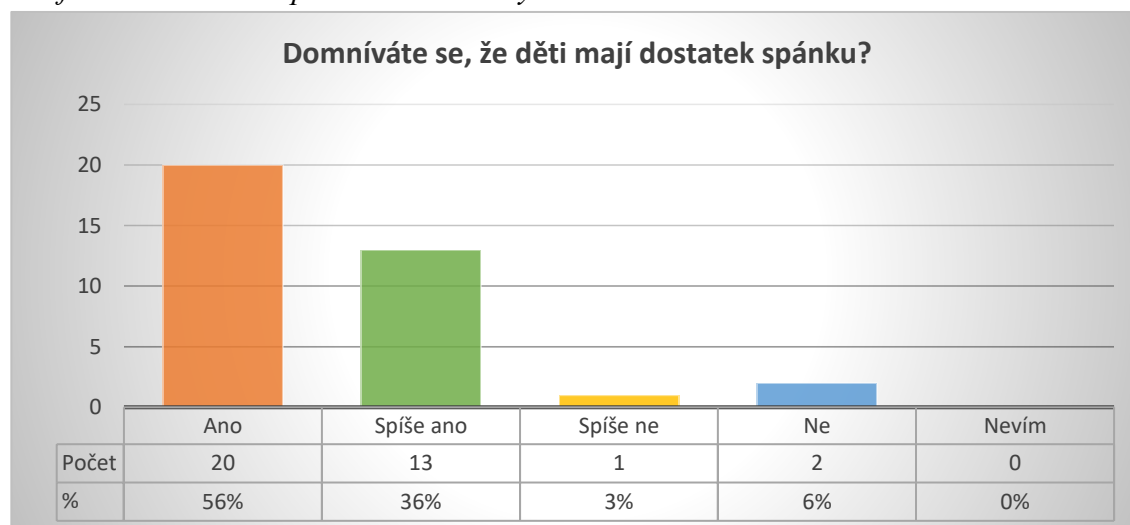
Graf č. 12: Rozhovory na téma závislostí.



Zdroj: Vlastní zpracování

Poslední otázka se zabývá dostatkem spánku u dětí. Nejpočetnější skupina 20 dotazovaných si myslí, že děti mají spánku dostatek (viz graf č. 13). Druhá skupina 13 vychovatelů se domnívá, že spánku mají děti spíše dostatek. Spíše nedostatek spánku vybral jeden respondent a 2 vychovatelé se domnívají, že děti mají spánku nedostatek.

Graf č. 13: Dostatek spánku u dětí dle vychovatelů.



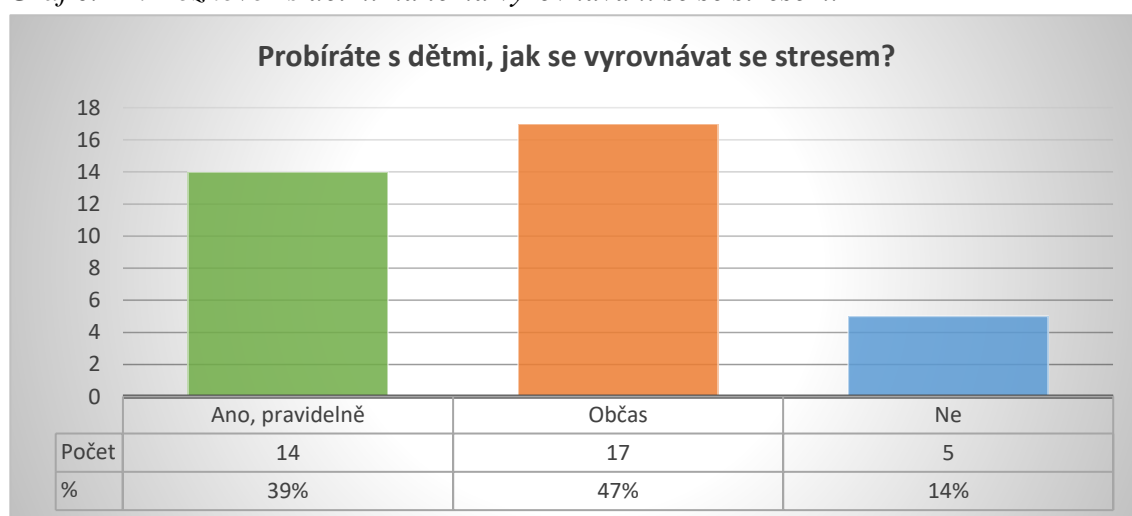
Zdroj: Vlastní zpracování

2.5.2 Výsledky z okruhu duševního zdraví

Druhým okruhem v anketě byla oblast duševního zdraví s celkem 6 otázkami zaměřenými na stres a techniky regulace stresu nebo osobnost dětí v dětských domovech.

První otázka z tohoto okruhu byla, zda vychovatelé s dětmi probírají, jak se vyrovnávat se stresem. Dle grafu č. 14 největší skupinu tvořilo 17 pedagogů, kteří se tématu věnovali občas. Pravidelně se problematice věnuje 14 pedagogů a 5 dotazovaných téma neprobírá.

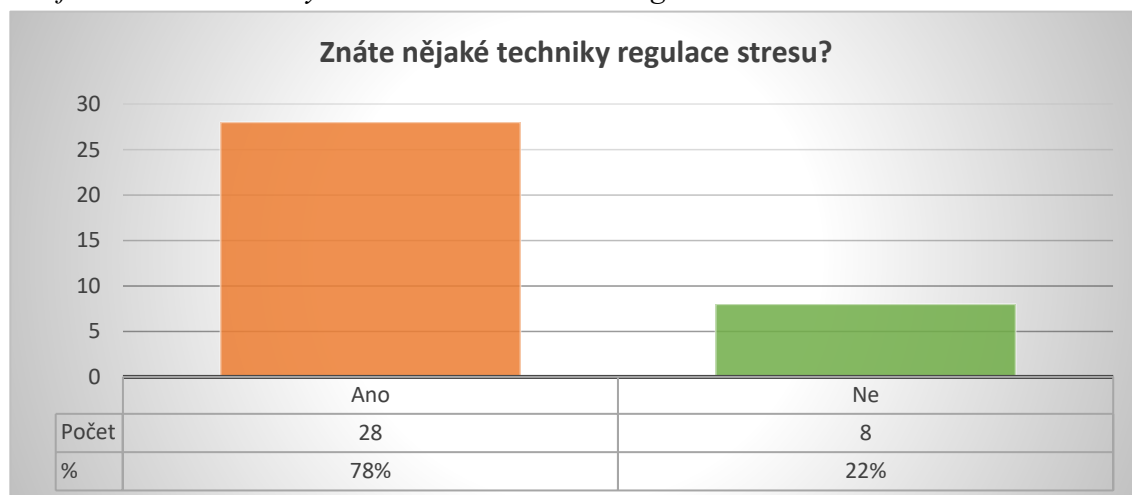
Graf č. 14: Rozhovor s dětmi na téma vyrovnávání se se stresem.



Zdroj: Vlastní zpracování

V této otázce byli vychovatelé dotazováni, zda znají techniky regulace stresu. Dle grafu č. 15 tvoří početnou skupinu vychovatelé, kteří některé techniky regulace stresu znají. Těchto pedagogů bylo 28. Naopak pedagogů, kteří žádné techniky neznají bylo 8.

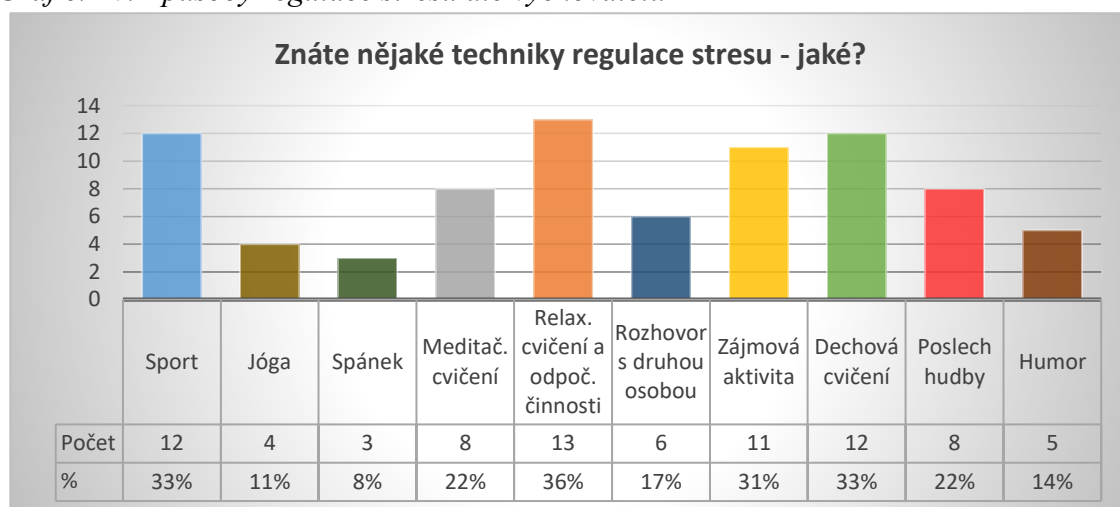
Graf č. 15: Povědomí vychovatelů o technikách regulace stresu



Zdroj: Vlastní zpracování

Vychovatelé, kteří uvedli že znají techniky regulace stresu, nejčastěji uváděli ve 13 responzích relaxační cvičení a odpočinek (viz graf č. 16). Dále pak pohyb a dechová cvičení zvolili ve 12 případech. Početněji, tedy 11 případech se objevila zájmová aktivita. V 8 zastoupeních uváděli pedagogové meditaci a hudbu. Dalších 6 respondentů zvolilo rozhovor. V menší míře se objevila i jóga a humor, který uvedlo 5 respondentů a jógu zvolili 4 vychovatelé. Nejméně byl zastoupen spánek, ten se objevil ve 3 responzích.

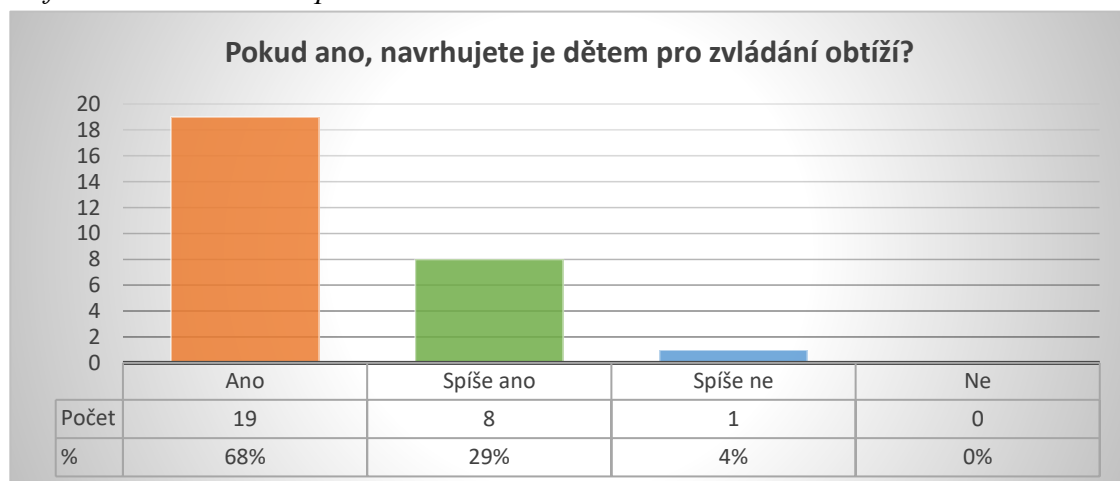
Graf č. 16: Způsoby regulace stresu dle vychovatelů



Zdroj: Vlastní zpracování

Tato otázka se ptala, za pedagogové, kteří znají techniky regulace stresu, je doporučují svěřeným dětem. Celkem 19 vychovatelů dětem tyto techniky doporučuje (viz graf č. 17). Spíše doporučuje techniky 8 pracovníků a jeden vychovatel dětem spíše tyto techniky nenavrhuje. Zbylých 7 respondentů odpovědělo, že techniky regulace stresu neznají.

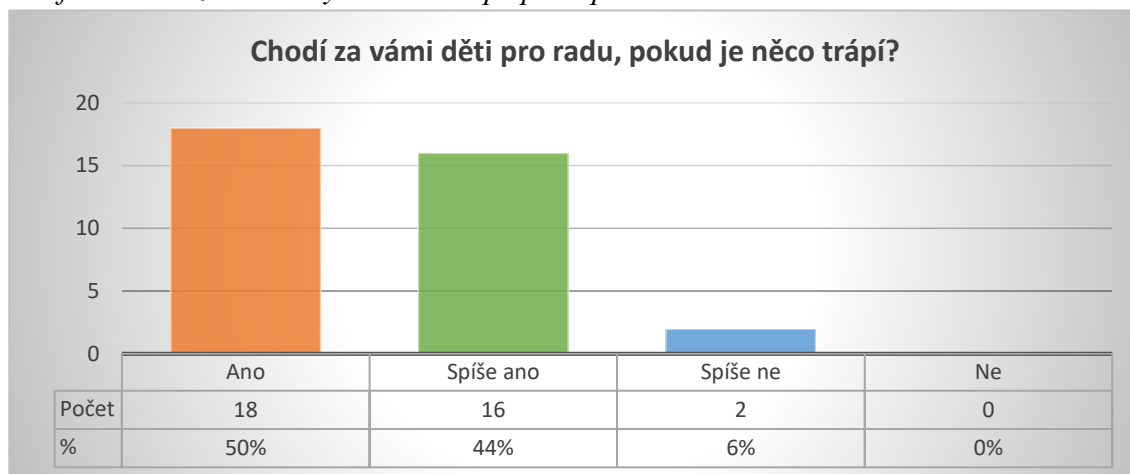
Graf č. 17: Navrhování způsobů zvládnání obtíží



Zdroj: Vlastní zpracování

Další otázka se zabývala názorem, zda děti chodí za vychovateli v případě, že je něco trápí. Přesně 50 % dotazovaných, tedy 18 vychovatelů odpovědělo, že děti za nimi v případě problémů přijdou (viz graf č. 18). Dalších 16 pedagogů si myslí, že děti za vychovateli spíše přijdou. Pouze 2 dotazovaní odpověděli, že za nimi děti pro radu spíše nepřijdou.

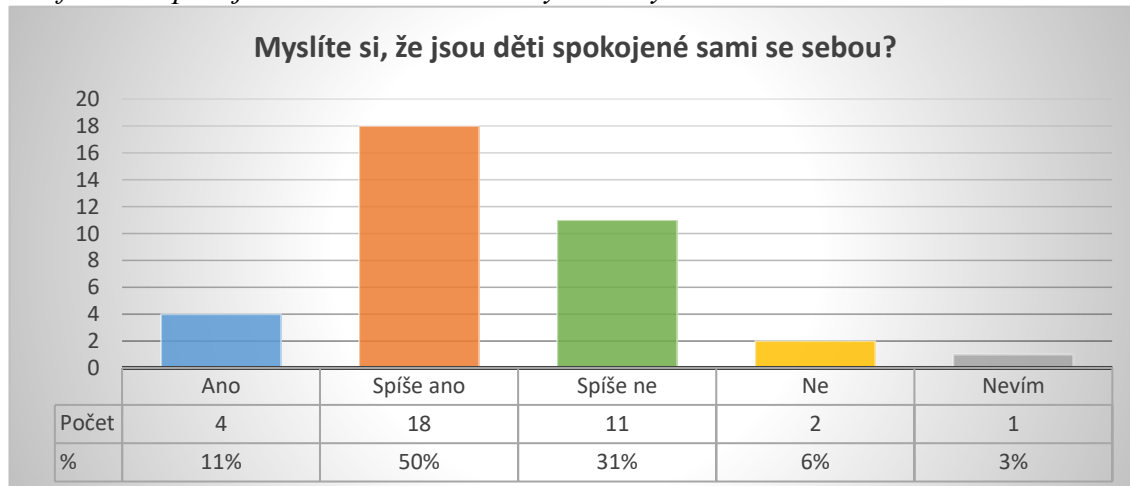
Graf č. 18: Rozhovor s vychovateli v případě problémů



Zdroj: Vlastní zpracování

Další otázka byla zaměřena na spokojenost dítěte dle vychovatele. Pedagogové měli zodpovědět otázku, jestli si myslí, že jsou svěřené děti spokojené samy se sebou. Podle grafu č. 19 si 18 pedagogů myslí, že děti jsou převážně spokojené. Dle 11 respondentů jsou děti spíše nespokojené, 4 pracovníci jsou si plně jisti, že jejich svěřené děti jsou se sebou spokojené a 2 vychovatelé si myslí, že svěřené děti jsou se sebou nespokojené. Jediný vychovatel odpověděl, že neví, zda jsou jeho děti spokojené.

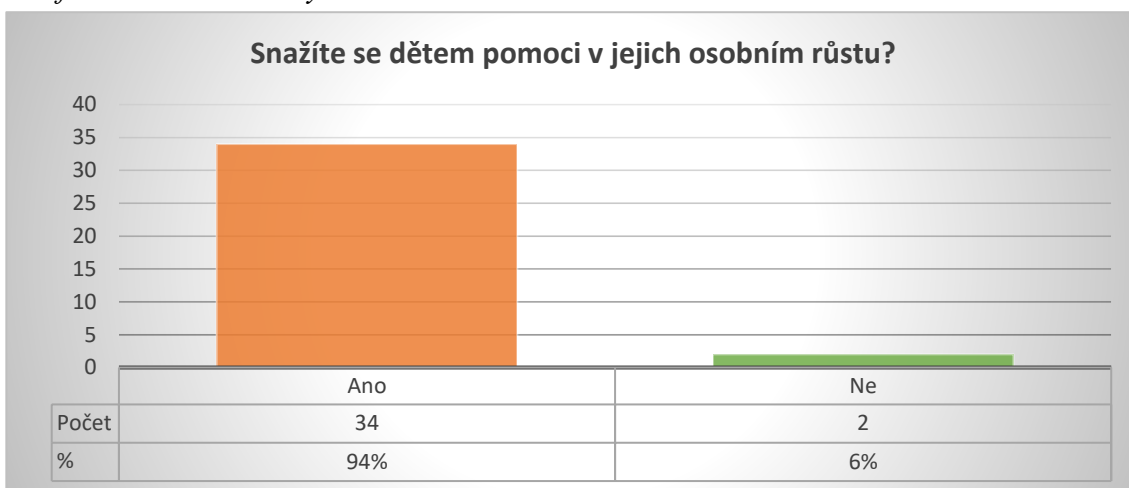
Graf č. 19: Spokojenost dětí se sebou samým dle vychovatelů



Zdroj: Vlastní zpracování

Poslední otázka z okruhu duševního zdraví byla zaměřena na osobní růst dětí, jestli se vychovatelé snaží pomoci dětem v jejich osobním růstu a popřípadě jakým způsobem to dělají. Dle grafu č. 20 se 34 respondentů, snaží dětem v jejich osobním růstu pomoci. Pouze 2 dotazovaní osobnímu růstu dětem nepomáhají.

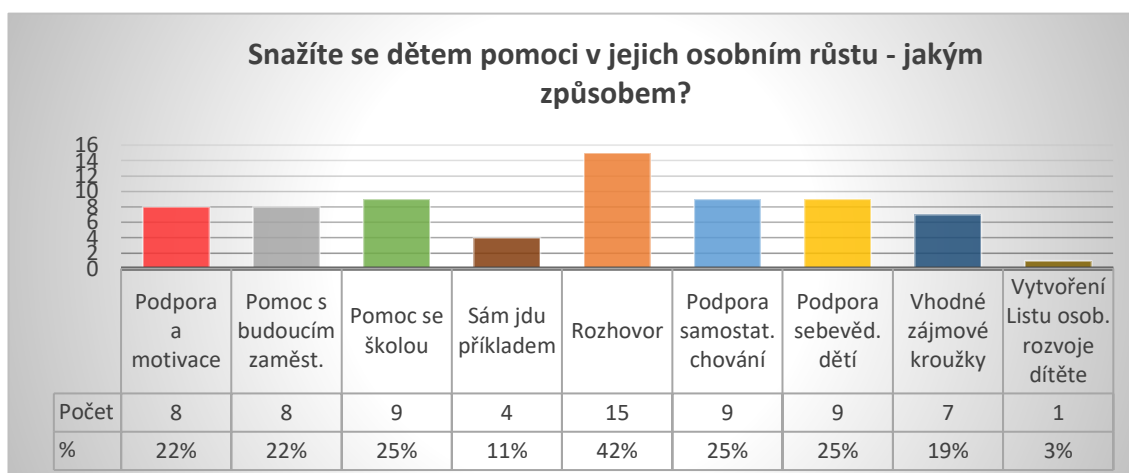
Graf č. 20: Pomoc od vychovatelů s osobním růstem dětí.



Zdroj: Vlastní zpracování

Vychovatelé, kteří se snaží dětem pomoci v růstu dle grafu č. 21, nejčastěji volili rozhovor, který využívá 15 dotazovaných. Další byla pomoc se školou, podpora sebedůvěry a samostatnosti. Všechny tyto tři varianty mají 9 responzí. Dalších 8 vychovatelů vypomáhá s výběrem zaměstnání a ve stejné míře pomáhají prostou podporou a motivací. Vhodné zájmové kroužky uvedlo 7 dotazovaných. Mezi 4 odpověďmi zazněla i varianta, že vychovatelé jdou dětem sami příkladem. Jediný pedagog uvedl, že osobní růst podporuje vytvořením Listu osobního rozvoje dítěte.

Graf č. 21: Jednotlivé způsoby podpory dětí dle vychovatelů



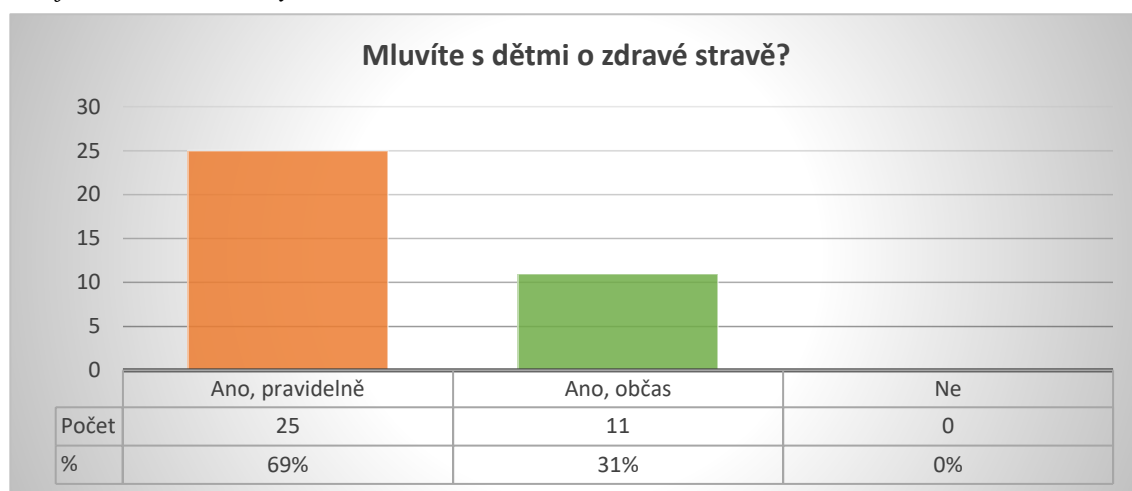
Zdroj: Vlastní zpracování

2.5.3 Výsledky z okruhu stravovacích návyků

Poslední okruh v anketě se zaměřoval na stravovací návyky u dětí a obsahuje 10 otázek. Ty jsou zaměřené na stravu, na její četnost a pitný režim dětí.

První otázka z okruhu byla zaměřena na to, zda pedagogové s dětmi hovoří o zdravém stravování. Z grafu č. 22 vyplývá, že pravidelně na toto téma hovoří s dětmi 25 vychovatelů. Dalších 11 vychovatelů s dětmi na téma zdravé stravy hovoří občas.

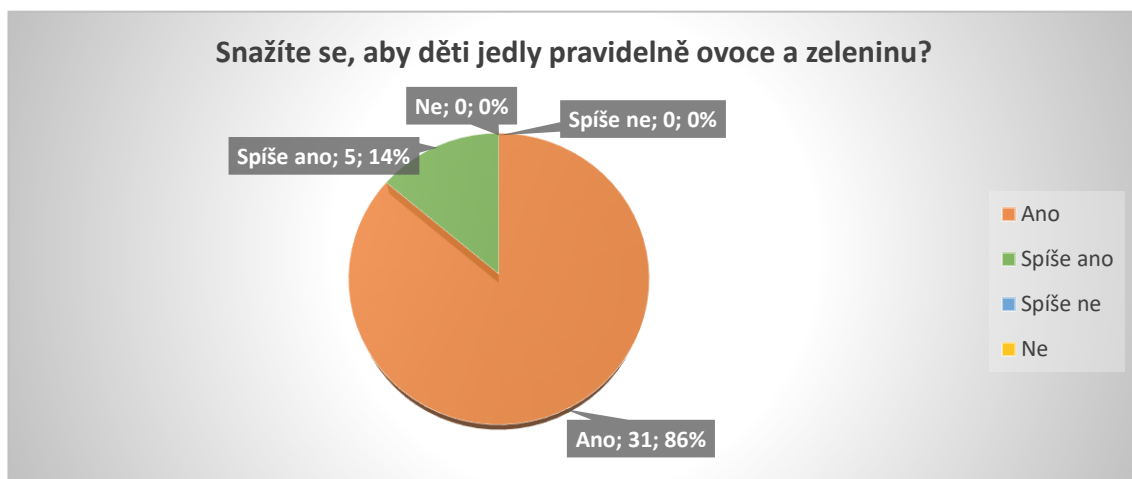
Graf č. 22: Rozhovory s dětmi na téma zdravého stravování



Zdroj: Vlastní zpracování

Tato otázka zjišťovala, zda se vychovatelé snaží, aby děti pravidelně měly v jídelníčku zařazenou zeleninu a ovoce. Dle grafu č. 23 uvedlo 31 respondentů, že zařazují do jídel ovoce a zeleninu. Zbýlých 5 pedagogů se spíše o úpravu stravování snaží, ale ne v pravidelné míře. Žádný z vychovatelů neodpověděl na tuto otázku negativně.

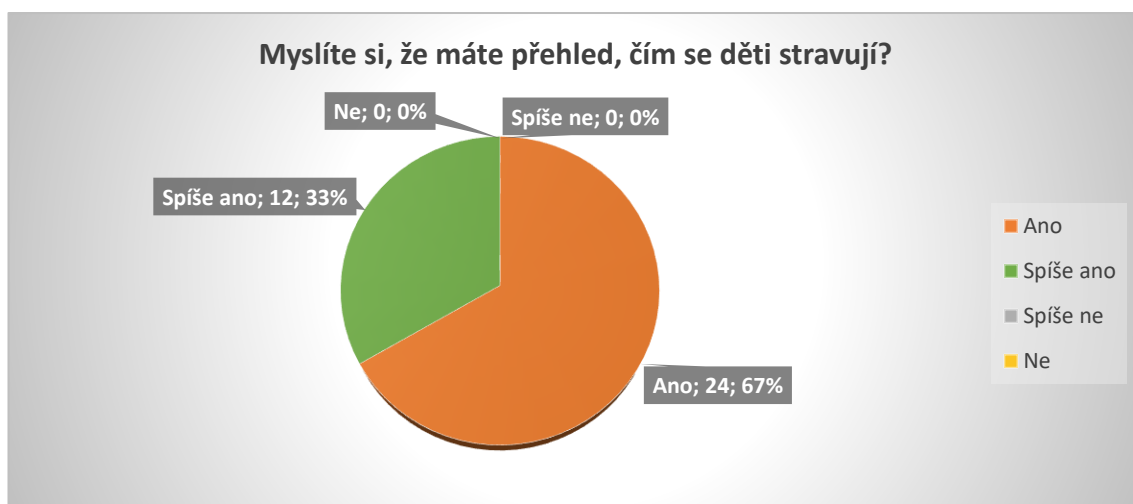
Graf č. 23: Zařazování ovoce a zeleniny do jídelníčku dětí.



Zdroj: Vlastní zpracování

Další otázka se ptala, zda si vychovatelé myslí, že mají přehled o tom, čím se děti stravují. Dle grafu č. 24 si je 24 pedagogů jistých, že přesně vědí, co děti konzumují. Dalších 12 dotazovaných respondentů si je spíše jistých, že mají o této problematice dostatečný přehled. Žádný z dotazovaných neodpověděl na otázku negativně.

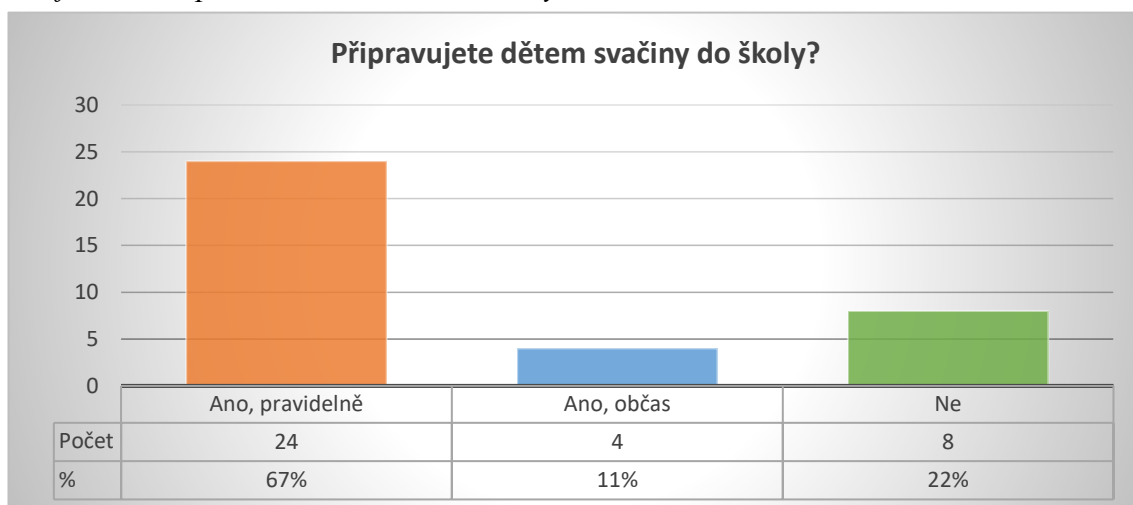
Graf č. 24: Přehled vychovatelů nad stravováním dětí.



Zdroj: Vlastní zpracování

Tato otázka v anketě zjišťovala, zda vychovatelé připravují dětem svačiny do školy. Přes 60 % dotazovaných, tedy 24 vychovatelů, pravidelně připravuje svěřeným dětem svačiny do školy (viz graf č. 25). Druhou nejvíce početnou skupinou byl pravý opak, tedy pedagogové dětem svačiny do školy vůbec nepřipravují. Těchto vychovatelů bylo celkem 8. Zbylí 4 respondenti připravují dětem jídlo do školy občas.

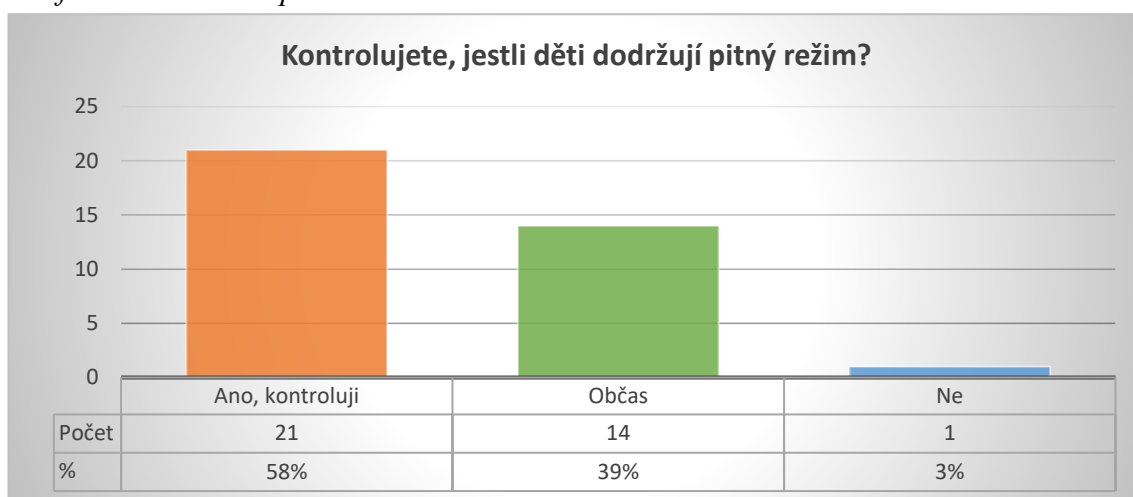
Graf č. 25: Příprava svačin dětem do školy.



Zdroj: Vlastní zpracování

Tato otázka v anketě se zaměřila na pitný režim. Vychovatelé měli odpovědět, zda kontrolují pitný režim dětí. Dle grafu č. 26 je patrné, že 21 respondentů kontroluje, jestli děti mají denně dostatečný příjem tekutin. Dalších 14 pedagogů kontroluje pitný režim pouze občas a jediný dotazovaný pitný režim svěřených dětí nekontroluje.

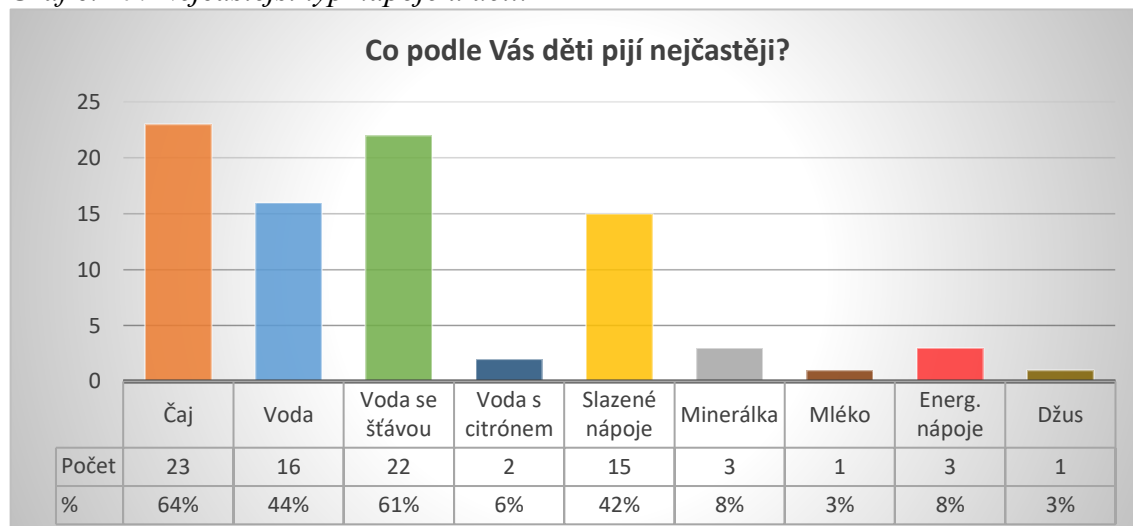
Graf č. 26: Kontrola pitného režimu dětí.



Zdroj: Vlastní zpracování

Vychovatelé v této otázce byli dotazováni, co podle nich děti pijí nejčastěji. V anketě 23 respondentů uvedlo dle grafu č. 27, že děti pijí nejčastěji čaj. Druhou variantou v počtu 22 responzí byla voda se šťávou a pak čistá voda, kterou zvolilo 16 pedagogů. V 15 odpovědích se objevily slazené nápoje. Minerální vody a energetické nápoje uvedli 3 dotazovaní. Vodu s citronem uvedli 2 pedagogové a jednou se objevilo mléko a džus.

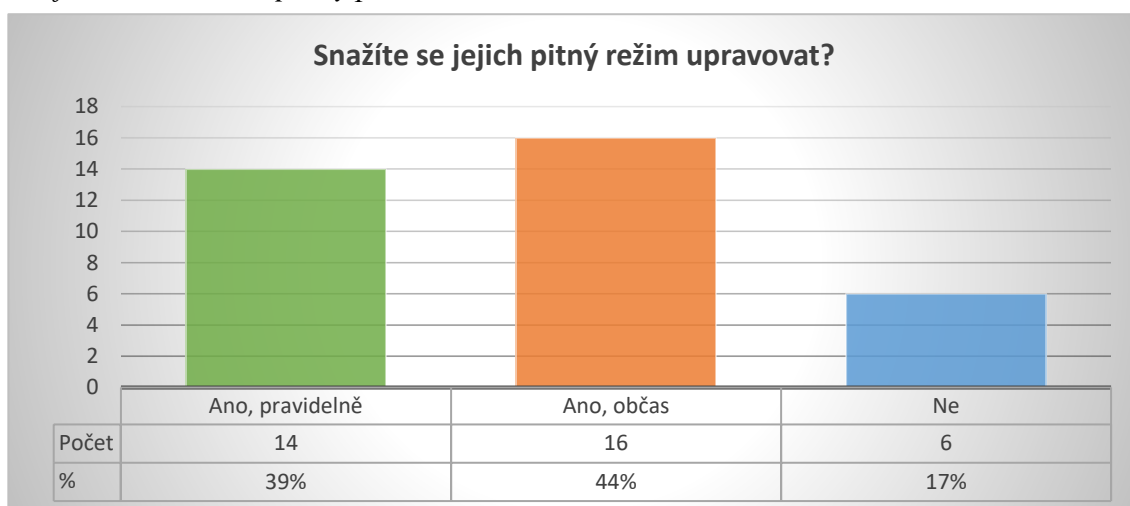
Graf č. 27: Nejčastější typ nápoje u dětí.



Zdroj: Vlastní zpracování

Další otázka se věnovala pitnému režimu, přesněji zda vychovatelé upravují dětem jejich pitný režim. Celkem 16 pedagogů se snaží dětem občas pitný režim upravit (viz graf č. 28). Druhá početná skupina 14 vychovatelů se úpravě toho, co děti pijí, věnuje pravidelně. Zbylých 6 pedagogů uvedlo, že dětem do pitného režimu nezasahuje.

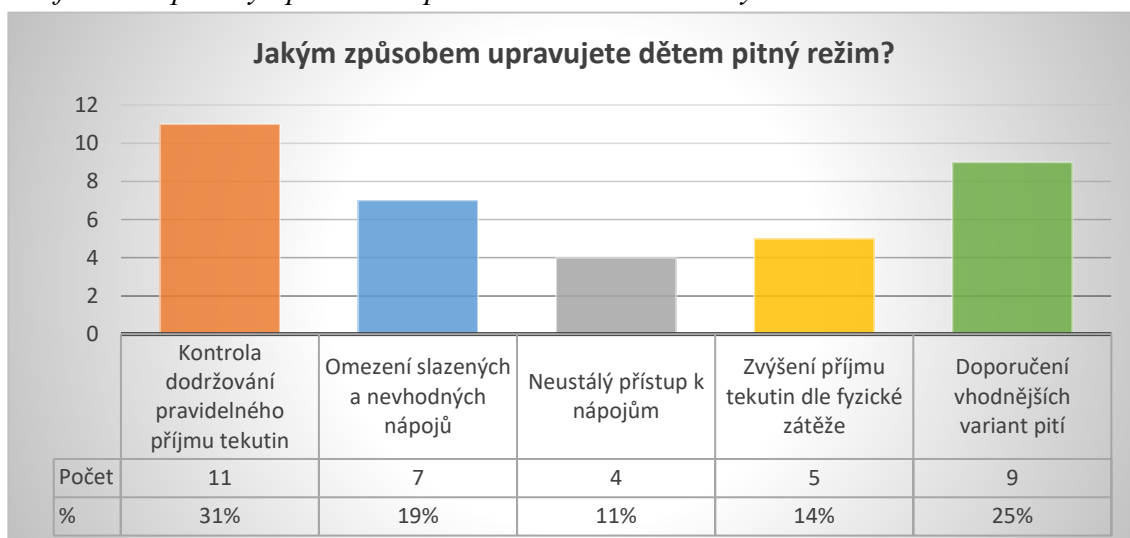
Graf č. 28: Četnost úpravy pitného režimu.



Zdroj: Vlastní zpracování

Vychovatelé, kteří pitný režim upravují, uváděli, že se snaží kontrolovat, jestli děti během dne pijí dostatečně. Tento způsob napsalo v otázce 11 vychovatelů (viz graf č. 29). Druhou nejvíce početnou odpovědí s 9 responzemi bylo doporučování vhodnějších variant nápojů. V 5 responzích upravují pedagogové pitný režim dle fyzické zátěže. Pouze 4 vychovatelé využívají neustálý přístup k nápojům.

Graf č. 29: Způsoby upravování pitného režimu dětí dle vychovatelů.



Zdroj: Vlastní zpracování

Předposlední otázka byla zaměřena na konzumaci sladkostí v dětských domovech. Vychovatelé měli odpovědět, jestli dětem povolují jakékoliv sladkosti, nebo se snaží děti v konzumaci sladkostí mírnit. Přes 90 % dotazovaných, 35 vychovatelů uvedlo, že dětem sladkosti povolují, ale pouze v omezeném množství (viz graf č. 30). Pouze jediný pedagog odpověděl, že jemu svěřené děti mohou konzumovat sladkosti bez omezení.

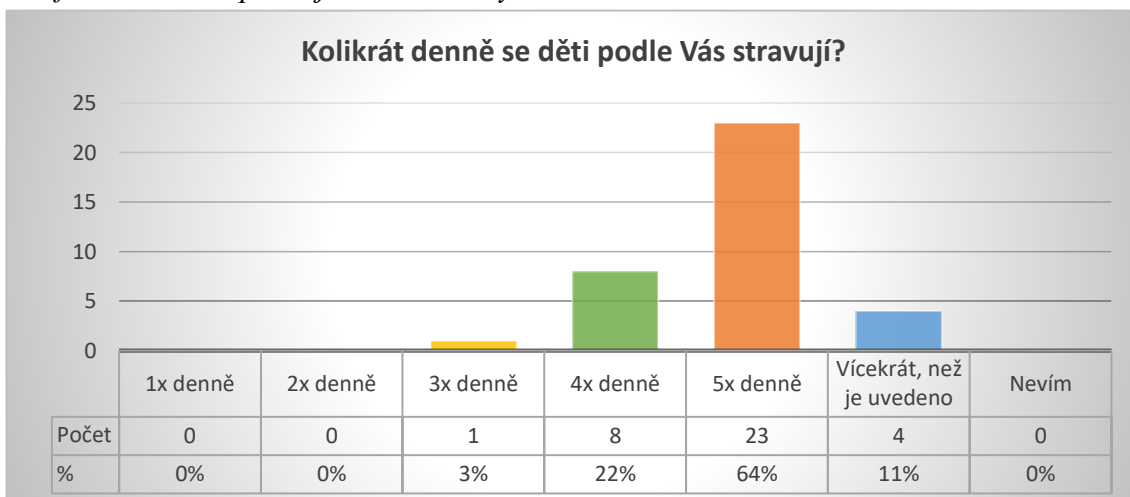
Graf č. 30: Povolení sladkostí.



Zdroj: Vlastní zpracování

Poslední otázka ankety se zaměřila na oblast, zda mají vychovatelé přehled o svěřených dětech a vědí, kolikrát denně se stravují. Největší podíl, tedy 23 pedagogů zastává názor, že se děti stravují 5× denně (viz graf č. 31). Dalších 8 vychovatelů si myslí, že se děti stravují 4× denně. Skupina 4 respondentů odpověděla, že se svěřené děti stravují vícekrát, než bylo uvedeno, a jediný vychovatel odpověděl, že se děti stravují 3× denně.

Graf č. 31: Denní počet jídel dětí dle vychovatelů.



Zdroj: Vlastní zpracování

2.6 Diskuze k anketě vlastní konstrukce

Diskuze k vlastní anketě jsou rozděleny do tří okruhů. Tedy okruhu fyzického zdraví, duševního zdraví a posledním je okruh stravování.

Diskuze k výsledkům z okruhu fyzického zdraví

Vychovatelé mají velmi pozitivní postoj k upevňování fyzického zdraví svěřených dětí. Pohybové aktivitě dětí se celkem věnuje více než 60 % dotazovaných vychovatelů, pozitivně hodnotím i to, že velké množství dotazovaných vychovatelů uvedlo, že svěřené děti mají denně dostatečný pohyb, který je nedílnou složkou zdravého životního stylu. Dle Kolayiše (2010) dostatečná pohybová aktivita může dětem v dětských domovech napomoci k růstu sebevědomí a ke snížení úzkosti.

Děti jsou v hojné míře obeznámeny s pojmem zdravý životní styl, který dětem vysvětluje více než 90 % dotazovaných. Nejčastěji rozebíraná témata spojená se zdravým životním stylem jsou dle vychovatelů stravovací návyky, pohybové aktivity, závislosti, volnočasové aktivity a stres. Nejzajímavější mi přišla odpověď, kdy vychovatel probírá s dětmi pojem do takové míry, že svěřené děti vzdělává v oblasti příjmu a výdeje kalorií, příjmu minerálů, vitamínů a komplexnímu cvičení všech svalových partií. I dle Walenkové (2009) mají děti v dětských domovech dobrou znalost pojmu zdravého životního stylu, a dokonce podle jejího průzkumu se snaží děti i tímto stylem řídit.

Do pojmu zdravého životního stylu spadá také dostatečný spánek. Více než polovina vychovatelů odpověděla, že svěřené děti mají dostatečný spánek a dalších 13 vychovatelů si je spíše jistých. Negativně se o dostatku spánku u dětí vyslovili 3 vychovatelé.

Tematice závislostí se pravidelně věnuje 78 % dotazovaných vychovatelů a dalších 7 pedagogů téma zařazuje občas do konverzace. Zarážející je, že jeden dotazovaný vychovatel s dětmi tuto zásadní problematiku vůbec neprobírá, a to ani vzhledem k tomu, že děti mohou už od raného dětství přijít do styku s alkoholem a drogami, které mohou mít vliv na jejich zdraví (DeLacey, 2020).

Problematice zubní hygieny, ať už pravidelně či příležitostně, se věnuje 35 dotazovaných vychovatelů, pouze jediný vychovatel se tomuto tématu vůbec nevěnuje. Stejně zjištění, tedy že vychovatelé se snaží s dětmi zubní hygienu probírat a zároveň jim při hygieně pomáhat, došla i Plašilová (2015), podle níž mají vychovatelé v této oblasti velmi dobré teoretické znalosti, ale po praktické části často tyto znalosti neumí uplatnit ani zařadit do běžného režimu dne.

Diskuse k výsledkům z okruhu duševního zdraví

I k duševnímu stavu dětí přistupují vychovatelé dle svých slov velmi obezřetně. Dle Kaura (2018) jsou děti žijící v ústavní péči náchylnější k problémům s chováním a emocemi než děti žijící v běžné rodině. Součástí duševního stavu je i vztah k sobě samému. Polovina dotazovaných pedagogů si myslí, že děti jsou do jisté míry spokojeny samy se sebou a 4 vychovatelé jsou si naprosto jisti, že děti jsou se sebou naprosto spokojené. Na druhou stranu si 30 % dotazovaných myslí, že svěřené děti jsou spíše s vlastním já nespokojené. Caletková (2010) tvrdí, že jedním důvodem ke vzniku hádek a konfliktů u dětí v dětském domově je i negativní vztah k sobě samému.

Do osobnosti dítěte spadá i osobní růst, kterému se u dětí věnuje 34 dotazovaných pedagogů. Nejčastěji vychovatelé pomáhají s osobním růstem dětí tím, že jim pomáhají se školními povinnostmi, s výběrem budoucího povolání, jejich samostatností, podporou koníčků a za pomoci rozhovoru v případě problému a následnou pomocí. Velmi zajímavé pro mě byly odpovědi, že někteří vychovatelé se snaží dětem jít co nejvíce příkladem, nebo vytvářením Listu osobnostního rozvoje dítěte.

S duševním stavem souvisí i vyrovnávání se se stresovými situacemi. A o tomto tématu se 31 vychovatelů snaží pravidelně nebo občas s dětmi hovořit. I přestože se vychovatelé snaží s dětmi na toto téma mluvit, Caletková (2010) uvádí, že děti v dětských domovech zvládat stres moc neumějí, tedy přesněji se neumí odpoutat od daného konfliktu. Problémy často drží v sobě a posléze dochází k emočnímu výbuchu. Velmi překvapivé bylo i zjištění, že dle ankety vlastní konstrukce 5 dotazovaných vychovatelů o téma stresu a jeho zvládání s dětmi vůbec nerozebírá.

Stres lze regulovat různorodými technikami. V anketě 28 dotazovaných vychovatelů uvedlo, že nějaké techniky regulace stresu znají. Nejčastější techniky, které pedagogové uváděli, jsou meditační cvičení, relaxace, správné dýchání, rozhovor a fyzický kontakt, pohybová aktivita nebo věnování se zájmovým koníčkům. Tyto techniky doporučuje dětem 27 vychovatelů. S problematikou vyrovnávání se se stresem

souvisí dle vychovatelů i zmiňované rozhovory s dětmi a pomoc jim. Celkem 34 dotazovaných pedagogů uvedlo, že děti se za nimi nebojí přijít poradit a mají k nim důvěru. Podobně to vidí i Tondrová (2015), která uvádí, že děti vidí vychovatele jako oporu, pomocníky nebo svůj životní vzor. Jinak nahlíží na tuto problematiku Špergová (2019), která uvádí, že při zvládání stresu vyhledávají děti z dětského domova oporu u ostatních méně často a využívají raději jiné copingové strategie. S tímto tvrzením souhlasí i Caletková (2010), podle níž se děti jdou svěřit vychovateli až v případě, že jejich problém už dávno nabyl závažnějšího rozměru a s drobnostmi za vychovateli nepřijdou.

Diskuse k výsledkům z okruhu stravovacích návyků

I tento okruh podle mého názoru dopadl velmi pozitivně. Bylo pro mě velmi příjemné zjištění, že vychovatelé se ve velké míře snaží podporovat děti v dobrých stravovacích návycích, ať už se jedná o zařazování ovoce a zeleniny, upravování pitného režimu nebo omezování sladkostí. Více jak 80 % vychovatelů se snaží dětem pravidelně zařazovat do jídelníčku ovoce a zeleninu. I podle Walenkové (2009) se samy děti snaží zařazovat do svého jídelníčku jak ovoce, tak zeleninu.

Kladně hodnotím to, že více než 60 % dotazovaných vychovatelů pravidelně připravuje dětem svačinu do školy a napomáhají tak vhodné a pravidelné stravě. Vychovatelé, ať už pravidelně, či občas s dětmi o správném stravování mluví a také mají přehled, čím se svěřené děti stravují. Nejčastěji se podle více než 60 % dotazovaných pedagogů děti stravují 5× denně. U 8 vychovatelů děti mají pravidelnou stravu 4× denně.

Pozitivně vidím i to, že vychovatelé se snaží dodržovat pitný režim čajem, méně slazenými nápoji nebo nejlépe vodou. Voda je totiž podle Blahutkové (2009) nejjedlejší nápoj k pití po celý den. Stejně tak jsou vhodné i ovocné čaje, slabé zelené čaje nebo rozředěné 100% ovocné džusy. Vychovatelé se zároveň snaží i předcházet konzumaci velmi slazených nebo energetických nápojů, které by při dlouhodobé konzumaci měly negativní vliv na zdraví dětí. Podobné zjištění, které vyplynulo z mé ankety vlastní konstrukce, měla u dětí v dětských domovech i Walenková (2009), která dospěla k závěru, že děti nejčastěji pijí během celého dne čaj, avšak jako druhou nejčastější variantu uváděla slazené nápoje.

2.7 Ověření platnosti hypotéz

Hypotéza č. 1: Během týdne v mimoškolním vyučování zařazuje 50 % vychovatelů pohybovou aktivitu.

H_0 : Podíl vychovatelů, kteří zařazují během týdne v mimoškolním vyučování pohybovou aktivitu je 50 %.

H_A : Podíl vychovatelů, kteří zařazují během týdne v mimoškolním vyučování pohybovou aktivitu není 50 %.

Tabulka č. 3: Test o jedné relativní četnosti (podílu) u hypotézy č. 1

Zkoumaná hodnota	Zjištěné výsledky
Celkový počet respondentů	36
Počet respondentů zařazujících pohybovou aktivitu	24
Podíl respondentů zařazujících pohybovou aktivitu	0,667 (66,7 %)
95 % interval spolehlivosti pro podíl	0,490 - 0,814 (49,0 % - 81,4 %)
Rozhodnutí o nulové hypotéze	nezamítáme H_0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z 36 respondentů uvedlo, že zařazují během týdne v mimoškolním vyučování pohybovou aktivitu, 24 respondentů. Podíl těchto respondentů činil 66,7 %. Dle 95% intervalu spolehlivosti pro relativní četnost se podíl vychovatelů, kteří zařazují během týdne v mimoškolním vyučování pohybovou aktivitu, pohybuje mezi 49,0 % a 81,4 %. Vzhledem k tomu, že tento interval obsahuje testovanou hodnotu 50 %, nezamítáme nulovou hypotézu. Na hladině významnosti 0,05 nebylo prokázáno, že by se podíl vychovatelů, kteří zařazují během týdne v mimoškolním vyučování pohybovou aktivitu, lišil od 50 %.

Hypotéza č. 2a: Techniky regulace stresu jsou známy 40 % vychovatelům a ve stejné míře je doporučují dětem při zátěžových situacích.

H_0 : Podíl vychovatelů, kterým jsou známy techniky regulace stresu, je 40 %.

H_A : Podíl vychovatelů, kterým jsou známy techniky regulace stresu, není 40 %.

Tabulka č. 4: Test o jedné relativní četnosti (podílu) u hypotézy č. 2a

Zkoumaná hodnota	Zjištěné výsledky
Celkový počet respondentů	36
Počet respondentů znajících techniky regulace stresu	28
Podíl respondentů znajících techniky regulace stresu	0,778 (77,8 %)
95 % interval spolehlivosti pro podíl	0,608 - 0,899 (60,8 % - 89,9 %)
Rozhodnutí o nulové hypotéze	zamítáme H_0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z 36 respondentů uvedlo znalost technik regulace stresu 28 respondentů. Podíl těchto respondentů činil 77,8 %. Dle 95% intervalu spolehlivosti pro relativní četnost se podíl vychovatelů se znalostí technik regulace stresu pohybuje mezi 60,8 % a 89,9 %. Vzhledem k tomu, že tento interval neobsahuje testovanou hodnotu 40 %, zamítáme nulovou hypotézu. Na hladině významnosti 0,05 bylo prokázáno, že se podíl vychovatelů, kteří znají techniky regulace stresu, liší od 50 %.

Hypotéza č. 2b: Techniky regulace stresu doporučuje dětem při zátěžových situacích 40 % vychovatelů, kteří regulace techniky stresu znají.

H_0 : Podíl vychovatelů, kteří doporučují dětem při zátěžových situacích techniky regulace stresu, je v rámci vychovatelů, kteří tyto techniky znají, 40 %.

H_A : Podíl vychovatelů, kteří doporučují dětem při zátěžových situacích techniky regulace stresu, není v rámci vychovatelů, kteří tyto techniky znají, 40 %.

Tabulka č. 5: Test o jedné relativní četnosti (podílu) u hypotézy č. 2b

Zkoumaná hodnota	Zjištěné výsledky
Celkový počet respondentů	28
Počet respondentů doporučujících techniky pro regulaci stresu	19
Podíl respondentů doporučujících techniky pro regulaci stresu	0,679 (67,9 %)
95 % interval spolehlivosti pro podíl	0,476 - 0,841 (47,6 % - 84,1 %)
Rozhodnutí o nulové hypotéze	zamítáme H_0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z 28 respondentů, kteří znají techniky regulace stresu, 19 uvedlo, že tyto techniky dětem doporučuje při zátěžových situacích. Podíl těchto respondentů činil 67,9 %. Dle 95% intervalu spolehlivosti pro relativní četnost se v rámci vychovatelů, kteří znají techniky regulace stresu, podíl vychovatelů, který tyto techniky dětem při zátěžových situacích doporučuje, pohybuje mezi 47,6 % a 84,1 %. Vzhledem k tomu, že tento interval neobsahuje testovanou hodnotu 40 %, zamítáme nulovou hypotézu. Na hladině významnosti 0,05 bylo prokázáno, že se v rámci vychovatelů, kteří znají techniky regulace stresu, podíl vychovatelů, kteří tyto techniky dětem při zátěžových situacích doporučují, liší od 40 %.

Hypotéza č. 3: O zdravém způsobu stravování s dětmi v dětském domově diskutuje 50 % vychovatelů.

H_0 : Podíl vychovatelů, kteří s dětmi v dětském domově diskutují o zdravém způsobu stravování, je 50 %.

H_A : Podíl vychovatelů, kteří s dětmi v dětském domově diskutují o zdravém způsobu stravování, není 50 %.

Tabulka č. 6: Test o jedné relativní četnosti (podílu) u hypotézy č. 3

Zkoumaná hodnota	Zjištěné výsledky
Celkový počet respondentů	36
Počet respondentů diskutujících s dětmi o stravě	25
Podíl respondentů diskutujících s dětmi o stravě	0,694 (69,4 %)
95 % interval spolehlivosti pro podíl	0,519 - 0,837 (51,9 % - 83,7 %)
Rozhodnutí o nulové hypotéze	zamítáme H_0

Zdroj: Vlastní zpracování

Z 36 respondentů uvedlo 25, že diskutuje s dětmi v dětském domově o zdravém způsobu stravování. Podíl těchto respondentů činil 69,4 %. Dle 95% intervalu spolehlivosti pro relativní četnost se podíl vychovatelů diskutujících s dětmi o zdravé stravě pohybuje mezi 51,9 % a 83,7 %. Vzhledem k tomu, že tento interval neobsahuje testovanou hodnotu 50 %, zamítáme nulovou hypotézu. Na hladině významnosti 0,05 bylo prokázáno, že se podíl vychovatelů diskutujících s dětmi o zdravé stravě liší od 50 %.

3 ZÁVĚR

Cílem této diplomové práce bylo zmapování podpory poskytované výchově ke zdraví v dětských domovech. Cíl práce byl naplněn. K vypracování byly využity odpovídající literární prameny, vědecké články a internetové zdroje vztahující se k danému tématu. Prostudovány byly jak české, tak i zahraniční zdroje a byly porovnány ve vztahu k době svého vzniku. Prostudovaná literatura posloužila ke zpracování teoretické části diplomové práce a k závěrečnému prodiskutování získaných výsledků.

V praktické části byla vytvořena anketa vlastní konstrukce zaslaná vychovatelům a vedoucím vychovatelům v dětských domovech po celé České republice. V rámci této ankety byly vychovatelé dotazováni na fyzické a psychické zdraví svěřených dětí a na jejich stravovací návyky a pitný režim. Podařilo se shromáždit 36 vyplněných anket vlastní konstrukce a veškeré získané údaje byly statisticky zpracovány a následně vyhodnoceny.

Výsledky ankety potvrzují hypotézu č. 1: Denní dostatečné fyzické aktivity u dětí z dětských domovů se věnuje 66,7 % dotazovaných vychovatelů.

Hypotéza č. 2 byla vyvrácena, protože oproti očekávání jsou techniky regulace stresu známé mnohem většímu procentu vychovatelů/vychovatelek, než byla hodnota předpokládaná v hypotéze. Tyto techniky jsou totiž známy až 77,8 % vychovatelů. Stejně tak byl překonán očekávaný počet vychovatelů/vychovatelek, kteří techniky nejen znají, ale zároveň je doporučují svěřeným dětem. Uvedlo to 67,9 % vychovatelů.

Stejně jako hypotéza č. 2 byla i hypotéza č. 3 vyvrácena, protože do rozhovorů o zdravém stravování s dětmi v dětských domovech se zapojuje mnohem více vychovatelů, než bylo předpokládáno. O zdravém stravování totiž se svěřenými dětmi hovoří 69,4 % dotazovaných vychovatelů/vychovatelek.

Výsledky ankety vlastní konstrukce naznačují, že vychovatelé/vychovatelky se ve velké míře věnují dětem v dětských domovech, snaží se o co nejlepší možnou péči o děti, které setrvávají v náhradní ústavní péči.

Přínos této práce vidím jednak v dalším nahlédnutí do systému náhradní institucionální péče v České republice a jednak v jejím zajímavém zhodnocení skrze samotné vychovatele/vychovatelky v dětských domovech. Práce může znamenat přínos i pro širokou veřejnost, jíž může pomoci poopravit si či vytvořit si pravdivější obraz o výchovném působení vychovatelek a vychovatelů v dětských domovech.

4 REFERENČNÍ SEZNAM

AKINSEYE, O. A. et al., 2016. Association of Sleep Duration with Stroke in Diabetic Patients: Analysis of the National Health Interview Survey. *Journal Of Stroke And Cerebrovascular Diseases*, Vol. 25, No. 3, pp. 185–216. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2015.11.023>

BENDL, S., 2015. *Vychovatelství: učebnice teoretických základů oboru*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4248-9.

BJARNASON-WEHRENS, B. a H. G. PREDEL, 2018. ‘Stand up’ for a healthy lifestyle. *European Journal Of Preventive Cardiology*, Vol. 25, Iss. 7, pp. 757. Dostupné také z: <https://doi.org/10.1177/2047487318761400>

BLAHUTKOVÁ, M., 2009. *Pohybem proti civilizačním chorobám*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-2105110-2.

BUBLEOVÁ, V. et al., 2011. *Základní informace o náhradní rodinné péči* [online]. Praha: Středisko náhradní rodinné péče o. s. [cit. 2021-01-24]. ISBN 978-80-87455-01-2. Dostupné z: https://www.nahradnirodina.cz/sites/default/files/zakladni_informace_o_nahradni_rodinne_peci.pdf

CALETKOVÁ, I., 2010. *Výchova dětí v dětském domově*. Zlín. Diplomová práce. Fakulta humanitních studií, Institut mezioborových studií, Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. Vedoucí práce Libuše Mazánková. Dostupné také z: <http://hdl.handle.net/10563/12109>.

CITÁTY.NET, 2019. Michel de Montaigne – Zdraví je vzácná věc, je to vpravdě jediná věc, která zaslouží, abychom úsilí o ni obětovali nejen čas, pot, námahu, jmění, ale i život; tím spíše, že bez něho se pro nás život stává trápením a strastí. Není-li zdraví, potemní a vyprchají i rozkoš, moudrost, učenost a ctnost. In: *Citaty.net* [online]. 18. 1. 2019 [cit. 2021-01-02]. Dostupné z: <https://citaty.net/citaty/6117-michel-de-montaigne-zdravi-je-vzacna-vec-je-to-vpravde-jedina-vec-kt/>

ČELEDOVÁ, L. a R. ČEVELA, 2010. *Výchova ke zdraví: vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3213-8.

ČEVELA, R., L. ČELEDOVÁ a H. DOLANSKÝ, 2009. *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2860-5.

DELACEY, E. et al., 2020. The nutritional status of children living within institutionalized care: a systematic review. *PeerJ*, Vol. 8, pp. e8484. Dostupné z: <https://doi.org/10.7717/peerj.8484>

DIVÍNOVÁ, I., 2007. *Profil výchovného pracovníka v dětském domově*. Praha. Diplomová práce. Filozofická fakulta, Univerzita Karlova. Vedoucí práce Daniela Vodáčková.

DOSEDLOVÁ, J., 2016. *Chování související se zdravím: determinanty, modely a konsekvence*. 1. vyd. Brno: Filozofická fakulta, Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-8458-2.

FANDI, K. H., 2020. *Quality of Life and Life Style*. Dostupné z: https://www.academia.edu/44676165/QUALITY_OF_LIFE_AND_LIFE_STYLE

FREMUTH, F., 2013. *Život na hraně a dál*. 2. vyd. Praha: HTF. ISBN 978-80-260-4759-9.

HOFERKOVÁ, S., 2014. *Úvod od etopedie* [online]. Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové [cit. 2021-01-16]. Dostupné z: http://inpdf.uhk.cz/wpcontent/uploads/2014/03/uvod_do_etopedie.pdf

HOLČÍK, J., 2010. *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost: k teoretickým základům cesty ke zdraví*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita ve spolupráci s MSD. ISBN 978-80-7392-129-3.

HOSPODÁŘSKÉ NOVINY, 2019. *Spánek a jeho fáze* [online]. Praha: Economia [cit. 2021-01-04]. Dostupné z: https://img.ihned.cz/attachment.php/380/73822380/7lgx41S9z6uQUPGdwFTEmLBIChWasRe/820x214x98e4/jarvis_5d4c55fb498ebda966eddea0.png

HRNČÍŘOVÁ, D. a J. RAMBOUSKOVÁ, 2012. *Výživa a zdraví* [online]. Praha: Ministerstvo zemědělství ČR [cit. 2021-01-06]. ISBN 978-80-7434-0710. Dostupné z: https://www.bezpecnostpotravin.cz/UserFiles/publikace/Vyziva_a_zdravi.pdf

HŘIVNOVÁ, M., 2014. *Základní aspekty výživy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-4034-7.

KALINA, K., 2015. *Klinická adiktologie*. Praha: Grada. ISBN 978-80-2474331-8.

KACHLÍK, P., 2016. Lidské zdraví, jeho determinanty a možnosti jeho ovlivňování. In: BĚLÍK, M. et al. *Sborník abstraktů 37. konference Člověk ve svém pozemském a kosmickém prostředí*. Dostupné z: <http://www.cbks.cz/Upice2016/51.pdf>

KAUR, R. et al., 2018. A Descriptive Study on Behavioral and Emotional Problems in Orphans and Other Vulnerable Children Staying in Institutional Homes. *Indian Journal of psychological medicine*, Vol. 40, No. 2, pp. 161–168. Dostupné také z: https://doi.org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_316_17

KLADIVO, P., 2013. *Základy statistiky*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-3842-9.

KOLAYIŞ, H. et al., 2010. Effect Of The Physical Activities On Orphans' Anxiety And Self Esteem. *Sport Scientific And Practical Aspects*. Vol. 7, pp. 17–20.

KOMÁREK, L. a K. PROVAZNÍK, 2011. *Ochrana a podpora zdraví* [online]. Praha: Nadace CINDI, 3. lékařská fakulta UK [cit. 2021-01-02]. ISBN 978-80-260-1159-0. Dostupné z: http://www.szu.cz/uploads/documents/czsp/CINDI/OCHRANA_A_PO DORA_ZDRAVI.pdf

KOTULÁN, J., 2012. *Zdravotní nauky pro pedagogy*. 3. vyd. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-5763-0.

KRBCOVÁ, A. a K. TOMANOVÁ, 2019. *Dětské domovy pro děti do 3 let věku: Odborné personální zabezpečení* [online]. Praha: Asociace Dítě a Rodina [cit. 2021-02-06]. Dostupné z: https://www.ditearodina.cz/images/Asociace_Dite_a_Rodina_Odbornost_DC_2019.pdf

KŘIVOHLAVÝ, J., 2010. *Sestra a stres: Příručka pro duševní pohodu*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3149-0.

LOCKETT, E., 2020. *Everything to Know About the 5 Stages of Sleep*. Healthline [online]. New York: Healthline Media [cit. 2021-01-09]. Dostupné z: <https://www.healthline.com/health/healthy-sleep/stages-ofsleep>

LOW, M. D. a B. J. LOW, 2012. Health Determinants. In: LOUE, S. a M. SAJATOVIC (Eds.). *Encyclopedia of Immigrant Health* (1st ed., p. 74). New York: Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-5659-0_5

MACHOVÁ, J. a D. KUBÁTOVÁ, 2009. *Výchova ke zdraví*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0993-7.

MARCUS, B. H. a L. A. H. FORSYTH, 2010. *Psychologie aktivního způsobu života: motivace lidí k pohybovým aktivitám*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-654-4.

MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY ČR, 2021. *Statistická ročenka školství 2019/2020 – výkonové ukazatele: Dětské domovy – přijetí a odchody dětí a mládeže – podle území* [online]. Praha: Odbor informatiky a statistiky MŠMT [cit. 2020-12-10]. Dostupné z: <http://toiler.uiv.cz/rocenka/rocenka.asp>

MIOVSKÝ, M., 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.

MOUREK, J., 2012. *Fyziologie: učebnice pro studenty zdravotnických oborů*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3918-2.

NAŘÍZENÍ VLÁDY č. 75/2005 Sb., o stanovení rozsahu přímé vyučovací, přímé výchovné, přímé speciálně pedagogické a přímé pedagogicko-psychologické činnosti pedagogických pracovníků.

NOVÁKOVÁ, I., 2011. *Zdravotní nauka 2. díl: Učebnice pro obor sociální činnost*. 1. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3709-6.

PEŠEK, R. a J. PRAŠKO, 2016. *Syndrom vyhoření: jak se prací a pomáháním druhým nezničit: pohledem kognitivně behaviorální terapie*. 1. vyd. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-88163-00-8.

PLAŠILOVÁ, L., 2015. *Péče o zubní zdraví dětí v dětských domovech*. Bakalářská práce. 3. lékařská fakulta, Stomatologická klinika, Univerzita Karlova. Vedoucí práce Petra Křížová.

ROČKOVÁ, V., 2014. 11 mýtů o dětských domovech, které stále přetrvávají. In: *Maminka.cz* [online]. 16. 1. 2014 [cit. 2021-02-06]. Dostupné z: <https://www.maminka.cz/clanek/11-mytu-o-detskychdomovech-ktere-stale-pretrvavaji>

SUSA, Z., 2010. *Tělo a duše ve zdraví a nemoci*. 2. vyd. Středoluky: Zdeněk Susa. ISBN 978-80-86057-64-4.

SKALSKÁ, H., 2013. *Aplikovaná statistika*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-320-8.

STRNADOVÁ, D., 2012. Školní časopis a techniky sociologického výzkumu – 4. díl – Mít, či nemít v časopise anketu? In: *Ctenarska-gramotnost.cz* [online]. 16. 3. 2012 [cit. 2021-03-31]. Dostupné z: <http://www.ctenarska-gramotnost.cz/medialni-vychova/mv-casopisy/techniky-soc-vyzkumu-4>

ŠPERGOVÁ, A., 2019. *Copingové strategie u dětí žijících v dětském domově*. Praha. Bakalářská práce. Fakulta humanitních studií, Univerzita Karlova. Vedoucí práce Eva Richterová.

TONDROVÁ, T., 2015. *Vychovatel v dětských domovech a jeho obraz z pohledu vychovávaných*. Hradec Králové. Diplomová práce. Pedagogická fakulta, Univerzita Hradec Králové. Leoš Šebela.

URBANOVSKÁ, E., 2010. *Škola, stres a adolescenti*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého, Pedagogická fakulta. ISBN 978-80-244-2561-0.

VÍRAVOVÁ, J., 2014. *Ohrožované dítě. Ohrožování dětí a jeho vztahový rámec u jedinců umístovaných do diagnostického ústavu*. Praha. Dizertační práce. Pedagogická fakulta, Oddělení pro vědeckou činnost, Univerzita Karlova. Vedoucí práce Boris Titzl.

VYHLÁŠKA č. 60/2006 Sb., o postupu při zjišťování psychické způsobilosti pedagogických pracovníků školských zařízení pro výkon ústavní výchovy nebo ochranné výchovy a školských zařízení pro preventivně výchovnou péči a o podrobnostech o školení osob žádajících o akreditaci k oprávnění zjišťovat psychickou způsobilost. (vyhláška o psychické způsobilosti pedagogických pracovníků)

VYHLÁŠKA č. 99/2012 Sb., o požadavcích na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.

VYHLÁŠKA č. 317/2005 Sb., o dalším vzdělávání pedagogických pracovníků, akreditační komisi a kariérním systému pedagogických pracovníků.

VYHLÁŠKA č. 438/2006 Sb., kterou se upravují podrobnosti výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních.

WALENKOVÁ, V., 2009. *Životní styl dětí v dětských domovech z hlediska dodržování zásad zdravého životního stylu*. [online]. České Budějovice. [cit. 2021-03-31]. Dostupné z: <https://theses.cz/id/6ouwcc/>. Bakalářská práce. Zdravotně sociální fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Vedoucí práce Zdeňka Trestrová.

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006. *Constitution of the World Health Organization* [online]. Geneva: WHO [cit. 2021-01-06]. Forty-fifth edition. Dostupné z: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020a. Obesity and overweight. *Who.int* [online]. 1. 4. 2020 [cit. 2021-01-06]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>

WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2020b. *WHO Guidelines on physical activity and sedentary behaviour* [online]. Geneva: WHO [cit. 2020-12-29]. ISBN 978-92-4-001512-8. Dostupné z: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128>

ZACHAROVÁ, E., 2017. *Zdravotnická psychologie: teorie a praktická cvičení*. 2. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-271-0155-9.

ZÁKON č. 89/2012 Sb., občanský zákoník.

ZÁKON č. 108/2006 Sb., o sociálních službách.

ZÁKON č. 109/2002 Sb., o výkonu ústavní výchovy nebo ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně dalších zákonů.

ZÁKON č. 218/2003 Sb., o odpovědnosti mládeže za protiprávní činy a o soudnictví ve věcech mládeže a o změně některých zákonů (zákon o soudnictví ve věcech mládeže).

ZÁKON č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách).

ZÁKON č. 563/2004 Sb., o pedagogických pracovnících a o změně některých zákonů.

ZATLOUKAL, T. et al., 2020. *Kvalita a efektivita vzdělávání a vzdělávací soustavy ve školním roce 2019/2020: Výroční zpráva České školní inspekce* [online]. Praha: Česká školní inspekce [cit. 2021-01-24]. ISBN 978-80-88087-43-4. Dostupné z: https://www.csicr.cz/Csicr/media/Prilohy/PDF_el._publikace/V%20c3%bdro%20c4%208dn%20c3%ad%20zpr%20a%20vy/Vyrocn%C3%AD-zprava-Ceske-skolni-inspekce-2019-2020_zm.pdf

ZVÍROTSKÝ, M., 2014. *Zdravý životní styl* [online]. Praha: Katedra pedagogiky, Univerzita Karlova v Praze, Pedagogická fakulta [cit. 2021-01-10]. ISBN 978-80-7290-661-1. Dostupné z: https://uprps.pedf.cuni.cz/UPRPS_476version1_20_zvirotsky.pdf

5 SEZNAM POUŽITÝCH GRAFŮ

Graf č. 1: Rozdělení experimentálního vzorku na muže a ženy.....	36
Graf č. 2: Věk respondentů.	37
Graf č. 3: Délka praxe v dětském domově.	37
Graf č. 4: Pohybová aktivita dětí během týdne.	40
Graf č. 5: Dostatečná pohybová aktivita dětí dle vychovatelů.....	40
Graf č. 6: Komunikace s dětmi na téma zdravého životního stylu.....	41
Graf č. 7: Probírání zdravého životního stylu s dětmi.....	41
Graf č. 8: Jednotlivé složky zdravého životního stylu dle vychovatelů.....	42
Graf č. 9: Komunikace s dětmi na téma zubní hygieny.	42
Graf č. 10: Denní kontrola zubní hygieny.....	43
Graf č. 11: Dočišťování zubů.	43
Graf č. 12: Rozhovory na téma závislostí.	44
Graf č. 13: Dostatek spánku u dětí dle vychovatelů.....	44
Graf č. 14: Rozhovor s dětmi na téma vyrovnávání se se stresem.	45
Graf č. 15: Povědomí vychovatelů o technikách regulace stresu.....	45
Graf č. 16: Způsoby regulace stresu dle vychovatelů.....	46
Graf č. 17: Navrhování způsobů zvládnání obtíží.....	46
Graf č. 18: Rozhovor s vychovateli v případě problémů.....	47
Graf č. 19: Spokojenost dětí se sebou samým dle vychovatelů.....	47
Graf č. 20: Pomoc od vychovatelů s osobním růstem dětí.....	48
Graf č. 21: Jednotlivé způsoby podpory dětí dle vychovatelů.....	48
Graf č. 22: Rozhovory s dětmi na téma zdravého stravování.....	49
Graf č. 23: Zařazování ovoce a zeleniny do jídelníčku dětí.....	49
Graf č. 24: Přehled vychovatelů nad stravováním dětí.	50

Graf č. 25: Příprava svačín dětem do školy.	50
Graf č. 26: Kontrola pitného režimu dětí.	51
Graf č. 27: Nejčastější typ nápoje u dětí.	51
Graf č. 28: Četnost úpravy pitného režimu.	52
Graf č. 29: Způsoby upravování pitného režimu dětí dle vychovatelů.	52
Graf č. 30: Povolení sladkostí.	53
Graf č. 31: Denní počet jídel dětí dle vychovatelů.	53

6 SEZNAM POUŽITÝCH OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek č. 1: Vztah mezi zdravím a determinanty	14
Obrázek č. 2: Potravinová pyramida	18
Obrázek č. 3: Doporučená fyzická aktivita	20
Obrázek č. 4: Spánkový cyklus	24
Tabulka č. 1: Počty dětí v jednotlivých typech školských zařízení	27
Tabulka č. 2: Dětské domovy zapojené do výzkumu n=18.	36
Tabulka č. 3: Test o jedné relativní četnosti (podílu) u hypotézy č. 1	57
Tabulka č. 4: Test o jedné relativní četnosti (podílu) u hypotézy č. 2a	58
Tabulka č. 5: Test o jedné relativní četnosti (podílu) u hypotézy č. 2b	59
Tabulka č. 6: Test o jedné relativní četnosti (podílu) u hypotézy č. 3	60

7 PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Anketa vlastní konstrukce

Identifikační údaje

Vaše pohlaví:*

Vyberte jednu odpověď.

Muž

Žena

Jiná... 

Kolik je Vám let?*

Vyberte jednu odpověď.

18 - 29 let

30 - 45 let

46 - 60 let

60 a více let

Jak dlouho pracujete v dětském domově?*

Vyberte jednu odpověď.

0 - 5 let

6 - 10 let

11 - 15 let

15 a více let

Blok otázek týkající se fyzického zdraví

Cvičíte s dětmi během týdne?*

Vyberte jednu odpověď.

Ano

Ne

Občas

Myslíte si, že děti mají denně dostatečnou pohybovou aktivitu?*

Vyberte jednu odpověď.

Ano

Spíše ano

Spíše ne

Ne

Vysvětľujete dětem pojem zdravý životní styl?*

Vyberte jednu odpověď.

Ano, pravidelně

Občas

Ne

Čím se zabýváte, pokud s dětmi mluvíte o zdravém životním stylu?*

Vyberte jednu odpověď

O zdravém životním stylu s dětmi nemluví

O zdravém životním stylu mluví (vyjmenujete témata)



Probíráte s dětmi zubní hygienu? (Proč si čistit zuby, správný způsob čištění, správná doba čištění zubů...)*

Vyberte jednu odpověď.

Ano, pravidelně

Občas

Ne

Kontrolujete děti, jestli mají ráno/večer vyčištěné zuby?*

Vyberte jednu odpověď.

Ano, pravidelně

Občas

Ne

Dočišťujete někdy dětem zuby?*

Vyberte jednu odpověď.

Ano, pravidelně

Občas

Ne

Mluvíte s dětmi o tématu drog a kouření?*

Vyberte jednu odpověď.

Ano, pravidelně

Občas

Ne

Domníváte se, že děti mají dostatek spánku?*

Vyberte jednu odpověď.

Ano

Spíše ano

Spíše ne

Ne

Nevím

Blok otázek týkající se duševního zdraví

Probíráte s dětmi, jak se vyrovnávat se stresem?*

Vyberte jednu odpověď.

Ano, pravidelně

Občas

Ne

Znáte nějaké techniky regulace stresu?*

Vyberte jednu odpověď.

Ne

Ano (vyjmenujte je)



Pokud ano, navrhuje je dětem pro zvládání obtíží?*

Vyberte jednu odpověď.

Ano

Spíše ano

Spíše ne

Ne

Žádné techniky regulace stresu neznám

Chodí za vámi děti pro radu, pokud je něco trápí?*

Vyberte jednu odpověď.

Ano

Spíše ano

Spíše ne

Ne

Myslíte si, že jsou děti spokojené sami se sebou?*

Vyberte jednu odpověď.

Ano

Spíše ano

Spíše ne

Ne

Nevím

Snažíte se dětem pomoci v jejich osobním růstu?*

Vyberte jednu odpověď.

Ano (jakým způsobem)



Ne

Mluvíte s dětmi o zdravé stravě?*

Vyberte jednu odpověď.

Ano, pravidelně

Občas

Ne

Snažíte se, aby děti jedly pravidelně ovoce a zeleninu?*

Vyberte jednu odpověď.

Ano

Spíše ano

Spíše ne

Ne

Myslíte si, že máte přehled, čím se děti stravují?*

Vyberte jednu odpověď.

Ano

Spíše ano

Spíše ne

Ne

Připravujete dětem svačiny do školy?*

Vyberte jednu odpověď.

Ano, pravidelně

Občas

Ne

Kontrolujete, jestli děti dodržují pitný režim?*

Vyberte jednu odpověď.

Ano, kontroluji

Občas

Ne

Co podle Vás děti pijí nejčastěji?*

Vodu, slazené nápoje, čaj...

Napište jedno nebo více slov...

500

Snažíte se jejich pitný režim upravovat?*

Vyberte jednu odpověď.

Ano, pravidelně

Občas

Ne

Jakým způsobem upravujete dětem pitný režim?*

Vyberte jednu odpověď.

Napište jedno nebo více slov...



Pitný režim dětem neupravuji

Dovolujete dětem jakékoliv sladkosti, nebo se je snažíte mírnit?*

Vyberte jednu odpověď.

Ano, mohou jíst cokoliv a kdykoliv chtějí

Ano sladkosti povolují, ale v omezené míře

Ne, sladkosti mají zakázané

Kolikrát denně se děti podle Vás stravují?*

Vyberte jednu odpověď.

1x denně

2x denně

3x denně

4x denně

5x denně

Vícekrát, než je uvedeno

Nevím