

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Pedagogická fakulta  
Katedra výchovy ke zdraví

## **BAKALÁŘSKÁ PRÁCE**

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

Pedagogická fakulta

Katedra výchovy ke zdraví

**Kvalita života u dětí v domovech pro děti ve věku od 10 - 18 let ve  
Zlínském kraji**

Bakalářská práce

Autor : Librová Markéta

Studijní program : Specializace v pedagogice

Studijní obor : Výchova ke zdraví

Vedoucí práce : Mgr. Petra Vojtová, Ph.D.

České Budějovice, dubem 2012

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

**The Quality of Life in Children's Homes for Children from 10 to 18  
years old in Zlín region**

Bachelor Thesis

Author : Librová Markéta

Study programme : Specialization in Education

Field of study : Health Education

Supervisor : Mgr. Petra Vojtová, Ph.D.

České Budějovice, April 2012

**Jméno a příjmení autora :** Librová Markéta

**Název bakalářské práce :** Kvalita života u dětí v domovech pro děti ve věku od 10 - 18 let ve Zlínském kraji

**Pracoviště :** Katedra Výchovy ke zdraví, Pedagogická fakulta, Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích

**Vedoucí bakalářské práce :** Mgr. Petra Vojtová, Ph.D.

**Rok obhajoby bakalářské práce :** 2012

**Abstrakt :**

Bakalářská práce kvalita života u dětí v domovech pro děti ve věku od 10 - 18 let ve Zlínském kraji se v teoretické části zabývá rozdělením a charakteristikou cílové skupiny pubescenty a adolescenty. Popisuje potřeby obecně a následně základní potřeby dětí. Kvalitu života, zdraví a cirkadiánní rytmy s kvalitou života souvisejícími. Ústavní péči, do ní patří dětský domov a dětský domov se školou. Krátce se zmiňuje o historii dětských domovů a domovech nacházejících se ve Zlínském kraji. Dále jsou v práci popsány rizika ústavní péče, deprivací syndrom a s ním související subdeprivace. Obecným cílem bakalářské práce bylo zjistit kvalitu života u dětí žijících v dětském domově. Specifickým cílem bakalářské práce bylo zjistit kvalitu života u těchto dětí ve vybraných oblastech kvality života. Jednalo se o oblast zdraví, spokojenosti a cirkadiánní typologie. Pro zjištění údajů byl použit upravený a přeložený standardizovaný dotazník Cummins (1997) ComQoL-S5 a také bylo vybráno několik otázek z dotazníku Cirkadiánní typologie CIT Harada, Krejčí (2010). Vzhledem k rozsáhlosti dotazníku byly pro hodnocení vybrány pouze některé oblasti života. Oblast zdraví, spokojenosti a cirkadiánní typologie podle kterých byla hodnocena kvalita života. Z výsledků výzkumu vyplývá, že kvalita života s ohledem na spokojenost se zdravím je stejná a pozitivní, jak u pubescentů tak u adolescentů. Oblast spokojenosti hodnotí děti ve věku 10 – 18 let pozitivně. Co se týče oblasti cirkadiánní typologie, pubescenti inklinují k večernímu typu.

**Klíčová slova :** Pubescent, Adolescent, Potřeby, Kvalita života, Dětský domov

**Name and Surname :** Librová Markéta

**Title of Bachelor Thesis :** The Quality of Life in Children's Homes for Children from 10 to 18 years old in Zlín region

**Department :** Health Education, Faculty of Education, University of South Bohemia in České Budějovice

**Supervisor :** Mgr. Petra Vojtová, Ph.D.

**The Year of presentation :** 2012

**Abstract :**

My bachelor thesis is concerned with quality of life in Children's homes for children from 10 to 18 years old in Zlín region. In a theoretical part, it deals with a division and characteristics of target group of pubescents and adolescents and describes children's basic needs and needs as such. Moreover, it describes also quality of life, health and circadian rhythms connected to quality of life, institutional care and Children's home and Children's home with a school, which fall into institutional care. This thesis briefly mentions a history of Children's homes and also those in a Zlín region. Furthermore, it focuses on risks of institutional care, deprivation syndrome and also on related subdeprivation. General target of this thesis is to discover quality of life of children living in a Children's home. Specific target is to discover those children's quality of life in particular fields of quality of life, such as health, satisfaction, and circadian typology. In order to find out data, I used adjusted and translated standardized questionnaire Cummins (1997) ComQoL-S5 and few questions were selected from circadian typology CIT Harada, Krejčí questionnaire. Considering extensiveness of the questionnaire, only some fields of life were selected for an evaluation, such as health, satisfaction, and circadian typology according to which was quality of life evaluated. Results show that quality of life, concerning health and satisfaction, is the same and positive concerning pubescents and adolescents. Children aged between 10-18 evaluate their field of satisfaction as positive. Regarding circadian typology, pubescents incline to an evening type.

**Keywords :** Pubescent, Adolescent, Needs, Quality of Life, Home for Children

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci „Kvalita života u dětí v domovech pro děti ve věku od 10 - 18 let ve Zlínském kraji“ vypracovala samostatně pod odborným vedením Mgr. Petry Vojtové, Ph.D. 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 bakalářské 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 vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích 29.4. 2012

.....  
Librová Markéta



#### Poděkování:

Především bych chtěla poděkovat vedoucí práce Mgr. Petře Vojtové, Ph.D. za odborné vedení práce, za ochotu a její vynaložený čas při psaní mé bakalářské práce. Dále bych chtěla poděkovat všem vedoucím dětských domovů, kteří semnou ochotně spolupracovali.

# OBSAH

<b>1 ÚVOD</b> .....	11
<b>2 TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	13
2.1 Pubescence.....	13
2.1.1 Charakteristika období prepuberty.....	14
2.1.2 Charakteristika období puberty.....	15
2.2 Adolescence.....	15
2.2.1 Charakteristika období adolescence.....	16
2.3. Potřeby.....	17
2.3.1 Základní potřeby dětí.....	19
2.3.1.1 Biologické potřeby.....	19
2.3.1.2 Psychické potřeby.....	20
2.3.1.3 Sociální potřeby.....	21
2.3.1.4 Vývojové potřeby.....	21
2.4 Kvalita života.....	21
2.4.1 Hodnocení kvality života.....	22
2.4.2 Kvalita života a zdraví.....	23
2.4.3 Kvalita života a cirkadiánní rytmus.....	24
2.4.3.1 Průběh cirkadiánního rytmu.....	25
2.4.3.2 Ranní a večerní typy.....	26
2.5 Ústavní výchova.....	27
2.5.1 Historie dětských domovů od konce 19. století do konce 20. století.....	28
2.5.2 Dětský domov.....	29
2.5.3 Dětský domov se školou.....	30
2.5.4 Dětské domovy ve Zlínském kraji.....	30
2.6 Rizika ústavní výchovy.....	31
2.6.1 Psychická deprivace.....	32
2.6.1.1 Subdeprivace.....	33
<b>3 CÍLE A ÚKOLY</b> .....	35
3.1 Cíl práce.....	35
3.2 Úkoly práce.....	35
3.3 Výzkumné předpoklady.....	35
<b>4 VÝZKUMNÁ ČÁST</b> .....	36
4.1 Charakteristika cílové skupiny.....	36
4.2 Metodika výzkumu.....	36
4.3 Organizace výzkumného šetření.....	38
<b>5 VÝSLEDKY A DISKUZE</b> .....	40
5.1 Výsledky.....	40
5.2 Diskuze.....	57
<b>6 ZÁVĚR</b> .....	60
<b>7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ</b> .....	62
<b>8 SEZNAM ZKRATEK</b> .....	66
<b>9 SEZNAM PŘÍLOH</b> .....	67

# 1 ÚVOD

Dětský domov je pro mnohé děti jedinou šancí jak žít „normální“ život. Je institucí, která vychovává, pomáhá k socializaci dětí a připravuje je na budoucí život. Je útočištěm mnoha dětí, které nemají to štěstí vyrůstat v úplné, plně fungující rodině ale i tak jsou mnohdy šťastné. Vzhledem k případům vyskytujících se v souvislosti toho, z jakých důvodů se děti do dětských domovů dostávají, možná mají někdy paradoxně to štěstí, že mohou vyrůstat právě tady. Nedostatek lásky je hlavním problémem týkající se tématu dětských domovů. V souvislosti s nedostatkem lásky hovoří studie o známém deprivacním syndromu, který je, jak zmiňují, často důsledkem pobytu dětí nejen v dětských domovech, ale obecně v ústavní péči. Dětský domov může dětem alespoň částečně nahradit rodinu, domov a lásku. Není ale možné vytvořit dětský domov, který by naplňoval všechny požadavky úplné rodiny. Jediným řešením, jak „opuštěné“ děti mohou žít v prostředí běžné rodiny je pěstounská péče. Pokud ale dítě nemá možnost mít pěstouny na řadě je právě zmiňovaný dětský domov.

Je smutné, že každoročně počet dětí v domovech pro děti stoupá, proto bychom se měli zamyslet nad tím, jak alespoň zkvalitnit jejich život v tomto zařízení. Kvalita života u dětí žijících v dětském domově je téma, které je zajímavé. Mám tu možnost nahlédnout do života dětí, kterým osud nepřál a nemají tu možnost vyrůstat v rodině. Cílem bakalářské práce bylo tedy zjistit kvalitu života u dětí žijících v dětských domovech. Jelikož jsem žádnou studii o kvalitě života u těchto dětí neobjevila, výsledky výzkumu pro mě byly takovým malým objevem. Často slýcháváme o negativním vlivu ústavní výchovy na děti, já ale věřím, že můj výzkum potvrdí to, že jejich kvalita života je dobrá a nijak zvláště jejich život neohrožuje.

Začátek teoretické části jsem věnovala rozdělení a charakteristice skupin dětí pubescentům a adolescentům, které jsou cílovou skupinou bakalářské práce. Dále zmiňuji potřeby člověka a následně základní potřeby dětí. O kvalitě života píší, jak obecně, tak v jednotlivých podkapitolách zdraví a cirkadiánní rytmy. Nechybí ani kapitola ústavní výchovy a k ní patřící dětský domov a dětský domov se školou. Dále se také zmiňuji o historii dětských domovů. Jelikož výzkum probíhal ve Zlínském kraji, v šesti náhodně vybraných dětských domovech, píší také krátce o domovech pro děti ve Zlínském kraji. Na závěr teoretické části uvádím rizika ústavní péče, deprivacní syndrom a s ním související subdeprivaci.

Ve výzkumné části jsem zkoumala oblast zdraví a kvalita života, které částečně utváří náš subjektivní pocit pohody a tudíž také kvality života. Spokojenost je podle mě dalším faktorem kvality života, proto jsem jej hodnotila a zjišťovala zda je spíše pozitivní, či negativní. Také jsem se věnovala cirkadiánní typologii. Konkrétně jsem se zajímala zda jsou děti spíše ranními typy. Díky režimu, který je v dětském domově daný, jsem předpokládala, že budou děti právě tzv. ranními typy. V několika studiích byl zjištěn pozitivní vliv ranního typu u člověka, proto by tedy mohla být touto typologií částečně pozitivně ovlivněna i jejich kvalita života.

Doufám, že výzkum kvality života u dětí žijících v dětských domovech přispěje k zamyšlení nad problematikou umístování dětí do tohoto ústavního zařízení. Ukáže, jak je to opravdu s dětmi, které žijí v takovémto prostředí. Do jaké míry negativně, či pozitivně ovlivňuje kvalitu jejich života.

## 2 TEORETICKÁ ČÁST

### 2.1 Pubescence

První fáze dospívání je časově lokalizována přibližně mezi 11. a 15. rok. Toto období je označováno jako pubescence. Dochází v něm ke komplexní proměně všech složek osobnosti dospívajícího. Nejnápadnější je tělesné dospívání, spojené s pohlavním dozráváním. V rámci celkového vývoje dochází i ke změně způsobu myšlení, dospívající je schopen uvažovat abstraktně, např. O různých alternativách, které zatím reálně nenastaly. Pubescent se začíná osamostatňovat z vázanosti na rodiče, značný význam pro něho mají vrstevníci. Získává první zkušenosti s počátky partnerských vztahů. Podle E. Eriksona (1994) je dospívání charakteristické hledáním vlastní identity, bojem s nejistotou a pochybnostmi o sobě samém, o své pozici ve společnosti (VÁGNEROVÁ, 2000).

Jeden z našich nejznámějších vědců zabývajících se vývojem lidské psychiky, Václav Příhoda, hovoří o období pubescence (podle latinského „pubesco“ – dorůstám v muže, dospívám, utvořeného od „pubes“ – což znamená chmýří, vousy...). Za uzlové body tohoto období považuje jedenáctý až patnáctý rok života. V tomto čtyřletí rozeznává dvě fáze: prepubertu – od jedenáctého do třináctého roku – a pubertu - od třináctého do patnáctého roku, přičemž první fázi považuje za bouřlivější. Odborníci se shodují v tom, že jde o přechod mezi dětstvím a dospělostí, mezi dobou závislosti a nezávislosti. Mnozí ohraničují toto období prvními známkami pohlavního zrání – především prvními sekundárními pohlavními znaky na straně jedné a plnou reprodukční schopností spolu s dokončením tělesného růstu na straně druhé. Určujícím hlediskem tohoto vymezení je tedy hledisko biologické (MARHOUNOVÁ, 1996, s. 17).

Na období pubescence je tradičně pohlíženo jako na léta „ bouří a stresů“, které provází přechod mezi dětstvím a dospělostí. Během této doby jsou na dospívajícího jedince kladeny požadavky dospělé společnosti, musí se podřídit normám chování, které se u dospělého vyžadují, měl by se stát nezávislým na rodičích, vytvářet partnerské vztahy, přizpůsobovat se vrstevníkům, volit budoucí povolání, vytvořit si vlastní filosofii života (BINAROVÁ in ČÍŽKOVÁ A KOL., 2001, s. 101).

Psycholog Josef Langmeier (2006) rozdělil období pubescence do dvou fází. Fáze prepuberty, která začíná prvními známkami pohlavního dospívání a končí nástupem menarche u dívek a první emisí semene u chlapců. Fáze vlastní puberty, jak nazývá

druhou pubertální fázi, nastupuje po dokončení prepuberty a trvá do dosažení reprodukční schopnosti (LANGMEIER, KREJČÍŘOVÁ 2006).

### ***2.1.1 Charakteristika období prepuberty***

První pubertální fáze, jak ji popisuje Langmaier (2006), začíná zejména objevením se prvních sekundárních pohlavních znaků a obvykle i „vlnkou“ urychlení v růstové křivce. U většiny našich dívek trvá tato fáze zhruba od 11 do 13 let, u chlapců probíhá fyzický vývoj asi o 1 – 2 roky později (LANGMEIER, KREJČÍŘOVÁ 2006).

- Nastávající změny v somatickém vývoji dochází k výrazné změně v proporcích těla, začíná období vytáhlosti, které je charakteristické intenzivním růstem končetin i trupu.
- Ve fyziologických pochodech začínají působit endokrinní změny, zvyšuje se produkce pohlavních hormonů a následkem toho se pak objevují druhotné pohlavní znaky.
- Fyzický vývoj je rychlejší není v souladu s vývojem psychickým. V hrubé motorice se objevuje přechodná neobratnost, nekoordinovanost pohybů, zvláště u chlapců. V jemné motorice je patrná křečovitost, která se může projevit ve zhoršeném grafickém výkonu. Zrychlený růst způsobuje i zhoršené fyzické výkonnosti, objevují se silácké, ale krátkodobé fyzické aktivity, které jsou vystřídány pocitem únavy až apatie.
- Působením sexuálního pudu se objevuje rozkolísanost v chování, labilita citů, časté střídání nálad od výbuchu agresivity a hlučnosti až po nezáměr a apatii. V tomto období vzrůstá význam fantazie, která se stává pojítkem mezi skutečností, reálným prožíváním a ideálem. Projevuje se formou denního snění, ve kterém se jedinec vidí v ideálním světle. Dochází k rozvoji logické paměti, kdy dítě opouští memorování textů bez pochopení souvislostí. Začíná se objevovat samostatnost v myšlení a kritičnost vůči dospělým v tom smyslu, že je zpochybňována jejich autorita. U citového vývoje je zřejmá labilita – proměnlivost citů. Chování je výbušné, stačí nepatrný podnět a objeví se intenzivní reakce vzteku, smíchu, smutku. Probíhající tělesné změny způsobují citový zmatek, vyvolávají nespokojenost se sebou samým a tím se jim snižuje i pocit sebedůvěry (BINAROVÁ in ČÍŽKOVÁ A KOL., 2001).

### **2.1.2 Charakteristika období puberty**

Specifické pro období vlastní puberty je první menstruace bývající zpravidla často nepravidelná. Pravidelný ovulační cyklus a schopnost oplodnění se tedy dostavuje až za nějaký čas po prvních menze – zpravidla za 1 až 2 roky. Podobně i reprodukční schopnost chlapců je dosahována o něco později po dokončení vývoje hlavních sekundárních pohlavních znaků. Zhruba můžeme období vlastní puberty vymezit věkem 13 – 15 let (LANGMEIER, KREJČÍŘOVÁ, 2006, s. 143).

- V tomto období začíná být vyrovnán vývoj somatický a psychický. Fyzický růst se zpomaluje a rozvíjí se hlavně psychické funkce. Puberta je obdobím pohlavního dozrávání, které přeměňuje dítě na biologicky zralého dospělého, schopného sexuální reprodukce.
- Panuje obecný názor, že puberta je období krizí a vzpurnosti.
- V somatickém vývoji dochází k vyvažování tělesných proporcí, růst končetin se zpomaluje, mohutní svalstvo a rostou vnitřní orgány. Vlivem harmonizace tělesných proporcí dochází ke zlepšení pohybové koordinace, pomalu mizí klátivost a neobratnost (BINAROVÁ in ČÍŽKOVÁ A KOL., 2001, s. 105-106).

### **2.2 Adolescence**

Termín, který je odvozen z latinského slovesa *adolescere* (dorůstat, dospívat, mohutnět). Adolescence je většinou datována od 15 do 20 (22) let. Počátek je spojován s plnou reprodukční zralostí, v jejím průběhu se obvykle ukončuje tělesný růst (MACEK, 1999, s. 11). Tato etapa ontogeneze je někdy označována jako druhá fáze dospívání. V oficiální rovině je charakteristická zakončením povinné školní docházky a dosažením plnoletosti. Přináší dotvoření osobnosti do dospělé podoby. Zakončuje se tělesný růst se završením pohlavní zralosti (postupně se vyrovnávají vývojové rozdíly obou pohlaví), zvyšuje se svalová síla, nastupuje plná reprodukční schopnost (PAULÍK, 2002, s. 39).

Vágnerová (2005) adolescenci nazývá jako období dospívání. Dospívání zahrnuje jednu dekádu života, od 10 do 20 let. V tomto období dochází ke komplexní proměně osobnosti ve všech oblastech: somatické, psychické i sociální. Mnohé změny jsou

primárně podmíněny biologicky, ale vždy je významně ovlivňují psychické a sociální faktory, s nimiž jsou ve vzájemné interakci (VÁGNEROVÁ, 2005).

Období adolescence také charakterizuje náš psychiatr J. Špitz, přičemž pojmy „adolescent“ a „mladistvý“ se mu kryjí. „Období adolescence se svými typickými vývojovými požadavky je jedním z nejvýznamnějších úseků lidského života. Adolescent nejen hledá sebe sama, ale redefinuje současné vztahy k druhým lidem. Objevuje svou sexuální roli a realizuje ji“ (MARHOUNOVÁ, 1996, s. 18).

Tato vývojová etapa je pro jedince náročná, neboť se zde ukončuje doba mezi dětstvím a dospělostí. Horní věková hranice adolescence se nedá přesně stanovit, neboť dosažení dospělosti ovlivňuje celá řada zkušeností. Jedním z nejpodstatnějších vlivů jsou společenské a kulturní zvyklosti. V méně rozvinutých společenských seskupeních není vymezeno vývojové období dospívání, ale po dosažení určitého věku je jedinec pomocí rituálů a stanovených pravidel přijat mezi dospělé (BINAROVÁ in ČÍŽKOVÁ A KOL., 2001, s. 111).

### ***2.2.1 Charakteristika období adolescence***

Adolescence je dospívání i mládí současně, významně se odlišuje od ostatních životních etap. Macek (1999) adolescenci dělí na 3 fáze: časnou adolescenci v časovém rozmezí zhruba 10 (11) – 13 let, střední adolescenci vymezenou přibližně intervalem 14 – 16 let a pozdní adolescenci od 17 do 20 let, případně i mnohem déle. Každá z těchto etap má svoje svébytné charakteristiky. Z ontogenetického hlediska je jedním základním atributem dokončení pohlavního dozrávání, fyzický a duševní rozvoj (růst) a sociální učení v nejširším slova smyslu (MACEK, 1999, s. 12).

- Hlavní vývojový úkol adolescenta je vytvořit si pocit vlastní identity, přijmout normy společnosti, vytvořit si vědomí vlastní hodnoty, přijmout za své morální principy dané společností, postupně se stát nezávislými na rodičovské autoritě a vytvářet vztahy. Adolescent se tak postupně stává osobností, získává charakteristické vzorce myšlení, emocí a chování, které ovlivňují jeho interakce s prostředím. Vytváření pocitu identity u adolescenta je spojováno s otázkami: „Kdo jsem, co umím, kam směřuji, jak mě druzí hodnotí, jaké role zastávám“. Erikson (1963) označuje identitu jako totožnost, jedinečnost nebo jako odlišující vlastnost osobnosti jedince, která se tvoří pomocí hraní rolí. Adolescent



experimentuje s rolemi, které hraje v různých sociálních situacích a skupinách a tak získává zkušenost s alternativními způsoby chování (BINAROVÁ in ČÍŽKOVÁ A KOL., 2001, s. 111).

- V období adolescence se rychle mění postavení jedince ve společnosti – došlo k přechodu ze základní školy do učebního poměru nebo na střední školu, začínají častější a hlubší erotické vztahy. Běžně bývá tato věková skupina označována jako mladiství, dorost, teenagers (LANGMEIER, KREJČÍŘOVÁ, 2006, s. 143).
- Aby adolescenti dosáhli statutu dospělého musí si osvojit tyto dvě nejdůležitější psychologické charakteristiky. Nezávislost a autonomie. Nezávislost je dána vlastním rozhodnutím, které činnosti si zvolím z širokého repertoáru možností. Co si koupím, co budu jíst, kde budu spát, co si obléknu, jsou ty nejzákladnější, které v počátku určují míru nezávislosti. Chování rodičů, učitelů a jiných dospělých vůči mladistvému je další faktor utvářející nezávislosti. Nesourodé reagování rodičů vůči dospívajícímu jedinci oslabuje vytváření autonomního chování. Rodiče, kteří podněcují růst autonomie, tedy ti kteří dovolí svému dospívajícímu dítěti být sám sebou a odpovídat si za své chování, ale zároveň se zajímají o některá jeho rozhodnutí a jejich důsledky, je pravděpodobné, že tito rodiče podnítí jak jeho odpovědnost, tak i nezávislost. Naopak autoritativní rodiče, kteří mají tendenci potlačovat získávání nezávislých odpovědí u svých dětí tím, že podceňují jejich schopnosti být samostatnými v rozhodování, potlačují vývoj nezávislosti a autonomie. Dalším vývojovým úkolem pro adolescenta je přijímání morálních norem společnosti a jejich zvnitřnění, tedy přijetí za své. Uskutečňuje se hlavně pod vlivem rodiny a školy (BINAROVÁ in ČÍŽKOVÁ A KOL., 2001, s. 113, 114).

### **2.3. Potřeby**

Potřeba je nutnost organismu něco získat nebo se něčeho zbavit. Doplňkovým pojmem k potřebám jsou hodnoty, jejichž výběrem mohou být potřeby uspokojovány. Zatímco systém potřeb se ve vývoji lidstva výrazně nemění, hodnoty jsou proměnlivé. Potřeby jsou určeny životní nutností člověka jako druhu a jejich dlouhodobé nenaplnění se nepříznivě odráží ve zdraví a pocitu dobré pohody (HARTL, HARTLOVÁ, 2010).

Maslow roztřídil lidské potřeby do několika skupin a tyto skupiny seřadil podle toho, jak se postupně vyvinuly, a zároveň podle toho, jsou-li vyšší nebo nižší ve smyslu své hodnoty. Současně byl přesvědčen, že uspokojení nižších potřeb je předpokladem toho, aby nastoupily vyšší potřeby. Pořadí od nejnižších k nejvyšším je toto:

1. Fyziologické potřeby (potřeba potravy, tepla, vyměšování, odstranění bolesti) zajišťují biologické přežití člověka jako organismu. Vyžadují přednostní uspokojení před dalšími.
2. Potřeby bezpečí se projevují uhýbáním před vším neznámým, neobvyklým, hrozivým, a hledáním jistoty.
3. Potřeby sounáležitosti a lásky vedou k touze patřit někam a k někomu, být přijímán a milován.
4. Potřeby uznání: být druhými vážen, mít v jejich očích úspěch a na základě toho být i sám sebou kladně hodnocen – jinak řečeno: jde o úctu a sebeúctu.
5. Kognitivní potřeby: získávat poznatky nejen z praktických důvodů, ale pro poznání samo, a objevovat smysl, který pro člověka poznávání má.
6. Estetické potřeby: potřeba objevovat a vytvářet harmonii, řád a krásu.
7. Potřeby seberealizace: stát se tím, kým se člověk může a má stát, naplnit své možnosti duševního růstu a rozvoje. Sem patří i spirituální motivace (ŘÍČAN, 2005, s. 187, 188).

„Maslow dospěl k závěru, že každý je motivován k tomu, aby se pohyboval v rámci pyramidově uspořádané hierarchie potřeb, jejíž základnou je uspokojení potřeb nutných k přežití, a špičkou je pozitivní výsledek práce na sobě samých“. Maslow hierarchizoval potřeby záměrně do podoby pyramidy, aby byly zjevné priority v daném okamžiku a zároveň bylo patrné, že nejdřív musí být uspokojena nižší úroveň, abychom mohli postoupit na vyšší (KASSIN, 2007, s. 409).

Tento soubor potřeb rozděluje Maslow na dvě širší skupiny, a sice na potřeby: *I. nedostatkové* (od fyziologických po uznání), které zajišťují biologické a psychologické přežití, uchování jedince; *II. růstové* – ty, které vedou k jeho rozvoji v dosahování vyšších, nadosobních cílů. Pokud nejsou naplněny fyziologické potřeby, mají naprostou prioritu. Teprve jsou-li uspokojeny, jde nám o bezpečí. (Je-li ovšem naše bezpečí ohroženo bezprostředně a silně, je příslušná potřeba silnější než potřeba potravy, jinými slovy strach je silnější než hlad.) Cítíme-li se bezpeční, přijde na řadu potřeba někam patřit a být milován: u dítěte, které by se stále cítilo ohroženo, by se tyto potřeby

neprojevily. A dále – ten, kdo se cítí přijímán a milován, objeví důležitost úcty (respektu) a sebeúcty (ŘÍČAN, 2005, s. 188).

Teprve až dosáhneme těchto hodnot, jsme připraveni, ochotní a schopní snažit se o sebeaktualizaci (seberealizaci) - výhradně lidskou potřebu stát se vším, čím se můžeme stát. Maslow chápe sebeaktualizaci jako poměrně vzácný stav, ve kterém je osoba otevřená vnímat nebo prožít nové zážitky. V této chvíli jedná člověk spontánně a hravě a je milující, realistický. Akceptuje ostatní, je vynalézavý, energický, spíš než zodpovědně jedná nezávisle nebo je orientován na řešení problému a nehledí na vlastní potřeby. Maslow poznamenal, že pravý pocit sebeaktualizace zažije pouze jedno procento dospělých. Všichni ostatní jsou příliš zaneprázdnění zdoláváním překážek, které jim brání dosažení úspěchů na mnohem nižší úrovni, než je vlastní vrchol seberealizace (KASSIN, 2007, s. 558).

### **2.3.1 Základní potřeby dětí**

Dítě nejvíce potřebuje jistotu ve vztazích ke svým lidem píše ve své knize Zdeněk Matějček a vysvětluje tento poznatek. Matka příroda věnovala člověku Rozum a vztah. Vztah, slyšíme v něm „vztahovat se“, „natahovat se“ ale zároveň „být přitahován“ k někomu patřit, s někým být. Matějček si za tímto slovem představuje dětské ručičky, které se natahují po mámině obličejí nebo které se jí později chytají za sukni či dělají, jako by chtěly vyšplhat k ní do náruče, když se blíží nějaké nebezpečí. Aby tedy lidé přežili potřebovali mít „svoje“ lidi, kteří by mu poskytli ochranu a pomoc. Poskytování ochrany a pomoci musela být jejich hluboce zakořeněná psychická potřeba, protože jinak by celý mechanismus vztahu nefungoval. Objevila se *lidská mateřská láska*, která je oním podivuhodným a zázračným mechanismem, kterým je vzájemné uspokojování psychických potřeb (MATĚJČEK, 2007).

#### **2.3.1.1 Biologické potřeby**

K nejvýznamnějším biologickým potřebám patří především náležitá *dodávka potravy z hlediska kvantity i kvality*, tedy řádná výživa dítěte. Zvláště v jeho počátečním životním období, je důležitou potřebou především *uspokojení základních hygienických požadavků a potřeba rozvoje obranyschopnosti*. Další významnou biologickou potřebou dítěte je *stimulace*, dostatek adekvátních stimulů, podněcujících a rozvíjejících funkce a

schopnosti organismu v oblasti psychomotorické, nervové soustavy, lokomočních aktivit a na ně bezprostředně se navazujících aktivit psychických (DUNOVSKÝ A KOL., 1999, s. 50).

Říčan Pavel dále dělí primární biologické potřeby na podskupiny primárních biologických potřeb. Jednu jejich podskupinu lze označit *pozitivní potřeby* – to jsou ty, k jejichž uspokojení je třeba získat odpovídající uspokojující objekt: jídlo, nápoj, oděv nebo jiný prostředek k ohřátí atd. Stejně naléhavé bývají *negativní potřeby*: k jejich uspokojení je naopak zapotřebí uniknout nežádoucímu objektu či stavu. Sem patří potřeba bezpečí, potřeba zbavit se bolesti anebo nepohodlí atd. (ŘÍČAN, 2005, s. 180).

### **2.3.1.2 Psychické potřeby**

Uspokojování těchto potřeb umožňuje dítěti nejenom se přiměřeně rozvíjet v oblasti intelektu, citů a vůle, ale i v chování, interakci s okolím, chápání sebe a lidí, společenských hodnot i celého prostředí, jehož součástí, ale i samostatným plnoprávným jedincem se stává. Patří sem především *potřeba náležitého přívodu podnětů*, stimulace v pravý čas, v dostatečném množství a v patřičné kvalitě. Na druhém místě se uvádí *potřeba smysluplnosti světa*. Aby totiž se spousta podnětů, které dítě přijímá, se staly poznatky a zkušenosti, musí být postupně organizovány a zpracovávány. K tomu je třeba, aby v nich byl určitý řád a smysl. Jestliže jsou podněty dítěti pravidelně předkládány v určitém sledu, jestliže jeho svět zůstává stálý (což především znamená, že se mu „jeho“ lidé nemění a že se nemění ani jejich jednání), jestliže jeho žádoucí chování je vždy „odměněno“ sympatickou pozorností vychovatelů, pak se proces učení rozvíjí snadno. Další důležitou psychickou potřebou je *potřeba jistoty*. Specifický vztah k matce, resp. k mateřské osobě, se objevuje zpravidla už v sedmém měsíci života a je jedním z předpokladů pro utváření vztahů dítěte (především vztahů důvěry) k druhým lidem. Čtvrtou základní potřebou je *potřeba pozitivní identity*, vlastního „já“, znamená pozitivní přijetí sama sebe a své společenské hodnoty. Patřičná sebeúcta i patřičné sebevědomí jsou podmínkou uspokojivého zařazení ve společnosti (MATĚJČEK A KOL., 1999). *Potřeba otevřené budoucnosti* je potřeba specificky „lidská“. Otevřená budoucnost udržuje naši životní aktivitu – uzavřená budoucnost vede k ochabnutí, rezignaci, apatii, zoufalství. S těmito reakcemi se setkáváme u lidí po těžkých životních ztrátách, k nimž patří např. i ztráta naděje na tzv. normální vývoj dítěte v případě jeho vážného postižení. Předškolní děti mají výhled

do budoucna jen v krátkém časovém rozmezí. Ta se však v dalších vývojových fázích prodlužuje, vrcholu dosahuje v době vrcholící reprodukce (DUNOVSKÝ A KOL., 1999).

### **2.3.1.3 Sociální potřeby**

Nejvýznamnější sociální potřebou je *potřeba lásky a bezpečí*, poskytovaná jeho „vlastním“ člověkem. Na ni je bezprostředně vázána *potřeba přijetí dítěte*, jeho akceptace právě takového jaké je. Dále *potřeba identifikace s ním*, zabezpečení všech možností k *rozvinutí všech jeho sil a schopností* a umět překonávat nejrůznější potíže, zábrany a poruchy v jeho životě. Důležitou sociální potřebou, i když přesahující do dalších oblastí je potřeba osvojit si od nejtělejšího dětství zdravý životní styl (DUNOVSKÝ A KOL., 1999).

### **2.3.1.4 Vývojové potřeby**

Vývojové potřeby vedou k činnostem, kterými se lidský jedinec sám rozvíjí. Motivují k aktivitám, které prostřednictvím procesu učení realizují vnitřní možnosti jedince a umožňují postupně překračovat již dosaženou úroveň. Vývojové potřeby vedou jedince k vyhledávání nových a dosud nezvládnutých činností, přitažlivé jsou aktivity vedoucí k získávání nových poznatků i nových dovedností (DUNOVSKÝ A KOL., 1999).

## **2.4 Kvalita života**

Podle WHO se kvalitou života rozumí „to, jak člověk vnímá své postavení v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a ve vztahu ke svým osobním cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“. Kvalita života představuje komplexní veličinu, která odráží úsilí jedince i společnosti o naplnění představ o životní pohodě. Zahrnuje objektivní faktory, především materiální blaho, snižování sociálních rozdílů. Jde o možnosti naplňovat své představy o sobě samém, možnosti dosahovat životních cílů, prožívat život s radostí a uspokojením v rovině fyzické, psychologické, sociální i duchovní (ČELEDOVÁ, ČEVELA 2010, s. 88).

Podle výchovy v rodině, ve škole, společnosti a podle dalšího vzdělávání i sebevzdělání každý člověk získá nějaké zásady, ideály, předsevzetí a vzory, podle

kterých žije na tomto světě. Někdo víc, někdo míň, zatímco někdo žije statečně a kvalitně s těžkým postižením, jiný se nedokáže vyrovnat se žlučnickými kameny a považuje je za nespravedlivou ránu osudu, co jeden žije jako život kvalitní, může být pro jiného člověka neuspokojivé, pro každého člověka je kvalitní život něco jiného, každý z nás má jiné hodnoty, a proto si utváří způsob života podle nich. Každý člověk posuzuje kvalitu svého života individuálně, závisí to také na zemi, ve které žijeme, na kultuře, ve které jsme vychováni, i době, v níž žijeme. Kvalitu života si určujeme sami a musíme sami vědět, co je kvalitní a co ne (KŘÍŽOVÁ in PAYNE A KOL., 2005). Na nejobecnější úrovni je kvalita života chápána jako důsledek interakce mnoha různých faktorů. Jsou to sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky, které velmi často neznámým (či neprobádaným) způsobem na sebe vzájemně působí, a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností. S jistým zjednodušením lze konstatovat, že v rámci všech přístupů se jedná o kvalitu života subjektivní a objektivní. Subjektivní kvalita života se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. Objektivní kvalita života znamená splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví (HNILICOVÁ in PAYNE A KOL., 2005).

#### ***2.4.1 Hodnocení kvality života***

Jako podstatné pro hodnocení kvality života se ukázalo její subjektivní vnímání. Příznivé podmínky nevedou automaticky k vyšší kvalitě života a naopak zhoršené životní podmínky nemusí být vázány na horší kvalitu života. Pro kvalitu života je důležité vnímání sebe sama, s cílovými hodnotami a jejich naplněním, s odolností vůči stresu. Změna životních hodnot, pocit zvládnutí těžkých životních zkoušek, může kvalitu života i zvýšit. Kvalita života není determinována pouze nepřítomností nemoci, ale naopak subjektivním vnímáním. Jde o mnohvrstevný pocit člověka spojený s prožitkem spokojenosti, štěstí, blaha. Subjektivní kvalita se týká míry naplnění životního smyslu. Lidé ve stejné životní situaci se mohou velmi lišit v hodnocení kvality života. Kvalita života je také výslednicí vztahu mezi očekáváním a skutečností (ČELEDOVÁ, ČEVELA, 2010, s. 88).

Kvalita života (QOL – Quality of Life) z pohledu individua závisí na jeho hodnotové orientaci, na jeho chápání smyslu života. Jejím praktickým kritériem je životní spokojenost. Obecně se přiznává, že kvalita života nespočívá jen ve výběru

radostných cílů. Mluví se o umění života, které spočívá v hledání kompromisu mezi ideálním a reálným. Kvalita života je viděna v tvořivé a adaptivní reprodukci života, v zanechání pozitivní stopy svou vlastní životní cestou apod. (HOŠEK in HOŠEK, TILINGER, 1999).

Opíráme-li se o Maslowovu pyramidu lidských potřeb, pak lze k základním podmínkám řadit tělesnou pohodu, bezpečné prostředí k životu, mezilidské vztahy, vlastní identitu a smysluplnou činnost. Kvalita života člověka je tedy přímo úměrná míře uspokojení jeho základních životních potřeb a naplňování jeho životních cílů (ČELEDOVÁ, ČEVELA, 2010, s. 89).

Pojem kvalita života není jednoduché definovat. Pojem sám navozuje dojem souhrnného a komplexního ukazatele, proto je nutné ho rozčlenit, odlišit jeho jednotlivé aspekty. Obvykle se hovoří o jednotlivých oblastech kvality života. Cummins (1996) při analýze 32 odborných článků o kvalitě života našel 351 názvů oblastí. Pokusil se je utřídit do obecnějších skupin dospěl k sedmi kategoriím. Jsou to: 1. materiální zabezpečení, 2. zdraví, 3. produktivita, výkonnost, 4. velmi dobré, přátelské mezilidské vztahy, 5. pocit bezpečí, 6. komunita, 7. emoční pohoda (MAREŠ A KOL., 2006).

Zásadním způsobem přispěla ke kategorizaci konceptů kvality života Veenhovenová ve své teorii „čtyř kvalit života“ (2000). Za zmiňované čtyři kvality považuje (1) životní šance neboli předpoklady, (2) životní výsledky, (3) vnější kvality neboli charakteristiky prostředí včetně společnosti a (4) vnitřní kvality neboli charakteristiky individua. Takto vymezené „kvality života“ pak dovolují kategorizovat koncepty dobrého života podle toho, kterým aspektem kvality života se zabývají (DRAGOMIRECKÁ, BARTOŇOVÁ, 2006, s. 9).

#### **2.4.2 Kvalita života a zdraví**

*„Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí“ (KŘIVOHLAVÝ, 2001, s. 40).*

Kategorie „kvalita života“ aplikovaná ve zdravotnictví obecně a jednotlivých medicínských oborech má své specifické označení: HRQL – health-related quality of life (v překladu kvalita života související se zdravím). Definice navržená americkým Centrem pro prevenci a léčbu nemocí zní. „HRQL zahrnuje ty aspekty celkové kvality života, o nichž lze jasně ukázat, že jsou ovlivněny zdravím, ať už somatickým nebo

mentálním. Jde o vnímané somatické a mentální zdraví, včetně souvislosti typu zdravotních rizik a podmínek, funkčního stavu, sociální opory a socioekonomického statusu. Na komunitní úrovni HRQL, zahrnuje zdroje, podmínky, zdravotní politiku a praktické postupy, které ovlivňují vnímané zdraví u populace a její funkční stav. Evropské zdravotnické orgány říkají: HRQL představuje pacientovo subjektivní vnímání vlivu jeho nemoci a jejího léčení na pacientův každodenní život, somatické, psychologické a sociální fungování i pohodu. Rovněž oficiální definice amerického ministerstva zdravotnictví a dalších institucí zabývajících se klinickým výzkumem kvality života uvádí: HRQL je pojem, který zahrnuje mnoho oblastí. Vyjadřuje pacientovo celkové vnímání vlivu nemoci a její léčby. Zachycuje pacientovo fungování přinejmenším ve třech oblastech: somatické, psychologické a sociální (MAREŠ, 2006).

Pojetí kvality života související se zdravím se velmi dobře shoduje s všeobecně známou a obecně přijímanou definicí zdraví Světové zdravotnické organizace. Zdraví není chápáno pouze jako nepřítomnost nemoci, ale jako stav úplné „fyzické, psychické a sociální pohody“. Kvalita života v současném pojetí WHO vypovídá o vlivu zdravotního stavu na jedince. Předpokládá se, že vztah objektivní stránky kvality života, který lze ztotožnit se životní úrovní a fyzickým zdravím a subjektivně vnímanou kvalitou života (subjektivním hodnocením), je zprostředkován očekáváním. Důležitou roli zde hraje idealizovaná představa o sobě samém a svém životě (HNILICOVÁ in PAYNE A KOL., 2005).

#### **2.4.3 Kvalita života a cirkadiánní rytmus**

Fyziologickou oblastí z hlediska kvality života jsou cirkadiánní rytmy, které se týkají kvality spánku v návaznosti na dobu usínání, dobu spánku a dobu vstávání ve všedních a víkendových dnech (VOJTOVÁ, VAŠINOVÁ, KŘEŠTAN, 2011, s. 3).

Termín cirkadiánní rytmus pochází z latinského *circa diem*, což znamená „asi den“. Jedná se zhruba o 24 hodinový cyklus. Cirkadiánní rytmus reguluje všechny tělesné rytmy, počínaje zažíváním a vylučovacími procesy, přes růst a obnovu buněk, až po vzestup a pokles tělesné teploty. Všechny tyto tělesné rytmy jsou řízené sítí nervů a chemických posílů za kontroly cirkadiánních hodin (LAVERY, 1997, s. 23).

Biologické rytmy jsou určovány podle "period" - neboli podle období, v nichž se pravidelně navracují. Zvláštní význam pro člověka má cirkadiánní rytmus. Cirkadiánní rytmus, jenž svými 24 hodinami obsáhne jeden den a noc. Tento rytmus je pro člověka



nejdůležitější a také nejlépe prozkoumaný. Týká se každé buňky v těle a určuje celý náš život. Vzestupy a útlumy aktivit v těle nejsou reakcí na polohu Slunce nebo na roční období. Cirkadiánní rytmus je "geneticky fixován", tedy stanoven v našich dědičných vlohách, a přetrvává proto i tehdy, když člověk nemůže vnímat světlo ani tmou (PFLUGBEIL, 2009).

#### ***2.4.3.1 Průběh cirkadiánního rytmu***

Každý z nás je ovlivňován cirkadiánními rytmy, ale každý má trochu jinak nastavené vnitřní hodiny. To, jaké máme vnitřní hodiny můžeme usoudit podle toho jestli jsme spíše ranní typ nebo naopak rádi „ponocujeme“. Cirkadiánní rytmus je synchronizován jako kvalitní hodinky spoluprací mozku a dat z okolního prostředí. Řada výzkumů potvrdila, že lidské tělo je vnímavé k vnějšmu světlu a tmě. Pokusy na zvířatech ukázaly, že cirkadiánní rytmy jsou řízeny z hypotalamu, dvěma hrozny neuronů, o velikosti špendlíkové hlavičky, jimž se říká suprachiasmatická jádra, zkráceně SJ. Je umístěn nad zkřížením optických nervů. O jeho důležitosti pro spánkový rytmus svědčí např. fakt, že lidé kteří mají oblast SJ z různých příčin zničenou, spí a bdí zcela bez jakéhokoli systému, nepravidelně beze stopy po cirkadiánních rytmech (PRAŠKO, ČERVENÁ, ZÁVĚŠICKÁ, 2004).

Fungují tak, že světlo procházející okem je přeměňováno na neurální signály posílané zrakovým nervem do zrakové oblasti mozkové kůry. Některé axony těchto zrakových nervů a informace, které přinášejí o světle jsou směřovány do SJ. Epifýza tvaru hrášku usazená uprostřed mozku také hraje důležitou roli. Jakmile se začne stmívat, epifýza začne vylučovat melatonin – který usnadňuje spánek, protože řekne tělu, že venku je tma. Když na sítnici dopadne světlo, vylučování melatoninu se zpomalí (KASSIN, 2007). Vylučování melatoninu nabývá vrcholu v době kdy je minimální příjem světelného signálu. Kolísání jeho hladiny přenáší informaci o cirkadiánním rytmu do celého organismu a podporuje synchronizaci činnosti většiny systémů a funkcí (ŠONKA A KOL., 2004).

Cirkadiánní rytmus zajišťuje, že tělesné funkce a spánek probíhá v přibližně 24 hodinovém cyklu. Někteří lidé jsou řízeni rytmem o něco delším než 24 hodin, jiní o něco kratším. Zevní faktory, známé jako nastavovači času, náš běh udržují podle stejného 24 hodinového cyklu. Světlo a tma, aktivita a inaktivita, hluk a ticho mohou všechny působit jako nastavovači času. Bez těchto zevních podnětů bychom spali a

probouzí se v pravidelných intervalech tak, jak je diktováno cirkadiánním rytmem, jednoduše proto, že je tak naše tělo naprogramováno. Avšak nastavovači času regulují tento rytmus tak, že chodíme spát přibližně ve stejnou dobu a podobně ve stejnou dobu vstáváme (LIVERY, 1998, s. 24).

Cirkadiánní rytmus je pravidelně se opakující, přibližně 24 hodinový průběh změn fyziologické funkce a jejich kvantitativních a kvalitativních parametrů, při němž příslušná funkce dosahuje speciálního stavu (maxima, minima, rovnováhy aj.), a to vždy v určitou denní dobu. Vnitřním mechanismem cirkadiánního rytmu jsou tzv. biologické hodiny, neboli pacemaker cirkadiánního rytmu. Pacemakerem cirkadiánního rytmu je tedy zřejmě *suprachiasmaticus* (SEDLÁČEK in TROJAN A KOL., 2003).

Další cirkadiánní funkce uvádí Šonka Karel v knize *Poruchy spánku a bdění*. Sekrece prolaktinu (růstového hormonu) je ve dne nízká a ve spánku je mírný sekreční vrchol, ten je však závislý na cirkadiánním rytmu. Aldosteron má vyšší koncentrace na konci noci a nízké na konci dne Jeho hladiny nejsou závislé na stádiích spánku ale na cirkadiánním rytmu. Melatonin velice důsledně dodržuje cirkadiánní rytmus, v noci má sekreční maximum. Vztah sekrece melatoninu a cirkadiánní rytmicity je nejspíše vzájemný, protože aplikace melatoninu může změnit aktuální denní fázi organismu. Tohoto jevu se využívá pro rychlejší sladění pacemaku s vnějším časem při rychlé změně časových pásem (ŠONKA in NEVŠÍMALOVÁ, ŠONKA, 1997).

#### **2.4.3.2 Ranní a večerní typy**

Podle doby vstávání a uléhání a denního průběhu čilosti se někdy lidé dělí na „skřivánky“ (ranní „typy“) a „sovy“ (večerní „typy“). Zdá se, že to, zda je člověk skřivánkem či sovou, je přibližně stejnou měrou ovlivňováno výchovou a prostředím na jedné straně a biologickými faktory na straně druhé. Biologické hodiny skřivánek se oproti sovám asi o dvě hodiny předbíhají, což se dá zjistit například pomocí měření rytmu v tělesné teplotě. Sovy mají problémy s časným ranním vstáváním, často se ráno cítí unavené a ospalé, ale na druhou stranu vydrží večer déle čilé (SKOČOVSKÝ, ŠIMEČKOVÁ in SMÉKAL A KOL., 2004).

Lidé typu skřivani usínají i před 22. hodinou a budí se spontánně brzy ráno. Naopak lidé typu sovy neusnou před půlnocí a o to později se ráno probouzí. To jestli jsme spíše typem skřivánka, či sovy, je dědičné a závisí to zejména na genech přítomných v buňkách *suprachiasmatického* jádra. Velice často tedy naše spánkové návyky

odpovídají zvykům našich nejbližších příbuzných a jen obtížně je můžeme měnit (PRAŠKO, ČERVENÁ, ZÁVĚŠICKÁ, 2004).

Skočovský a Šimečková provedli výzkum u souboru přibližně 100 jedenáctiletých dětí, kterým zadali krátký dotazník ranních a večerních typů. Obsahoval otázky, které se týkaly upřednostňované doby vstávání a uléhání, kdyby si děti samy mohly určovat denní program, obtíží s ranním vstáváním, průběhu čilosti během dne a podobně. Děti s večerní preferencí podle očekávání později vstávaly a chodily spát jak ve školní dny, tak o víkendu, během školních dní spaly kratší dobu než děti ranního typu a o víkendu spaly nejdéle. Ve vztahu ke škole se ukázaly některé další souvislosti: oproti ranním a večerním typům večerní typy podle hodnocení třídního učitele častěji během vyučování vyrušovaly. Tyto děti také samy nejméně často uváděly, že rády chodí do školy. Na závěr výzkumu autoři uvádí, že příslušnost k určitému „typu“ představuje pouze jeden z mnoha faktorů, které na dítě působí a není tak hlavní příčinou problémového chování, to je nutné si uvědomit (SKOČOVSKÝ, ŠIMEČKOVÁ in SMÉKAL A KOL., 2004).

Z přednášky prof. Tetsuo Harady, Phd. z roku 2010, který byl zaměřen na děti i studenty, vychází, že cirkadiánní typ ranní je pro člověka mnohem zdravější. Výhody ranních typů: určil 3 benefity (prospěšné zdraví)

1. Lepší známky ve škole: Pokud pozdě usínáme (po půlnoci) a brzy vstáváme ochuzujeme se o nejdlejší fázi REM spánku (přijdeme o 50 – 75% REM spánku). V níž dochází k regeneraci a rekonstrukci paměti. Což se tedy projevuje tím, že se dopouštíme chyb, neděláme správná rozhodnutí, sklony k depresím, podrážděnost, vztek.
2. Redukce nadváhy, netrpí obezitou: Ranní typy se prokazatelně více pohybují, mají více aktivit, rychlejší metabolismus, tedy rychlejší spalování tuků.
3. Udržuje si mladistvost, vitalitu: V NREM spánku je syntetizován růstový hormon. Nejvyšší produkce hormonu u dospělých je kolem 10. hodiny večer, u dětí v 8 – 9 hodin večer. Pokud máme dostatek NREM spánku rychleji se vzpamatujeme z mikrotraumat (u sportovců), u žen regenerace z hlediska krásy (méně vrásek, kůže pomaleji stárne), pravidelnější menstruace.

## **2.5 Ústavní výchova**

Ústavní výchova jako jedna z forem náhradní výchovy je z hlediska hmotně právního upravena v zákoně o rodině a v předpisech, které upravují její výkon, způsob péče o děti a úhradu za pobyt atd. (NOVOTNÁ, FEJT, 2009, s. 76). Ústavní výchova je

soudem nařizována u dětí z rodin, kde jim není věnována dostatečná péče nebo kde je jejich výchova vážně ohrožena. V těchto institucích musí být zajištěno základní právo každého dítěte na výchovu a vzdělání v návaznosti na ústavní principy a mezinárodní smlouvy o lidských právech a základních svobodách, vytvářeny podmínky podporující sebedůvěru dítěte, rozvíjející citovou stránku jeho osobnosti a umožňující aktivní účast dítěte ve společnosti. S dítětem může být zacházeno v zájmu plného a harmonického rozvoje osobnosti s ohledem na potřeby jeho věku (PÁVKOVÁ A KOL., 2002, s. 135).

V zákoně č. 109/2002 Sb. o výkonu ústavní výchovy a ochranné výchovy ve školských zařízeních a o preventivně výchovné péči ve školských zařízeních a o změně jiných zákonů jsou uvedeny tyto druhy zařízení:

- diagnostické ústavy,
- dětské domovy,
- dětské domovy se školou,
- výchovné ústavy pro mládež.

Zařízení mohou být diferencována podle věku, mentální úrovně, zdravotního postižení, stupně obtížnosti výchovy, popřípadě i podle pohlaví svěřenců (PILÁŘ in JEDLIČKA A KOL., 2004, s. 307).

### ***2.5.1 Historie dětských domovů od konce 19. století do konce 20. století***

Za první předchůdce dnešních dětských domovů můžeme považovat dřívější sirotčince a útulky, které byly budovány již koncem minulého století. Jejich zakladatelé a vydržovatelé byli zpravidla šlechtici nebo církve. Na přelomu století vstoupil mezi zakladatele a vydržovatele těchto zařízení veřejný prvek. Vznikaly sirotčince a útulky zakládané a vydržované obcemi. Dalším činitelem, který zakládal a udržoval zařízení tohoto typu, byly charitativní spolky. Spolkové ústavy vznikaly z obdobných principů jako ústavy soukromé a obecní, postupně však dostávaly stále více ráz institucí veřejných a přejímaly péči o osiřelé děti neomezeně. V období těsně před a po první světové válce se ujaly péče o tuto kategorii dětí okresní péče o mládež, poloveřejné instituce, které na spolkovém podkladě sdružovaly dobrovolné pracovníky k péči o mládež. Okresní péče o mládež začaly postupně a soustavně budovat síť okresních dětských domovů na pokrokovější základně, než byly staré sirotčince, což měl vyjadřovat také nový název – dětské domovy. Do roku 1948, kdy činnost okresních péčí o mládež zanikla, byly vybudovány okresní dětské domovy ve velké většině okresů.

Dětské domovy v tomto období byly budovány jako malé ústavy rodinného typu pro 15 – 25 dětí, v nichž si pěstounka – správkyň měla počínat jako matka těchto dětí. Hospodaření bylo jen z části dotované státem, a tak byl provoz domova závislý na tom, kolik prostředků se podařilo získat různými dobročinnými akcemi, sbírkami a podniky. Obrat v organizaci a pojetí péče o děti vyžadující z různých důvodů pomoc společnosti nastal až po druhé světové válce. Okresní péče o mládež jako poloveřejná instituce a jiné dobrovolné spolky byly zrušeny a jejich úkoly převzaly v roce 1949 národní výbory. Ústavní výchově dosud závislé převážně na dobročinnosti, se tak dostalo pevného a právního zajištění. Dětskými domovy přestaly být charitativními sociálními institucemi a staly se zařízeními výchovnými. Jednu z nejpodstatnějších změn ve vývoji dětských domovů přineslo vydání ideového záměru ministerstva školství ČSR o koncepci dětských domovů v roce 1970, jehož postupná realizace byla umožněna vydáním organizačních směrnic pro dětské domovy, zvláštní výchovná a diagnostická zařízení. Zavádění nové koncepce dětských domovů souviselo s podstatným zkvalitněním materiálních, sociálních i personálních podmínek, což se příznivě odrazilo ve výsledcích výchovně vzdělávací práce. Úpravy v organizaci těchto zařízení výrazně omezily časté a nežádoucí přesuny dětí a položily základy komplexní, systematické a všestranné péče o děti a mládež s nařízenou ústavní výchovou (ŠVANCAR, BURIÁNOVÁ, 1988).

### **2.5.2 Dětský domov**

Dětské domovy jsou nejrozšířenějším typem zařízení zajišťující ústavní výchovu. Jsou to koedukovaná zařízení určená pro děti ve věku od 3 do 18 let, popř. až do ukončení přípravy na povolání. Nejdéle však 26 let. Do dětských domovů se umísťují děti z afunkčního či dysfunkčního rodinného prostředí, u nichž ještě nedošlo vlivem zanedbání výchovy k závažným poruchám chování, děti dlouhodobě nemocných rodičů nebo děti osiřelé, které z různých důvodů nemohou být osvojeny ani svěřeny do pěstounské péče. Do dětského domova mohou být přijímány i nezletilé matky spolu se svými dětmi (PÁVKOVÁ A KOL., 2002, s. 136).

Podle zákona č. 109/2002 je v dětském domově základní organizační jednotkou koedukovaná rodinná skupina dětí zpravidla různého věku a pohlaví. Struktura i denní režim a systém komunikace, včetně hospodaření se svěřenými prostředky, má za úkol přizpůsobit dětský domov co nejvíce zvyklostem běžné rodiny. Sourozenci se vzhledem

k žádoucímu udržení rodinných vazeb zpravidla zařazují do jedné skupiny (PILAŘ in JEDLIČKA A KOL., 2004, s. 310).

Pravidla pro umístění a život dětí v dětském domově jsou stanovena zákonem č. 109/2002 Sb., ve znění pozdějších předpisů a Školským zákonem. Všechny dětské domovy jsou rodinného typu, což znamená, že jsou rozděleny do rodinných skupin po 6-ti až 8-mi dětech, o které se starají pedagogičtí pracovníci. Jednotlivé byty mají většinou tři pokoje po dvou až třech dětech, sociální zařízení, obývací pokoj a kuchyňku (informační bulletin dětských domovů ve Zlínském kraji). V dětském domově je možné zřídit nejméně dvě, nejvíce šest rodinných skupin (PILAŘ in JEDLIČKA A KOL., 2004, s. 310).

### **2.5.3 Dětský domov se školou**

Dětský domov se školou zajišťuje péči o děti s nařízenou ústavní výchovou nebo uloženou ochrannou výchovou. Jedná se o děti, u nichž se vyskytují závažné poruchy chování nebo děti, které pro svou přechodnou nebo trvalou duševní poruchu vyžadují výchovně-léčebnou péči nebo nemohou být vzdělávány ve škole mimo dětský domov. Do dětského domova se školou mohou být zpravidla umisťovány děti od šesti let do ukončení povinné školní docházky. V rodinné skupině žije 5-8 dětí (PÁVKOVÁ A KOL., 2002, s. 138).

### **2.5.4 Dětské domovy ve Zlínském kraji**

Statistika z roku 2011/2012 uvádí dvanáct dětských domovů ve Zlínském kraji. Počet svěřenců se průběžně mění podle aktuální situace a potřeby, k 31. 10. 2011 je uvedeno 253 dětí v těchto dětských domovech. (zkola.cz,



Obrázek č. 1

2012, online). Dětské domovy Zlínského kraje za sebou mají komplexní rekonstrukce budov. Tyto koncepčně a finančně zajistil Zlínský kraj, který jako první v republice začal plnit zákon č. 109/2002 Sb. Proto jsou v současnosti dětské domovy zlínského kraje na evropské úrovni, odpovídají všem legislativním požadavkům. Každý dětský domov podléhá pravidelným kontrolám státních zástupců, sociálních pracovníků, pracovníků Zlínského kraje, který je zřizovatelem domovů. Dětské domovy spolupracují s různými organizacemi se sponzory – Nadace Terezy Maxové, Nadace Děti – Kultura – Sport, Nadační fond manželů Livie a Václava Klausových, Nadace

Plaváček, VDV Nadace Olgy Havlové, Chance 4 Children. Rovněž spolupracují s domovy dětí a mládeže, školami různého typu, občanskými sdruženími a dalšími organizacemi, které jim pomáhají ulehčit osud nebo naopak prezentovat jejich šikovnost na veřejnosti (Informační bulletin dětských domovů ve Zlínském kraji).

Dětské domovy ve Zlínském kraji:

- ★ Dětský domov Bojkovice
  - ★ Dětský domov Kroměříž
  - ★ Dětský domov Zašová
  - ★ Dětský domov Vizovice
  - ★ Dětský domov Zlín
  - ★ Dětský domov Uherský Ostroh
  - ★ Dětský domov Uherské Hradiště
  - ★ Dětský domov Valašské Meziříčí
  - ★ Dětský domov a Základní škola Vizovice
  - ★ Dětský domov a Základní škola Liptál
  - ★ Dětský domov, Základní škola speciální a Praktická škola Zlín
  - ★ Dětský domov, Základní škola a Praktická škola Valašské Klobouky
- (zkola.cz, 2012, online).



Obrázek č. 2 s vlastní úpravou

## 2.6 Rizika ústavní výchovy

Vliv ústavní výchovy na psychický vývoj dítěte podle Koluchové:

1. V ústavní výchově nemá dítě možnost vytvořit si hluboký citový vztah k jedné osobě, která by mu plnila funkci mateřské osoby. Čím hlubší vztah si dítě ke „své“ sestře nebo vychovatelce vytvoří, tím hůře pociťuje denní odlučování od ní a vědomí, že mu nepatří, že má svou rodinu; odloučení při přemístění do dalšího domova může být pro dítě značnou traumatizací.
2. Většina dětí vystřídá více ústavních zařízení. Přemísťování dítěte v jednom roce a ve třech letech, kdy dojde k přerušení všech vztahů má za následek separační úzkost. Reakce se liší, ale vždy jde o velmi traumatizující zásah do jeho vývoje. Změna prostředí vyvolává řadu potíží a poruch, od

neurotických projevů, přes depresivní rozlady, různé závady v chování až po apatickou otupělost.

3. Dětem útlého věku chybějí především citové a sociální podněty. Jedná se o tělesný kontakt, verbální i nonverbální komunikaci, způsob a úroveň akceptace dítěte apod. Dětem předškolního a školního věku chybějí hlavně modely vztahů v rodině a v širší společnosti, mají nedostatek příležitostí pro osobní iniciativu a zodpovědnost. Osobní čas v dětském domově je příliš svázán, organizován což je pak příčinou různých selhání v sociálním začlenění, adolescenci a v dospělosti.
4. Hlavním a neodstranitelným nedostatkem dětských domovů je ukončení jejich výchovného působení a sociální ochrany ve zranitelném období puberty. V případě ukončení pobytu v 18 letech se nic nemění. Ani v tomto věku není mladý člověk zcela sociálně zralý, někdy si právě v té době uvědomí tíhu toho, že je bez rodiny a osamocen (KOLUCHOVÁ, 1987).

*Hospitalismus* je nejzávažnějším rizikem dlouhodobého pobytu v ústavu. Je to stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky, doprovázený snižující se schopností adaptace na neústavní „civilní“ život. V ústavu mívá klient úplné zaopatření, někdo pro něj vaří, někdo se stará o jeho finance, někdo vytváří příležitosti k mimopracovním aktivitám atd. Dalším rizikem pobytu v ústavu je *ztráta soukromí*. Existují však dětské domovy v nichž děti vytvářejí „rodinné“ skupiny, kterým se věnují stále tíž vychovatelé. Děti bydlí po dvou nebo po třech. Jde-li o dospívající děti, jejich soukromí je chráněno podobně jako v přirozené rodině (MATOUŠEK, 1999, s. 118).

### **2.6.1 Psychická deprivace**

Deprivace značí ztrátu něčeho, strádání nedostatkem uspokojení nějaké důležité potřeby. Nejde o strádání fyzické, ale výlučně o nedostatečné uspokojení základních potřeb duševních, (psychická deprivace). Všeobecně se má za to, že dítě ke svému zdravému vývoji v prvé řadě potřebuje citovou vřelost, lásku. Dostává-li se mu dosti sympatie a citové podpory, pak to vynahradí i nedostatek jiných psychických prvků – např. nedostatek smyslových podnětů, nedostatek hraček, nedostatek výchovy a vzdělání. Matějček uvádí definici psychické deprivace v knize psychická deprivace v dětství. „*Psychická deprivace je psychický stav vzniklý následkem takových životních*



*situací, kdy subjektu není dána příležitost k ukojení některé jeho základní (vitální) psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu“.* Následky psychické deprivace se projeví tím, že jedinec v důsledku dlouhodobého neuspokojení potřeb nebude schopen přizpůsobit se situacím, které jsou v dané společnosti žádoucí (MATĚJČEK, LANGMAIER, 2011).

Tradiční ústavní péče o děti, které nemají rodiče má riziko dobře známé a dobře pojmenované: depriváční syndrom. Deprivované ústavní děti při srovnání se svými vrstevníky vychovávanými v rodinách jako méně nadané, pomalejší úzkostné a bojácné, zatížené mnoha druhy zlovyků. Tyto následky ústavní výchovy nazývané depriváčním syndromem jsou tím vážnější a tím hůře odstranitelné, čím dříve se dítě do ústavní péče dostalo a čím déle v ní bylo. Děti vychovávané ve větších skupinách, v nichž se na směny mění pečující osoby, jsou několikanásobně méně než v rodině podněcovány ze strany dospělého (MŮHLPACHR, 2001, s. 35).

Od padesátých let se publikovaly důkladné studie dětí vyrůstajících v podmínkách dětských domovů a jiných zařízení tzv. kolektivní výchovou. Byla objevena *psychická deprivace*, zkoumaly se její příčiny a hledaly se cesty nápravy a prevence. Známý anglický dětský psychiatr John Bowlby dokázal spojit poznatky depriváční s poznatky moderní etologie, čili vědy o chování zvířat v přirozených podmínkách. Ve svých výzkumech zjistil, že citový vztah dítěte k „jeho“ lidem se zakládá nikoliv na tom, že tito lidé mu působí nějakou příjemnost (že je např. krmí), nýbrž že mu zajišťují pocit bezpečí a jistoty (MATĚJČEK, 2007).

### **2.6.1.1 Subdeprivace**

Společenská závažnost jednotlivých forem a stupňů psychické deprivace není vždy přímo úměrná hloubce a závažnosti, v jaké postihují určitého jedince. Právě v posledních desetiletích zřejmě stoupá společenský význam lehčích forem psychické deprivace (označovaných jako „subdeprivace“). Ty nevedou sice k sociální invalidizaci postiženého jedince, ale představují zřejmě významnou složku v stoupajícím výskytu agresivity, šikanování a jiných forem náhradního uspokojování vyšších psychických potřeb, ve stoupajícím výskytu delikvence, toxikomanie, poruch rodinného soužití aj. (DUNOVSKÝ, DYTRYCH, MATĚJČEK A KOL., 1995).

Matějček Zdeněk měl možnost účastnit se čtyř velkých výzkumných projektů, které u nás probíhali v posledních dvaceti letech. Sledovali děti, které se narodily

prokazatelně z nechtěného těhotenství, děti z rodin otců – alkoholiků, děti narozeny nemanželsky a děti z rozvedených rodin pět let po rozvodu. Všechny čtyři skupiny dětí byly ve školním věku a byly vyšetřeny stejným postupem a stejnými metodami. Výsledky byly překvapivé. Tři z těchto čtyř skupin měly podobné výsledky, tj. jakousi deprivaci v mírnějším vydání, takže ji označili jako *subdeprivaci*. Skupina dětí z rozvedených rodin byly nejméně dotčené subdeprivací. Děti zažívají otřesy, traumata, konflikty, frustrace, jsou neurotizováni domácím napětím ale jejich postižení je zasáhlo až později v životě. Zpočátku jim pocit bezpečí a jistoty nechyběl (MATĚJČEK, 2007).

## **3 CÍLE A ÚKOLY**

### ***3.1 Cíl práce***

Obecným cílem bakalářské práce bylo zjistit kvalitu života u dětí v domovech pro děti ve věku od 10 – 18 let ve vybraných zařízeních Zlínského kraje. Jedná se o Dětský domov Uherské Hradiště, Uherský Ostroh, Kroměříž a Valašské Meziříčí, Bojkovice a Dětský domov a Základní školu Liptál. Specifickým cílem bylo zjistit kvalitu života ve vybraných oblastech života. Jedná se o oblast zdraví, spokojenosti a cirkadiánní typologie.

### ***3.2 Úkoly práce***

Úkolem bakalářské práce bylo:

- Vyhledání literárních pramenů. Obsahová analýza odborné knižní literatury a ověřených internetových zdrojů vztahující se k tématu.
- Na základě obsahové analýzy stanovit klíčová slova, cíl práce a úkoly, cílovou skupinu a metodiku mého tématu.
- Výběr některých Dětských domovů ve Zlínském kraji a spolupráce s nimi.
- Distribuce a provedení dotazníkových šetření v Dětských domovech.
- Zpracování a vyhodnocení získaných dat.
- Provedení prezentace výsledků a diskuse nad výsledky výzkumu.
- Definovat závěry z provedeného výzkumu.

### ***3.3 Výzkumné předpoklady***

1. Předpokladem je, že kvalita života s ohledem na „spokojenost se svým zdravím“ je stejná u pubescentů i adolescentů.
2. Předpokladem je, že děti ve věku od 10 - 18 let (z celkového počtu 100 alespoň z 60%) oblast spokojenosti hodnotí pozitivně.
3. Z hlediska cirkadiánní typologie jsou pubescenti ve většině (z celkového počtu 50 alespoň min. z 80%) tzv. ranní typy.

## 4 VÝZKUMNÁ ČÁST

### 4.1 Charakteristika cílové skupiny

Cílová skupina výzkumu se skládala z dětí ve věku 10 – 18 let. Tuto skupinu jsem rozdělila na pubescenty a adolescenty. Pubescenci jsem vymezila obdobím mezi 10. až 14. rokem života. Adolescenti jsem vymezila věkem od 15 do 18 let. Celkový počet probandů byl  $n=100$ , z toho  $n=50$  dětí pubescentů a  $n=50$  dětí adolescentů. Průměrný věk byl 14, 56 let.

Pro přehled jsem vybrané dětské domovy, počet pubescentů a adolescentů, dívek a chlapců zobrazila v tabulce, viz níže. Údaje je také možné najít v grafu č. 1, 2, 3.

Tabulka č. 1 Respondenti

Dětský domov	počet respondentů				
	pubescenti	adolescenti	Celkem	dívky	chlapci
Uherské Hradiště	6	8	14	9	5
Bojkovice	6	2	8	3	5
Uherský Ostroh	8	5	13	5	8
Liptál	12	16	28	12	16
Kroměříž	11	10	21	11	10
Valašské	7	9	16	7	9
<b>celkem</b>	50	50	100	47	53

### 4.2 Metodika výzkumu

#### Dotazníkové šetření

K výzkumu kvality života u dětí žijících v dětských domovech byl použit dotazník, který vychází ze standardizované podoby dotazníku Cummins (1997) ComQoL-S5. Byl upraven a přeložen týmem, který pracuje v projektu GAJU a doplněn pod vedením vedoucí bakalářské práce pro použití v českých dětských domovech. Dotazník zkoumá jednotlivé oblasti života dětí. Oblasti hodnotící kvalitu života u cílové skupiny jsou hodnoty, zdraví, sociální vztahy, zájmové aktivity, důležitost a spokojenost. Vybráno bylo také několik otázek z dotazníku Cirkadiánní typologie CIT Harada, Krejčí (2010), který se zaměřuje na režim spánku ve všedních dnech, režim spánku o víkendech a na kvalitu spánku obecně. Dotazník je možné nalézt v příloze č. 1. Vyplněné údaje dále poslouží k výzkumu, který je realizován Katedrou výchovy ke zdraví v Českých

Budějovicích v rámci projektu GAJU „Psychosociální a somatické ukazatele v komparaci k cirkadiánnímu rytmu“.

Dotazníky kvality života pro děti jsem rozlišila na dotazníky pro pubescenty a adolescenty. Obsah dotazníků je ale totožný, pouze oslovení v úvodu dotazníku je jiné. Pro pubescenty jsem zvolila oslovení milé žákyně, milí žáci a pro adolescenty milé studentky, milí studenti. Dotazník pro mne byl tak díky odlišnému oslovení lépe přehledný při zpracování.

Vzhledem k rozsáhlosti dotazníku jsem si pro zjištění kvality života u dětí žijících v dětských domovech vybrala pouze tři oblasti života, které jsem vyhodnotila. K vyhodnocení jsem si zvolila oblast zdraví, oblast spokojenosti a otázky týkající se cirkadiánní typologie.

V kategorii zdraví a spokojenosti byly jednotlivé odpovědi zařazeny do tří kategorií, po domluvě s vedoucí práce na optimální, průměrné a záporné. Dotazníky s ukázkou hodnocení je možné nalézt v příloze č. 1.

V oblasti zdraví jsem jednotlivé otázky ohodnotila pomocí škály, která napovídá zda respondent odpověděl spíše na úrovni pozitivní, průměrné nebo negativní. Dále jsem porovnávala výsledky pubescentů s adolescentů. V první otázce: Cítíš se zdrav/á? odpověď ano hodnotím jako optimální, kladnou, odpověď ne hodnotím jako zápornou. Ve druhé otázce: Kolikrát jsi navštívil lékaře za poslední 3 měsíce, hodnotím odpovědi ani jednou a 1-2 jako optimální tedy kladné, odpovědi 3-4 považuji za průměr a odpovědi 5-7 a 8 a více hodnotím jako záporné. V třetí otázce: máš nějaké zdravotní problémy? Je možnost odpovědi ano, kterou hodnotím jako zápornou a odpověď ne hodnotím jako optimální. Čtvrtá otázka souvisí s předchozí třetí otázkou, zní: Pokud jsi odpověděl/a ano, prosím, upřesni zdravotní problémy. Pokud bude uveden jeden zdravotní problém hodnotím tuto otázku jako optimální, dva zdravotní problémy už hodnotím jako průměrné a tři a více jako záporné. Další otázka zní: užíváš pravidelně nějaké léky? Odpověď ne, neužívám hodnotím optimálně, tedy kladně a odpověď ano, užívám, hodnotím jako zápornou. U šesté otázky: jsi spokojen/a se svým zdravím?, je hodnocena odpověď ano jako pozitivní, odpověď ne jako negativní. Sedmá otázka zní: Chtěl/a bys něco změnit u svého zdravotního stavu? odpověď ano hodnotím negativně, odpověď ne hodnotím jako pozitivní. Dotazníky s ukázkou hodnocení jsou možné nalézt v příloze, viz příloha 1.

Kategorie spokojenosti obsahují otázky s dotazy na spokojenost se zdravím a štěstím, s životními cíli, s aktivitami, které děti provozují, se vztahy v rodině i mimo ni,

s pocitem bezpečí, důvěrou v sebe sama, a materiálním vlastněním věcí. Nabízené odpovědi v dotazníku kvality života v kategorii spokojenosti jsou rozděleny do 7mi stupňové škály, př. „, od nadšení - až po absolutní nespokojenost“ (VOJTOVÁ, VAŠINOVÁ, KŘEŠŤAN, 2011).

Otázky týkající se cirkadiánní typologie, které jsem si vybrala a které jsem hodnotila se zabývají režimem spánku ve všedních dnech a o víkendech. Otázky se zaměřují na dobu vstávání, čas usínání, maximální čas do usnutí a problémy se vstáváním a usínáním. Pokud respondent odpovídá, že doba vstávání ve všední den i o víkendu je 7 hodin a méně a problémy se vstáváním nemá žádné nebo zřídka kdy, považuji ho za ranní typ. Pokud odpoví v 8 a více hodin a problémy se vstáváním má vždy nebo často, respondenta považuji za večerní typ. Jestliže odpovídá na otázku týkající se doby usínání v rozmezí 20:00 - 21:59 ve všední dny i o víkendech a problémy s usínáním nemá žádné nebo zřídka kdy, považuji ho za ranní typ. Jestliže odpovídá 22:00 hodin a více a problémy s usínáním má vždy nebo často, považuji ho, za večerní typ.

#### *Statistické metody*

Získané údaje z dotazníků byly přepsány do elektronické podoby v programu Microsoft Office Excel. Jednotlivé údaje jsem vypsala do tabulky a vyhodnotila tak vybrané oblasti kvality života. Jednotlivé oblasti byly vyhodnoceny jednoduchou čárkovací metodou. V kategorii zdraví a spokojenosti byla podle škály vyhodnocena četnost optimálních, průměrných a záporných odpovědí u každé otázky zvlášť. V oblasti zdraví byly také porovnány odpovědi u pubescentů a adolescentů. Také jsem určila jestli převažují více odpovědi pozitivní tedy optimální nebo negativní v obou oblastech. U kategorie cirkadiánní typologie jsem porovnávala údaje vždy ve všedních dnech a o víkendech. Výsledky jsou v této práci znázorněny graficky i tabulkově s absolutním a procentuálním vyjádřením.

#### **4.3 Organizace výzkumného šetření**

Vybrala jsem si šest dostupných dětských domovů, které jsem oslovila a na základě souhlasu s řediteli DD jsem začala s dětskými domovy spolupracovat. Dotazníkové šetření probíhalo v Dětských domovech Uherské Hradiště, Uherský Ostroh, Bojkovice, Kroměříž, Valašské Meziříčí a Dětském domově a Základní škole Liptál.

Nejdříve jsem kontaktovala všech šest dětských domovů. Po domluvě s řediteli se souhlasem dotazníkového šetření v jejich domově jsem realizovala praktickou část tohoto výzkumu. Původně jsem se domnívala, že dětské domovy navštívím osobně a dotazníky tak vyplním s dětmi sama. Tato domněnka se mi však vyplnila pouze v jednom případě, a to v Dětském domově v Bojkovicích. Po doporučení dětských domovů Kroměříže a Uherského Ostrohu jsem dotazníky pouze odevzdala na místo a to, jak mi bylo řečeno z důvodu toho, že mě děti neznají a dotazníky by tak mohly být zkreslené. Vyplňoval je s nimi tedy vychovatel. V Dětských domovech Uherské Hradiště, Valašské Meziříčí a Dětském domově a Základní škole Liptál jsem dotazníky také jen osobně předala vedení a to z důvodu nejen dostupnosti dětských domovů. Jelikož některé starší děti během týdne bydlely na kolejích v jiných městech nebylo tedy možné se sejit se všemi dětmi najednou a realizovat tak vyplňování dotazníků přímo s nimi.

Jak už jsem zmínila osobně jsem s dětmi vyplňovala dotazníky pouze v Dětském domově v Bojkovicích. Po telefonické domluvě jsem přijela do domova za účelem dotazníkového šetření, které mi zde bylo umožněno bez problému. Nejprve jsem měla schůzku s ředitelkou domova, která mě seznámila s aktuálním počtem dětí v bytových jednotkách a poté mě provedla po budově. Následovalo vyplňování dotazníků, které probíhalo ve společenské místnosti. Dotazníky vyplňovalo osm dětí ve věku od 10 do 18 let, což bylo rozmezí cílové skupiny. V průběhu jsem dohlížela na správnost vyplnění otázek, tak že jsem odpovídala na dotazy, které mi byly kladeny ze strany dětí. Dotazníky byly nakonec úspěšně vyplněny, bylo mi tedy vráceno 100 procent dotazníků.

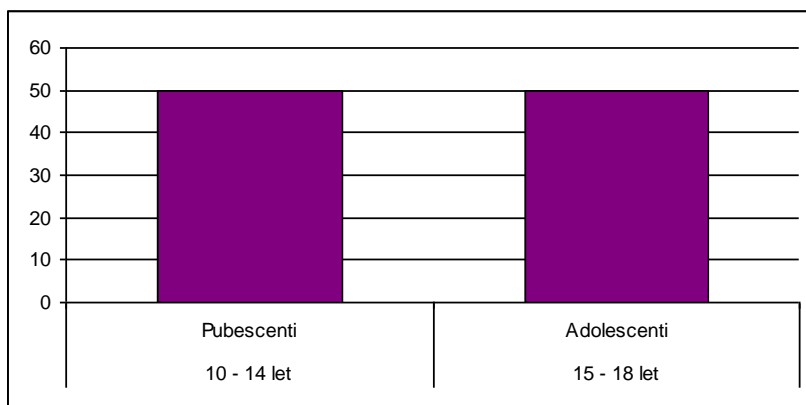
## 5 VÝSLEDKY A DISKUZE

V následující části bakalářské práce jsou vyhodnocena sesbíraná data, která jsou zpracována do grafů, viz. níže. Nad každým grafem se nachází popisek, v němž je uvedeno, co bylo v grafu zjištěno. O výsledcích dále diskutuji v podkapitole diskuze, kde se podrobněji zabývám zjištěnými údaji.

### 5.1 Výsledky

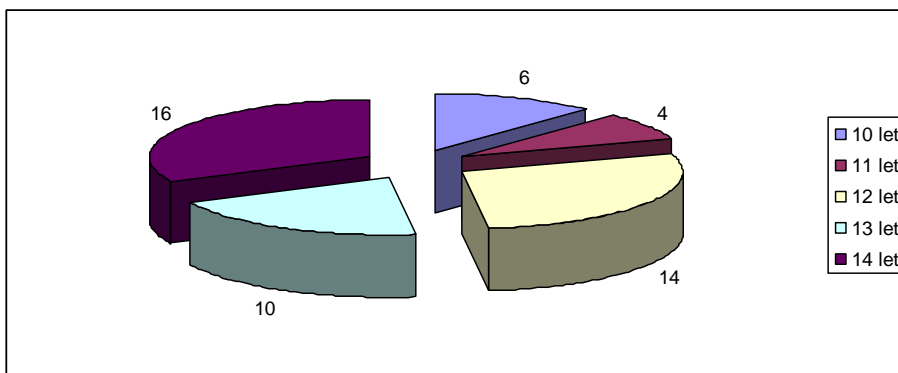
Z celkového počtu  $n=100$  (100%) respondentů bylo  $n=50$  (50%) pubescentů ve věku 10 – 14 let a  $n=50$  (50%) adolescentů ve věku 15 – 18 let. Viz graf č. 1

Graf č. 1 Věkové rozdělení pubescentů, adolescentů



Z celkového počtu  $n=50$  (100%) pubescentů ve věku 10 – 14 let mělo 10 let  $n=6$  (12%) respondentů, 11 let bylo zastoupeno  $n=4$  (8%) respondenty, 12 let bylo v zastoupení  $n=14$  (28%) respondentů, ve věku 13 let bylo  $n=10$  (20%) respondentů. Největší počet pubescentů bylo ve věku 14 let v zastoupení  $n=16$  (32%) respondentů.

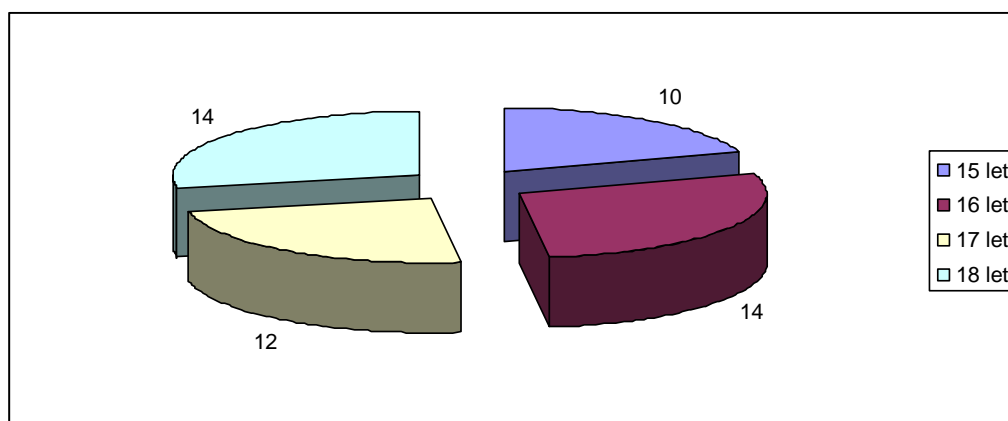
Graf č. 2 Počet pubescentů v daném věku





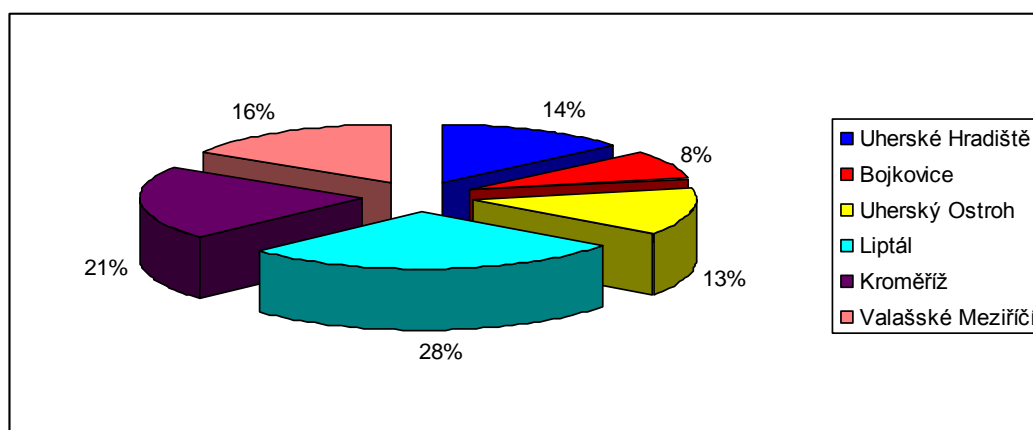
Z celkového počtu  $n=50$  (100%) adolescentů ve věku 14 – 18 let bylo respondentů ve věku 15 let  $n=10$  (20%), 16 let bylo zastoupeno  $n=14$  (28%) respondenty, 17 let mělo  $n=12$  (24%) respondentů a 18 let se vyskytovalo u  $n=14$  (28%) respondentů. Největší počet adolescentů byl zastoupen respondenty ve věku 16 a 18 let.

Graf č. 3 Počet adolescentů v daném věku



Z šesti náhodně vybraných dětských domovů bylo  $n=14$  (14%) respondentů z Dětského domova Uherské Hradiště,  $n=8$  (8%) respondentů z Dětského domova Bojkovice,  $n=13$  (13%) respondentů z Dětského domova Uherský Ostroh,  $n=28$  (28%) respondentů z Dětského domova a Základní školy Liptál,  $n=21$  (21%) respondentů z Dětského domova Kroměříž a  $n=16$  (16%) respondentů z Dětského domova Valašské Meziříčí.

Graf č.4 Počet dětí ve vybraných dětských domovech

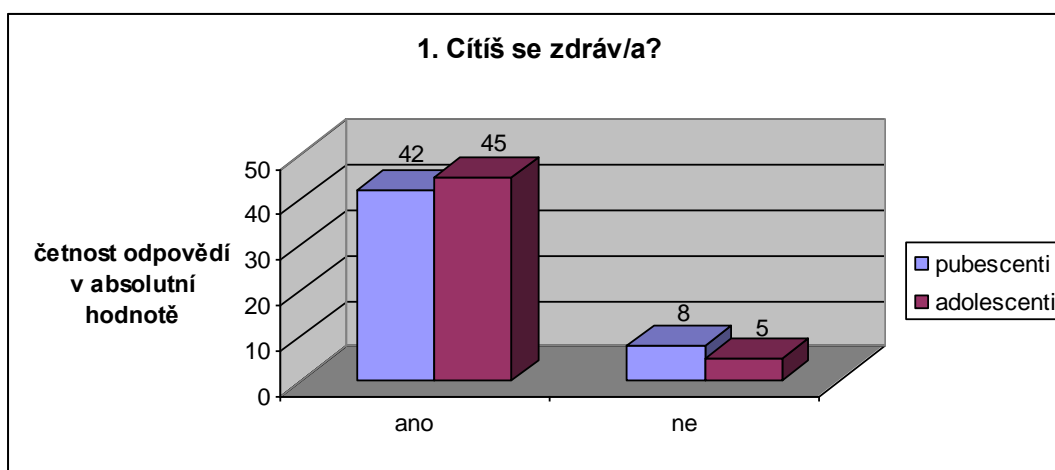


- Oblast zdraví

### 1. Cítíš se zdrav/a?

V níže uvedeném grafu je znázorněna četnost odpovědí, týkajících se pocitu zdraví u pubescentů a adolescentů zvláště. Většina pubescentů (84%)  $n=42$  respondentů se cítí zdravých z toho (16%), tedy  $n=8$  pubescentů se zdravě necítí. Adolescentů odpovídajících ano, tedy pozitivně hodnotící pocit zdraví je (90%), tedy  $n=45$  adolescentů odpovídá ano. Pouze (10%) adolescentů, tedy  $n=5$  respondentů odpovídá ne, svůj pocit zdraví tedy hodnotí negativně. Graf ukazuje, že pubescenti i adolescenti více jak z 80% hodnotí své zdraví pozitivně.

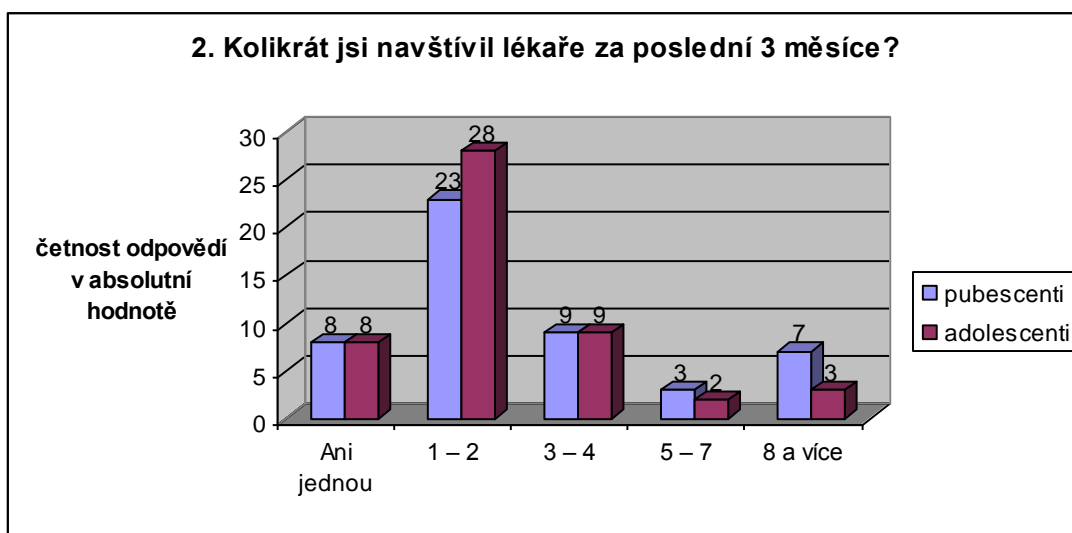
Graf č. 5 Pocit zdraví u pubescentů  $n=50$  a adolescentů  $n=50$



### 2. Kolikrát jsi navštívil lékaře za poslední 3 měsíce?

Níže uvedený graf popisuje počet návštěv u lékaře za poslední 3 měsíce u pubescentů i adolescentů zvláště. Nejčastější odpovědí byla návštěva lékaře 1 – 2krát za poslední 3 měsíce. Pubescentů odpovědělo  $n=23$  (tedy 46%) a adolescentů  $n=28$  (tedy 56%). Pubescentů  $n=8$  (16%) a  $n=8$  adolescentů (16%) odpovědělo ani jednou. Návštěvu lékaře 3 – 4krát za poslední 3 měsíce odpovědělo  $n=9$  (18%) pubescentů a  $n=9$  (18%) adolescentů, tedy stejný počet. Nejméně respondentů navštívilo lékaře za poslední 3 měsíce 5 – 7krát. Pubescentů odpovědělo  $n=3$  (tedy 6%) a adolescentů  $n=2$  (tedy 4%). Lékaře 8 a vícekrát navštívilo  $n=7$  (14%) pubescentů a  $n=3$  (6%) adolescentů. Návštěvnost u lékaře je u pubescentů i u adolescentů velmi podobná.

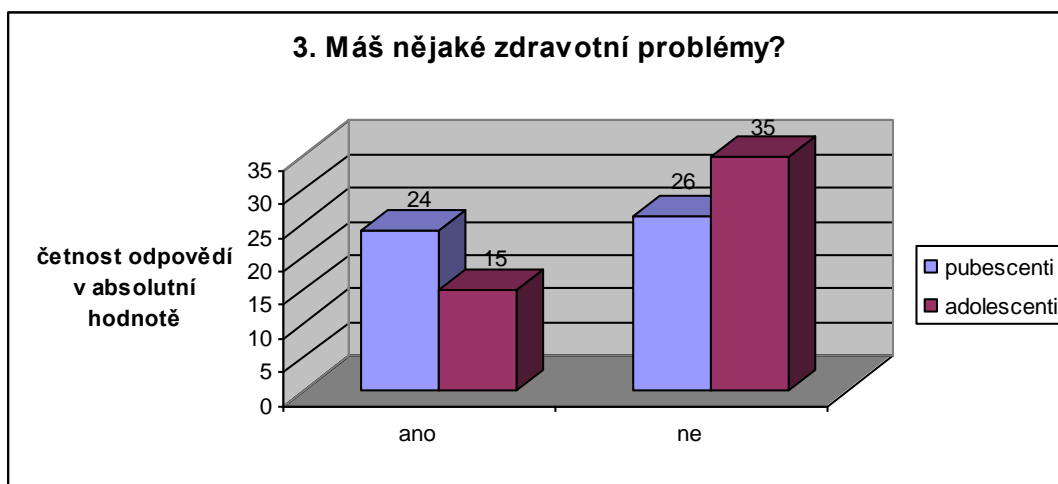
Graf č. 6 Četnost návštěv u lékaře



### 3. Máš nějaké zdravotní problémy?

V níže uvedeném grafu je znázorněna četnost odpovědí týkající se zdravotních problémů u pubescentů a adolescentů. Z grafu vyplývá že, nejméně zdravotních problémů mají adolescenti. Z celkového počtu  $n=50$  adolescentů  $n=35$  (70%) odpovídá ne, tedy že nemají žádné zdravotní problémy. Z  $n=50$  pubescentů odpovídá ne,  $n=26$  (52%). Co se týče respondentů majících nějaký zdravotní problém je to  $n=24$  (tedy 48%) pubescentů a  $n=15$  (tedy 30%) adolescentů.

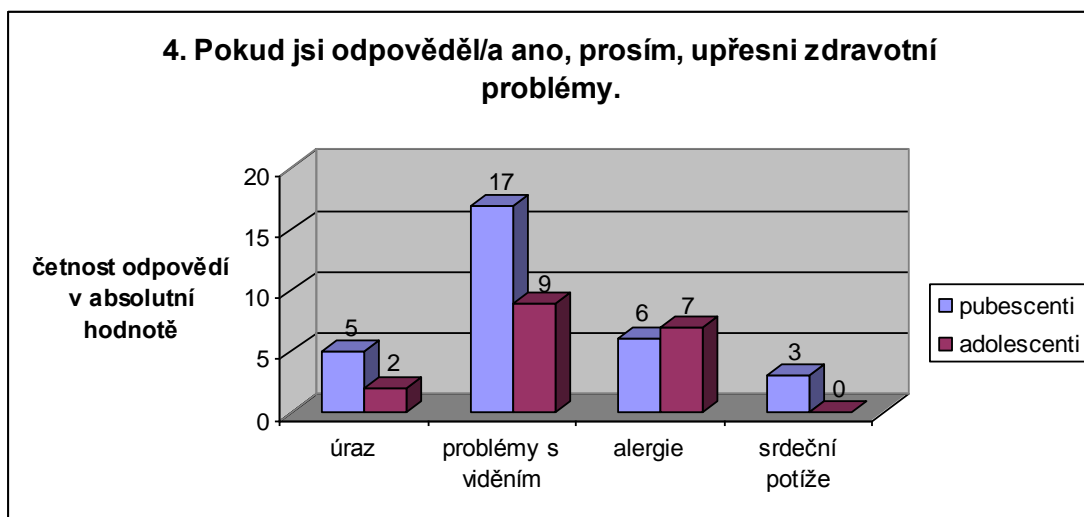
Graf č. 7 Četnost zdravotních problémů



4. Pokud jsi odpověděl/a ano, prosím, upřesni zdravotní problémy.

Následující graf se vztahuje k předchozímu. Týká se respondentů, kteří v předešlé otázce odpovídali na přítomnost zdravotního problému kladnou odpovědí. Uvádím zde konkrétně nejčastější zdravotní problémy pubescentů i adolescentů. Z n=39 respondentů, kteří uvedli, že mají nějaký zdravotní problém největší počet z nich uvedlo problémy s viděním. Z celkového počtu n=39 (100%) respondentů uvedlo n=17 (44%) pubescentů a n=9 (23%) adolescentů problémy s viděním. Dalšími zdravotními problémy, které respondenti zmiňovaly byly alergie, které se vyskytují u n=6 pubescentů a n=7 adolescentů. Méně častým zdravotním problémem byl úraz, který zmínilo n=5 pubescentů a n=2 adolescentů. Nepatrným problémem byly srdeční potíže, které byly uvedeny pouze n=3 pubescenty. Dalšími problémy, které zde neuvádím kvůli vždy jednomu zastoupení byly špatný chrup, lehké astma, cukrovka I. typu, poškození štítné žlázy, exém, skolióza, zvětšení uzlin, problémy s ledvinami, zánět močového měchýře a problémy s koleny. Viz graf č. 8.

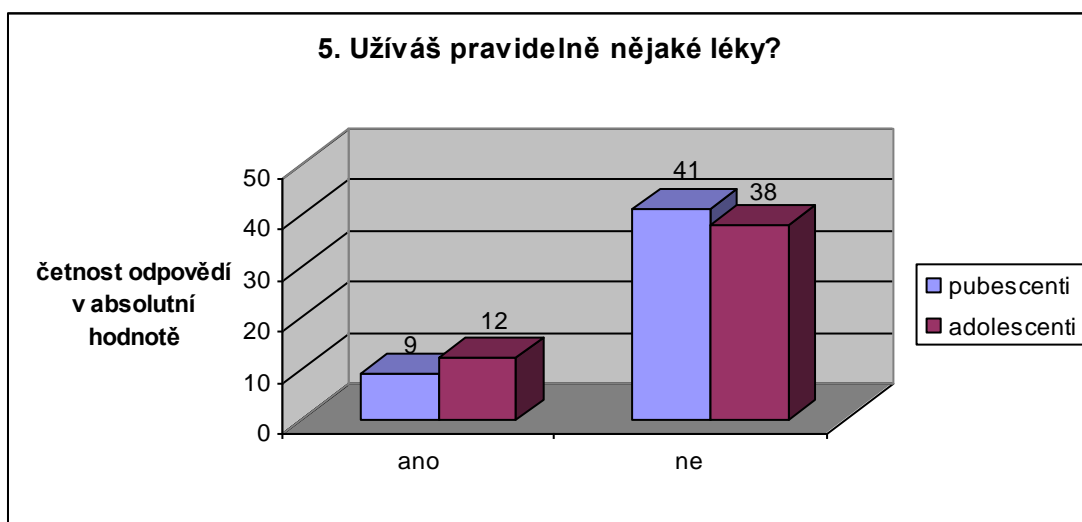
Graf č. 8 Zdravotní problémy



5. Užíváš pravidelně nějaké léky?

Pravidelné užívání léků není u pubescentů ani u adolescentů tak časté. Pravidelně užívá léky pouze n=9 (18%) pubescentů a n=12 (24%) adolescentů. Pravidelně léky neužívá n=41 (82%) pubescentů a n=38 (76%) adolescentů. U adolescentů je mírně vyšší výskyt užívání léků a to díky užívání antikoncepce u dívek starších 15 let. Tato skutečnost byla zjištěna díky volné odpovědi nacházející se u této otázky. Viz graf č. 9.

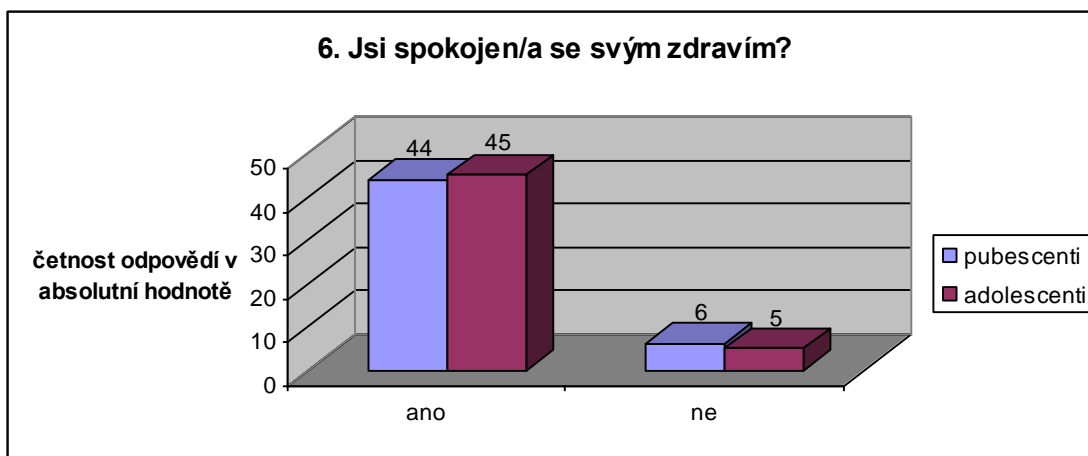
Graf č. 9 Pravidelné užívání léků



6. Jsi spokojen/a se svým zdravím?

Spokojena se zdravím je většina pubescentů i adolescentů. Nespokojenost se zdravím se vyskytuje pouze u  $n=6$  (12%) pubescentů a  $n=5$  (10%) adolescentů. Spokojeno se svým zdravím je  $n=44$  (88%) pubescentů a  $n=45$  (90%) adolescentů. Spokojenost se zdravím můžeme srovnat s otázkou č. 1 Cítíš se zdravá/ý? Kdy 84% pubescentů a 90% adolescentů odpovídalo ano. Potvrdilo se tedy, že pocit dobrého zdraví a spokojenost se zdravím spolu úzce souvisí. Viz graf č. 10.

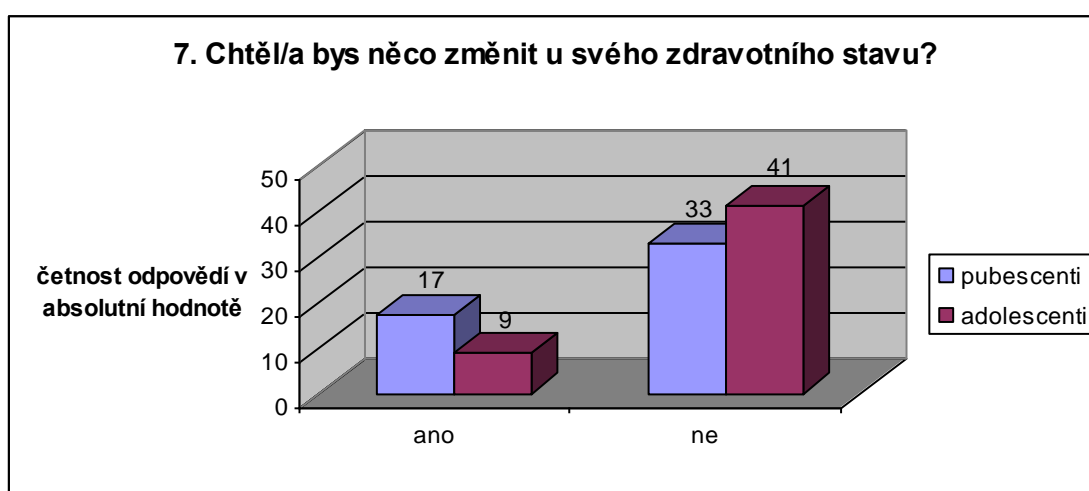
Graf č. 10 Spokojenost se zdravím



## 7. Chtěl/a bys něco změnit u svého zdravotního stavu?

Pocit změny zdravotního stavu má  $n=17$  (34%) pubescentů a  $n=9$  (18%) adolescentů. Svůj zdravotní stav by nechtělo měnit  $n=33$  (66%) pubescentů a  $n=41$  (82%) adolescentů. Když srovnám tuto otázku s otázkou č. 3 Máš nějaké zdravotní problémy? kdy 48% pubescentů a 30% adolescentů má nějaký zdravotní problém, je zřejmé, že i když respondenti mají nějaké zdravotní problémy někteří je nepovažují za tak závažné, nebo omezující a nemají pocit, že by svůj zdravotní stav chtěli měnit. Viz graf č. 11.

Graf č. 11 Pocit změny zdravotního stavu

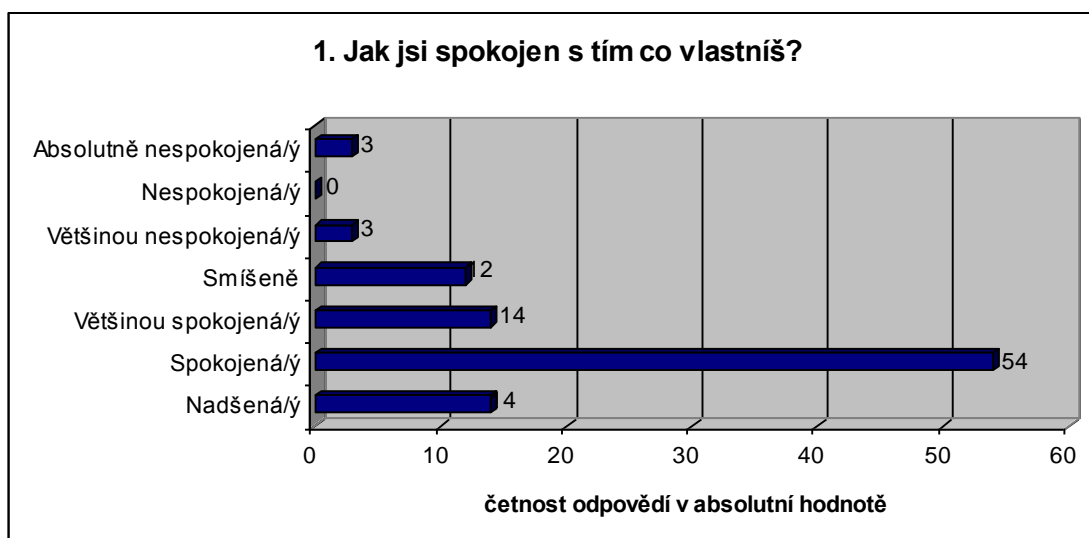


- Oblast spokojenosti

### 1. Jak jsi spokojen s tím co vlastníš?

Ze  $n=100$  respondentů je  $n=54$  (54%) dětí spokojených s tím co vlastní, nadšených je  $n=14$  (14%) respondentů. Většinou spokojených je  $n=14$  (14%). Sečtením těchto tři údajů se tedy na pozitivní úrovni nachází 82 % dětí. Smíšeně tedy jednou spokojený, jindy nespokojený je  $n=12$  (12%) Průměrně svoji spokojenost hodnotí 12% respondentů. Nejméně se vyskytující odpovědi hodnotím také jako negativní. Většinou nespokojených s tím co vlastní, jsou  $n=3$  (3%) respondenti, odpověď nespokojený se nevyskytuje vůbec a absolutně nespokojení jsou pouze  $n=3$  (3%) respondenti. Viz graf č. 12.

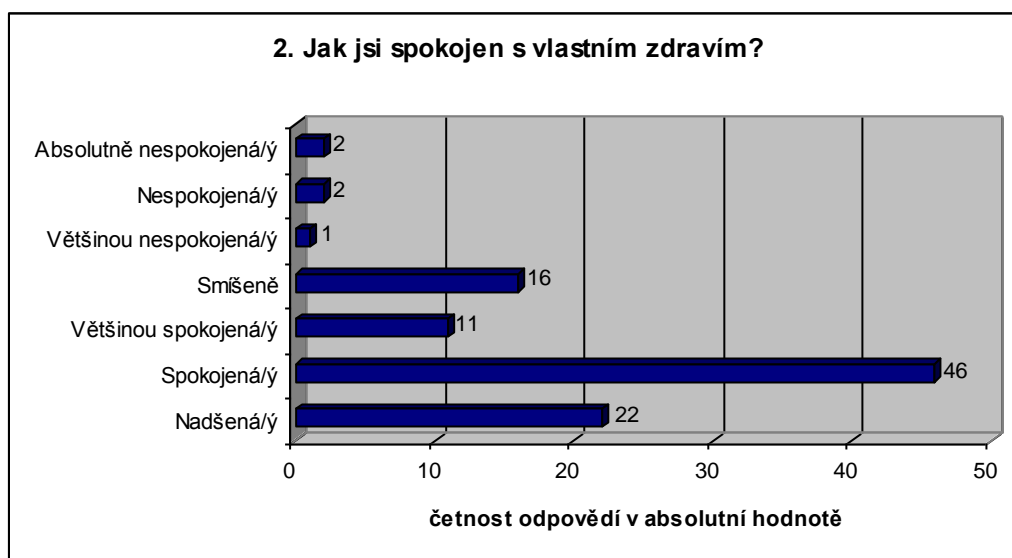
Graf č. 12 Spokojenost s tím co vlastní děti od 10 – 18 let



## 2. Jak jsi spokojen s vlastním zdravím?

Spokojených se svým zdravím je  $n=46$  (46%) respondentů, nadšených  $n=22$  (22%) a většinou spokojených je  $n=11$  (11%) respondentů. Sečtením těchto tří pozitivně hodnotících údajů je 79% dětí spokojených se svým zdravím. Průměrně hodnotící spokojenost se zdravím uvádí odpovědi smíšeně, tedy jednou spokojený a jindy nespokojený  $n=16$  (16%) dětí. Většinou nespokojený je pouze  $n=1$  (1%) respondent,  $n=2$  (2%) jsou nespokojení a absolutně nespokojení se svým zdravím jsou také  $n=2$  (2%) respondenti. Negativních odpovědí a tudíž počet respondentů bylo  $n=5$  (5%). Viz graf č. 13.

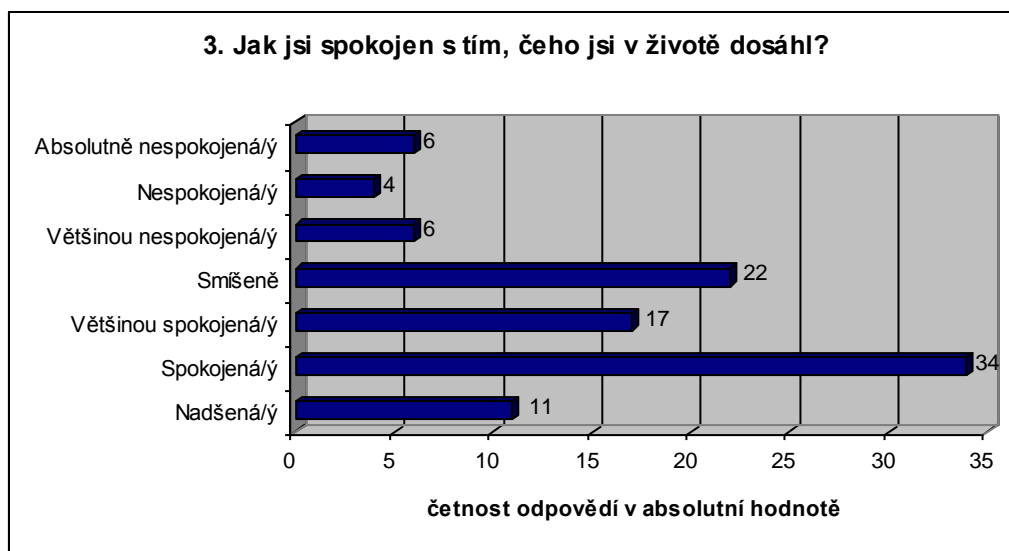
Graf č. 13 Spokojenost s vlastním zdravím u dětí od 10 – 18 let



### 3. Jak jsi spokojen s tím, čeho jsi v životě dosáhl?

Nadšených s tím, co v životě dosáhli je n=11 (11%), spokojených n=34 (34%), smíšeně, tedy jednou spokojený a jindy nespokojený je n=22 (22%) respondentů. Sečtením je na pozitivní úrovni tedy 67% dětí. Většinou spokojených je n=17 (17%). Průměrně hodnotí spokojenost s tím, co v životě dosáhli, n=17% respondentů. Většinou nespokojených je n=6 (6%), nespokojených n=4 (4%) a absolutně nespokojených n=6 (6%) respondentů. Negativně tedy odpovídá 16% dětí. Viz graf č. 14.

Graf č. 14 Spokojenost s tím čeho v životě dosáhly děti od 10 – 18 let

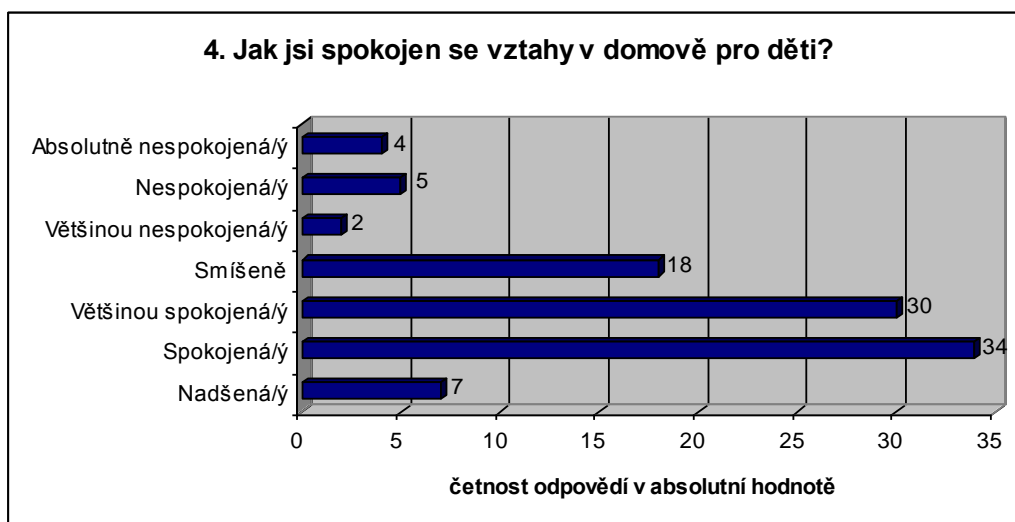


### 4. Jak jsi spokojen se vztahy v domově pro děti?

Největší počet respondentů n=34 (34%) je spokojených se vztahy v domově, nadšených respondentů je n=7 (7%) a většinou spokojených je (30%) n=30 respondentů. Pozitivně hodnotící odpovědi týkající se vztahů v domově je 71%. Jednou spokojení, jindy zase nespokojení jsou respondenti z (18%) n=18, průměrně hodnotí vztahy v domově pro děti 18% dětí. Odpovědi většinou nespokojených uváděli n=2 (2%), nespokojených n=5 (5%) a absolutně nespokojených byli n=4 (4%) respondenti. Součet těchto procent dává pouze 11% negativních odpovědí. Viz graf č. 15.



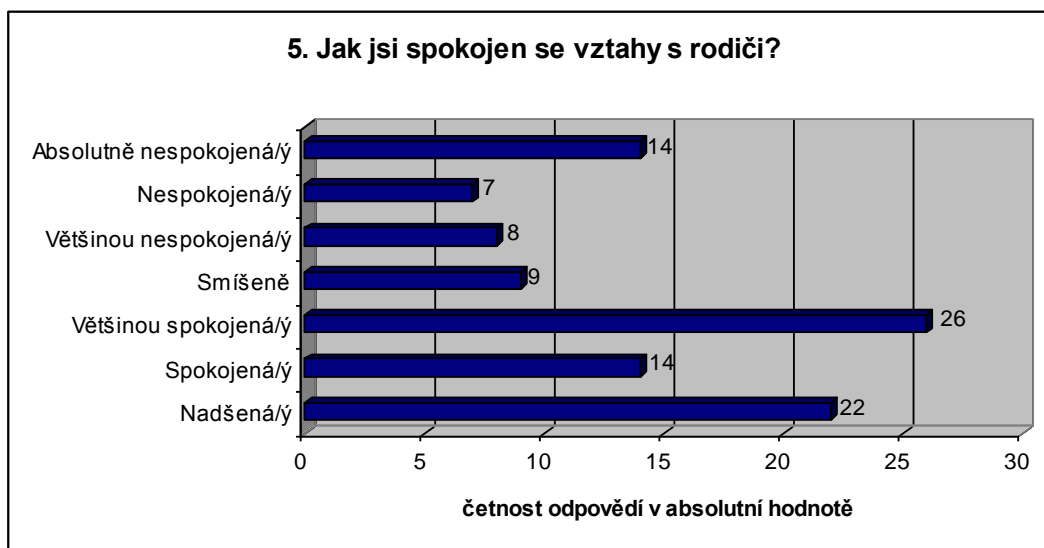
Graf č. 15 Spokojenost se vztahy v domově pro děti u dětí od 10 – 18 let



#### 5. Jak jsi spokojen se vztahy s rodiči?

Nejvíce respondentů uvedlo odpověď většinou spokojený a to  $n=26$  (26%), nadšený uvedlo  $n=22$  (22%) respondentů,  $n=14$  (14%) uvedlo odpověď spokojený. Sečtením procent u těchto tří pozitivně hodnocených odpovědí je 62%. Odpověď smíšeně (jednou spokojený, jindy nespokojený) uvedlo  $n=9$  (9%) dětí. Průměrně hodnotí spokojenost s rodiči tedy 9%. Negativně hodnocené odpovědi většinou nespokojený uvádí  $n=8$  (8%) respondentů, nespokojených bylo  $n=7$  (7%) a absolutně nespokojený odpovědělo  $n=14$  (14%) respondentů. Celkem tedy negativně hodnotí spokojenost s rodiči 29% dětí. Viz graf č. 16.

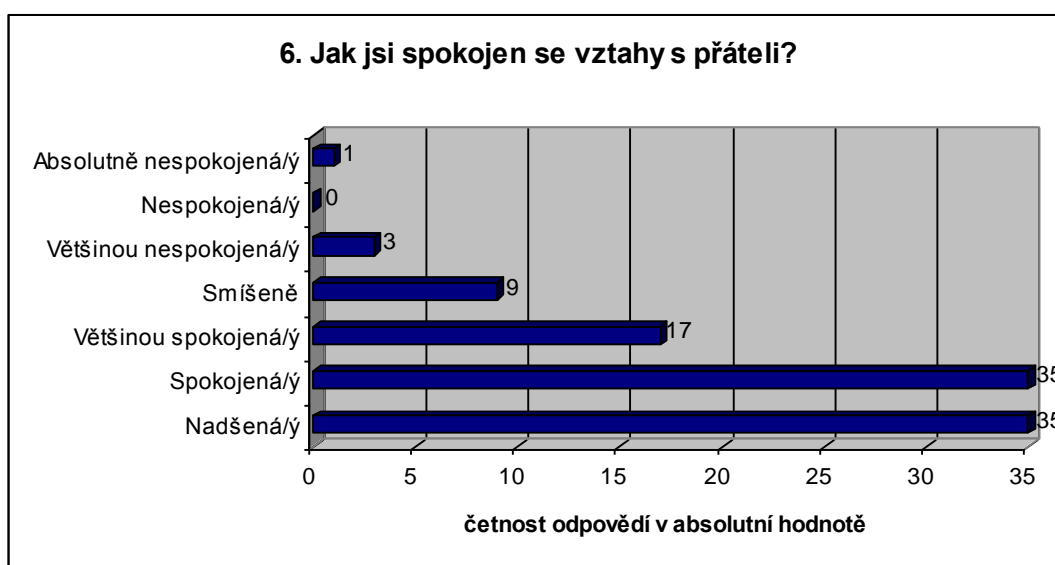
Graf č.16 Spokojenost se vztahy s rodiči u dětí od 10 – 18 let



## 6. Jak jsi spokojen se vztahy s přáteli?

Nejčastěji uvedené odpovědi týkající se spokojenosti se vztahy s přáteli byly nadšený  $n=35$  (35%) a spokojený  $n=35$  (35%) respondenty, odpověď většinou spokojených uvedlo  $n=17$  (17%) respondentů. Pozitivně hodnocených odpovědí bylo 87% respondentů. Smíšeně (jednou spokojený, jindy nespokojený) odpovědělo  $n=9$  (9%) dětí. Vztahy s přáteli průměrně hodnotí pouze 9% dětí. Většinou nespokojený uvedli  $n=3$  (3%) a absolutně nespokojený byl pouze  $n=1$  (1%) respondent. Odpověď nespokojený neodpověděl žádný z respondentů. Negativních odpovědí tedy byly pouze  $n=4$  (4%). Viz graf č. 17.

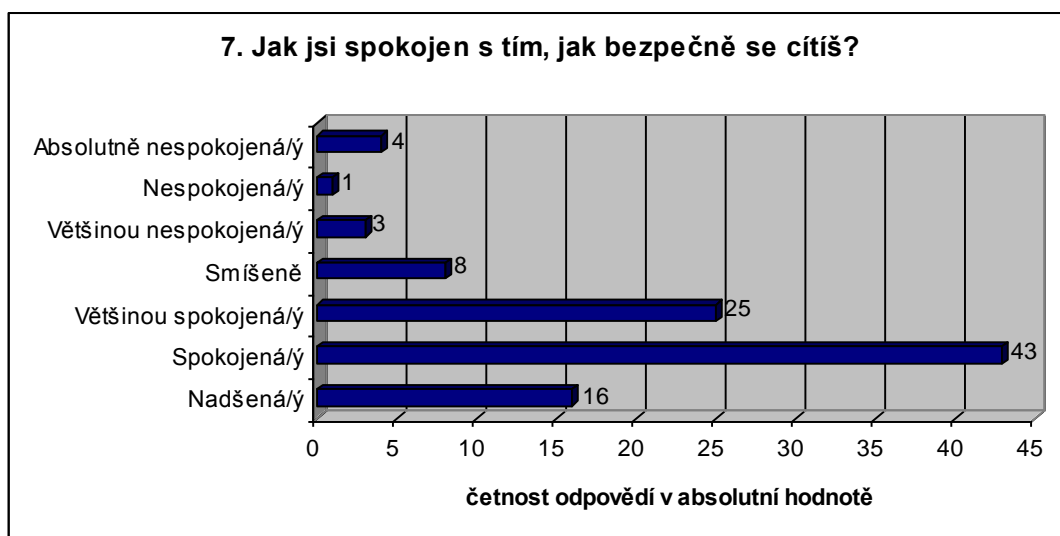
Graf č. 17 Spokojenost se vztahy s přáteli u dětí od 10 – 18 let



## 7. Jak jsi spokojen s tím, jak bezpečně se cítíš?

Spokojený odpovídalo nejvíce  $n=43$  (43%) respondentů. Nadšený odpovídalo  $n=16$  (16%), většinou spokojený  $n=25$  (25%). Spokojenost s tím jak bezpečně se cítí, na úrovni pozitivní odpovídalo 84%. Smíšeně (jednou spokojený, jindy nespokojený) s pocitem bezpečí bylo  $n=8$  (8%), tedy průměrně hodnotících. Nejméně respondentů zmiňovalo negativní odpovědi a to  $n=8$  (8%). Většinou nespokojený odpověděli  $n=3$  (3%), nespokojený pouze  $n=1$  (1%) a absolutně nespokojení  $n=4$  (4%) respondenti. Viz graf č. 18.

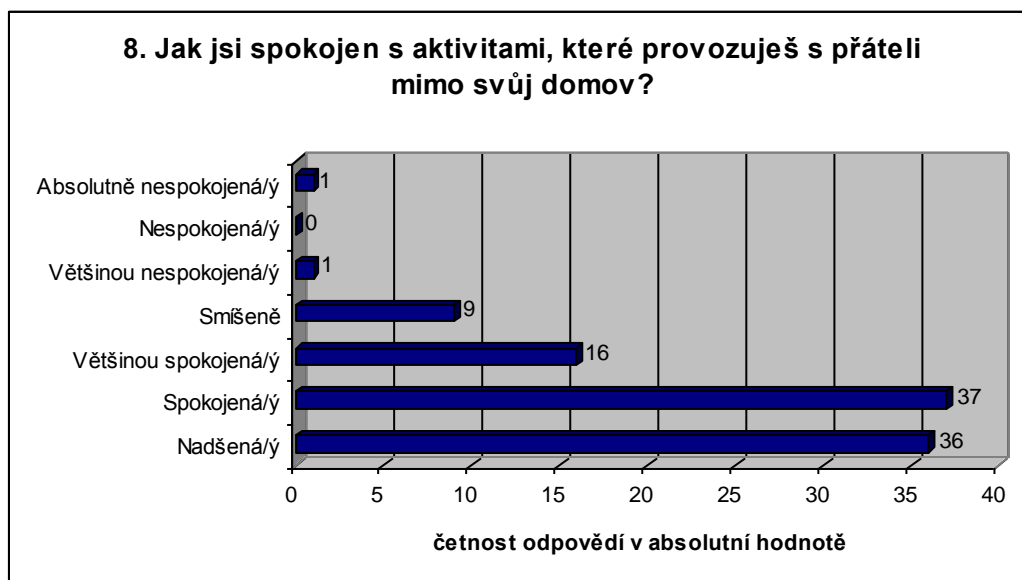
Graf č. 18 Spokojenost s tím, jak bezpečně se cítíš od 10 – 18 let



8. Jak jsi spokojen s aktivitami, které provozuješ s přáteli mimo svůj domov?

Na tuto otázku odpovídalo  $n=36$  (36%) respondentů nadšený, spokojený  $n=37$  (37%) a většinou spokojený  $n=16$  (16%). Sečtením těchto tří procent vyplývá 89% pozitivních odpovědí. Dále odpovídalo smíšeně (jednou spokojený, jindy nespokojený)  $n=9$  (9%) respondentů, tedy odpovědi hodnocených jako průměrné. Většinou nespokojený byl  $n=1$  (1%) respondent, absolutně nespokojený také  $n=1$  (1%) a nespokojený neodpověděl žádný z dotázaných. Negativních odpovědí je nejméně, pouze 2 %. Viz graf č. 19.

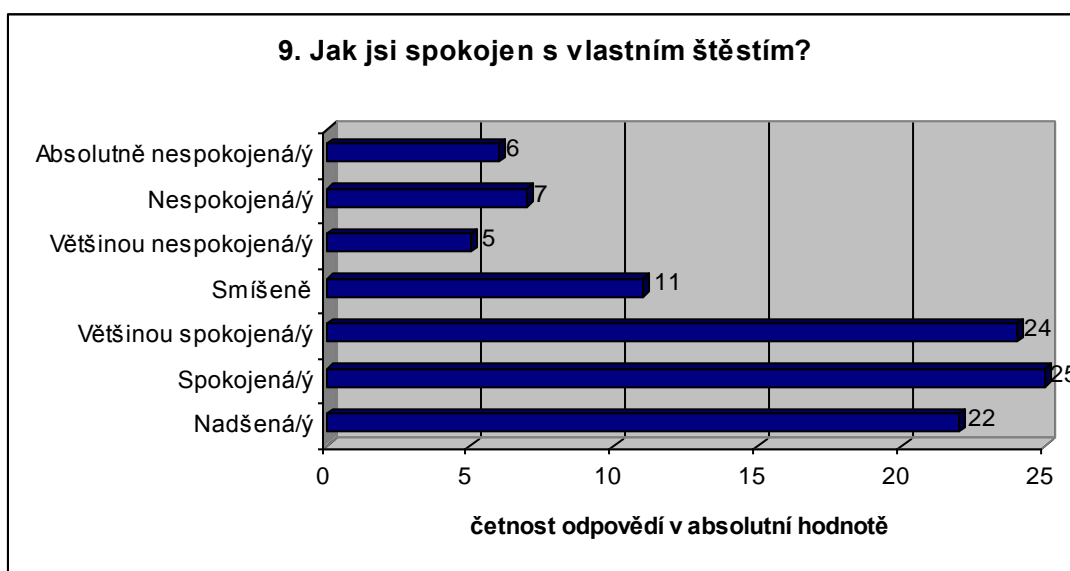
Graf č. 19 Spokojenost s aktivitami u dětí od 10 – 18 let



## 9. Jak jsi spokojen s vlastním štěstím?

Na tuto otázku respondenti odpovídali odpovědi nadšený  $n=22$  (22%), spokojený  $n=25$  (25%) a většinou spokojený  $n=24$  (24%). S vlastním štěstím pohybujícím se na pozitivní úrovni je spokojeno 71% respondentů. Dále odpovídalo, smíšeně (jednou spokojený, jindy nespokojený)  $n=11$  (11%), tedy průměrně hodnotící spokojenost s vlastním štěstím. Většinou nespokojených bylo  $n=5$  (5%), nespokojených  $n=7$  (7%) a absolutně nespokojených  $n=6$  (6%) respondentů. Negativně hodnotící spokojenost s vlastním štěstím bylo 18%. Viz graf č. 20.

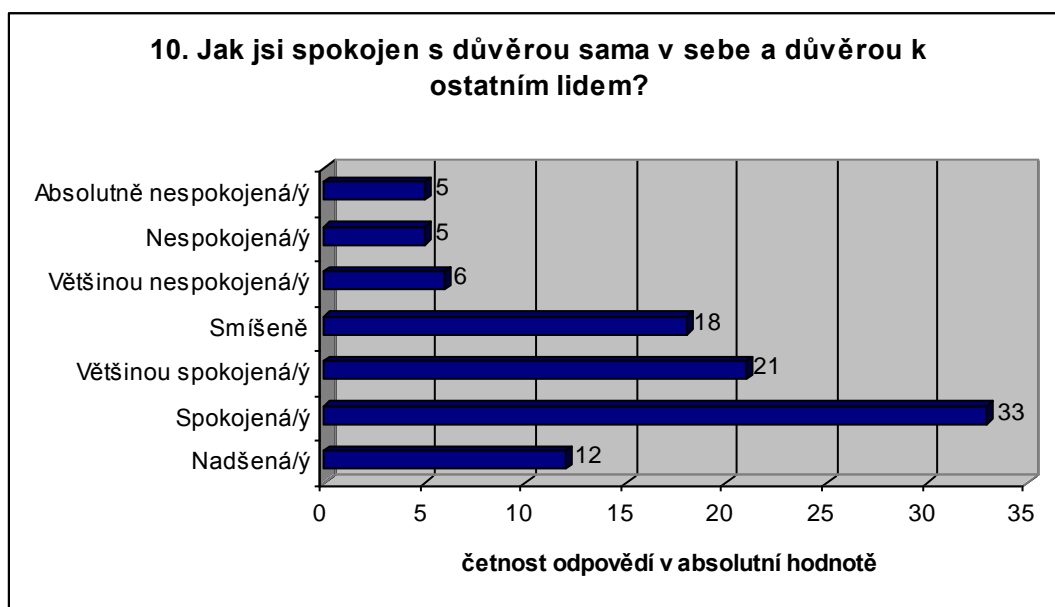
Graf č. 20 Spokojenost s vlastním štěstím u dětí od 10 – 18 let



## Otázka č. 10 Jak jsi spokojen s důvěrou sama v sebe a důvěrou k ostatním lidem?

Nejvíce respondentů  $n=33$  (33%) bylo spokojených s důvěrou v sama sebe. Nadšených bylo  $n=12$  (12%) a většinou spokojený  $n=21$  (21%). Pozitivně odpovídalo tedy 66% respondentů. Na úrovni průměrné, tedy odpovědi smíšeně (jednou spokojený, jindy nespokojený) bylo  $n=18$  (18%). Většinou nespokojených bylo  $n=6$  (6%), nespokojených  $n=5$  (5%) a absolutně nespokojených také  $n=5$  (5%). Negativně hodnotí důvěru v sebe sama 16%. Viz graf č. 21.

Graf č.21 Spokojenost s důvěrou v sebe sama u dětí od 10 – 18 let



Pro přehled jsem uvedla v tabulce, viz níže počet odpovědí zařazených do kategorií pozitivní, průměrná a negativní v procentuálním vyjádření. V oblasti spokojenosti u jednotlivých otázek zvlášť.

Tabulka č. 2 Hodnocení spokojenosti podle škály u dětí 10 – 18 let

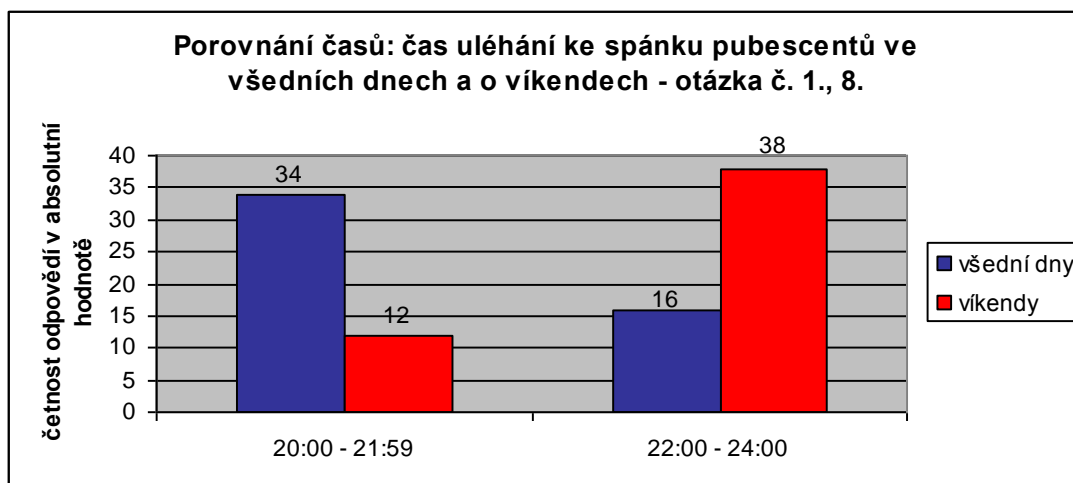
Otázka	Počet odpovědí v procentech		
	Pozitivní	Průměrná	Negativní
Otázka č. 1	82%	12%	6%
Otázka č. 2	79%	16%	5%
Otázka č. 3	67%	17%	16%
Otázka č. 4	71%	18%	11%
Otázka č. 5	62%	9%	29%
Otázka č. 6	87%	9%	4%
Otázka č. 7	84%	8%	8%
Otázka č. 8	89%	9%	2%
Otázka č. 9	71%	11%	18%
Otázka č. 10	66%	18%	16%

- Oblast cirkadiánní typologie

Otázky č. 1. V kolik hodin chodíš spát ve všedních dnech?, č. 8. V kolik hodin chodíš spát o víkendu?

Mezi 20:00 – 21:59 ve všedních dnech ke spánku uléhá  $n=34$  (68%) pubescentů a o víkendech  $n=12$  (24%). V rozmezí 22:00 – 24:00 uléhají pubescenti ke spánku ve všedních dnech pouze  $n=16$  (32%) o víkendu  $n=38$  (76%). Viz graf č. 22.

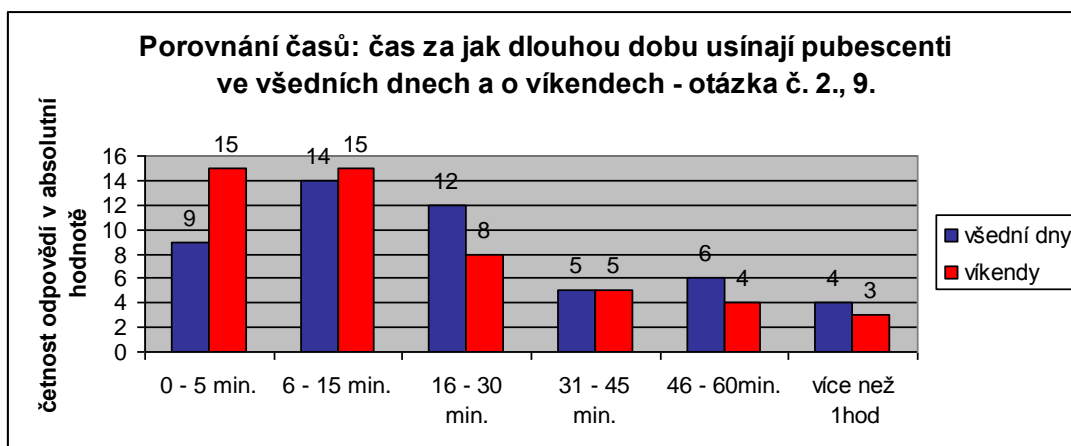
Graf č. 22 Čas uléhání ke spánku ve všední dnech a o víkendech u pubescentů  $n=50$



Otázky č. 2 Za jak dlouhou dobu nejčastěji usínáš ve všedních dnech?, č. 9. Jak dlouho ti trvá, nežli usneš o víkendu?

Za 0 – 5 min.  $n=9$  (18%) respondentů usíná ve všedních dnech a  $n=15$  (30%) o víkendech. Za 6 – 15 min.  $n=14$  (28%) usíná ve všedních dnech a  $n=15$  (30%) o víkendech. Za 16 – 30 min.  $n=12$  (24%) usíná ve všedních dnech,  $n=8$  (16%) o víkendech. Za 31 – 45 min.  $n=5$  (10%) ve všedních dnech,  $n=10$  (10%) o víkendech. Za 46 – 60 min.  $n=6$  (12%) ve všedních dnech,  $n=5$  (10%) o víkendech. Za více než 1 hod.  $n=4$  (8%) ve všední dny,  $n=3$  (6%) o víkendech. Viz graf č. 23.

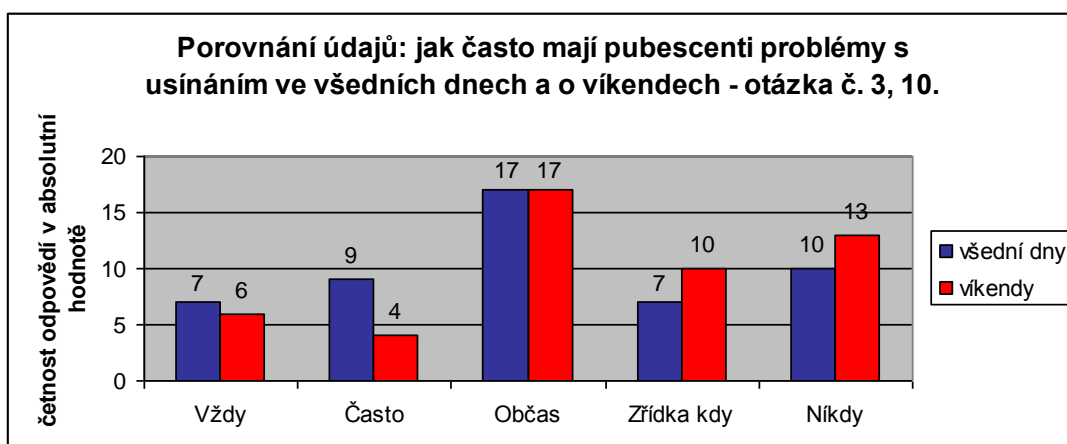
Graf č.23 Čas maximální doby do usnutí u pubescentů n=50



Otázky č. 3. Jak často máš problémy s usínáním ve všedních dnech?, č. 10. Jak často máš o víkendu potíže s usínáním?

Odpovídá vždy n=7 (14%) ve všedních dnech, n=6 (12%) o víkendech. Často odpovídá n=9 (18%) ve všedních dnech, n=4 (8%) o víkendech. Občas odpovídá n=17 (34%) ve všední dny, n=17 (34%) o víkendech. Zřídka kdy odpovídá n=7 (14%) ve všední dny, n=10 (20%) o víkendech. Nikdy odpovídá n=10 (20%) ve všední dny, n=13 (26%) o víkendech. Viz graf č. 24.

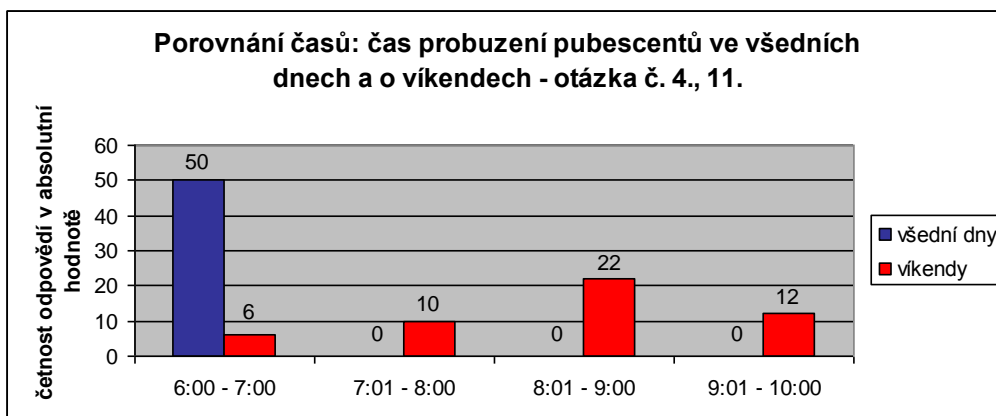
Graf č.24 Problémy s usínáním u pubescentů n=50 ve všedních dnech a o víkendech



Otázky č. 4. V kolik hodin se ve všedních dnech probouzíš?, č. 11. Kdy se o víkendu probouzíš?

Ve všedních dnech se pubescenti, tedy všech  $n=50$  (50%) probouzí pouze v rozmezí 6:00 – 7:00. O víkendech se probouzí mezi 6:00 – 7:00 pouze  $n=6$  (12%), v 7:01 – 8:00  $n=10$  (20%), v 8:01 – 9:00  $n=22$  (44%) a v 9:01 – 10:00  $n=12$  (24%) pubescentů. Viz graf č. 25.

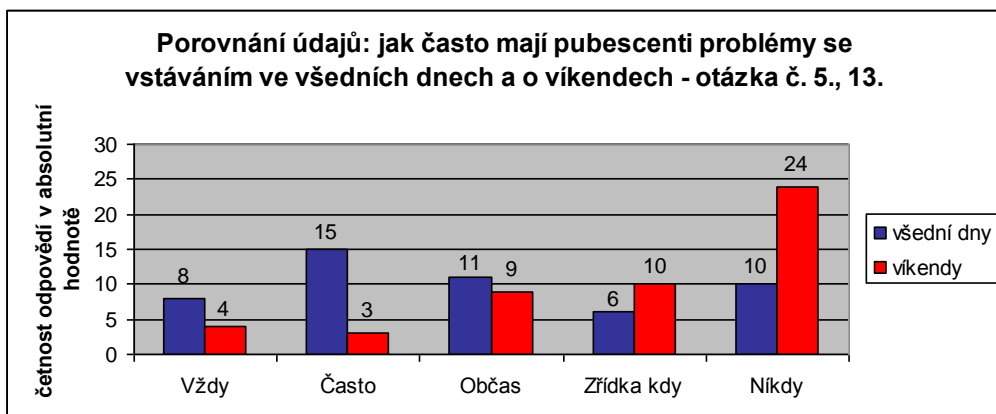
Graf č.25 Čas probuzení pubescentů  $n=50$  ve všedních dnech a o víkendech



Otázky č. 5. Máš potíže se vstáváním ve všedních dnech?, č. 13. Máš o víkendu problémy se vstáváním?

Odpovídá vždy  $n=8$  (16%) ve všedních dnech,  $n=4$  (8%) o víkendech. Často odpovídá  $n=15$  (30%) ve všedních dnech,  $n=3$  (6%) o víkendech. Občas odpovídá  $n=11$  (22%) ve všední dny,  $n=9$  (18%) o víkendech. Zřídka kdy odpovídá  $n=6$  (12%) ve všední dny,  $n=10$  (20%) o víkendech. Nikdy odpovídá  $n=10$  (20%) ve všední dny,  $n=24$  (48%) o víkendech. Viz graf č. 26.

Graf č.26 Problémy se vstáváním u pubescentů  $n=50$  ve všedních dnech a o víkendech





## 5.2 Diskuze

1. *Předpokladem je, že kvalita života s ohledem na „spokojenost se svým zdravím“ je stejná u pubescentů i adolescentů.* Tento předpoklad se potvrdil. Z výsledků výzkumu vyplývá, že spokojenost s vlastním zdravím je téměř stejná jak u pubescentů, tak u adolescentů. Oba soubory vykazovaly více jak 80% spokojenosti se svým zdravím, viz graf č. 10. Vyhodnocením podle stanovené škály, je spokojenost s vlastním zdravím u pubescentů z 88% a u adolescentů z 90% pozitivní. Ze zjištěných údajů, podle mého názoru, dále vyplývá, že zdraví je u obou souborů velmi dobré. Zdravotní problémy uvedlo sice 48% pubescentů a 30% adolescentů, převažovaly ale problémy s viděním a alergie. V návaznosti na to, jak hodnotily oba soubory svůj zdravotní stav by jej měnit nechtělo 66% pubescentů a 82% adolescentů, proto si myslím, že mnozí zdravotní problémy nepovažují za tak závažné, či omezující. Největší četnost návštěv u lékaře za poslední tři měsíce byla zjištěna u obou souborů 1 – 2krát. Pokud děti absolvují preventivní prohlídky, nebo navštěvují jiné specialisty např. očního lékaře je toto množství možné považovat za přiměřené. Dále byl zjištěn u adolescentů vyšší výskyt pravidelného užívání léků a to díky užívání antikoncepce u dívek starších 15 let. Tato skutečnost byla zjištěna díky volné odpovědi nacházející se u otázky týkající se právě pravidelného užívání léků. David Seedhouse (1995, s. 2) píše: „ Aby lidé mohli dělat to, co dělat chtějí, potřebují být zdraví. Zdraví je tedy podstatou věcí pro naši spokojenost a naplnění našich životních tužeb“ (KŘIVOHLAVÝ, 2001 s. 29). Pokud je tedy většina dětí ze zkoumaného souboru zdravých, což se potvrdilo, spokojenost hodnotí více pozitivně na rozdíl od respondentů nemocných.

2. *Předpokladem je, že děti ve věku od 10 - 18 let z většiny tj. 60% hodnotí oblast spokojenosti pozitivně.* Tento předpoklad se potvrdil. Všechny otázky v oblasti spokojenosti byly vyhodnoceny v největší míře, jako pozitivní odpovědi, viz grafy č.12 - 21., tabulka č. 2. Nejvíce v této oblasti převládala spokojenost s aktivitami, které děti provádí s přáteli mimo domov. Děti uváděly až 89% pozitivních odpovědí. S touto otázkou také souvisí spokojenost se vztahy s přáteli, kterou hodnotí pozitivně 87%. Dále zjišťují 84% pozitivních odpovědí u spokojenosti s tím, jak bezpečně se děti cítí. Nejdůležitější sociální potřebou je bezpečí, jak píše v kapitole č. 2.3.1.3 - Sociální potřeby, str. 21 v teoretické části této práce. Proto je dobré, že je tato potřeba ve velké míře označena, jako pozitivní. Spokojenost s tím, co děti vlastní pozitivně uvedlo 82 % respondentů. Z výsledků je zřejmé, že po materiální stránce děti nestrádají. Při

komunikaci s některými dětskými domovy jsem se dozvěděla, že prostřednictvím sponzorům a charitativním organizacím je u dětí zajištěna materiální stránka dostatečně. Spokojenost se zdravím uvádí 79% dětí. Spokojeno se vztahy v domově pro děti bylo 71% dětí. Tato otázka mě zajímala nejvíce, bylo zřejmé, že pokud děti nebudou odpovídat pozitivně, kvalita života v domovech bude tím pádem nějakým způsobem narušená. Což se tedy nepotvrdilo a z výzkumu vyplývá, že spokojenost se vztahy v domově je pozitivní. Spokojenost s vlastním štěstím uvedlo 71% dětí. Myslím si, že se štěstím mohou souviset pocity spojené s pobytem v dětském domově. Některé děti mohou považovat to, že v dětském domově žijí právě za „neštěstí“ a to díky tomu, že nevyrostají v běžné rodině. Co se týče spokojenosti se vztahy v domově někteří tedy z tohoto důvodu mohli odpovídat negativně. Spokojenost s tím co děti v životě dosáhly pozitivně odpovědělo 67% a spokojenost s důvěrou v sebe sama 66% dětí. Nejmenších pozitivních hodnot dosahovala spokojenost se vztahy s rodiči 62%. Což jsem předpokládala, díky tomu jaké jsou často důvody umístění dětí do dětského domova. Nejčastější důvody zařazení dětí do dětských domovů jsou následující: nezvládnutá výchova, zneužívání a týrání dětí, zanedbávání, trestná činnost rodičů, alkoholismus, nízká sociální úroveň rodiny (často se však objevuje jako sekundární příčina), prostituce matky, osiření (SVOBODOVÁ, VRBOVSKÁ, BÁRTOVÁ, 2003 in STEJSKALOVÁ, 2011).

3. Z hlediska cirkadiánní typologie jsou pubescenti ve většině (z celkového počtu 50 alespoň min. z 80%) tzv. ranní typy. Tento předpoklad se nepotvrdil. Po porovnání grafů se ukázalo, že pubescenti ve všedních dnech sice uléhají ke spánku už v rozmezí 20:00 – 21:59 a vstávají mezi 6:00 – 7:00 hodinou ranní, inklinovali by tedy k rannímu typu. Ukázalo se však, že o víkendu pubescenti uléhají ke spánku vždy po 22:00 hodině a vstávají po 8 hodině ranní. Menší problém jim způsobuje vstávání o víkendu, předpokládám tedy pokud by měli na výběr raději by ve všední dny vstávali později. Pubescenti jsou tedy večerní typy, nejsou ranními typy jak jsem se domnívala. Pokud by pubescenti uléhali ke spánku o víkendu dříve, nejlépe ve stejnou dobu jako ve všední dny tzn. do 21:00, prodloužila by se jejich doba spánku a vstávali by dříve. Tato dřívější doba pro ně bude zvykem, který je zdravý prospěšný. Jak uvádím v kapitole č. 2.4.3.2 - Ranní a večerní typy, str. 27 v teoretické části této práce je cirkadiánní typ ranní pro člověka mnohem zdravější. To potvrzují i Skočovský a Šimečková, kteří uvádí zajímavé výsledky práce Anny-Karin Anderssonové (2001) ze švédské univerzity v Örebro o vztahu mezi příslušností k rannímu či večernímu „typu“ a chováním u adolescentů.

Autoři knihy zmiňují, že Anderssonová zkoumala sice dospívající ve věku přibližně 14 - 18 let, ale domnívají se, že některé její údaje mohou být přínosné i při úvahách o dětech na prahu dospívání. S ranní a večerní preferencí souviselo i zvládání školních povinností. Z výsledků práce Anderssonové vychází skutečnost, že večerní typy dětí měly ke škole obecně a k učitelům méně pozitivní vztah. Rozdíl ve školním prospěchu však mezi jednotlivými typy nebyly patrné. Večerní typy u dospívajících také častěji uváděly experimentování s některými drogami, delikventní a normy porušující chování. Důležitou úlohu přitom hrálo pohlaví adolescentů: večerní typy děvčat byly výrazně více problémové a ranní typy děvčat naopak méně problémové než chlapci večerních a ranních typů. Večerní typy ve srovnání s ostatními vykazovaly vyšší míru impulzivity (rychlého reagování bez patřičného posouzení situace), vyhýbání se nudě a vyhledávání vzrušení (SKOČOVSKÝ, ŠIMEČKOVÁ in SMÉKAL A KOL., 2004). Zvýšením pohybových aktivit je také možné navodit pocit únavy v dřívějších hodinách. Doporučila bych zvolit vhodný intervenční pohybový program, či zařadit nějakou adekvátní pohybovou aktivitu. Například pravidelné cvičení jógy. Jóga je známá svými uvolňujícími, zklidňujícími, koncentračními a harmonizujícími účinky. Proto by byla prevencí negativního chování, vyskytujícího se u večerního typu, které bylo zmíněno ve výzkumu Anderssonové.

## 6 ZÁVĚR

Specifickým cílem bakalářské práce bylo zjistit kvalitu života u dětí žijících ve vybraných dětských domovech ve zvolených třech oblastech života. Jednalo se o oblast zdraví, spokojenosti a cirkadiánní typologie. Z těchto oblastí, které jsem hodnotila se ukázala kvalita života v oblastech zdraví a spokojenosti velmi kladná. Spokojenost s vlastním zdravím je u pubescentů i adolescentů více jak z 80% stejná, pozitivní. Jejich celkové zdraví, je podle stanovené škály, také vyhodnoceno jako pozitivní. V oblasti spokojenosti byla zjištěna převaha pozitivních odpovědí. Nejvíce pozitivních odpovědí se vyskytovalo u spokojenosti se vztahy s přáteli. Nejhůře hodnotily spokojenost se vztahy s rodiči. Oblast zdraví a spokojenosti považuji za oblasti více dominantní, co se týče vlivu na kvalitu života. I když se předpoklad z oblasti cirkadiánní typologie nepotvrdil a pubescenti jsou večerními typy, hodnotím kvalitu života u dětí žijících ve vybraných dětských domovech ve Zlínském kraji pozitivně.

Na začátku praktické části bakalářské práce jsem si stanovila tři výzkumné předpoklady.

*1. Předpokladem je, že kvalita života s ohledem na „spokojenost se svým zdravím“ je stejná u pubescentů i adolescentů.* Tento předpoklad se potvrdil. Více jak z 80% byla spokojenost se zdravím vyhodnocena stejně, pozitivně u pubescentů i adolescentů, tedy tuto oblast kvality života hodnotím pozitivně.

*2. Předpokladem je, že děti ve věku od 10 - 18 let z většiny tj. 60% hodnotí oblast spokojenosti pozitivně.* Tento předpoklad se potvrdil. U všech otázek v oblasti spokojenosti převládaly pozitivní odpovědi. Oblast spokojenosti tedy byla vyhodnocena jako pozitivní.

*3. Předpokladem je, že z hlediska cirkadiánní typologie jsou pubescenti ve většině (z celkového počtu 50 alespoň min. z 80%) tzv. ranní typy.* Tento předpoklad se nepotvrdil. Ukázalo se, že pubescenti jsou večerními typy.

Výzkum mé bakalářské práce ukázal, že ne vždy můžeme hovořit o negativním vlivu dětských domovů na děti v nich žijících. I když se všechny mé předpoklady nepotvrdily můžu říci že, kvalita života dětí žijících ve vybraných dětských domovech ve Zlínském kraji, s ohledem na zjištěné ukazatele, je z větší míry pozitivní. Ráda bych, aby se nad tímto výsledkem zamysleli i ti kteří dětský domov řídí, nebo utváří. Byla by to pro ně malá odměna za jejich snahu se stát náhradními rodiči opuštěných dětí. To, že jsou děti spokojené a zároveň zdravé je přece ukazatelem dobrého dětského domova.

Rozhodla jsem se tedy poslat tuto bakalářskou práci všem dětským domovům s kterými jsem spolupracovala na tomto výzkumu. Věřím, že je výsledek bakalářské práce potěší. Nikdy jsem se o téma ústavní péče nezajímala, proto pro mě byla bakalářská práce přívalem nových informací. Získala jsem nejenom nové informace ale i přesvědčení, že pokud je dítě umístěno do dětského domova může být spokojené i zdravé. Těm, kteří dětské domovy odsuzují bakalářská práce ukáže, že zdravé a spokojené dítě může vyrůstat i tady a jeho kvalita života je v tomto ohledu pozitivní.

## 7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

- Binarová, J. Období adolescence, Období dospívání. In Čížková, J. a kol. *Přehled vývojové psychologie* 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2001, s. 101 - 117 , ISBN 80-7067-953-0
- Čeledová, L. Čevela, R. *Výchova ke zdraví: Vybrané kapitoly* 1 vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. ISBN 978-80-247-3213-8
- Dragomirecká, E. Bartoňová J. *WHOQOL-BREF, WHOQOL-100: World Health Organization Quality of Life Assessment : příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace* 1 vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006 ISBN 80-85121-82-4
- Dunovský, J. a kol. *Sociální pediatrie: Vybrané kapitoly* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-254-9
- Dunovský, J. Dytrych, Z. Matějček, Z. a kolektiv *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě* 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 1995. ISBN 80-7169-192-5
- Hartl, P. Hartlová H. *Velký psychologický slovník* 4. vyd. Praha: Portál, 2010 ISBN 978-80-7367-686-5
- Hnilicová, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In Payne, J. *Kvalita života a zdraví* 1. vyd. Praha : Triton, 2005, s. 205 - 216, ISBN 80-7254-657-0
- Hošek, V. Psychosociální funkce pohybových aktivit jako součást kvality života. In Hošek, V. Tilinger, P. *Psychosociální funkce pohybových aktivit jako součást kvality života dospělých* 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova, 1999, s. 22 - 29, ISBN 80-86317-03-X
- Informační bulletin dětských domovů Zlínského kraje*
- Kassin, S. *Psychologie* 1. vyd. Brno: Computer Press, 2007. ISBN 978-80-251-1716-3
- Koluchová, J. *Diagnostika a reparabilita psychické deprivace* 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1987 ISBN
- Křivohlavý, J. *Psychologie zdraví* 2 vyd. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-774-4
- Křížová, E. Kvalita života v kontextu všedního dne. In Payne, J. *Kvalita života a zdraví* 1. vyd. Praha : Triton, 2005, s. 217 - 233, ISBN 80-7254-657-0
- Langmaier, J. Krejčířová, D. *Vývojová psychologie* 2. vyd. Praha: Grada publishing, 2006. ISBN 80-247-1284-9
- Lavery, S. *Léčivá síla spánku* 1. vyd. Praha: Knižní klub, 1997. ISBN 80-7176-656-9
- Macek, P. *Adolescence* 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-348-X

- Mareš, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD, 2006. ISBN 80-86633-65-9
- Marhounová, J. *Dospívání* 1. vyd. Praha: Empatie, 1996. ISBN 80-901618-7-1
- Matějček, Z. *Co děti nejvíc potřebují* 4. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-272-0
- Matějček, Z. Langmaier J. *Psychická deprivace v dětství* 4. vyd. Praha: Karolinum, 2011. ISBN 978-80-246-1983-5
- Matějček, Z a kol.. *Náhradní rodinná péče* 1. vyd. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-304-8
- Matoušek, O. *Ústavní péče* 2. vyd. Praha: Sociální nakladatelství, 1999. ISBN 80-85850-76-1
- Mühlpachr, P. *Vývoj ústavní péče (Filosoficko-historický pohled)* 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2001. ISBN 80-210-2512-3
- Novotná, V. Fejt, V. *Sociálně-právní ochrana dětí* 1. vyd. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2009. ISBN 978-80-86723-77-8
- Paulík, K. *Vývojová psychologie* 1. vyd. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta, 2002. ISBN 80-7042-214-9
- Pávková, J. a kol. *Pedagogika volného času: teorie, praxe a perspektivy výchovy mimo vyučování a zařízení volného času* 3. vyd. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-711-6
- Pflugbeil, K. J. *Biologické hodiny* 1. vyd. Praha 5: Euromedia Group, 2009. ISBN 978-80-242-2471-8
- Pilař, J. Náhradní výchovná péče ve školských zařízeních pro výkon ústavní výchovy a ochranné výchovy a ve školských zařízeních preventivně výchovné péče. In Jedlička, R. a kol. *Děti a mládež v obtížných životních situacích: nové pohledy na problematiku životních krizí, deviací a úlohu pomáhajících profesí* 1 vyd. Praha: Themis, 2004 s. 307 - 320, ISBN 80-7312-038-0
- Praško, J. Červená, K. Závěšická, L. *Nespavost* 1. vyd. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-919-4
- Říčan, P. *Psychologie* 1. vyd. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7178-923-2
- Sedláček, J. Biologické rytmy. In Trojan, S. a kol. *Lékařská fyziologie* 4. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003. s. 661 - 664, ISBN 80-247-0512-5
- Skočovský, K. Šimečková, B. Spánkové návyky a příslušnost k ranním nebo večerním typům u dětí na prahu dospívání. In Smékal, V. Lacinová, L. Kukla, L. a kol. *Dítě na*

*prahu dospívání* 2. vyd. Brno: Barrister and Principal, 2004, s. 144 – 150, ISBN 80-86598-84-5

Šonka, K. a kol. *Apnoe a další poruchy dýchání ve spánku*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2004. ISBN 80-247-0430-7

Šonka, K. Cirkadiánní řízení spánku. In Nevšimalová, S. Šonka, K. *Poruchy spánku a bdění* vyd. Praha: Maxdorf, 1997, s.27 - 33, ISBN 80-85800-37-3

Švancar, Z. Buriánová, J. *Speciálně – pedagogické problémy ústavní a ochranné výchovy* 1. vyd. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1988. ISBN 14-363-88

Vágnerová, M. *Vývojová psychologie Dětství, dospělost, stáří* 1. vyd. Praha: Portál, 2000. ISBN 80-7178-308-0

Vágnerová, M. *Vývojová psychologie. I. Dětství a dospívání* 1 vyd. Praha: Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8

Vojtová, P., Vašinová, I., Křesťan, T. Kvalita života u pubescentů a adolescentů – vyjádření spokojenosti a důležitosti v návaznosti na cirkadiánní rytmy In Krejčí, M., Švejda, G., Schuster, J. a kol. (Ed.) *Health Education and Quality of Life III*. Hluboká nad Vltavou 11. -13. 10. 2011. České Budějovice: PF, 2011. (CD).

#### **Přednášky:**

HARADA. T. *Lecture about morningness and eveningness typology*. (Přednáška o ranní a večerní typologii). Setkání akademické obce. České Budějovice. 18.3. 2011

#### **Internetové zdroje:**

MŠMT: Ministerstvo mládeže a tělovýchovy. [online]. [cit. 2012-04-4]. Dostupné z: <http://www.msmt.cz/dokumenty/zakon-c-109-2002-sb-o-vykonu-ustavni-vychovy-nebo-ochranne-vychovy-ve-skolskych-zarizenich-a-o-preventivne-vychovne-peci-ve-skolskych-zarizenich-a-o-zmene-dalsich-zakonu>

RIS: Regionální a informační servis. [online]. [cit. 2012-04-27]. Dostupné z: <http://www.risy.cz/cs/krajske-ris/zlinsky-kraj>

RIS: Regionální a informační servis. [online]. [cit. 2012-04-11]. Dostupné z: [http://www.risy.cz/Files/Images/zlinsky/cleneni/POU\\_ZL.jpg](http://www.risy.cz/Files/Images/zlinsky/cleneni/POU_ZL.jpg)

Zkola: Informační a vzdělávací portál školství Zlínského kraje. [online]. [cit. 2012-04-22]. Dostupné z:

<http://www.zkola.cz/zkedu/management/oddeleniorganizacniaspravni/adresareprehledy-astatistickeinformace/25683.aspx>



**Bakalářské práce:**

Stejskalová, Č., R. *Život mladých dospělých po odchodu z dětského domova*. České Budějovice, JU: 2011. Bakalářská práce.

Svobodová, M. Vrbovská, P. Bártová, D. Zpráva o stávajícím stavu náhradní rodinné péče o děti a mládež bez rodinného zázemí v České republice In Sociální práce/Sociálna zpráva 2/2003 [online]. Praha : Sociální práce, 2003 [cit. 2011-02-01].

Dostupné z WWW: <[http://klimes.mysteria.cz/nrp/nrp\\_v\\_cr.pdf](http://klimes.mysteria.cz/nrp/nrp_v_cr.pdf)>.

## **8 SEZNAM ZKRATEK**

WHO	- World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)
QOL	- Quality of Life (Kvalita života)
HRQL	- Health-Related Quality of Life (Kvalita života související se zdravím)
SJ	- suprachiasmatická jádra
DD	- Dětský domov

## **9 SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1: Dotazník kvality života

## Příloha č. 1

### Dotazník kvality života

Milé zákyně, milí žáci,

prosíme Vás o vyplnění dotazníku, který zjišťuje kvalitu života u dětí a mládeže. Poskytnuté údaje poslouží k výzkumu, který je realizován Katedrou výchovy ke zdraví, PF, JU v Českých Budějovicích (<http://www.pf.jcu.cz/stru/katedry/vkz/vyucujici.php>) v rámci projektu GAJU „Psychosociální a somatické ukazatele v komparaci k cirkadiánnímu rytmu“. V případě jakýkoliv dalších dotazů se prosím obraťte na hlavní řešitelku projektu: Mgr. Petra Vojtová, Ph.D - [pvojtova@pf.jcu.cz](mailto:pvojtova@pf.jcu.cz) (387 773 148) odborná asistentka PF JU Markéta Librová - [marketka.DC@seznam](mailto:marketka.DC@seznam) studentka PF JU

Velice děkujeme a přejeme mnoho úspěchů ve studiu.

- 0 (a) Napiš svůj věk  
(b) Napiš své jméno  
(c) Název školy a město, kde je škola  
(d) Třída  
(e) Označte pohlaví                      Dívka                      Chlapec

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

### Část 1.

**1a Cítíš se zdrav/a?**

ano (pozitivní)                      ne (negativní)

**2a Kolikrát jsi navštívil lékaře za poslední 3 měsíce**

Ani jednou (pozit.)    1-2 (pozit.)    3-4 (průměrná)    5-7 (negativní)

8 a více (negativní)

**2b Máš nějaké zdravotní problémy?**

ano (negativní)

ne (pozitivní)

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

*Název onemocnění*

*Vnější projev onemocnění*

např.

problém s viděním

alergie

úraz

nošení brýlí

užívání léků

nošení fixace (sádry)

\_\_\_\_\_

1 odpověď – optimální (pozitivní)

\_\_\_\_\_

2 odpovědi - průměrná

\_\_\_\_\_

3 odpovědi a více - negativní

**2d Užíváš pravidelně nějaké léky?**

ne, neužívám (optimální)

ano, užívám (negativní)

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

.....

.....

.....

**2e Jsi spokojen/a se svým zdravím?**

ano (pozitivní)

ne (negativní)

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

ano (pozitivní, pokud předchozí odpověď je ano)

ne (negativní, pokud předchozí odpověď je ne)

**3a Nudíš se někdy?**

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

**3b Kolik hodin denně průměrně sleduješ televizi?**

0 hodin      1      2      3      4      5      6      7      8      9 a více

**3c Kolik hodin denně průměrně strávíš na počítači?**

0 hodin      1      2      3      4      5      6      7      8      9 a více

**4a Jak často hovoříš se svými blízkými kamarády/dkami?**

Denně      Několikrát v týdnu      Jednou za týden      Jednou za měsíc      Vůbec

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

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

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

(1) Kamarád/ka      (2) Rodiče      (3) Vychovatelé/Učitelé      (4) Ostatní lidé  
(5) Jaké aktivity ti pomáhají na zlepšení nálady.....

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

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

**5a Jak často spíš dobře?**

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

**5b Cítíš se doma v bezpečí?**

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

**5c Cítíš se ve škole v bezpečí?**

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

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

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

**5e Napiš, co ti nejvíce vadí, či co ti nedělá dobře?**

.....  
.....

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

**Aktivita**

**Označení vždy jedním číslem**

Věnuji se zájmovým aktivitám, kroužky \_\_\_\_\_  
Jsem s přáteli \_\_\_\_\_  
Chodím se dívat na sportovní utkání (na stadion či hřiště) \_\_\_\_\_  
Činnost spojená s vírou \_\_\_\_\_  
Chatuji či e-mailuji s přáteli přes PC \_\_\_\_\_  
Hraji hry a sleduji filmy na počítači \_\_\_\_\_  
Jím venku, mimo domov \_\_\_\_\_  
Chodím do kina \_\_\_\_\_  
Jsem s rodiči \_\_\_\_\_  
Jsem sám \_\_\_\_\_  
Jsem v domově pro děti s přáteli \_\_\_\_\_  
Sportuji , cvičím \_\_\_\_\_  
Čtu si \_\_\_\_\_  
Chodím do školy \_\_\_\_\_  
Pomáhám s úklidem \_\_\_\_\_  
Pracuji za peníze \_\_\_\_\_  
Poslouchám hudbu \_\_\_\_\_  
Studuji, učím se \_\_\_\_\_  
Další  
.....  
.....

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

Ano                      Ne

**Pokud ano, prosím, napiš jakou roli v něm máš a název sportovního, uměleckého či zájmového týmu či kroužku.**

---

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

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

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

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

**7b Jak často máš přání.**

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

**8c Věříš, že se ti tvá přání jednou splní?**

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

## Část 2.

Prosím zaškrtni každou otázku křížkem, jak důležité jsou pro tebe jednotlivé oblasti tvého života.

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

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

Nejdůležitější    Velmi důležité    Důležité    Málo důležité    Nedůležité

### 2. Jak důležité je tvé zdraví?

Nejdůležitější    Velmi důležité    Důležité    Málo důležité    Nedůležité

### 3. Jak důležité jsou tvé životní cíle?

Nejdůležitější    Velmi důležité    Důležité    Málo důležité    Nedůležité

### 4. Jak důležité jsou pro tebe vztahy v domově pro děti?

Nejdůležitější    Velmi důležité    Důležité    Málo důležité    Nedůležité

### 5. Jak důležité jsou pro tebe blízké vztahy s rodiči?

Nejdůležitější    Velmi důležité    Důležité    Málo důležité    Nedůležité

### 6. Jak důležité jsou pro tebe blízké vztahy s přáteli?

Nejdůležitější    Velmi důležité    Důležité    Málo důležité    Nedůležité

### 7. Jak je pro tebe důležité cítit se bezpečně?

Nejdůležitější    Velmi důležité    Důležité    Málo důležité    Nedůležité

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

Nejdůležitější    Velmi důležité    Důležité    Málo důležité    Nedůležité

### 9. Jak je pro tebe důležité být šťastný?

Nejdůležitější    Velmi důležité    Důležité    Málo důležité    Nedůležité

### 10. Jak je pro tebe důležité důvěřovat sám sobě a ostatním lidem?

Nejdůležitější    Velmi důležité    Důležité    Málo důležité    Nedůležité



### Část 3.

Prosím odpověz, jak jsi spokojen/a s následujícími oblastmi života?  
Není žádná správná a špatná odpověď. Označ křížkem, nejlépe odpovídající názor.

#### 1. Jak jsi spokojen s tím co vlastníš?

Nadšená/ý (pozitivní) Spokojená/ý (pozitivní) Většinou spokojená/ý (pozitivní)  
Smíšeně (jednou spokojená/ý, jindy nespokojená/ý) – (průměrná)  
Většinou nespokojen/a (negativní) Nespokojená/ý (negativní)  
Absolutně nespokojený/a (negativní)

#### 2. Jak jsi spokojen s vlastním zdravím?

Nadšená/ý (pozitivní) Spokojená/ý (pozitivní) Většinou spokojená/ý (pozitivní)  
Smíšeně (jednou spokojená/ý, jindy nespokojená/ý) – (průměrná)  
Většinou nespokojen/a (negativní) Nespokojená/ý (negativní)  
Absolutně nespokojený/a (negativní)

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

Nadšená/ý (pozitivní) Spokojená/ý (pozitivní) Většinou spokojená/ý (pozitivní)  
Smíšeně (jednou spokojená/ý, jindy nespokojená/ý) – (průměrná)  
Většinou nespokojen/a (negativní) Nespokojená/ý (negativní)  
Absolutně nespokojený/a (negativní)

#### 4. Jak jsi spokojen se vztahy v domově pro děti?

Nadšená/ý (pozitivní) Spokojená/ý (pozitivní) Většinou spokojená/ý (pozitivní)  
Smíšeně (jednou spokojená/ý, jindy nespokojená/ý) – (průměrná)  
Většinou nespokojen/a (negativní) Nespokojená/ý (negativní)  
Absolutně nespokojený/a (negativní)

#### 5. Jak jsi spokojen se vztahy s rodiči?

Nadšená/ý (pozitivní) Spokojená/ý (pozitivní) Většinou spokojená/ý (pozitivní)  
Smíšeně (jednou spokojená/ý, jindy nespokojená/ý) – (průměrná)  
Většinou nespokojen/a (negativní) Nespokojená/ý (negativní)

## **6. Jak jsi spokojen se vztahy s přáteli?**

Nadšená/ý (pozitivní) Spokojená/ý (pozitivní) Většinou spokojená/ý (pozitivní)

Smíšeně (jednou spokojená/ý, jindy nespokojená/ý) – (průměrná)

Většinou nespokojen/a (negativní) Nespokojená/ý (negativní)

Absolutně nespokojený/a (negativní)

## **7. Jak jsi spokojen s tím, jak bezpečně se cítíš?**

Nadšená/ý (pozitivní) Spokojená/ý (pozitivní) Většinou spokojená/ý (pozitivní)

Smíšeně (jednou spokojená/ý, jindy nespokojená/ý) – (průměrná)

Většinou nespokojen/a (negativní) Nespokojená/ý (negativní)

Absolutně nespokojený/a (negativní)

## **8. Jak jsi spokojený s aktivitami, které provozuješ s přáteli mimo svůj domov**

Nadšená/ý (pozitivní) Spokojená/ý (pozitivní) Většinou spokojená/ý (pozitivní)

Smíšeně (jednou spokojená/ý, jindy nespokojená/ý) – (průměrná)

Většinou nespokojen/a (negativní) Nespokojená/ý (negativní)

Absolutně nespokojený/a (negativní)

## **9. Jak jsi spokojen/spokojena s vlastním štěstím?**

Nadšená/ý (pozitivní) Spokojená/ý (pozitivní) Většinou spokojená/ý (pozitivní)

Smíšeně (jednou spokojená/ý, jindy nespokojená/ý) – (průměrná)

Většinou nespokojen/a (negativní) Nespokojená/ý (negativní)

Absolutně nespokojený/a (negativní)

## **10. Jak jsi spokojen/spokojena s důvěrou sama v sebe a s důvěrou k ostatním lidem?**

Nadšená/ý (pozitivní) Spokojená/ý (pozitivní) Většinou spokojená/ý (pozitivní)

Smíšeně (jednou spokojená/ý, jindy nespokojená/ý) – (průměrná)

Většinou nespokojen/a (negativní) Nespokojená/ý (negativní)

Absolutně nespokojený/a (negativní)

## Část 4.

### Cirkadiánní rytmy

#### Režim spánku ve všedních dnech

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

Průměrně v..... (napište číslicí)

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

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

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

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

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

Většinou v..... (napište číslicí)

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

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

**6) Spíš občas během dne ve všedních školních dnech?**

(1) Nikdy (2) Občas (3) Každý den

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

Většinou: ..... např. 13.30

Jak dlouho spíš?

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

#### Režim spánku o víkendu

**8) V kolik hodin chodíš spát o víkendu?**

Většinou v .....(napište číslicí)

**9) Jak dlouho ti trvá, nežli usneš o víkendu?**

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

**10) Jak často máš o víkendu potíže s usínáním?**

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

**11) Kdy se o víkendu probouzíš?**

Většinou v ..... (napište číslicí)

**12) Jak dlouho zůstáváš v posteli po probuzení o víkendu?**

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

**13) Máš o víkendu problémy se vstáváním?**

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

## Část 5.

### Diurnální rytmy

**14) Je podle tebe spánek důležitý nebo ne?**

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

**15) Kolik hodin nejraději spíš?**

Většinou..... hodin

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

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

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

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

**18) Je tvůj spánek hluboký nebo lehký?**

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

**19) Kolikrát za noc se probudíš?**

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

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

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

**21) Spíš sám/ sama v místnosti?**

(1) Ano

(2) Ne

Pokud jste odpověděl ne, kolik lidí spí společně s vámi v místnosti?

.....

**22) Jak často hovoříš se svou rodinou o spánku?**

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