

JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
Zdravotně sociální fakulta

**Životní styl dětí v dětských domovech
z hlediska dodržování zásad zdravého životního stylu**

Bakalářská práce

Vedoucí práce:
MUDr. Zdeňka Trestrová

Autor práce:
Veronika Walenková

2009

Lifestyle of children living in children's homes regarding their adherence to principles of healthy lifestyle

Abstract

Lifestyle is one of the most important factors influencing health of population. Adherence to principles of healthy lifestyle in children and subsequently healthy adult persons are an important contribution to the future of children and our whole society. Inadequate lifestyle in children may lead to some civilization diseases, especially cardiovascular, tumor and metabolic diseases in their adulthood.

In this thesis I focused on lifestyle in children living in children's homes, and compared their adherence to the principles of healthy lifestyle to that in children living in families. The research was conducted with children aged 12–16 years, attending basic school.

The objective of the thesis was to assess lifestyle of children in children's homes, to what extent the lifestyle of children in children's homes is different from that of children growing up in families and what is these children's relationship to the principles of a healthy lifestyle.

In relation to the objectives I stated three hypotheses in which I assume that lifestyle of children living in children's homes is different from that of children living in families, that children living in children's homes are more effected with negative influence of their neighbourhood and more often have negative attitude to adherence to the principles of healthy lifestyle than children living in families.

In my thesis I chose the methodology of quantitative research using questionnaires. The survey was conducted in children from four children's homes in the Central Bohemian region (CHH Solenice, CHH Přestavlky, Sedlec-Prčice CHH and CHH Korkyně) and in children living in families, attending both the school implementing the program "School supporting health" (ZŠ Jiráskovy sady Příbram), and the school not participating in that program (ZŠ 28. října Příbram).

I addressed a total of 93 children from children's homes and 95 children living in families to fill in identical questionnaires. The questionnaires were anonymous and the questions were focused on evaluating children's attitudes to principles of healthy lifestyle. There were 35 questions focused on knowledge of healthy lifestyle principles, healthy diet, drinking regime, physical activity, leisure time, smoking, alcohol consumption and drug abuse.

On the basis of completed questionnaires analysis I compared the two groups of children regarding their attitude to adherence to principles of healthy lifestyle.

Key words: lifestyle, diseases of civilization, children's home, family

Abstrakt

Životní styl je jedním z nejvýznamnějších faktorů z hlediska vlivu na zdraví populace. Dodržování zásad zdravého životního stylu u dětí a následně zdravý dospělý jedinec jsou důležitým vkladem do budoucnosti dětí i celé naší společnosti. Nesprávný životní styl dětí může v dospělosti vést ke vzniku některých civilizačních chorob, zvláště kardiovaskulárních, nádorových a metabolických onemocnění.

Ve své práci jsem se zaměřila na životní styl dětí v dětských domovech, z hlediska dodržování zásad zdravého životního stylu, ve srovnání s dětmi v rodinách. Sledovanou skupinou byly děti ve věku 12-16 let, navštěvující základní školu.

Cílem mé práce bylo posouzení životního stylu dětí v dětských domovech, do jaké míry je životní styl dětí v dětských domovech odlišný od životního stylu dětí, vyrůstajících v rodinách a jaký je vztah těchto dětí k zásadám zdravého životního stylu.

Ve vztahu ke stanoveným cílům jsem určila tři hypotézy, ve kterých předpokládám, že životní styl dětí v dětských domovech je odlišný od životního stylu dětí v rodinách, že tyto děti jsou více zatíženy negativními vlivy prostředí a mají častěji negativní postoj k dodržování zásad zdravého životního stylu oproti dětem v rodinách.

Pro svou práci jsem zvolila metodiku kvantitativního výzkumu formou dotazníků. Průzkum byl proveden u dětí ze čtyř dětských domovů Středočeského kraje (DD Solenice, DD Přestavlky, DD Sedlec-Prčice a DD Korkyně) a u dětí žijících v rodinách, navštěvujících jednak školu, realizující program Škola podporující zdraví (ZŠ Jiráskovy sady Příbram) a jednak školu, která se tohoto programu neúčastní (ZŠ 28. října Příbram).

Shodnými dotazníky jsem oslovila celkem 93 dětí z dětských domovů a 95 dětí žijících v rodinách. Dotazník byl anonymní a otázky v něm byly směřovány na posouzení životního postoje dětí k zásadám zdravého životního stylu. Celkem obsahoval 35 otázek, zaměřených na znalosti zásad zdravého životního stylu, zdravou

výživu, pitný režim, pohybovou aktivitu, využívání volného času, kouření, konzumaci alkoholu a zneužívání drog.

Na základě výsledků z vyplněných dotazníků jsem srovnala obě zkoumané skupiny dětí z hlediska jejich postojů k dodržování zásad zdravého životního stylu.

Klíčová slova: životní styl, civilizační choroby, dětský domov, rodina,

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma „Životní styl dětí v dětských domovech z hlediska dodržování zásad zdravého životního stylu“ vypracovala samostatně a použila jsem jen pramenů, které cituji a uvádím v příložené bibliografii.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b zákona č. 111/1998 Sb., v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě Zdravotně sociální fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích dne 6. 5. 2009

.....

Veronika Walenková

Poděkování

Děkuji vedoucí své bakalářské práce MUDr. Zdeňce Trestrové za všestrannou pomoc při jejím vypracování, za cenné rady, ochotu a čas, věnovaný při zpracování mé práce. Dále děkuji osloveným základním školám a dětským domovům za vstřícnost při získávání dat a v neposlední řadě i mé rodině za trpělivost a podporu při mé práci.

OBSAH

ÚVOD.....	10
1. SOUČASNÝ STAV	11
1.1 Definice zdraví.....	11
1.2 Zdraví jako hodnota	12
1.2.1 Individuální hodnota zdraví	12
1.2.2 Sociální hodnota zdraví	13
1.3 Modely zdraví.....	13
1.3.1 Biomedicínský model zdraví	13
1.3.2 Ekologicko sociální model zdraví	14
1.4 Program Zdraví 21.....	16
1.4.1 Program Škola podporující zdraví	17
1.4.2 Charakteristika programu Škola podporující zdraví	18
1.4.3 Základní podmínka kvality školy	19
1.4.4 Odpovědnost ke zdraví a životní kompetence.....	19
1.5 Determinanty zdraví.....	20
1.6 Životní styl – jedna z determinant zdraví.....	21
1.6.1 Subjektivní zdraví	22
1.6.2 Rizikové faktory životního stylu	23
1.6.3 Výživa	24
1.6.4 Nutriční rizikové faktory	25
1.6.5 Zásady zdravé výživy	26
1.6.6 Nedostatečná pohybová aktivita	27
1.6.7 Kouření a alkohol	27
1.6.8 Drogy	28
1.6.9 Životní styl dětí	29

1.7 Charakteristika dětského domova.....	30
<i>1.7.1 Životní styl dětí v ústavní péči</i>	<i>31</i>
2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY	33
2.1 Cíle.....	33
2.2 Hypotézy.....	33
3. METODIKA	34
3.1 Použitá metoda	34
3.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	34
4. VÝSLEDKY.....	35
4.1 Výsledky obecné části dotazníku	35
4.2 Výsledky speciální části dotazníku	39
5. DISKUZE.....	81
6. ZÁVĚR.....	87
7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	89
8. KLÍČOVÁ SLOVA	91
9. PŘÍLOHY	92

ÚVOD

Problematikou zdravého životního stylu u dětí jsem se začala zabývat při nástupu do zaměstnání na oddělení hygieny dětí a mladistvých Krajské hygienické stanice Středočeského kraje se sídlem v Praze, územní pracoviště Příbram. Na toto téma jsem zaměřila svou bakalářskou práci, ve které jsem sledovala životní styl dětí v dětských domovech z hlediska dodržování zásad zdravého životního stylu, ve srovnání s dětmi, žijícími v rodinách.

Informovanost a dodržování zásad zdravého životního stylu u dětí a následně zdravý dospělý jedinec jsou důležitým vkladem do budoucnosti dětí i celé naší společnosti. Nesprávný životní styl dětí může v dospělosti vést ke vzniku některých civilizačních chorob, jejichž výskyt se stále častěji posouvá do nižších věkových skupin obyvatel.

Dosavadní praxe v naší společnosti je taková, že děti, o které se rodiče nemohou, nechtějí nebo nejsou schopni postarat, jsou nejčastěji umístěny v ústavu. Každý rok se jedná o více než čtyři tisíce dětí. Tyto děti jsou v některých případech předány do ústavní péče hned po narození, v mnoha případech jsou do dětského domova umístěny později z důvodu špatně fungující rodiny. Zvláště děti z těchto nefunkčních rodin jsou z hlediska dodržování zásad zdravého životního stylu nejvíce ohroženy a často je pro ně ústavní péče záchranou. Na druhou stranu je nutno konstatovat, že kolektivní péče v ústavu má za následek psychickou deprivaci dítěte a některé děti jsou ohroženy též střídáním pobytu v dětském domově a ve vlastní, ne zcela správně fungující biologické rodině.

Problematiku zdravého životního stylu jsem sledovala u dětí vybraných dětských domovů Středočeského kraje. Svou práci jsem zaměřila na dospívající děti základních škol ve věku 12 – 16 let, které jsou již často sami schopny svůj životní styl ovlivnit. Jako kontrolní skupinu dětí žijících v rodinách, jsem zvolila jednak žáky školy realizující program Škola podporující zdraví a dále žáky ze školy bez tohoto programu.

Formou dotazníků jsem oslovila celkem 95 dětí ze základních škol, žijících v rodinách a 93 dětí žijících ve čtyřech dětských domovech ve Středočeském kraji.

1. SOUČASNÝ STAV

1.1 Definice zdraví

Na začátku je nutné se zamyslet, co zdraví vlastně znamená, jak ho máme chápat a hodnotit. S pojmem zdraví se setkáváme již od dětství a na první pohled by se mohlo zdát, že tomuto pojmu každý rozumí. Většinou to pro nás v širším kontextu znamená, že se cítíme dobře, nic nás nebolí, že nám „nic není“.

Jakmile se však nad tímto pojmem více zamyslíme, dojdeme k tomu, že pojem zdraví není úplně jednoduchý. Zdraví má velké množství aspektů, jejichž důležitost se často v průběhu života lidí mění. Ať už je to v souvislosti s různými historickými obdobími, v závislosti na ekonomice, kultuře, rozvoji medicíny i dalších okolnostech.

Oproti nemocem je možno zdraví velmi obtížně změřit a definovat. Úroveň zdraví lidí je proto často vyjadřována pojmy „nemocnost a úmrtí“.

Světová zdravotnická organizace definuje pojem zdraví takto:

„Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady.“(22)

„Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.“(22)

Tato definice v sobě zahrnuje jak prvek negativního vymezení zdraví (nepřítomnost nemoci nebo vady), tak i prvek pozitivní (stav úplné duševní, tělesné a sociální pohody). Definice však nestanoví, co je to pohoda. Určitě zde bude hrát významnou roli subjektivní pocit pohody, ale pouze na něj se pojem zdraví omezit nedá. Je jisté, že „pohoda“ dosažená například požitím drogy, představě zdraví neodpovídá.

Pro vědecké účely bývají často vytvářeny tzv. „operační definice zdraví“, které jsou zaměřeny na jednotlivé charakteristiky zdraví nebo nemoci.

Některé z operačních definic mají obecnější platnost, např. „Zdraví je potenciál vlastností (schopností) člověka vyrovnat se s nároky (působením) vnitřního a zevního prostředí bez narušení životních funkcí“.(19) nebo „Zdraví je relativně optimální stav tělesné, duševní a sociální pohody při zachování všech životních funkcí, společenských rolí a schopnosti organismu přizpůsobit se měnícím se podmínkám prostředí“.(10) Tato operační definice má tři základní složky:

1. Tělesnou a psychosociální integritu navozující stav optimální pohody
2. Nenarušenost životních funkcí a společenských rolí
3. Adaptibilitu, tj. přizpůsobivost ve smyslu fyziologické a sociální homeostázy

Zdraví má svou objektivní a subjektivní složku. Často se říká, že hodnotu zdraví člověk pochopí až tehdy, když onemocní. Hezky to vyjádřil Dr. Halldan Mahler, bývalý generální ředitel SZO: „Zdraví není všechno, ale všechno ostatní bez zdraví nestojí za nic.“

Hodnota zdraví je zvláště v poslední době stavěna na přední místa zájmu společnosti, avšak historicky nejde o úplně nový aspekt. Toto dokládá i výrok Herakleita z Efezu (530-470 př. n. l.): „Když chybí zdraví, moudrost je bezradná, síla je neschopná boje, bohatství je bezcenné a důvtip bezmocný.“(1)

Zdraví je pro každého jedince i společnost významnou humánní hodnotou, a to jednak individuální i sociální. Je vždy určováno mnohými aspekty - společenskými, právními, ekonomickými, politickými, kulturními a dalšími.

1.2 Zdraví jako hodnota

1.2.1 Individuální hodnota zdraví

Individuální hodnota zdraví je spojena s pudem sebezáchovy.(7) Velice často si bohužel mnozí lidé hodnotu svého zdraví uvědomí, až když onemocní a nejsou schopni dříve žít tak, aby své zdraví nepoškozovali. Ať už se jedná o

zlozvyky jako je kouření, pití alkoholu, nesprávné složení stravy či nedostatek pohybu, spánku a špatné zvládnání stresu.

Cestou k lepšímu pochopení hodnoty zdraví je výchova, která posiluje důstojnost a svébytnost lidí. Tato výchova by měla začít již v dětském věku, aby si dítě plně uvědomovalo zodpovědnost za zdraví své i svých bližních.

1.2.2 Sociální hodnota zdraví

Sociální hodnota zdraví je postavena na přístupu společnosti ke zdraví. Každá společnost, má-li přežít, musí věnovat svou pozornost zdraví lidí. Tato pozornost je historicky i sociálně podmíněna. Jedním z důvodů pozornosti týkající se zdraví lidí byla v historii snaha o postavení náležitě silné armády, dalším důvodem byla ekonomická výkonnost populace.(8)

Hlavním důvodem je však to, že člověk ví, že je dobré být zdravý a těšit se ze všeho, co zdravý a naplněný lidský život přináší.

1.3 Modely zdraví

1.3.1 Biomedicínský model zdraví

Biomedicínský model zdraví je postaven na běžné klinické praxi. Důležitou roli zde hrají příznaky nemoci, diagnostika nemoci, dostupnost vyšetření, diagnostická kritéria a vhodná terapie. Zásadní otázkou zde je, zda nemoc byla prokázána. Za zdraví je považován stav nepřítomnosti nemoci.(8)

Lékaři vychází z výsledků vyšetření, snaží se vyhodnotit stav a funkci jednotlivých orgánů a činnost celého organismu.

V souvislosti s rozvojem sociologie a dalších humanitních oborů byl biomedicínský model doplněn o model sociologický, který sleduje společenské role individua, dále o model humanitní, který upřednostňuje morální a volní stránku existence člověka, nebo model behaviorální, který respektuje význam chování pro zdraví lidí a snaží se využívat zjištěných poznatků jak ke zlepšení zdraví, tak ke

zvýšení kvality života. **(10)** Výsledkem těchto modelů byl důraz na komplexní multidimensionální přístup, který je uplatňován zvláště v medicíně orientované primárně na pacienta. Pacient je v souvislosti s těmito modely přijímán jako součást společnosti a širokého ekosystému.

Biomedicínský model zdraví má však také svá omezení. K tomu, aby se podařilo účinně zvládat zdravotní problémy populace, je nutno postoupit za hranice biomedicínského modelu a zjistit, jak lze poznatky o zdraví a péči o něj začlenit do širších sociálních a ekologických souvislostí.

1.3.2 Ekologicko sociální model zdraví

Ekologicko sociální model zdraví je zaměřen na jedince, který je členem nějaké sociální skupiny, např. rodiny, pracovního kolektivu, společnosti. Cílem sledování je objektivní i subjektivní stránka zdraví a jeho poruchy. Zároveň se u tohoto modelu zdůrazňuje, že celá řada opatření, prováděných na populační úrovni, může mít pozitivní i negativní dopad na zdraví lidí.

Důležitou roli zde hrají sociální charakteristiky zdraví člověka – věk, vzdělání, pracovní zařazení, výše příjmu apod. Dalšími faktory, které mají vztah ke zdraví, jsou kulturní, sociální a humánní hodnoty.

Hlavními charakteristikami ekologicko-sociálního modelu zdraví jsou:

1. Zaměření na celou osobnost jedince jako člena rodiny a společnosti, příslušejícího k určité kultuře a plnícího odpovídající občanské a sociální role
2. Zájem o sociální charakteristiky zdraví, např. úroveň zdraví v závislosti na příjmu, pohlaví, věku, vzdělání apod.
3. Snaha porozumět kulturním, sociálním a individuálním hodnotám a posoudit jejich vztah ke zdraví
4. Pozornost věnovaná subjektivní stránce zdraví a roli osobních pocitů a emocí ve vztahu ke zdraví. V této souvislosti jde o vnímání jak pozitiv-

ního zdraví, tak poruch zdraví a v neposlední řadě i o subjektivní vztah k jednotlivým determinantám zdraví

5. Úsilí o pochopení jednání směřujícího ke zdraví v kontextu každodenního života. Lidé jako členové společnosti nejsou jen „kuřáci“, „alkoholici“ nebo „invalidé“. Jsou to především celí lidé, kteří jsou v běžném životě vystaveni mnoha dalším podmínkám a okolnostem, radostem a nesnázím. Sociální život a jeho podmínky představují významný komplex determinant zdraví.
6. Zdraví je pojímáno v celé šíři s vědomím, že výsledný zdravotní stav není jen výsledkem vztahu lékaře a pacienta, ale je do značné míry důsledkem aktivity samotného jedince i sociálních skupin a institucí i společnosti jako celku.
7. Snaha vzbudit a pěstovat vědomí vlastní důstojnosti. Péče o sebe je nezbytnou základní podmínkou a první formou péče, na kterou potom navazují další zdravotnické služby.
8. Vědomí, že existuje široká škála metod péče, léčení a uzdravování.(11)

Ekologicko-sociální model usiluje o rovnováhu a spolupráci v oblasti léčby, prevence i občanských aktivit člověka. Rozhodně není protipólem biomedicínského modelu, ale je jeho důležitým rozšířením.

Také tento model má celou řadu modifikací. Například celostní model zdraví, který chápe zdraví v jeho celistvosti. Vychází ze skutečnosti, že člověk zdraví nejen studuje, navrácí a chrání, ale i prožívá, takže zdraví je jednou z charakteristik života v jeho plnosti.

Podobnou orientaci má i model zdraví populace, který vychází z těchto zásad:

1. Zdraví lidí je ovlivňováno sociálními, kulturními a ekonomickými okolnostmi, a to jak na individuální, tak na populační úrovni

2. Tyto okolnosti jsou nezávislé na velikosti prostředků, které jsou vynakládány na zdravotnické služby
3. Společnost, jejíž bohatství je rozdělováno relativně spravedlivě, se těší vyšší úrovni zdraví
4. Pokud jde o individuální úroveň zdraví, ta je podmíněna jak ekonomickým a sociálním prostředím, tak schopnostmi jedince zvládat existující problémy(5)

Pojetí zdraví však prochází stálým vývojem a lze očekávat, že ani dosavadní přístupy nejsou zcela konečné. Jako nejlepší se jeví chápání zdraví a péče o zdraví, které bere v úvahu jak individuální, tak sociální aspekty. Takové pojetí je typické pro práci Světové zdravotnické organizace a je odraženo v programu Zdraví 21.

1.4 Program Zdraví 21

Program Zdraví 21 byl vládou České republiky projednán 30. 10. 2002 jako „Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století.“ Je národní variantou programu WHO „Health for All in the 21st Century“ a výsledkem deklarace, která na 51. Světovém zdravotnickém shromáždění v květnu roku 1998 formulovala základní politické principy péče o zdraví. Význam Zdraví 21 spočívá především v tom, že se jedná o velmi dobře strukturovaný koncepční model komplexní péče společnosti o zdraví, za účasti všech složek společnosti a společné odpovědnosti všech resortů.(9)

Program Zdraví 21 je rozsáhlý soubor aktivit, zaměřených na stálé a postupné zlepšování všech ukazatelů zdravotního stavu obyvatelstva. Na plnění programu se podílí všechny složky společnosti. Základní zodpovědnost za plnění programu má vláda a její Rada pro zdraví a životní prostředí, při níž je zřízen Výkonný Výbor. Program je otevřený dokument, který se v průběhu postupné realizace podle potřeby a zkušeností plynule upravuje a doplňuje. Těmto otázkám se Rada a její Výbor Zdraví 21 pravidelně věnují. Řídícím centrem programu je Ministerstvo zdravotnictví, které jako pomocnou složku využívá příslušné útvary Státního zdravotního ústavu.(14)

Zdravotní stav populace vyspělých států je podle Světové zdravotnické organizace charakterizován deseti hlavními příčinami nemoci: ischemická choroba srdeční, unipolární deprese, cévní mozkové nemoci, dopravní úrazy, následky konzumace alkoholu, osteoartróza, nádorové nemoci trávicího ústrojí, průdušek a plic, poranění a vrozené vady.

V České republice umírá ročně z celkového počtu zemřelých 53% obyvatel na kardiovaskulární onemocnění a 26 % na nádorová onemocnění. Onemocnění cukrovkou postihuje 650 tisíc lidí. Alergiemi u nás trpí kolem 600 tisíc lidí.

I když střední délka života v České republice v posledních letech stoupla a výskyt kardiovaskulárních onemocnění má klesající úroveň, výskyt ostatních chronických neinfekčních onemocnění, včetně nádorových, stoupá. To však souvisí částečně, ale i s postupným stárnutím naší populace.

1.4.1 Program Škola podporující zdraví

Jedním z cílů Dlouhodobého programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století je cíl 4: Zdraví mladých. Strategie péče o zdraví zahrnuje celoživotní podporu zdraví, jejíž složkou je výchova jedince k odpovědnosti za zdraví. Významnými aktéry procesu podpory zdraví dětí a mládeže jsou rodiče a pedagogové. Škola je důležitou institucí, kterou prochází prakticky celá populace žijící v dané zemi.(3)

Cílem dílčího úkolu 13.4. programu Zdraví 21 je, aby nejméně 50% dětí MŠ a 95% dětí ZŠ mělo možnost navštěvovat zařízení, které plní program „Škola podporující zdraví“.(3)

Chránit a posilovat zdraví znamená pozitivně působit na všechny jeho složky. Důležitou roli přitom hraje životní styl jednotlivce i skupiny. Životní styl a chování, které zdraví podporují, je třeba vytvářet již v předškolním a školním věku dítěte, kdy se návyky a postoje upevňují nejtrvaleji. Nejsnáze se vytvářejí spontánně, přímou zkušeností dítěte, tzn. tím, že dítě kolem sebe vidí příklady zdravého chování a také tím, že žije ve zdravě utvářených životních podmínkách.(3)

Nejvýznamnějšími aktéry procesu podpory zdraví jsou rodiče a pedagogové. Proto je klíčovou institucí pro realizaci podpory zdraví právě škola.(3)

Proces podpory zdraví ve školách se realizuje prostřednictvím rámcových vzdělávacích programů. Vedle toho vybrané školy realizují program Škola podporující zdraví. Evropská síť škol hlásících se k programu Škola podporující zdraví začala vznikat v roce 1990. Tato síť je garantována třemi mezinárodními organizacemi: Světovou zdravotnickou organizací, Radou Evropy a Komisí Evropské unie. V současné době je do sítě programu přijato 40 zemí.(2)

Škola podporující zdraví je součástí celoevropské sítě národních sítí od roku 1992. Do této sítě je v současné době v České republice zařazeno 100 mateřských škol, 101 základních škol, 5 středních škol a 7 speciálních a praktických škol. Z tohoto počtu je 10 základních škol a 9 mateřských škol ve Středočeském kraji.

Program Škola podporující zdraví podporuje aktivní partnerskou spolupráci mezi resorty zdravotnictví a školství tak, aby se tato vize stala součástí společné strategie a předmětem akčních plánů a činností obou resortů. Posláním programu Škola podporující zdraví bylo proto zakotveno mezi cíle a úkoly Zdraví 21.(3)

Škola podporující zdraví se projevuje pozitivními změnami sociálního prostředí ve škole, odpovědnějším způsobem chování ke zdraví a novými dovednostmi zacházení se zdravotními riziky.(3)

Na realizaci tohoto úkolu spolupracují resort školství, Česká školní inspekce, zdravotnictví a orgány státní správy.

1.4.2 Charakteristika programu Škola podporující zdraví

Na základě Programu Škola podporující zdraví si školy mateřské, základní i střední stanoví pomocí týmové spolupráce dlouhodobou a vyváženou koncepci, strategii a metody řízení podporující zdravý způsob života. Ve spolupráci s rodiči dětí a obcí je umožněn optimální vývoj a rozvoj každého jednotlivce, žáka i učitele, po stránce tělesné, duševní, sociální a duchovní.(3)

1.4.3 Základní podmínka kvality školy – Bezpečné a podnětné sociální prostředí

Podstatný vliv na celkové zdraví člověka má bezpečné a podnětné sociální prostředí, na jehož tvorbu je zaměřeno hlavní úsilí škol.

Vliv bezpečného a podnětného prostředí se projevuje v tom, že:

- Posiluje motivaci a zlepšuje neuropsychické předpoklady žáků i učitelů k plnění úkolů
- Navozuje pozitivní prožívání, snižuje riziko aktuálního stresu a úzkostných stavů, posiluje sebedůvěru a vyrovnané sebevědomí osobnosti
- Působí na žáky i učitele formativně, ti si odnášejí do dalšího života vzorce pro svoje sociální a pro-zdravotní chování v kterékoliv komunitě

Zvyšuje otevřenost a spolupráci žáků, rodičů a učitelů uvnitř i vně školy a vytváří předpoklady pro to, aby škola dokázala řešit včas, adekvátně a na odborné i lidské úrovni výskyt takových nežádoucích jevů, jako jsou zdraví škodlivé návyky a sociálně patologické chování, např. šikanování.(3)

1.4.4 Odpovědnost ke zdraví a životní kompetence

Program Škola podporující zdraví má za cíl rozvíjet kompetence každého žáka tak, aby mezi své celoživotní priority zařadil úctu ke zdraví a schopnost chovat se zodpovědně ke zdraví svému i druhých.(3)

Klíčové životní kompetence, kterými se vyznačuje člověk podporující zdraví jsou:

1. Rozumí holistickému pojetí zdraví, pojmům podpory zdraví a prevence nemocí.
2. Uvědomuje si, že zdraví je prioritní hodnotou.
3. Dovede řešit problémy a řeší je.
4. Má vyvinutu odpovědnost za vlastní chování a způsob života.
5. Posiluje duševní odolnost.

6. Ovládá dovednosti komunikace a spolupráce.
7. Spolupodílí se aktivně na tvorbě podmínek a prostředí pro zdraví všech.(3)

1.5 Determinanty zdraví

Determinanty zdraví jsou všechny podněty, které zdraví člověka jakýmkoli způsobem ovlivňují. Rozdělují se na několik skupin:

- sociálně ekonomické, které ovlivňují zdraví populace z 30%
- životní styl, který ovlivňuje zdraví ze 40%
- životní prostředí, které ovlivňuje zdraví populace z 10%
- zdravotnické služby, které ovlivňují zdraví populace z 10%
- genetické faktory, které ovlivňují zdraví také z 10%.

Dále je možno tyto determinanty dělit dle vnitřních a zevních faktorů:

Vrozené, dědičné

Tyto determinanty získáváme při narození, nelze je nijak ovlivnit a je nutno podle nich upravit náš způsob života. Velmi důležitým aspektem jsou preventivní prohlídky.

Zevní

Do této skupiny řadíme například:

- Zdravotní péče – naše zdraví ovlivňuje cca z 10%, jedná se zejména o péči preventivní a léčebnou
- Sociální izolace – vyloučení ze společnosti, následky tohoto vyloučení
- Sociální gradient (sociální nedostatek) – často se jedná o materiální nedostatek, sociální nejistotu, úzkost. Nedostatek sociální integrity je často příčinou nemoci

- Rané dětství – kvalita celého života je určena kvalitou duševního a fyzického vývoje v dětství. Mezi nejdůležitější období řadíme prenatální vývoj dítěte a období mezi 3-7 rokem života.
- Stres – trvalý nebo opakovaný - následkem trvalého stresu je trvalá úzkost, nejistota, ztráta sebevědomí, sociální izolace. Opakovaný stres může vyústit v deprese, sníženou odolnost organismu, zvýšený krevní tlak, čímž může dojít ke vzniku závažných onemocnění.
- Práce – práce, která člověka neuspokojuje, při které nemá možnost plně prokázat své schopnosti a vědomosti, nepřispívá k duševní pohodě a může výrazně ovlivnit zdravotní stav člověka.
- Nezaměstnanost – ztráta zaměstnání, pracovní nejistota zvyšuje úzkost a riziko vzniku deprese a dalších onemocnění, nejen duševních.
- Sociální opora - srozumitelná podpůrná sociální síť ve společnosti, dobré vztahy mezi lidmi, přátelství jsou důležitou součástí spokojeného života každého jedince
- Závislosti – sklon k závislostem má původ v širším sociálním pozadí, je spojen s problémy sociálními i ekonomickými, výrazně ovlivňuje zdraví člověka.
- Životní prostředí a životní podmínky – jsou důležitým aspektem, ovlivňujícím zdraví celé společnosti. Je sledována například voda, potraviny, ovzduší, jejichž nevyhovující kvalita a dlouhodobé působení může mít za následek vznik závažných onemocnění.(12)

1.6 Životní styl – jedna z determinant zdraví

Životní styl je jedním z nejvýznamnějších faktorů z hlediska ovlivnění zdraví. Chování a způsob života každého jedince významně ovlivňuje kvalitu jeho života i úroveň zdraví. Hraje klíčovou roli jak při vzniku nemocí a invalidity, tak v předčasné úmrtnosti.

Mezi chováním člověka a výskytem jeho mnoha nemocí je prokázán kauzální vztah. Například existuje příčinný vztah mezi kouřením a rakovinou plic nebo vliv nesprávné výživy, nedostatku tělesného pohybu, nadměrného užívání alkoholu a kouření na onemocnění srdce a cév.

Mezi hlavní behaviorální faktory, které ohrožují zdraví, řadíme kouření, nesprávnou výživu, nadměrnou konzumaci alkoholu a fyzickou inaktivitu.

Chování a životní styl v dospělosti jsou výsledkem vývoje v dětství a dospívání. Sledování výskytu behaviorálních komponent ovlivňujících zdraví u mladých lidí je důležité z hlediska veřejného zdraví. Mladí lidé se specifickými rizikovými faktory by měli být cílovou skupinou preventivních snah v oblasti podpory zdraví.(4)

1.6.1 Subjektivní zdraví

Spokojenost, zdraví dětí a následně zdravý mladý jedinec jsou během vývoje člověka ovlivňovány řadou různých faktorů, z nichž některé jsou ovlivnitelné a některé ne. Jedním z důležitých faktorů je rodina, ve které dítě vyrůstá, dále také škola, která hraje významnou roli v rozvoji sebepojetí a sebehodnocení.(4)

Období dospívání klade na dítě vysoké nároky. Organismus se velmi mění, mění se i vztahy mezi dětmi, utváří se pohled na život. To všechno může mít za následek vznik stresových situací, napětí a negativní odezvu ve zdravotním stavu dospívajícího jedince.

Na psychický stav dítěte a následně jeho duševní i fyzické zdraví v budoucnu má zásadní vliv rodina, v případě dětí žijících v ústavní péči kolektiv zařízení a škola. Velmi důležitá je úroveň komunikace mezi rodiči, příp. vychovateli a dítětem, komunikace ve škole mezi žákem a pedagogem a mezi spolužáky. Důležitou roli hraje schopnost dítěte navazovat kontakty se svými vrstevníky, včlenění se do kolektivu.

Lze předpokládat, že děti, které žijí v optimálních podmínkách, za které považujeme rodinu s dobrými mezilidskými vztahy, přiměřeně kladené nároky na

dítě ze strany rodičů i učitelů, školní prostředí, ve kterém dítě nezažívá zbytečný stres a kde se cítí bezpečně, prožívá dobré vztahy mezi vrstevníky a v neposlední řadě dodržuje zásady správné výživy s absencí konzumace alkoholu a kouření, se budou cítit zdravější a spokojenější než děti, které ve svém životě tyto vhodné podmínky splněny nemají.(4) Bohužel všechny děti tuto možnost vyrůstat v harmonickém a zdravém prostředí nemají a nejvíce jsou ohroženy děti, které vyrůstají v rodině, kde nejsou základní požadavky na správný růst a vývoj dítěte zajištěny.

1.6.2 Rizikové faktory životního stylu

Většina rizik, která ohrožují naše zdraví, má původ ve způsobu našeho života, v našem životním stylu. Jedná se o faktory, které máme možnost mít pod svou kontrolou a můžeme je ve většině případů ovlivnit.

Mezi ovlivnitelné rizikové faktory můžeme zařadit kuřáctví, nepřiměřenou a nesprávnou výživu, která často vyústí v nadváhu nebo obezitu, nedostatečnou pohybovou aktivitu, nadměrné užívání alkoholu, nepřiměřenou duševní zátěž a stres, užívání drog a další.

Neovlivnitelné faktory jsou například věk (s přibývajícím věkem riziko onemocnění stoupá), dědičnost (vznik některých nemocí je podmíněn vrozenými dispozicemi), pohlaví (některé nemoci se vyskytují častěji u jednoho pohlaví, jiné u druhého).

Na opačném pólu k rizikům stojí ochrana. Základem účinné ochrany je znalost vlastního zdraví současně se znalostí vlastních rizik. Díky této znalosti je člověk schopen ovlivnit, snížit či vyloučit rizika, která nepříznivě působí na jeho zdraví a zařadit tak do svého životního stylu účinnou prevenci. Součástí prevence i léčby kardiovaskulárních i nádorových onemocnění je změna životního stylu člověka, zvláště v oblasti kuřáctví, výživy, spotřeby alkoholu, pohybové aktivity a duševní hygieny.

Velmi důležitou věkovou skupinou, na kterou je třeba zaměřit pozornost v oblasti prevence onemocnění a dodržování zásad zdravého životního stylu je ka-

tegorie dospívajících, jejichž organismus je ve vývoji, a proto je velice citlivý k pozitivním i negativním vlivům prostředí. Na druhou stranu se v tomto období dají nevhodné návyky snadněji odstranit než zažitá zvyklosti u starší generace.

V rámci předkládané práce jsem se zaměřila na sledování níže uvedených rizikových faktorů, které ovlivňují životní způsob dětí ve sledovaných skupinách (klasická základní škola, škola podporující zdraví, dětský domov).

1.6.3 Výživa

Jedním z nejrizikovějších faktorů dnešního životního stylu je i nevhodná výživa, charakterizovaná nepoměrem mezi příjmem a výdejem energie, který ve svém důsledku vede ke vzniku nadváhy a obezity.

Obezita a nadváha má multifaktoriální podklad. Na jejím vzniku se podílí zevní a vnitřní faktory. Mezi zevní faktory počítáme nevhodný životní styl, charakterizovaný nadbytečným energetickým přívodem stravy, nedostatkem pohybové aktivity, duševním napětím atd. Mezi vnitřní faktory počítáme endokrinologická onemocnění a genetické dispozice.

V České republice se udává, že nadváhou a obezitou trpí 68% žen a 72% mužů. Výskyt nadváhy a obezity je u nás vyšší než v evropském průměru.(6)

Obezitou je postiženo 33% mužů a 30% žen..

Problém obezity a nadváhy se v posledních letech stal i závažným zdravotním problémem u dětské populace. V současné době statistiky udávají výskyt obezity u 10% dětské populace.

WHO mluví dnes o obezitě jako o celosvětové epidemii.

Pro určení obezity se nejčastěji používá veličina nazvaná tělesný hmotnostní index (anglicky: body mass index – BMI). Osoba s BMI přes 25 kg/m² je považována za osobu s nadváhou, BMI přes 30 kg/m² je považováno za obezitu. U jedince s BMI 40 kg/m² je velmi vysoké riziko vzniku nemocí souvisejících s obezitou. Americký Institut pro výzkum rakoviny považuje BMI mezi 18,5 a 25 za

ideální cíl zdravé osoby (i když některé zdroje považují osobu s BMI nižší než 20 za osobu s podváhou).

Pojem BMI zavedl v 19. století belgický statistik Adolphe Quetelet. Limitní hodnoty mezi kategoriemi jsou příležitostně předefinovány a mohou se lišit v různých zemích.

Samotné výpočty BMI jsou však jako diagnostický nástroj nedostatečné a je nutné je doplnit dalším odborným vyšetřením. Z důvodu jednoduchého stanovení však zůstává BMI nejdostupnějším ukazatelem při určování nadváhy a obezity u populace. **(23)**

1.6.4 Nutriční rizikové faktory

Mezi nutriční rizikové faktory je nutno zařadit:

- nadbytek a nesprávné složení tuků
- vyšší obsah cholesterolu
- nadbytek jednoduchých cukrů (zejména sacharózy) a na druhé straně nedostatek polysacharidů, zejména „nestavitelných“ škrobů, celulózy a jiných složek vlákniny
- nadbytečný příjem stravy neúměrný energetickému výdeji
- nedostatečný příjem některých vitaminů
- nedostatečné zastoupení minerálních látek a stopových prvků
- nedostatečný příjem přírodních ochranných látek **(20)**

Další rizika ve výživě představují:

- látky vznikající při nesprávném způsobu přípravy stravy
- kontaminující látky v potravinách
- nesprávné a neúměrné použití přídatných (aditivních) látek do potravin

- přírodní toxické látky
- alergeny

Uvedené rizikové faktory se mohou značnou měrou uplatnit při vzniku souvisejících onemocnění. Na druhé straně jejich omezení se může podílet na zabránění působení jiných vlivů včetně genetických, environmentálních, nesprávného způsobu života, z pracovního prostředí aj. **(20)**

1.6.5 Zásady zdravé výživy

Při utváření správné skladby jídelníčku dětí i dospělých je nutno usilovat o vyrovnaný energetický přívod základních živin - tuků, cukrů a bílkovin. Strava musí být pestrá a vyrovnaná co do složení všech potřebných nutrientů.

Důležitým pomocníkem při sestavování zdravého jídelníčku je potravinová pyramida, která v sobě zahrnuje doporučení, týkající se výběru vhodných potravin a četnost výskytu těchto potravin. V základně pyramidy jsou vyznačeny potraviny, které by se v našem jídelníčku měly objevovat nejčastěji a čím výše jsou další potraviny umístěny, tím méně by se měly v jídelníčku objevovat. Směrem zleva doprava v rámci jednoho „patra“ pyramidy jsou potraviny řazeny podle toho, které jsou pro zdravou výživu vhodnější. Přednost bychom měli dávat potravinám umístěným vlevo před těmi, které jsou umístěny uprostřed nebo vpravo. **(15)** (viz. obr. Příloha č. 2)

Dalším důležitým faktorem zdravé výživy je správný režim stravování, jehož základem je pravidelnost v přijímání stravy.

Optimální počet je 5-6 menších porcí za den. Tímto způsobem se příjem energie rovnoměrně rozvrství a tělo pak nemá potřebu si její část ukládat do zásoby. Pokud strava není pravidelná, tělo nemá v průběhu celého dne dostatek energie k dispozici a naučí se s ní šetřit pro chvíle, kdy se mu jí nebude dostávat. Jakmile získá další energii z potravy, nespotřebuje ji všechnu, ale její část uloží do zásoby a v důsledku toho může dojít ke vzniku nadváhy nebo obezity. **(15)**

1.6.6 Nedostatečná pohybová aktivita

V dnešní moderní době je pohyb velmi důležitým aspektem v životě každého člověka. Naše tělo je k pohybu přizpůsobeno a jestliže pohyb nadměru omezujeme, ztrácíme svalovou hmotu, místo které se pak vytváří tuková tkáň. Pohyb nám pomáhá udržet náš organismus v dobrém zdravotním stavu tím, že udržuje v normě složité chemické procesy probíhající v těle.

Doporučený pohybový režim má obsahovat všechny složky pohybové aktivity:

1. vytrvalostní pohyb
2. rutinní pohyb
3. posilování a protahování

Ad. 1 – vytrvalostní pohyb je takový, který trvá denně eventuelně obden alespoň 30 minut. Do této složky pohybové aktivity můžeme zařadit například jízdu na kole, plavání, tenis, běh, rychlá chůze apod.

Ad. 2 – rutinní pohyb můžeme provozovat během celého dne. Jde o to, není-li to nezbytné, například nepoužívat dopravní prostředky nebo vystoupit z autobusu o několik stanic dříve a zbytek cesty dojít pěšky nebo místo výtahu použít schody, apod.

Ad. 3 - posilování a protahování je pohyb, zaměřený na rozvoj rovnováhy a stability svalového systému, který má důležitý význam v prevenci poruch pohybového aparátu a vzniku úrazů.

1.6.7 Kouření a alkohol

Kouření cigaret a konzumace alkoholu jsou dalšími významnými rizikovými faktory životního stylu.

Kouření cigaret způsobuje značná poškození zdraví, zejména se jedná o nemoci srdce a cév, nemoci dýchacího ústrojí, je rizikovým faktorem vzniku rakoviny plic a jiných zhoubných nádorů. Z tohoto důvodu je alarmující vysoká prevalence kuřáků především v populaci dospívajících a mladých dospělých do 34 let

(20% patnáctiletých, z toho 22% chlapců a 18% dívek, kouří alespoň jednu cigaretu týdně).(17)

Kouření se stává významným a závažným problémem nejen zdravotnickým, ale i celospolečenským jak v naší společnosti, tak i ve světě. Tabák je nebezpečný v každé formě a v každém způsobu užívání. Kouření dětí a dospívajících je v centru pozornosti odborníků z oblasti veřejného zdraví z několika důvodů. Hlavním důvodem jsou pozdější zdravotní následky kouření a obtížnost zbavit se závislosti v případě návyku, který se rozvíjel dlouhá léta.(18)

V mnoha případech je i kuřáctví spojeno s nadměrnou konzumací alkoholu. Problém alkoholu a zdraví populace je v České republice aktuální vzhledem k vysoké průměrné spotřebě alkoholu na obyvatele. V roce 2002 dosáhla průměrná spotřeba 10,0 litrů na obyvatele (včetně dětí). Dospělí v Čechách vypijí v průměru 14 litrů alkoholu na osobu za rok a touto spotřebou se řadí na přední místo evropského žebříčku. Nepříznivá je rovněž skladba spotřeby, kdy sice přibližně polovina celkové spotřeby se vypije v pivu, ale jednu třetinu celkové spotřeby reprezentují destiláty.(18)

Alkohol je návyková látka, se kterou se děti a dospívající setkávají již v poměrně nízkém věku 11 – 13 let a v některých případech se nejedná pouze o jednorázový kontakt s touto látkou.

V odborné literatuře je prokázán vztah mezi raným začátkem pití alkoholu a pozdějšími zdravotními problémy. Část dětí také ještě ve školním věku získává první zkušenosti s alkoholovou intoxikací, nejčastěji ve věku 13-14 let.(4)

1.6.8 Drogy

Zneužívání drog je v populaci dnešní dospívající mládeže velký problém. Často lze pozorovat i těsnou souvislost mezi spotřebou alkoholu a zneužíváním drog.

Nejčastěji zneužívané skupiny drog:

1. těkavé látky (lepidla, rozpouštědla, výfukové plyny)

2. upravené konopí (hašiš a marihuana)
3. opiáty (heroin, kodein)
4. barbituráty
5. amfetaminy a jejich deriváty
6. kokain
7. halucinogenní drogy (LSD)
8. „domácí drogy“ vyráběné amatérsky doma nebo v tajných laboratořích

Účinky drog můžeme rozdělit na psychosociální a zdravotní.

Psychosociální účinky dále rozdělujeme na okamžité farmakologické psychotropické efekty (např. euforie, veselost, excitace, halucinace, agresivita, úzkost apod.) a nefarmakologické (např. zanedbávání povinností, násilí, zločinnost).

Mezi zdravotní následky zneužívání drog patří zejména předávkování, které může mít za následek v nejhorším případě i smrt, dále pak např. kardiovaskulární poruchy, poruchy CNS – křeče, hypotermie nebo horečka, poruchy respiračních funkcí. Psychický účinek drog může vyústit až do psychiatrického onemocnění. Velké nebezpečí pro celou populaci představuje i přenos a šíření infekčních onemocnění jako je HIV/AIDS a hepatitidy mezi drogově závislými.

Ve srovnání s okolními zeměmi Evropy je výskyt rizikového užívání návykových látek (především marihuany) v ČR, zejména u dospívajících a mladých dospělých vyšší. Značná je také spotřeba tlumivých léků (léky proti bolesti, hypnotika), jejichž neindikované užívání s sebou přináší škody ekonomické i zdravotní, včetně dalších rizik jako např. v dopravě vliv na dopravní nehodovost. **(16)**

1.6.9 Životní styl dětí

Rozebereme-li podrobněji způsob života dětí v naší populaci, zjistíme, že výše citované rizikové faktory ovlivňují životní styl dětí a mají za následek vznik řady onemocnění a poškození zdraví.

Stravovací zvyklosti ovlivňují zdravotní stav každého jedince a jsou-li nevhodné, přispívají ke vzniku nadváhy a obezity. Velká část dětí ráno před odchodem do školy nesnídá. Děti mají ve škole hlad a energii, kterou potřebují pro plnění školních povinností, získávají ze svých tukových zásob. Jakmile se dítě později nají, většina potravy je využita na doplnění tukových zásob. Dalším problémem je možnost volby oběda ve školní jídelně, kdy si děti raději volí pokrmy, které neodpovídají požadavkům zdravé výživy. Nejčastěji jsou to jídla sladká a moučná, o zeleninu děti většinou nejeví zájem. Některé děti dokonce na obědy do školní jídelny nechodí a místo oběda si kupují sušenky, chipsy, uzeniny, majonézové saláty, které jsou pro ně naprosto nevhodné. Dalším nešvarem je u dětí pití slazených nápojů, limonád, coca-col apod.

Velmi důležitým aspektem vzniku obezity u dětí je také nedostatek pohybu. Dítě tráví většinu času ve škole a v zájmových kroužcích, po příchodu domů pak často převládá sedavý způsob života (sledování televize, práce s počítačem) a jen velmi malá část dětí se věnuje ve svém volném čase sportu. Obézní dítě se často snaží vyhnout i hodinám povinné tělesné výchovy ve škole, jelikož zaostává s výkony za svými vrstevníky a někdy je i u kamarádů terčem posměchu.

Děti mohou sportovat, i když jsou často i méně pohybově obratné. Nejde o „lámání rekordů“, ale o radost z pohybu, která posiluje i radost ze života.(13)

Je nutné jen vybrat takové pohybové aktivity, které je dítě schopno a s radostí provádět.

Vztah k pohybu jako k životní potřebě se u dítěte vytváří do cca 12ti let života. Z tohoto důvodu je nutné zájem o pohyb vypěstovat u dětí již v ranném věku tak, aby se stal součástí jejich životního stylu a plnil tak svůj preventivní účinek při vzniku civilizačních chorob.

1.7 Charakteristika dětského domova

Velmi důležitou součástí náhradní rodinné péče v naší republice jsou dětské domovy.

Do dětských domovů jsou umisťovány děti, u nichž z různých důvodů není možno přistoupit k náhradní péči rodinného charakteru, jako je osvojení nebo pěstounská péče.

Dětský domov je státní školské výchovné zařízení. Je určen pro výkon ústavní výchovy mládeže, ochranná výchova se v dětských domovech nerealizuje. Zajišťuje výchovnou, hmotnou a sociální péči mládeži, která ze závažných důvodů nemůže být vychovávána ve vlastní rodině a nemůže být osvojena nebo umístěna v jiné formě náhradní rodinné péče.

Dětský domov je dvojího typu: rodinný – předpokládá se dlouhodobý pobyt v dětském domově a internátní – předpokládá se krátkodobý pobyt. Krátkodobým pobytem dítěte se rozumí doba nejvýše 2 let.

Dětský domov zajišťuje péči o děti, které sem byly umístěny z vážných sociálních nebo výchovných důvodů. Příčinou umístění ze sociálních důvodů je např. úmrtí jednoho z rodičů, dlouhodobá nemoc matky, nepravidelné pracovní směny rodičů aj. K umístění dětí z výchovných důvodů zpravidla dochází na základě soudního rozhodnutí o ústavní výchově nebo na základě předběžného opatření.(21)

1.7.1 Životní styl dětí v ústavní péči

Děti vychovávané v dětských domovech žijí v odlišném prostředí než děti vyrůstající v rodinách. Mají většinou i negativní životní zkušenosti z vlastních rodin, které z různých důvodů neplnily svoje povinnosti při výchově dítěte. Tyto skutečnosti a institucionální výchova se svými specifiky ovlivňují jejich cítění, myšlení a jednání, které se v některých oblastech odlišuje od projevů dětí vychovávaných v rodinách.(21)

Životní styl dětí v ústavní péči, ať už se jedná o děti v dětských domovech různých typů nebo děti v dětských SOS vesničkách je ovlivněn mnoha aspekty, které na dítě žijící v uspořádaném rodinném prostředí nepůsobí.

Na jedné straně jsou tyto děti pod téměř nepřetržitým dohledem svých vychovatelů a učitelů, kteří dohlíží na jejich denní režim, na druhé straně jsou však

často ovlivněny špatnými návyky a vzory svých biologických rodin. Takto jsou nejvíce ohroženy děti, které střídají pobyt v domově a ve své rodině. Nemalou roli zde hrají i genetické předpoklady při vzniku závislostí na alkohol či jiné látky.

Dalším důvodem vzniku špatných návyků v oblasti dodržování zásad zdravého životního stylu u dětí v dětských domovech může být větší kolektiv dětí a negativní vliv kamarádů. Velmi často jsou tyto děti ovlivněny i depresemi z různých zátěžových životních situací, které se snaží řešit pitím alkoholu či užíváním drog.

2. CÍLE PRÁCE A HYPOTÉZY

2.1 Cíle

1. Cílem bakalářské práce je posouzení životního stylu dětí v dětských domovech, analýza životních podmínek a zvyklostí těchto dětí ve srovnání s dětmi v rodinách.

2. Monitoring vztahu dětí v dětských domovech k zásadám zdravého životního stylu.

2.2 Hypotézy

Hypotéza 1: Předpokládám, že životní styl dětí v dětských domovech je odlišný od životního stylu dětí v rodinách.

Hypotéza 2: Předpokládám, že děti v dětských domovech jsou více zatíženy negativními vlivy prostředí.

Hypotéza 3: Předpokládám, že děti v dětských domovech mají častěji negativní postoj k dodržování zásad zdravého životního stylu oproti dětem v rodinách.

3. METODIKA

3.1 Použitá metoda

Pro svou práci jsem zvolila metodiku kvantitativního výzkumu formou dotazníků, který byl proveden u dětí ze čtyř dětských domovů Středočeského kraje (DD Solenice, DD Přestavlky, DD Sedlec-Prčice a DD Korkyně) a u dětí žijících v rodinách, navštěvujících jednak školu realizující program Škola podporující zdraví (ZŠ Jiráskovy sady Příbram) a jednak školu, která se tohoto programu neúčastní (ZŠ 28. října Příbram). Základní školy byly úmyslně vybrány tak, aby jejich zaměření nebylo sportovní a nedošlo tak ke zkreslení výsledků v oblasti pohybové aktivity.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

Dotazník byl anonymní a otázky v něm byly směřovány jednak na zjištění základních údajů o respondentech (věk, pohlaví, místo bydliště, zda dítě žije doma s rodiči nebo v dětském domově) a dále na posouzení životního postoje dětí k zásadám zdravého životního stylu. Celkem obsahoval 35 otázek, z toho první čtyři otázky byly obecného charakteru a dalších 31 otázek bylo zaměřeno na znalosti zásad zdravého životního stylu, zdravou výživu, pitný režim, pohybovou aktivitu, využívání volného času, kouření, konzumaci alkoholu a zneužívání drog.

Celkem bylo shodnými dotazníky osloveno 93 dětí z dětských domovů a 95 dětí žijících v rodinách ve věku od 12 do 16 let, navštěvující základní školu.

Získaná data jsem zpracovala v programu Excel podle stanovených cílů, pomocí kterého jsem vytvořila tabulky a grafy k jednotlivým otázkám dle zkoumaného faktoru životního stylu.

Výsledky jsou přehledně uvedeny v kapitole 4 VÝSLEDKY a komentáře a rozbor těchto výsledků jsou zpracovány v kapitole 5 DISKUSE.

4. VÝSLEDKY

4.1 Výsledky obecné části dotazníku

Výzkum v mé bakalářské práci byl zaměřen na životní styl dětí v dětských domovech z hlediska dodržování zásad zdravého životního stylu, ve srovnání s dětmi v rodinách. Celkem bylo dětem ve věku 12 – 16 let rozdáno 188 anonymních dotazníků, z nichž 93 dotazníků vyplnily děti ze čtyř dětských domovů ve Středočeském kraji (DD Korkyně, DD Přestavlkvy, DD Sedlec-Prčice a DD Solenice) a 95 dotazníků děti žijící v rodinách, navštěvující dvě základní školy v Příbrami (ZŠ Jiráskovy Sady Příbram a ZŠ 28. října Příbram). Návratnost dotazníků byla 100 %.

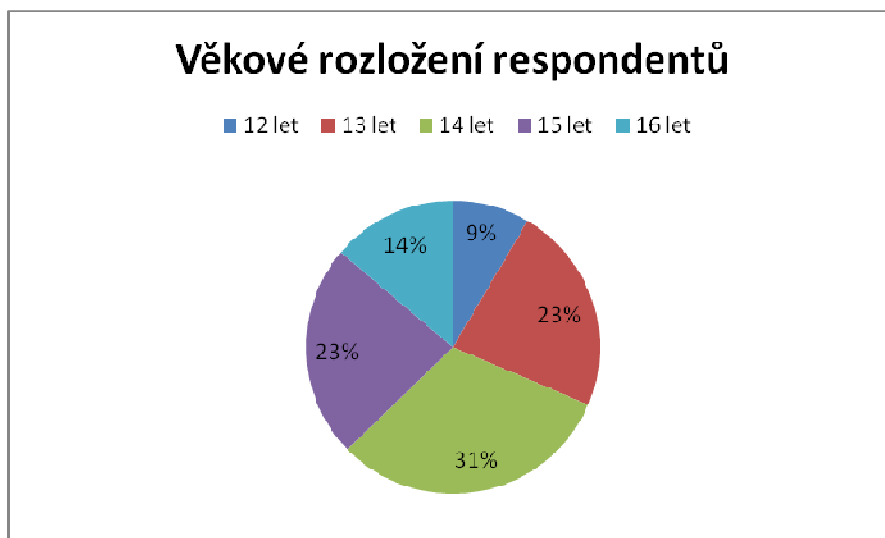
Tabulka a graf č. 1 znázorňují věkové rozložení oslovených respondentů.

Tabulka 1:

Věk	Počet respondentů
12 let	16
13 let	43
14 let	59
15 let	44
16 let	26

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 1:



Zdroj: vlastní výzkum

V obou skupinách oslovených dětí bylo celkem 16 dětí ve věku 12 let (9% z celkového počtu), 43 dětí ve věku 13 let (23% z celkového počtu), 59 dětí ve věku 14 let (31% z celkového počtu), 44 dětí ve věku 15 let (23% z celkového počtu) a 26 dětí ve věku 16 let (14% z celkového počtu).

Tabulka a graf č. 2 znázorňují poměr oslovených chlapců a dívek.

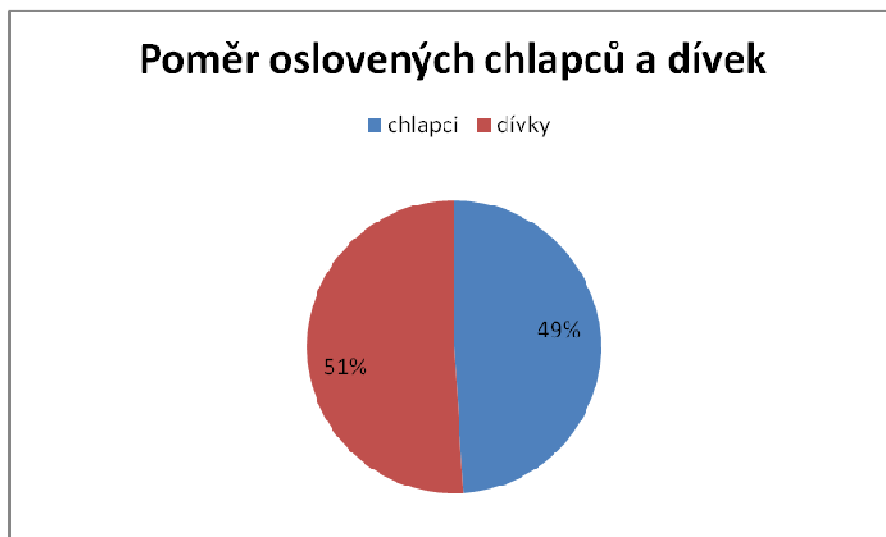
Tabulka 2:

Poměr oslovených chlapců a dívek

chlapci	92
dívky	96

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 2:



Zdroj: vlastní výzkum

Z celkového počtu oslovených dětí bylo 96 dívek (51% z celkového počtu) a 92 chlapců (49% z celkového počtu).

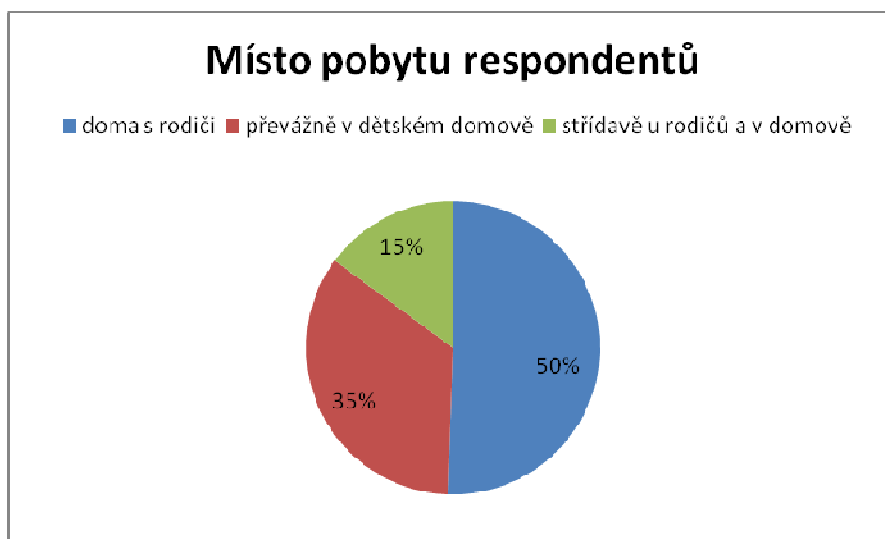
Tabulka a graf č. 3 zobrazuje místo pobytu respondentů, zda žijí doma s rodiči nebo v dětském domově nebo střídavě doma u rodičů a v domově.

Tabulka 3:

Místo pobytu respondentů	
doma s rodiči	95
převážně v dětském domově	65
střídavě u rodičů a v domově	28

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 3:



Zdroj: vlastní výzkum

Z grafu a tabulky č. 3 vyplývá, že doma s rodiči žije celkem všech 95 oslovených dětí (50% z celkového počtu) ze ZŠ Jiráskovy sady Příbram a ZŠ 28. října Příbram. Z celkového počtu 93 dětí, oslovených v dětských domovech, žije celkem 65 dětí (35% z celkového počtu) převážně v dětském domově a 28 dětí (15% z celkového počtu) žije střídavě doma u rodičů a v domově.

Poslední otázka obecné části dotazníku se týkala místa trvalého bydliště dotázaných dětí. Děti zodpovídaly otázku, zda místem jejich trvalého pobytu nebo místem, kde tráví nejvíce času je vesnice, malé město nebo okresní město.

Tabulka 4:

Místo trvalého bydliště	
vesnice	62
malé město	39
okresní město	87

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 4:



Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky a grafu č. 4 je patrné, že téměř polovina oslovených dětí (87 dětí, což je 46% z celkového počtu) žije v okresním městě. Jedná se ve většině případů o děti žijící v rodinách a navštěvující základní školy v Příbrami. Celkem 39 dětí (21% z celkového počtu) uvedlo jako místo svého trvalého bydliště malé město a 62 dětí (33% z celkového počtu) žije na vesnici.

Ze čtyř dětských domovů, ve kterých byl prováděn výzkum dodržování zásad zdravého životního stylu u dětí, se tři dětské domovy nacházejí na vesnici a jeden v malém městě.

4.2 Výsledky speciální části dotazníku

5. Máš představu o tom, co je obsaženo v pojmu „zdravý životní styl“?

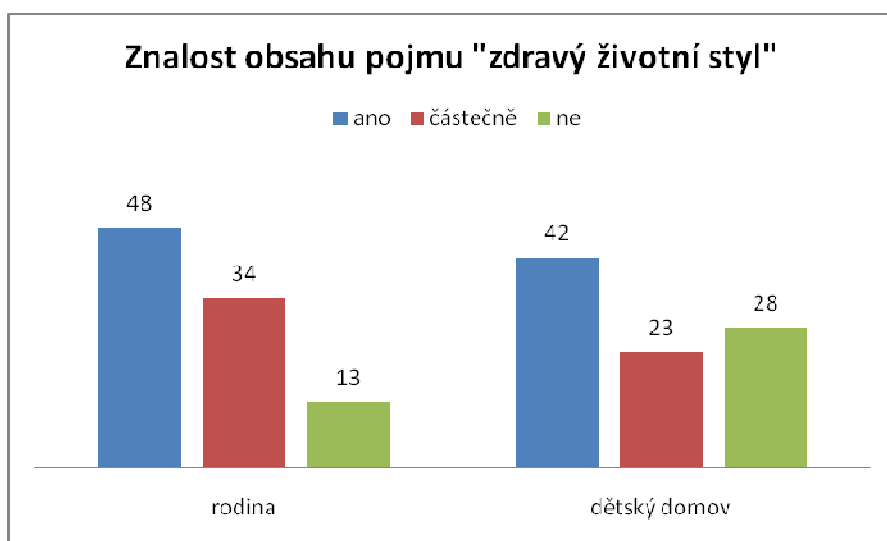
V této otázce měli oslovení respondenti zodpovědět, zda znají obsah pojmu „zdravý životní styl“. Děti měly možnost výběru ze tří odpovědí: ano, částečně, ne. U odpovědí ano a částečně měly za úkol popsat, co podle nich tento pojem znamená a co si pod ním představují.

Tabulka 5:

Znalost obsahu pojmu "zdravý životní styl"		
	rodina	dětský domov
ano	48	42
částečně	34	23
ne	13	28

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 5:



Zdroj: vlastní výzkum

Z obou sledovaných skupin dětí odpovědělo celkem 88 dětí, že má představu o tom, co je obsaženo v pojmu „zdravý životní styl“ a na zadanou otázku zvolilo odpověď „ano“. Jednalo se o 48 dětí žijících v rodinách (50,5% z celkového počtu) a 42 dětí z dětských domovů (45,2% z celkového počtu). Odpověď „částečně“ si vy-

bralo 34 dětí žijících v rodinách (35,8% z celkového počtu) a 23 dětí z dětských domovů (24,7% z celkového počtu). Odpověď ne zvolilo 13 dětí žijících v rodinách (13,7% z celkového počtu) a 28 dětí z dětských domovů (30,1% z celkového počtu).

Většina dětí, která zvolila v dotazníku odpověď „ano“ nebo „částečně“ správně popsala svou představu pojmu „zdravý životní styl“ a uvedla zásady dodržování zdravého životního stylu.

Mezi dětmi z dětských domovů a dětmi žijícími v rodinách nebyl ve znalostech výrazný rozdíl.

6. Myslíš si, že žiješ zdravě?

Tato otázka byla zaměřena na subjektivní názor na svůj životní styl. Děti měly opět v dotazníku možnost výběru tří odpovědí: ano, částečně, ne. U odpovědí „ano“ a „částečně“ měly za úkol vlastními slovy popsat, proč si myslí, že žijí zdravě.

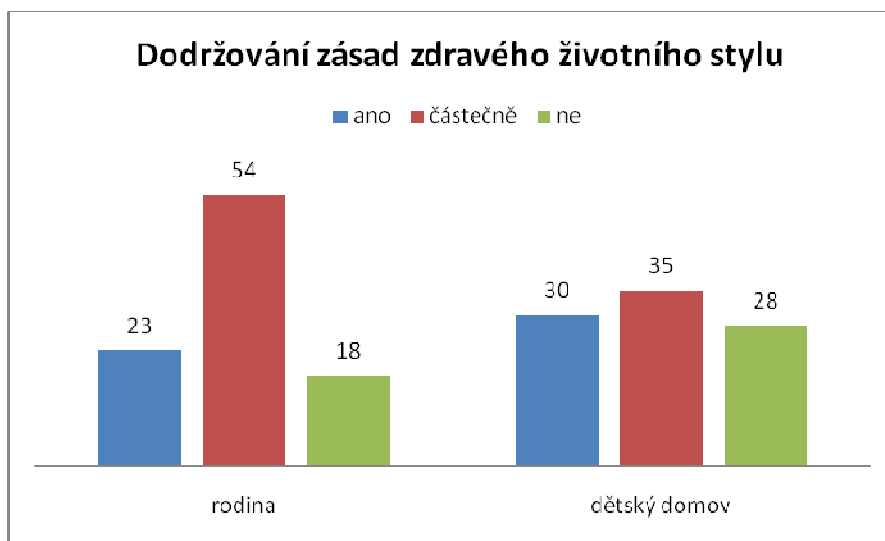
Většina dětí, která zvolila v dotazníku odpověď „ano“ nebo „částečně“ správně napsala, jak dodržují zásady zdravého životního stylu.

Tabulka 6:

Subjektivní názor na vlastní životní styl		
	rodina	dětský domov
ano	23	30
částečně	54	35
ne	18	28

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 6:



Zdroj: vlastní výzkum

Děti z obou sledovaných skupin nejčastěji zvolily odpověď „částečně“ a popsaly, proč dodržují nebo nedodržují zásady zdravého životního stylu. U dětí žijících v rodinách se jednalo celkem o 54 dětí (56,8% dětí z celkového počtu dětí žijících v rodinách) a dětí z dětských domů takto odpovědělo celkem 35, což je 37,6% dětí z celkového počtu dětí žijících v dětských domovech.

Odpověď „ano“ vybralo pouze 23 dětí žijících v rodinách (24,2% z celkového počtu dětí žijících v rodinách) a 30 dětí z dětských domovů (32,3% z celkového počtu dětí žijících v dětských domovech).

Dle subjektivního názoru si 18 dětí žijících v rodinách (18,9% z celkového počtu dětí žijících v rodinách) a 28 dětí žijících v dětských domovech (30,1% z celkového počtu dětí žijících v dětských domovech) myslí, že nežijí zdravě.

Počet dětí, které si myslí, že nežijí zdravě je vyšší v dětských domovech než v rodinách, dle mého výzkumu celkem o 21,2%.

7. Ráno snídáš?

U této otázky měly děti opět možnost volby tří odpovědí: „ano, každý den“, „někdy snídám a někdy ne“, „nesnídám“.

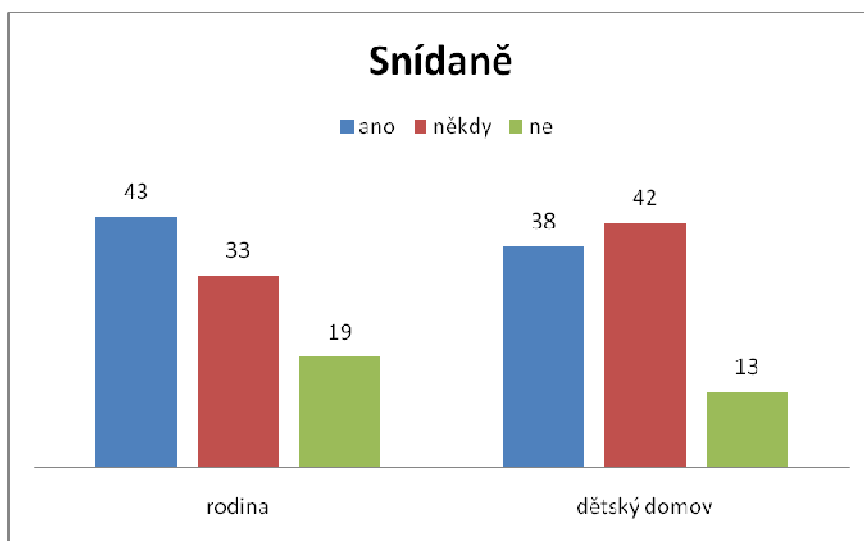
Tabulka a graf č. 7 znázorňují, jak často děti snídají či nesnídají.

Tabulka 7:

Snídaně		
	rodina	dětský domov
ano	43	38
někdy	33	42
ne	19	13

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 7:



Zdroj: vlastní výzkum

Celkem 43 dětí žijících v rodinách (45,3% z celkového počtu dětí žijících v rodinách) a 38 dětí z dětských domovů (40,9% z celkového počtu dětí žijících v dětských domovech) uvedlo, že každý den doma snídá.

Dětí, které někdy snídají a někdy ne, je více v dětských domovech, celkem 42 dětí (45,2% z celkového počtu dětí žijících v dětských domovech). U dětí, žijících v rodinách zvolilo tuto odpověď 33 dětí (34,7% z celkového počtu dětí žijících v rodinách).

Dětí, které pravidelně ráno nesnídají, je celkem v obou skupinách 32, z toho je 19 dětí žijících v rodinách (20,0% z celkového počtu oslovených dětí žijících v rodinách) a 13 dětí z dětských domovů (14% z celkového počtu dětí žijících v dětských domovech).

8. Ráno snídáš – zaškrtni:

V této otázce měly děti obou sledovaných skupin vybrat pokrmy, které mají nejčastěji k snídani. Odpovědi byly velice různorodé, a proto je nebylo možno zpracovat do grafu. Tabulka č. 8 uvádí dětmi nejčastěji volené potraviny k snídani.

Tabulka 8:

Nejčastější snídaně	rodina	dětský domov
cereálie	25	18
celozrnné pečivo	12	11
bílé pečivo	11	15
sladké pečivo	11	10
jogurty	21	14
sýry	7	15
uzeniny	7	9
ovoce, zelenina	1	1

Zdroj: vlastní výzkum

Nejoblíbenější a nejčastěji se vyskytující snídaně u dětí z obou zkoumaných skupin jsou cereálie. Dále děti žijící v rodinách mají často k snídani jogurty, děti z dětských domovů sýry s pečivem a jogurty.

9. Ve škole svačíš nebo nesvačíš?

Cílem této otázky bylo zjistit, zda děti ve škole svačí či nikoli. Dětem byly v dotazníku nabídnuty tři odpovědi: „svačím každý den“, „svačím pouze občas“, „nesvačím“.

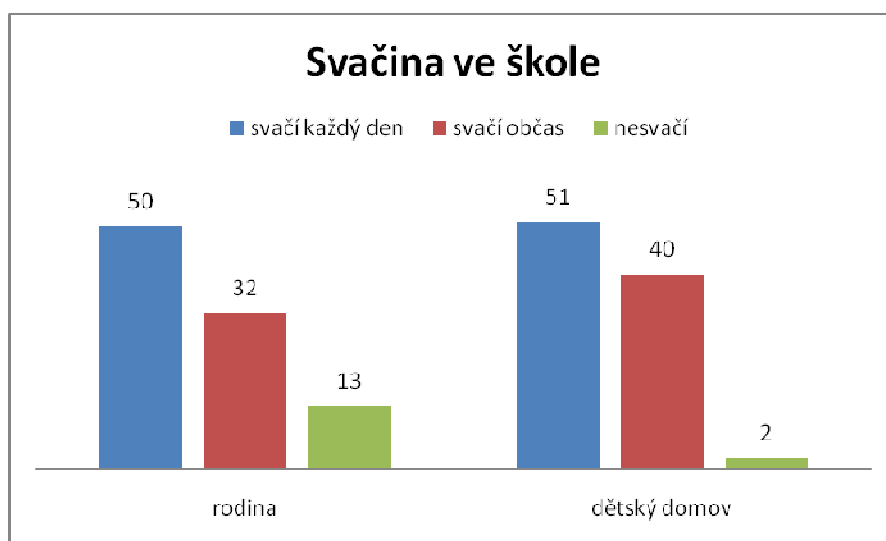
Tabulka a graf č. 9 znázorňují, kolik dětí si nosí z domova nebo si kupuje ve škole svačinu a kolik dětí dopolední svačinu pravidelně vynechává.

Tabulka 9:

Svačina ve škole		
	rodina	dětský domov
svačí každý den	50	51
svačí občas	32	40
nesvačí	13	2

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 9:



Zdroj: vlastní výzkum

Dětí, které každý den ve škole svačí, je v obou sledovaných skupinách téměř stejný počet. Ve skupině dětí žijících v rodinách je to celkem 50 dětí (52,6%

dětí z celkového počtu zkoumaných dětí žijících v rodinách), ve skupině dětí z dětských domovů se jedná o 51 dětí, což představuje 54,8% dětí ze všech oslovených dětí, žijících v dětských domovech. Počet dětí, které pravidelně každý den dopoledne svačí, je v dětských domovech nepatrně více (o cca 2,2%).

Odpověď „svačím pouze občas“ zvolilo celkem 32 dětí žijících v rodinách (33,7% z celkového počtu oslovených dětí žijících v rodinách) a 40 dětí ze zkoumaných dětských domovů (43,0% dětí ze všech zkoumaných dětí v dětských domovech).

Dětí, které vůbec nesvačí je poměrně více v rodinách. Celkem takto odpovědělo 13 dětí (13,7%) oproti pouze 2 dětem z dětských domovů (2,2%).

10. Nejčastější svačina

Z otázky č. 10 v dotazníku jsem se snažila zjistit, co nejčastěji mají děti ve škole dopoledne ke svačině. Dětem nebyla nabídnuta žádná možnost odpovědi. V dotazníku vypisovaly, co obvykle nosí s sebou do školy ke svačině nebo co si ve škole kupují.

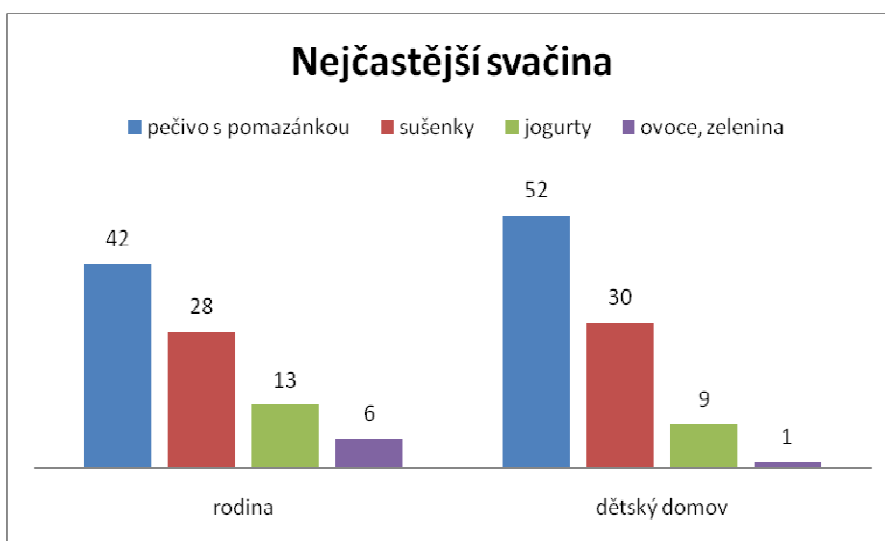
Tuto otázku některé děti nevyplnily, a proto není hodnocena ve vztahu k celkovému počtu dětí.

Tabulka 10:

Nejčastější svačina		
	rodina	dětský domov
pečivo s pomazánkou	42	52
sušenky	28	30
jogurty	13	9
ovoce, zelenina	6	1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 10:



Zdroj: vlastní výzkum

Graf č. 10 znázorňuje, co mají děti nejčastěji ve škole ke svačině.

V obou sledovaných skupinách dětí se jako nejčastější dopolední svačina objevuje pečivo s pomazánkou (42 dětí žijících v rodinách a 52 dětí žijících v dětském domově), na druhém místě jsou sušenky a sladké pečivo (28 dětí žijících v rodinách a 30 dětí z dětských domovů), na třetím místě jogurty (13 dětí žijících v rodinách a 9 dětí žijících v dětských domovech). Pouze 6 dětí žijících v rodinách a 1 dítě z dětského domova uvedlo, že má ke svačině ovoce nebo zeleninu bez dalších příloh.

11. Kam chodíš na obědy?

Tabulka a graf č. 11 znázorňují, kam děti dochází na obědy.

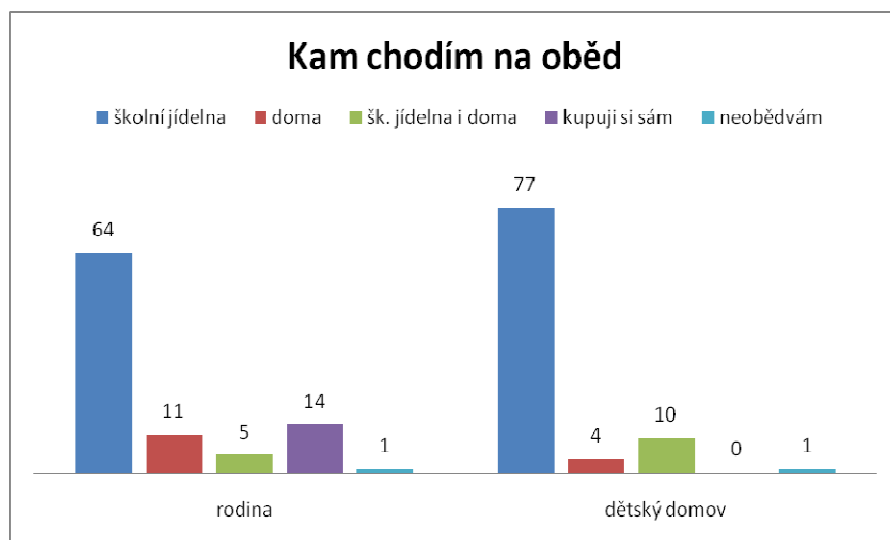
V dotazníku bylo nabídnuto pět možných odpovědí, ze kterých si děti vybíraly pro ně tu nejvhodnější: v poledne se stravuji ve školní jídelně, doma, někdy ve školní jídelně a někdy doma, k obědu si něco kupuji sám, neobědvám.

Tabulka 11:

Oběd	rodina	dětský domov
školní jídelna	64	77
doma	11	4
školní jídelna i doma	5	10
kupuji si sám	14	0
neobědvám	1	1

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 11:



Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky i grafu č. 11 je patrné, že většina dětí z obou sledovaných skupin se v poledne stravuje ve školní jídelně. Děti žijící v dětských domovech navštěvují školní jídelnu v 77 případech, což je 83,7% všech dětí sledované skupiny z dětských domovů. Ve srovnávací skupině dětí žijících v rodinách uvedlo celkem 64 dětí, že se stravuje ve školní jídelně, což je 67,4%. Z výsledků je patrné, že častěji se stravují ve školní jídelně děti z dětských domovů.

Další rozdíl, zjištěný z odpovědí na tuto otázku byla možnost vlastního zakoupení oběda mimo školní jídelnu. Celkem 14 dětí žijících v rodinách (14,7% ze

sledované skupiny dětí z rodin) nenavštěvuje v poledne školní jídelnu, ale samo si kupuje jídlo k obědu v obchodě. Tuto možnost dle mého výzkumu nevyužívá žádné dítě, žijící v dětském domově.

Vždy pouze 1 dítě v každé sledované skupině dětí v poledne neobědvá.

12. Máš-li ve školní jídelně možnost výběru jídla z více chodů, vybereš si:

Cílem otázky č. 12 bylo zjistit, jaká jídla jsou u dětí oblíbená a jaká si v případě možnosti výběru jídel ve školní jídelně z více chodů nejčastěji vybírají.

U této otázky děti vybíraly odpověď ze čtyř možností (sladká jídla, masitá jídla, zeleninová jídla, ryby) a nakonec označily svou nejoblíbenější přílohu.

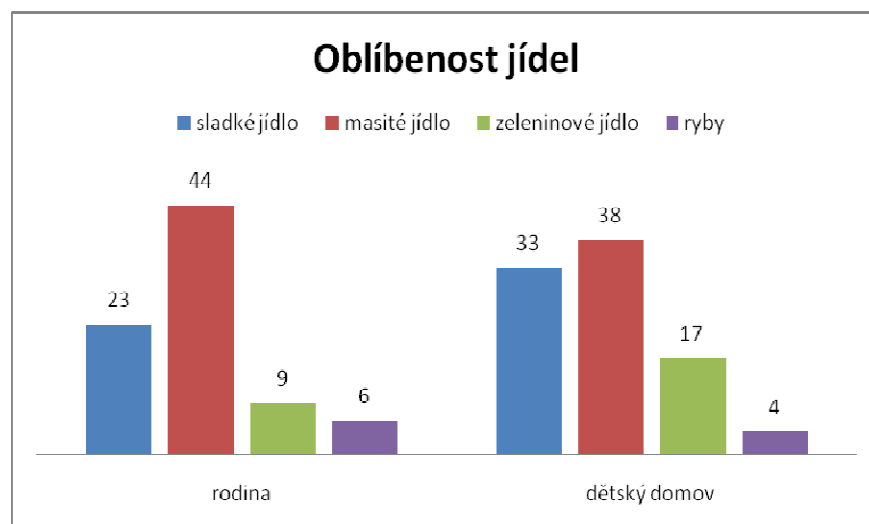
Tabulka a graf č. 12 znázorňují oblíbenost jednotlivých druhů jídel.

Tabulka 12:

Co si vyberu	rodina	dětský domov
sladké jídlo	23	33
masité jídlo	44	38
zeleninové jídlo	9	17
ryby	6	4

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 12:



Zdroj: vlastní výzkum

Nejčastěji děti uvedly, že pokud mají možnost výběru jídla ve školní jídelně z více chodů, vyberou si nejraději masité jídlo. Ve skupině dětí žijících v rodině takto odpovědělo celkem 44 dětí, což je 53,7% z celkového počtu dětí žijících v rodině. Stejnou odpověď zvolilo i 38 dětí z dětských domovů, což je 41,3% z celkového počtu oslovených dětí z dětských domovů.

Na druhém místě v oblíbenosti druhu jídla se umístila sladká jídla. Sladké jídlo si v případě možnosti nejraději zvolí 23 dětí žijících v rodinách (28% dětí ze sledované skupiny) a 33 dětí žijících v dětském domově, což je 35,9% dětí.

Třetí příčku oblíbenosti obsadila zeleninová jídla, která má nejraději 9 dětí (11%) ze skupiny dětí žijící v rodině a 17 dětí (18,5%) ze skupiny žijící v dětském domově.

Nejméně oblíbené jsou u dětí ryby. Toto jídlo si v případě možnosti volby vybere pouze 10 dětí (11,6%) z obou sledovaných skupin. Obě sledované skupiny dětí dohromady tvoří 188 dětí.

Podotázkou otázky č. 12 byl dotaz týkající se nejoblíbenější přílohy.

Tabulka a graf č. 12a zobrazují jaké je pořadí oblíbenosti příloh u dětí.

Jako nejoblíbenější děti zvolily knedlíky (celkem 60 dětí z obou sledovaných skupin dohromady), dále brambory (44 dětí z obou skupin), rýži (30 dětí z obou skupin), těstoviny (26 dětí z obou skupin) a nakonec luštěniny (pouze 2 děti z obou skupin).

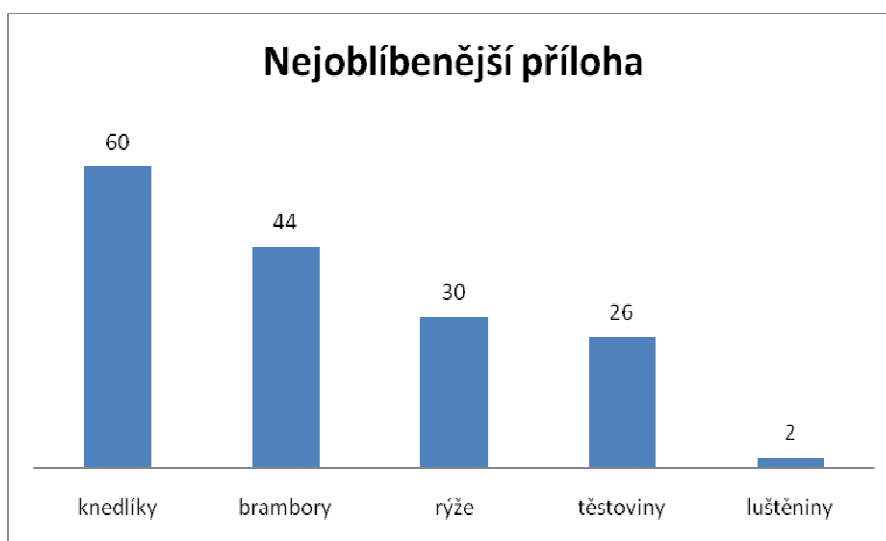
Na tuto otázku odpovědělo pouze 162 dětí z celkového počtu 188 dětí.

Tabulka 12a:

Nejoblíbenější příloha	
knedlíky	60
brambory	44
rýže	30
těstoviny	26
luštěniny	2

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 12a:



Zdroj: vlastní výzkum

13. V případě, že obědváš doma, máš nejčastěji:

Tato otázka byla dětem položena s cílem zjistit, jaký druh jídla při obědě převažuje v jejich rodině. Dětem byly nabídnuty stejné možnosti odpovědí jako u otázky č. 12. Výsledky jsou shrnuty v tabulce a grafu č. 13.

Na prvním místě se opět umístila masitá jídla, která má nejčastěji 53 dětí žijících v rodině, což je 65,4% dětí ze sledované skupiny dětí žijících v rodině a 67 dětí z dětských domovů, což je 72% dětí ze sledované skupiny.

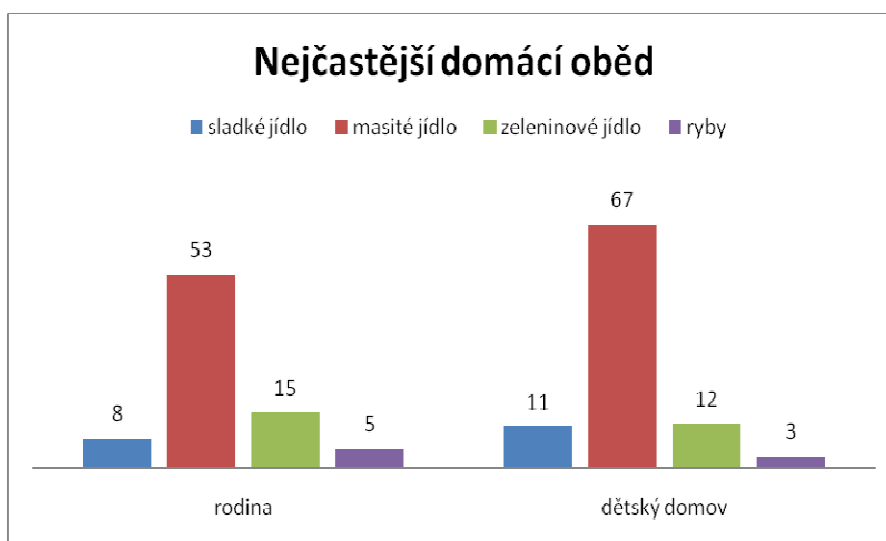
Na druhém místě se oproti výsledkům otázky č. 12 umístila zeleninová jídla, která vybralo 15 dětí (18,5%) ze skupiny dětí žijících v rodině a 12 dětí (12,9%) ze sledované skupiny dětí z dětských domovů.

Tabulka 13:

Nejčastější domácí oběd	rodina	dětský domov
sladké jídlo	8	11
masité jídlo	53	67
zeleninové jídlo	15	12
ryby	5	3

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 13:



Zdroj: vlastní výzkum

Na třetím místě četnosti výskytu děti uvedly sladká jídla, která obědvá v rodině nejčastěji pouze 8 dětí (9,9%) a 11 dětí z dětských domovů (11,8%).

Na posledním místě se opět umístily ryby, které má nejčastěji k obědu pouze 5 dětí (6,2%) žijících v rodinách a 3 děti (3,2%) žijící v dětských domovech.

Výsledky odpovědí otázek č. 12 a 13 naznačují velice malou spotřebu ryb a luštěnin v jídelníčku našich dětí.

14. Napiš, která jídla máš nejčastěji doma nebo v dětském domově k večeři?

U této otázky nebyly dětem nabídnuty žádné možnosti odpovědí a výsledné odpovědi byly velice různorodé. Vzhledem k široké škále druhů uvedených jídel není možno je přehledně analyzovat, a proto jsem vybrala pět nejčastěji se vyskytujících jídel.

Jako nejčastější večeře se v odpovědích dětí obou sledovaných skupin objevovaly omáčky s přílohou, pizza, těstoviny, saláty a obložené chleby.

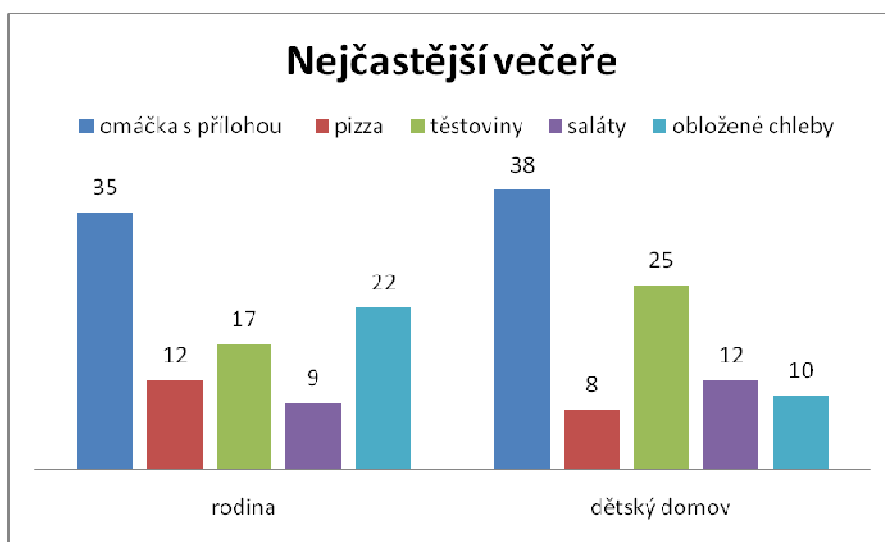
Tabulka a graf č. 14 zobrazují četnost výskytu uvedených večeří.

Tabulka 14:

Nejčastější večeře	rodina	dětský domov
omáčka s přílohou	35	38
pizza	12	8
těstoviny	17	25
saláty	9	12
obložené chleby	22	10

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 14:



Zdroj: vlastní výzkum

Na prvním místě výskytu nejčastějších večeří je v obou sledovaných skupinách dětí omáčka s přílohou. Tuto večeři má nejčastěji 35 dětí (36,8%) žijících v rodinách a 38 dětí (40,9%) žijících v dětském domově. Těstoviny má nejčastěji k večeři 17 dětí (17,9%) v rodinách a 25 dětí (26,9% dětí ze sledované skupiny dětských domovů). Dalším častým typem večeře, zvláště v rodinách jsou studené obložené chleby s uzeninou a zeleninou. Tuto večeři uvedlo jako nejčastější 22 dětí žijících v rodinách (23,2%) a 10 dětí (10,8%) žijících v dětských domovech. Pizzu

uvedlo jako častou večeři 12 dětí žijících v rodinách (12,6% ze sledované skupiny dětí) a 8 dětí z dětských domovů (8,6% ze skupiny dětí, žijících v dětských domovech).

Dále se v odpovědích dětí objevovaly například párky, bramboráky, čínská kuchyně, smažený sýr apod.

15. Napiš, kolikrát týdně máš teplou večeři.

Rozborem odpovědí u této otázky byla snaha zjistit, zda u dětí převažují teplé či studené večeře.

Tabulka a graf č. 15 znázorňují četnost výskytu teplých večeří u oslovených dětí z obou skupin.

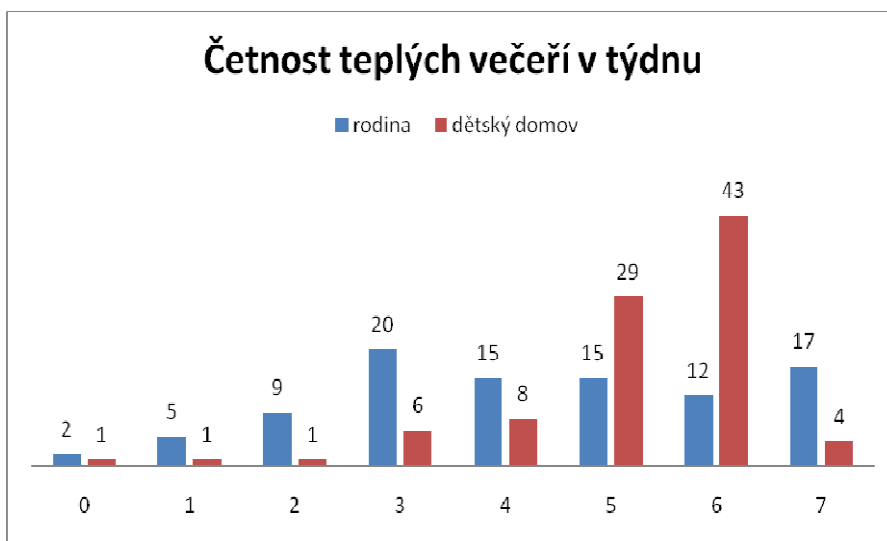
Z výsledků odpovědí vyplývá, že děti v rodinách mají nejčastěji teplou večeři 3-4x týdně, kdežto děti v dětských domovech 5-6x týdně.

Tabulka 15:

četnost teplých večeří v týdnu		
	rodina	dětský domov
0	2	1
1	5	1
2	9	1
3	20	6
4	15	8
5	15	29
6	12	43
7	17	4

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 15:



Zdroj: vlastní výzkum

16. Napiš, jak často jíš níže vyjmenované potraviny:

Výsledky odpovědí na tuto otázku v tabulce č. 16a a 16b zobrazují, jak často děti konzumují sladkosti (sušenky, čokoládu, bonbóny) a slané chipsy nebo tyčinky.

Vzhledem k široké škále odpovědí na tuto otázku byly výsledky zpracovány pouze do tabulek.

Tabulka 16a:

Četnost konzumace - rodina				
	denně	1-2x týdně	1-2x měsíčně	nikdy
chipsy	3	49	31	12
slané tyčinky	1	31	32	31
sušenky	29	47	9	10
čokoláda	17	48	18	12
bonbóny	15	45	19	16

Zdroj: vlastní výzkum

Tabulka č. 16b:

Četnost konzumace - dětský domov				
	denně	1-2x týdně	1-2x měsíčně	nikdy
chipsy	3	37	39	14
slané tyčinky	1	24	23	45
sušenky	19	57	8	9
čokoláda	8	40	26	19
bonbóny	15	44	17	17

Zdroj: vlastní výzkum

Z výše uvedených výsledků v tabulkách je patrné, že četnost konzumace sladkostí a slaných chipsů a tyčinek je u obou sledovaných skupin srovnatelná a téměř stejná. Pouze u dětí žijících v rodinách je poměrně vyšší každodenní konzumace čokolády a sušenek oproti dětem žijícím v dětských domovech.

17. Dodržování pitného režimu během dne

Pomocí otázky č. 17 jsem se snažila zmapovat dodržování pitného režimu u oslovených dětí.

Děti měly možnost výběru ze tří nabídnutých odpovědí, zda a kdy převážně během dne pijí.

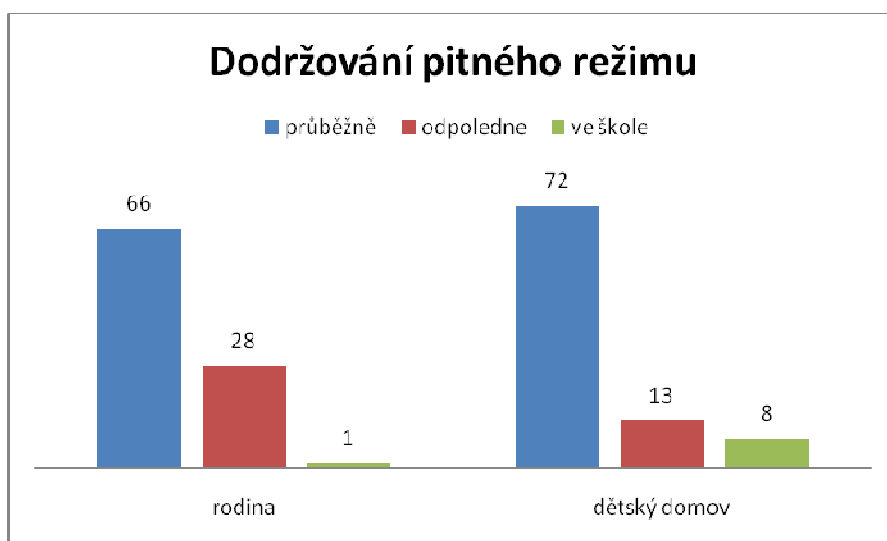
Tabulka a graf č. 17 znázorňují dodržování pitného režimu u dětí.

Tabulka 17:

Dodržování pitného režimu		
	rodina	dětský domov
průběžně	66	72
odpoledne	28	13
ve škole	1	8

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 17:



Zdroj: vlastní výzkum

Převážná většina dětí ve svých odpovědích uvedla, že pije průběžně během celého dne. Jednalo se celkem o 66 dětí žijících v rodinách, což je 69,5% z celkového počtu dětí žijících v rodinách a 72 dětí z dětských domovů, což představuje 77,4% dětí z této skupiny.

Menší část dětí z obou skupin uvedla, že během dne pije převážně odpoledne po návratu ze školy. Celkem tuto odpověď zvolilo 28 dětí žijících v rodinách (29,5%) a 13 dětí z dětských domovů (14% ze sledované skupiny dětí z dětských domovů).

Pouze 1 dítě (1,1%) žijící v rodině a 8 dětí (8,6%) žijících v dětském domově uvedlo, že pije převážně ve škole.

18. Co nejčastěji piješ během dne?

Výsledky odpovědí na tuto otázku mapují oblíbenost různých druhů nápojů u dětí. Děti měly možnost výběru odpovědí, kde zaškrtovaly různé druhy nápojů, které nejčastěji pijí během dne.

U této otázky některé děti vyplnily více možností, čímž došlo k nárůstu čísel.

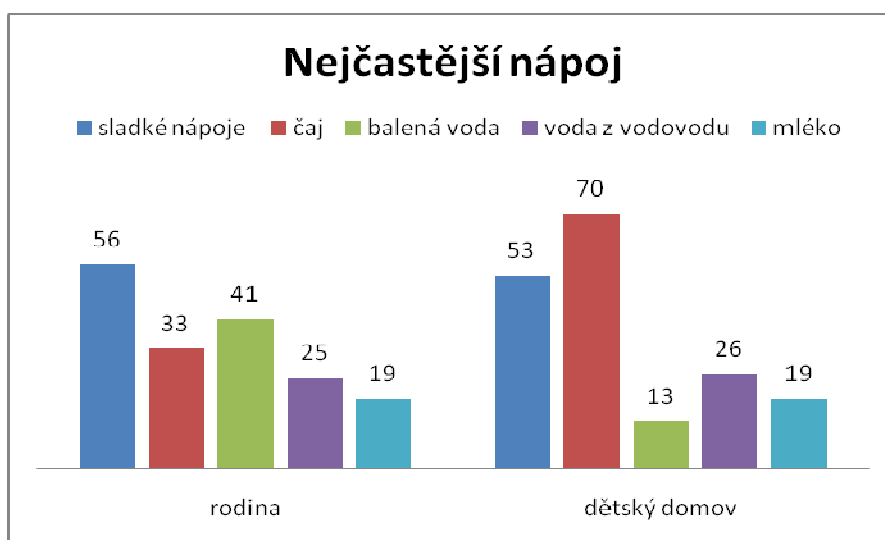
Výsledky jsou přehledně zobrazeny v tabulce a grafu č. 18.

Tabulka 18:

Nejčastější nápoj		
	rodina	dětský domov
sladké nápoje	56	53
čaj	33	70
balená voda	41	13
voda z vodovodu	25	26
mléko	19	19

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 18:



Zdroj: vlastní výzkum

Z výsledků tabulky a grafu č. 18 vyplývá, že děti z rodin nejčastěji během dne pijí různé sladké nápoje a děti z dětských domovů čaj.

Sladký nápoj (voda se šťávou, coca-cola, minerálka s příchutí, apod.) označilo jako nejčastější druh konzumovaného nápoje během dne celkem 56 dětí (58,9%) žijících v rodinách a 53 dětí (57%) žijících v dětském domově.

Děti z dětských domovů nejčastěji pijí během dne čaj. Takto odpovědělo celkem 70 dětí (75,3%) z této sledované skupiny, děti z rodin označily čaj jako nejčastěji konzumovaný nápoj ve 33 případech, což je (34,7%).

Druhým nejčastěji konzumovaným nápojem ve sledované skupině dětí žijících v rodinách je balená voda. Celkem ji označilo 41 dětí, což je (43,2%) z celkového počtu dětí v této skupině. Naproti tomu ve skupině dětí z dětských domovů byla balená voda označena pouze ve 13 případech, což činí (14%) dětí.

V konzumaci mléka a vody z vodovodu nebyl mezi oběma sledovanými skupinami téměř žádný rozdíl. Vodu z vodovodu nejčastěji pije 25 dětí z rodin, což je 26,3% a 26 dětí z dětských domovů, což činí 28%.

Oblíbenost pití mléka je dle odpovědí dětí z obou sledovaných skupin naprosto stejná. V obou skupinách mléko označilo 19 dětí, což je 20,0% ve skupině dětí žijících v rodině a 20,4% ve skupině dětí z dětských domovů.

19. Jakou máš možnost pití ve škole? (Mimo pití při obědě ve školní jídelně)

Tato otázka byla dětem položena s cílem zjistit, zda v případě, že si nepřinesou vlastní pití z domova, mají ještě další možnost, jak ve škole nápoj získat.

Děti měly možnost při výběru tří nabídnutých variant odpovědí: ve škole jsou automaty na nápoje, pití na dopoledne připravuje školní jídelna, mám pití z domova.

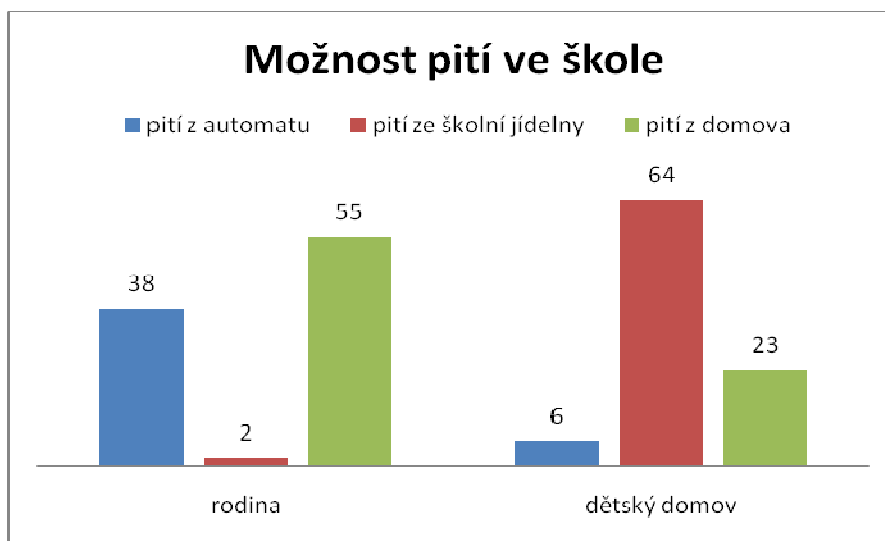
Výsledky zpracovaných odpovědí na tuto otázku jsou přehledně zobrazeny v tabulce a grafu č. 19.

Tabulka 19:

Možnost pití ve škole		
	rodina	dětský domov
pití z automatu	38	6
pití ze školní jídelny	2	64
pití z domova	55	23

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 19:



Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky a grafu č. 19 je patrné, že většina dětí, žijících v rodinách si nosí do školy svůj nápoj z domova. Takto odpovědělo celkem 55 dětí, což je 57,9% z celkového počtu všech sledovaných dětí, žijících v rodině.

Naopak ve sledované skupině dětí, žijících v dětských domovech, je nejčastěji pití čaje, který připravuje pro školu školní jídelna. Jako nejčastěji konzumovaný nápoj čaj uvedlo celkem 64 dětí z dětských domovů, což představuje 68,8% ze všech sledovaných dětí této skupiny. Toto vysoké číslo je dáno především tím, že dva ze čtyř sledovaných dětských domovů (DD Přestavky a DD Sedlec-Prčice) jsou se školou a školní jídelnou. Děti ve většině případů na výuku nedochází mimo své bydliště a školní jídelna zajišťuje i pitný režim během výuky.

Jako druhý nejčastěji konzumovaný nápoj ve škole uvedly děti žijící v rodině nápoje z automatu, který je ve škole k dispozici a děti si mají možnost pití zakoupit. Tuto odpověď zaškrtnulo celkem 38 dětí, což představuje 40,0% z celé sledované skupiny. Naopak děti z dětských domovů označily tuto odpověď pouze v 6 případech, což je 6,5%. Tento rozdíl může být dán i odlišnými finančními možnostmi dětí žijících v rodinách a dětí žijících v dětských domovech.

Celkem 23 dětí (24,7%) ze sledované skupiny z dětských domovů uvedlo, že si do školy nosí své pití z domova. Jedná se především o děti, které dochází na výuku mimo své bydliště.

Pouze 2 děti (2,1%) žijící v rodinách uvedly, že pití na dopoledne připravuje školní jídelna. Dle mého názoru se jedná o nepochopení otázky a děti zde uvedly pití ve školní jídelně při obědě nebo tyto odpovědi vypovídají o tom, že tyto děti celé dopoledne nic nepijí a první nápoj mají až při obědě. Naštěstí je počet těchto dětí velmi nízký.

20. Kolikrát denně konzumuješ ovoce a zeleninu?

Děti měly z pěti možných odpovědí vybrat, kolikrát denně konzumují ovoce a zeleninu. Zda jí zeleninu jednou, dvakrát, třikrát, čtyřikrát a vícekrát denně nebo zda ovoce a zeleninu jí pouze občas, ne denně.

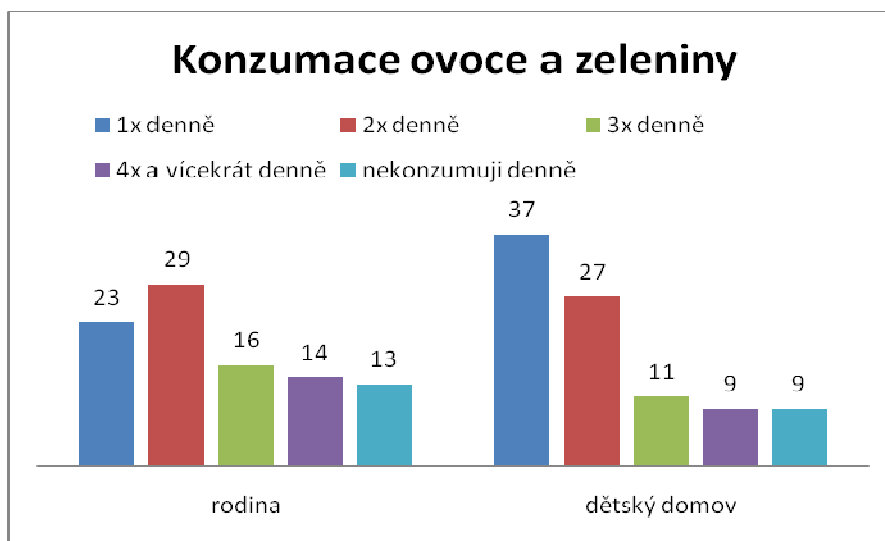
Výsledky jsou znázorněny v tabulce a grafu č. 20.

Tabulka 20:

Konzumace ovoce a zeleniny		
	rodina	dětský domov
1x denně	23	37
2x denně	29	27
3x denně	16	11
4x a vícekrát denně	14	9
ne Konzumují denně	13	9

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 20:



Zdroj: vlastní výzkum

Převážná většina dětí ve svých odpovědích uvedla, že ovoce a zeleninu konzumují 1–2x denně. Celkem takto odpovědělo 52 dětí (54,7%) žijících v rodinách a 64 dětí (68,8%) ze sledované skupiny dětí z dětských domovů.

Konzumaci ovoce a zeleniny 3-4 a vícekrát denně označilo celkem 30 dětí (31,5%) ze sledované skupiny dětí z rodin a 20 dětí (21,5%) dětí z dětských domovů.

Celkem 13 dětí (13,7%) z rodin a 9 dětí (9,7%) z dětských domovů uvedlo, že ovoce a zeleninu nekonzumují každý den, ale pouze občas.

21. Napiš, kolik odhadem v porcích (kusech) denně zkonzumuješ ovoce a zeleniny a co máš nejraději.

Dětem u této otázky nebyly nabídnuty žádné možnosti odpovědí, samy vypisovaly jejich oblíbené ovoce a zeleninu a počet porcí nebo kusů, zkonzumovaných za den.

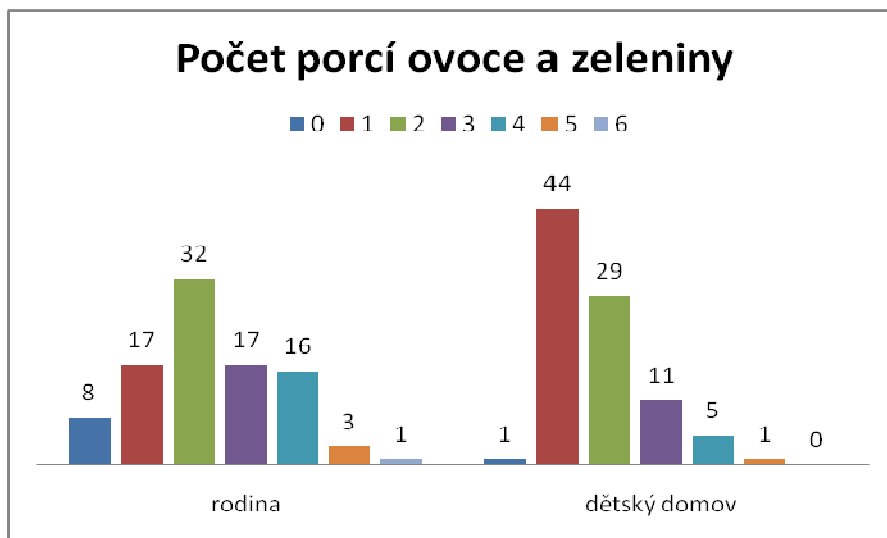
Výsledky jsou přehledně zobrazeny v tabulce a grafu č. 21.

Tabulka 21:

Počet porcí ovoce a zeleniny		
	rodina	dětský domov
0	8	1
1	17	44
2	32	29
3	17	11
4	16	5
5	3	1
6	1	0

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 21:



Zdroj: vlastní výzkum

Děti žijící v rodinách nejčastěji uváděly, že konzumují denně dvě porce ovoce a zeleniny. Tuto odpověď napsalo celkem 32 dětí (34%) žijících v rodinách. Děti z dětských domovů napsaly, že denně nejčastěji konzumují jednu porci ovoce a zeleniny. Takto odpovědělo celkem 44 dětí (48,4%) ze sledované skupiny dětí z dětských domovů.

Jako nejoblíbenější ovoce a zeleninu děti z obou sledovaných skupin uvedly jablko, pomeranč, banán a okurku. Oblíbenost těchto druhů ovoce a zeleniny je zobrazena v tabulce č. 21a.

Tabulka 21a:

Nejoblíbenější ovoce a zelenina			
rodina		dětský domov	
jablko	32	jablko	22
banán	9	banán	21
okurka	8	pomeranč	11

Zdroj: vlastní výzkum

22. Kolik hodin týdně (mimo hodin povinné tělesné výchovy) a jak často se věnuješ pohybu?

Výsledky odpovědí na tuto otázku mapují pohybovou aktivitu dětí mimo povinných hodin tělesné výchovy ve škole a mimo hodin, strávených ve sportovním oddíle. Snažila jsem se zjistit neorganizovanou pohybovou aktivitu dětí, např. s kamarády.

Na tuto otázku děti opět neměly možnost výběru odpovědí a samy popisovaly svou pohybovou aktivitu.

Vzhledem k tomu, že výsledné odpovědi zahrnovaly širokou škálu možností, byl vypočítán průměr v hodinách pro každou sledovanou skupinu dětí zvlášť.

Výsledky jsou zaznamenány v tabulce č. 22.

Tabulka 22:

Pohyb mimo sportovní oddíl	
rodina	průměrně 5 hod./týden
dětský domov	průměrně 5,1 hod./týden

Zdroj: vlastní výzkum

Z výsledků v tabulce je patrné, že pohybová aktivita dětí mimo sportovní oddíl a mimo povinné hodiny tělesné výchovy ve škole z obou sledovaných skupin je přibližně stejná. U dětí žijících v rodinách je to v průměru 5 hodin za týden, u dětí z dětských domovů v průměru 5,1 hodin za týden.

23. Navštěvuješ nějaký sportovní oddíl? Napiš jaký a kolikrát týdně.

Na základě výsledků odpovědí na otázku č. 23 v dotazníku jsem se snažila získat informaci o tom, kolik dětí realizuje pohybovou aktivitu v rámci nějakého sportovního oddílu a jak často.

Děti u této otázky opět neměly možnost výběru odpovědí a samy vypisovaly svou pohybovou aktivitu v rámci sportovních oddílů.

Výsledky jsem zaznamenala do tabulky č. 23.

Tabulka 23:

Pohyb ve sportovním oddíle		
rodina	49 dětí	průměrně 4,2 hod./týden
dětský domov	34 dětí	průměrně 2,6 hod./týden

Zdroj: vlastní výzkum

Z výsledků v tabulce je patrné, že pouze část dětí z obou sledovaných skupin navštěvuje sportovní oddíl.

Děti žijící v rodinách tráví ve sportovním oddíle v průměru 4,2 hodiny za týden, kdežto děti z dětských domovů pouze průměrně 2,6 hodin za týden.

Tento rozdíl může být dán i tím, že tři ze čtyř sledovaných dětských domovů jsou situovány na vesnici, kde mají děti omezenou možnost výběru sportovních oddílů oproti dětem ve městě. Dále je nutno zohlednit i finanční možnosti dětských domovů, jelikož členství dítěte ve sportovním oddíle v dnešní době je poměrně finančně nákladné.

24. Pozoruješ někdy, že tě bolí hlava?

U této otázky v dotazníku měly děti možnost výběru ze tří odpovědí: ano, velmi často; ano, pouze občas; nikdy.

Na tuto otázku neodpověděly všechny děti, a proto nebyla zpracována z celkového počtu sledovaných dětí.

Výsledky odpovědí jsou přehledně zobrazeny v tabulce č. 24.

Tabulka 24:

Bolest hlavy		
	rodina	dětský domov
často	23	37
občas	29	27
nikdy	16	11

Zdroj: vlastní výzkum

Ve většině případů děti uvedly, že je hlava bolí buď často nebo občas.

Často, např. denně nebo obden, uvádí bolest hlavy 23 dětí žijících v rodinách a 37 dětí ze sledované skupiny dětí z dětských domovů. Občas, např. 1x za týden, pociťuje bolest hlavy 29 dětí ze sledované skupiny dětí žijících v rodinách a 27 dětí ze sledované skupiny dětí z dětských domovů.

Pouze 16 dětí žijících v rodinách a 11 dětí z dětských domovů uvedlo, že je hlava nikdy nebolí.

Tato otázka byla volena ve vztahu k možnosti vzniku funkčních poruch pohybového aparátu, které jsou důsledkem statické jednostranné zátěže svalového aparátu bez dostatečné pohybové kompenzace, což je charakteristický rys dnešního životního stylu. Bolesti hlavy mohou dále upozorňovat na nadměrnou psychickou zátěž dítěte.

25. Pozoruješ někdy, že tě bolí záda?

Cílem této otázky bylo zjistit, jak často děti pociťují bolest zad.

Děti měly opět možnost výběru ze tří odpovědí: ano, velmi často; ano, pouze občas; nikdy.

Výsledky jsou přehledně v tabulce č. 25.

Tabulka 25:

Bolest zad		
	rodina	dětský domov
často	17	13
občas	48	38
nikdy	30	42

Zdroj: vlastní výzkum

Jako nejčastější odpověď na otázku, týkající se bolesti zad děti obou sledovaných skupin uváděly, že bolest zad pociťují občas, např. 1-2x za týden. Takto odpovědělo celkem 48 dětí žijících v rodinách a 38 dětí z dětských domovů.

Poměrně vyšší počet odpovědí „nikdy“ je ve srovnání s bolestí hlavy u dětí z obou sledovaných skupin. Děti žijící v rodině uvedly ve 30 případech, že je záda nikdy nebolí, děti z dětských domovů dokonce ve 42 případech.

Častou bolest zad pociťuje dle svých odpovědí v dotazníku 17 dětí žijících v rodinách a 13 dětí z dětských domovů.

Tato otázka byla opět volena ve vztahu ke vzniku posturálních vad u dětí a s ohledem na působení stresu na dětský organismus, jejichž výskyt v dětské populaci neustále narůstá jako důsledek nevhodného životního stylu.

26. Práci s počítačem (mimo hodin výuky ve škole) věnuješ denně:

Tabulka a graf č. 26 znázorňují, kolik hodin denně děti z obou sledovaných skupin věnují práci či zábavě u počítače.

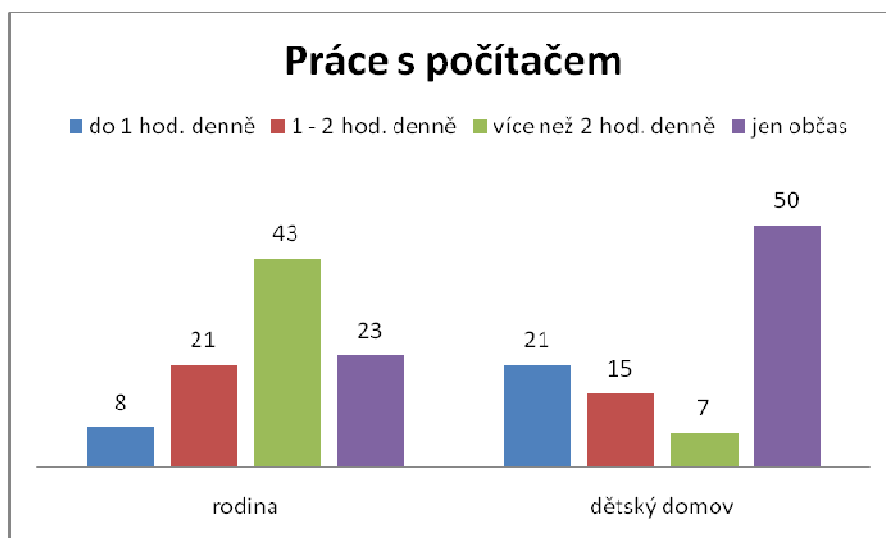
Dětem byly nabídnuty čtyři možné odpovědi, které zaškrtovaly a v některých případech doplňovaly počty hodin strávených denně u počítače.

Tabulka 26:

Práce s počítačem		
	rodina	dětský domov
do 1 hod. denně	8	21
1 - 2 hod. denně	21	15
více než 2 hod. denně	43	7
jen občas	23	50

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 26:



Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky a grafu č. 26 je patrné, že v počtu hodin, strávených u počítače jsou u obou sledovaných skupin dětí výrazné rozdíly.

Celkem 43 dětí (45,3%) žijících v rodinách uvedlo, že na počítači pracuje víc než 2 hodiny denně po návratu ze školy. V jednom případě se objevila odpověď 6-8 hodin denně, velmi často děti psaly, že denně tráví svůj volný čas u počítače 3-4 hodiny.

Ve skupině dětí z dětských domovů pracuje víc než 2 hodiny denně na počítači pouze 7 dětí (7,5%).

Poměrně vysoký počet dětí – celkem 50 dětí (53,8%) z dětských domovů ve své odpovědi označilo, že na počítači ve svém volném čase pracují pouze občas, ne denně. Tuto odpověď ale naopak napsalo pouze 23 dětí (24,2%) žijících v rodině.

Práci s počítačem v délce trvání do 1 hodiny denně se věnuje 8 dětí (8,4%) ze sledované skupiny dětí z rodin a 21 dětí (22,6%) z dětských domovů.

1-2 hodiny denně tráví svůj volný čas u počítače celkem 21 dětí (22,1%) žijících v rodině a 15 dětí (16,1%) z dětských domovů. Tyto údaje nevykazují mezi sebou velké rozdíly.

Z výše uvedených výsledků je patrné, že děti žijící v rodinách tráví poměrně více hodin svého volného času u počítače než děti z dětských domovů. Tyto rozdíly mohou být způsobeny organizováním režimu dne dětí v dětských domovech a stálým dohledem vychovatelů nad dětmi a možnostmi přístupu k počítači.

27. Sledování televize nebo videa věnuješ denně:

Tato otázka opět měla za úkol zmapovat, kolik hodin denně po návratu ze školy děti sledují televizi nebo video.

Stejně jako u otázky č. 26 měly děti možnost výběru ze čtyř odpovědí: maximálně 1 hodinu, 1-2 hodiny denně, víc než 2 hodiny denně a pouze občas, ne denně.

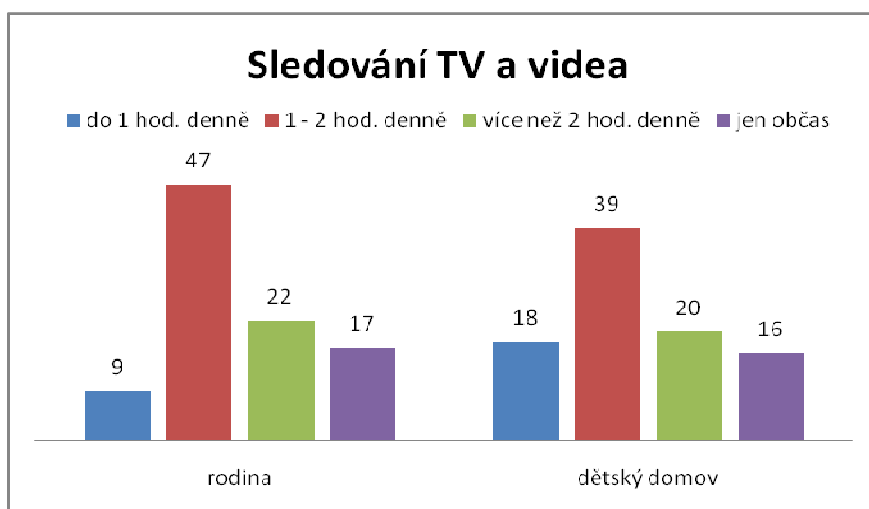
Výsledky odpovědí na tuto otázku jsou patrné z grafu a tabulky č. 27.

Tabulka 27:

Sledování TV a videa		
	rodina	dětský domov
do 1 hod. denně	9	18
1 - 2 hod. denně	47	39
více než 2 hod. denně	22	20
jen občas	17	16

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 27:



Zdroj: vlastní výzkum

V obou sledovaných skupinách dětí se nejčastěji vyskytla odpověď, že u televize nebo videa děti stráví 1-2 hodiny denně. Z dětí žijících v rodinách takto odpovědělo celkem 47 dětí, což je 49,5% z celkového počtu této skupiny. Stejnou odpověď označilo i 39 dětí (41,9%) z dětských domovů.

Více než 2 hodiny denně dle svých odpovědí sleduje televizi nebo video téměř stejný počet dětí - 22 dětí (23,2%) z rodin a 20 dětí (21,5%) z dětských domovů.

Maximálně 1 hodinu denně věnuje svůj čas televizi a videu pouze 9 dětí (9,5%) ze sledované skupiny dětí žijících v rodinách a 18 dětí (19,4%) ze skupiny dětí z dětských domovů.

Pouze občas, ne denně, tráví svůj volný čas u televize nebo videa 17 dětí (17,9%) z rodin a 16 dětí (17,2%) z dětských domovů.

Odpovědi dětí na otázku sledování televize nebo videa ve svém volném čase jsou v obou sledovaných skupinách velmi podobné a nevykazují výrazné rozdíly.

28. Kouříš cigarety?

U této otázky mohly děti vybírat ze tří odpovědí, jejichž vyhodnocení mapuje kouření u sledovaných skupin dětí. Odpovídaly, zda kouří denně, příležitostně nebo nekouří vůbec.

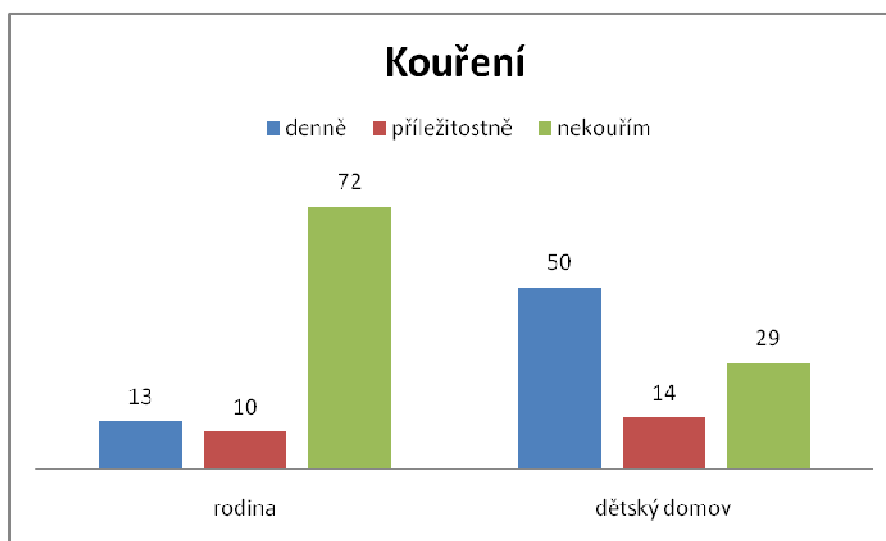
Odpovědi jsem opět zpracovala do přehledné tabulky a grafu č. 28.

Tabulka 28:

Kouření		
	rodina	dětský domov
denně	13	50
příležitostně	10	14
nekouřím	72	29

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 28:



Zdroj: vlastní výzkum

V otázce kouření jsou mezi oběma hodnocenými skupinami dětí výrazné rozdíly.

Celkem 50 dětí (53,8%) z dětských domovů uvedlo, že kouří pravidelně denně. Naproti tomu ve sledované skupině dětí žijících v rodinách je každodenních kuřáků pouze 13, což je 13,7%.

Velmi odlišný je i poměr nekuřáků v obou skupinách. Zatímco ve skupině dětí žijících v rodině vyznačilo odpověď „vůbec nekouřím“ 72 dětí, což představuje 75,8%, ve skupině dětí z dětských domovů takto odpovědělo pouze 29 dětí, což je 31,2% z celkového počtu sledovaných dětí v této skupině.

Jako příležitostné označilo své kouření 10 dětí (10,5%) z rodin a 14 dětí (15,1%) z dětských domovů.

Tabulka 28a znázorňuje, kolik cigaret denně v průměru tyto děti vykouří.

Tabulka 28a:

Denní kuřáci kouří	
rodina	průměrně 4,3 ks/den
dětský domov	průměrně 10,0 ks/den

Zdroj: vlastní výzkum

29. V případě, že kouříš, od kolika let věku?

Pomocí této otázky jsem se snažila zjistit, v kolika letech děti, které kouří, s kouřením začaly.

Výsledky jsem zpracovala do tabulky č. 29, ve které je vypočítán průměrný věk dětí, ve kterém začaly kouřit.

Tabulka 29:

Začátek kouření	
rodina	průměrně od 13,1 let věku
dětský domov	průměrně od 11 let věku

Zdroj: vlastní výzkum

Z výsledků tabulky č. 29 je patrné, že děti v rodině začínají v průměru kouřit o dva roky později, než děti z dětských domovů. Průměrný věk, ve kterém začíná kouřit dítě z dětského domova je 11 let, u dítěte žijícího v rodině je tato hranice posunuta na 13,1 roků.

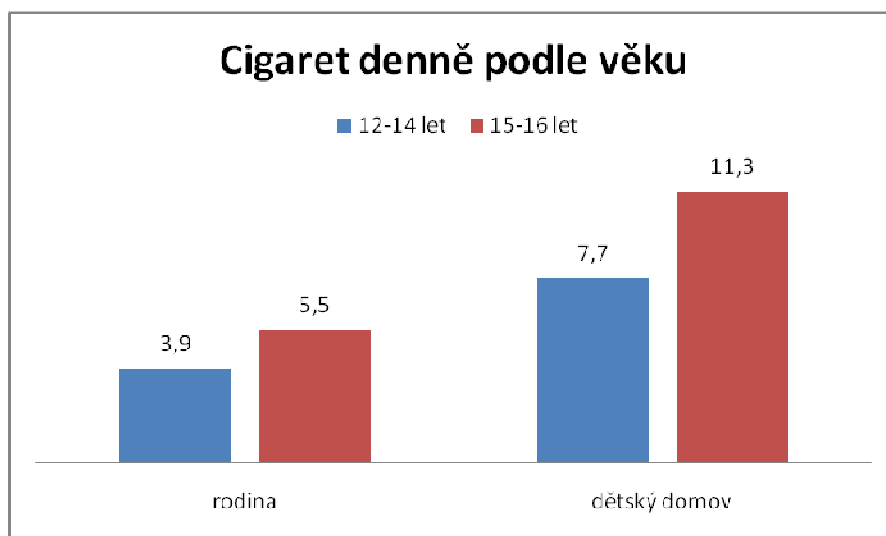
Tabulka a graf č. 29a znázorňují, kolik cigaret denně vykouří děti v mladší a starší věkové kategorii.

Tabulka 29a:

	rodina	dětský domov
12-14 let	3,9	7,7
15-16 let	5,5	11,3

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 29a:



Zdroj: vlastní výzkum

Z tabulky a grafu číslo 29a je patrné, že děti ve věkovém rozmezí 12-14 let v obou sledovaných skupinách vykouří denně méně cigaret, než děti ve věku 15-16 let. S postupným zvyšováním se věku, dochází i ke kouření většího počtu cigaret denně.

Ve věkové skupině 12-14 let v průměru děti z rodin vykouří denně 3,9 ks cigaret, oproti dětem v dětském domově, které již vykouří průměrně 7,7 ks cigaret.

S přibývajícím věkem dochází k nárůstu vykouřených cigaret u dětí v rodině na 5,5 ks za den a u dětí z dětského domova až na 11,3 ks vykouřených cigaret denně.

30. Piješ alkohol?

Tato otázka v dotazníku byla zaměřena na konzumaci alkoholu u dětí. Dětem byly při vyplňování nabídnuty tři možné odpovědi: ano, pravidelně; ano, pouze občas; ne, nepiji.

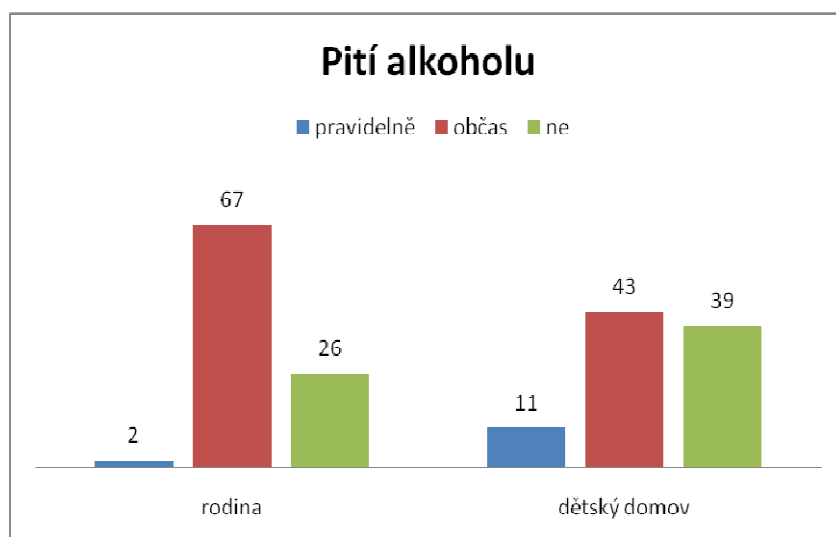
Tabulka a graf č. 30 zobrazují přehledně výsledky odpovědí na tuto otázku.

Tabulka 30:

Pití alkoholu		
	rodina	dětský domov
pravidelně	2	11
občas	67	43
ne	26	39

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 30:



Zdroj: vlastní výzkum

Nejvíce dětí z obou skupin uvedlo, že pije alkohol pouze občas, příležitostně. Ze sledované skupiny dětí žijících v rodině takto odpovědělo celkem 67 dětí, což představuje 70,5%, ze skupiny dětí z dětských domovů 43 dětí (46,2%).

Za pravidelné konzumenty alkoholu se označily pouze 2 děti (2,1%) žijící v rodině, oproti 11 dětem (11,8%) z dětských domovů.

Dětí, které alkohol vůbec nepijí, je ve skupině dětí z rodin 26 (27,4%) a ve skupině dětí z dětských domovů dokonce 39 (41,9%).

31. V případě, že piješ alkohol, jaký alkohol konzumuješ nejčastěji?

Na tuto otázku měly odpovídat pouze děti, které uvedly, že pijí alkohol. Měly možnost výběru ze čtyř odpovědí: pivo; víno; lihoviny a míchané nápoje.

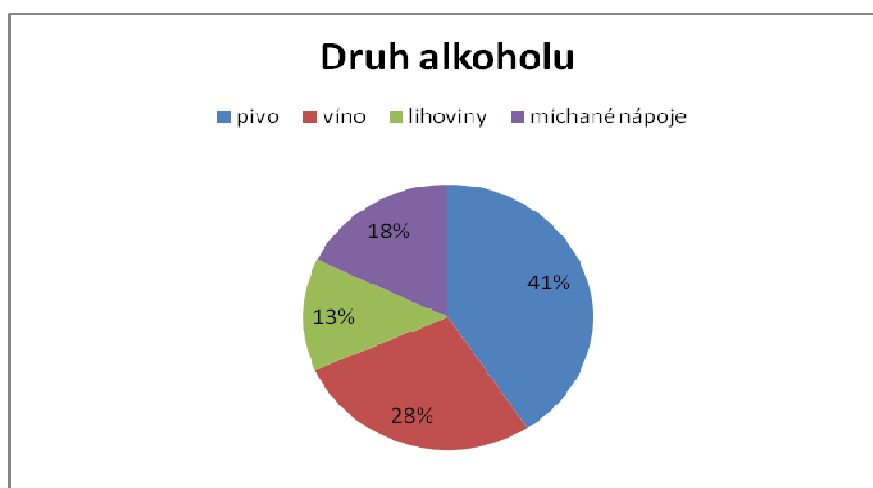
Výsledky odpovědí jsou přehledně zpracovány v tabulce a grafu č. 31.

Tabulka 31:

Druh alkoholu	
pivo	75
víno	51
lihoviny	25
míchané nápoje	33

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 31:



Zdroj: vlastní výzkum

Nejvíce oblíbeným alkoholickým nápojem v obou skupinách dětí je pivo. Pivo konzumuje 41% dětí z obou sledovaných skupin. Na druhém místě oblíbenosti je konzumace vína, tuto odpověď označilo celkem 28% dětí. Míchané nápoje zaujímají třetí příčku oblíbenosti, které konzumuje 18% dětí z obou sledovaných skupin. Na posledním místě oblíbenosti jsou lihoviny, které dle svých odpovědí pije v obou skupinách 13% dětí.

V odpovědích dětí obou sledovaných skupin nebyly téměř žádné rozdíly, oblíbenost různých druhů alkoholických nápojů je u dětí z dětských domovů stejná jako u dětí žijících v rodinách.

32. Vypil/a jsi někdy tolik alkoholu, že jsi byl/a opilý/á?

Cílem této otázky bylo zjistit, zda děti někdy pijí nadměrné množství alkoholu a jsou opilé.

Děti vybíraly z nabídky dvou odpovědí: ano – jak často; ne, nikdy.

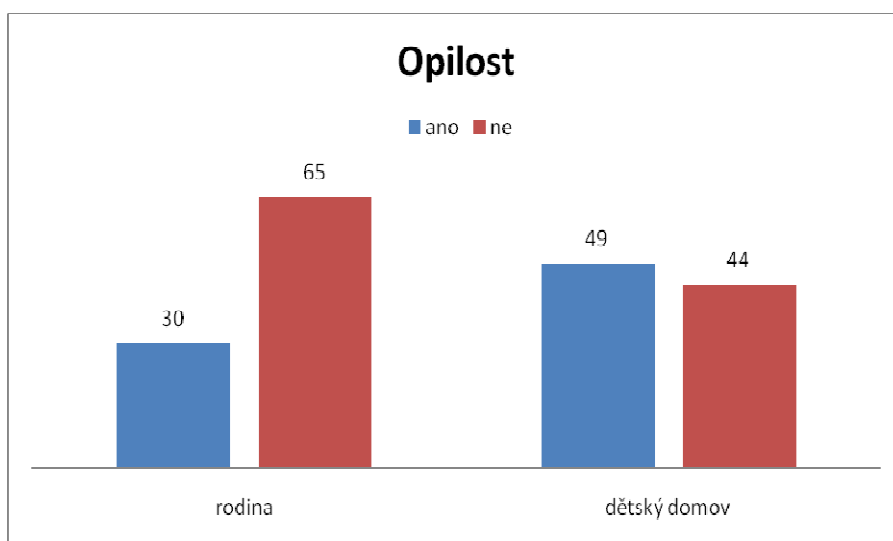
Výsledky jsem znázornila v tabulce a grafu č. 32.

Tabulka 32:

Opilost		
	rodina	dětský domov
ano	30	49
ne	65	44

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 32:



Zdroj: vlastní výzkum

Z odpovědí na tuto otázku je patrné, že děti ze sledované skupiny z dětských domovů podstatně častěji odpověděly, že vypijí tolik alkoholu, že jsou opilé.

Celkem 49 dětí (52,7%) z dětských domovů uvedlo, že již byly opilé. Ve velké většině případů uváděly pravidelnou opilost např. 1x za týden nebo 1x za měsíc. Také 30 dětí (31,6%) žijících v rodině napsalo, že již někdy byly opilé.

Dětí, které zatím s opilostí nemají svou osobní zkušenost, je ve sledované skupině dětí žijících v rodinách 65, což je 68,4%, kdežto ve skupině dětí z dětských domovů pouze 44, což představuje 47,3% z celkového počtu dětí v této sledované skupině.

Z výsledků je patrné, že větší část dětí, žijících v dětských domovech, má již osobní zkušenost s opilstvím a naopak větší část dětí, žijících v rodinách tuto zkušenost zatím nemá.

33. Víš, co je to droga?

V této otázce měly děti zodpovědět, zda mají představu o tom, co je to droga. Měly možnost výběru tří odpovědí: ano, vím to přesně; tuším, co to je, ale nevím přesně; nevím.

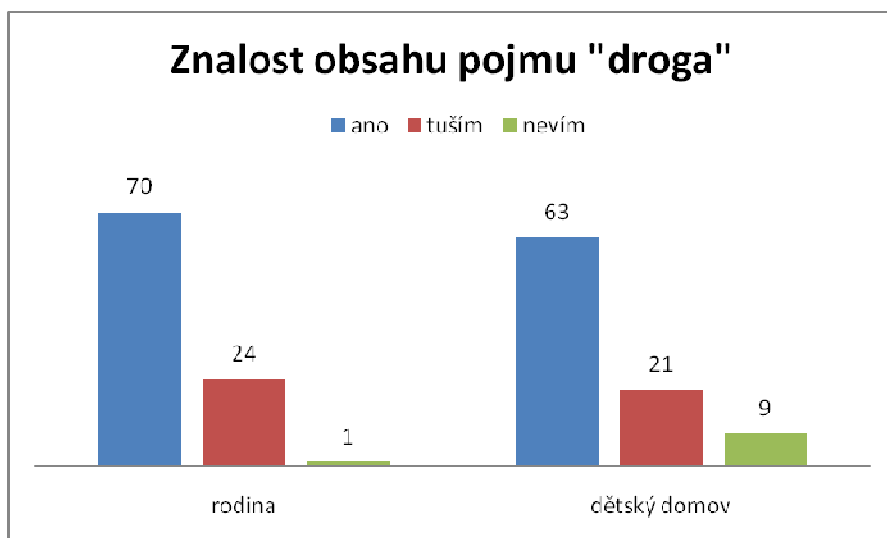
Tabulka a graf č. 33 znázorňují zpracované odpovědi na tuto otázku.

Tabulka 33:

Znalost obsahu pojmu droga		
	rodina	dětský domov
ano	70	63
tuším	24	21
nevím	1	9

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 33:



Zdroj: vlastní výzkum

Z hodnocení výsledků na tuto otázku je zřejmé, že děti z obou sledovaných skupin mají přibližně stejné znalosti o tom, co je to droga.

Celkem 70 dětí (73,7%) z rodin a 63 dětí (67,7%) z dětských domovů ví přesně, co to droga je a dokáže to popsat.

Menší část dětí z obou skupin tuší, co je to droga, ale neví přesně. Takto odpovědělo celkem 24 dětí (25,2%) ze skupiny dětí žijících v rodině a 21 dětí

(22,6%) ze skupiny dětí z dětských domovů. Pouze 1 dítě (1,1%) z rodin a 9 dětí (9,7%) z dětských domovů napsalo, že neví, co to droga je.

34. Setkal ses někdy s někým, kdo užíval drogy?

Cílem této otázky v dotazníku bylo zjistit, do jaké míry se děti pohybují mezi kamarády, kteří mají s užíváním drog své zkušenosti. Kolik uživatelů drog se vyskytuje v jejich blízkém okolí.

Děti měly možnost výběru ze dvou odpovědí: „ano“ – napiš jaké a „ne“.

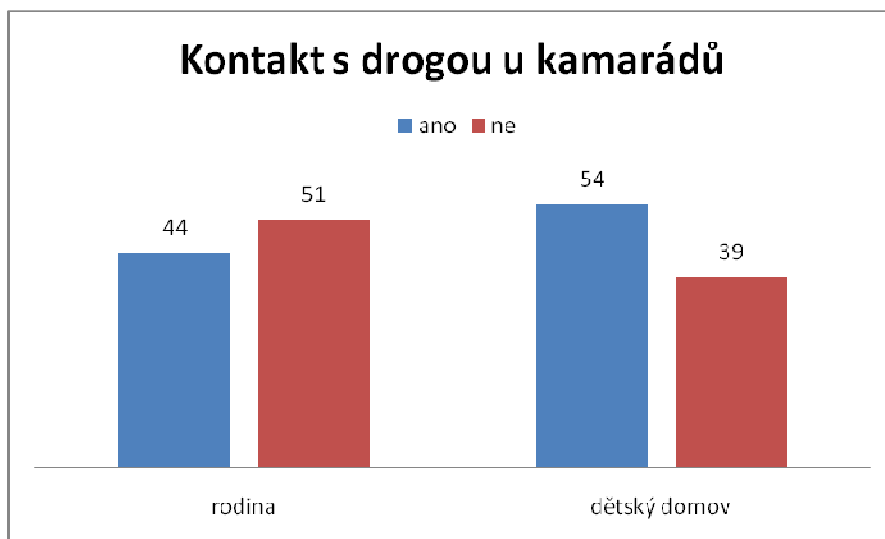
Výsledky analýzy odpovědí na tuto otázku jsou zpracovány v tabulce a grafu č. 34.

Tabulka 34:

Kontakt s drogou u kamarádů		
	rodina	dětský domov
ano	44	54
ne	51	39

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 34:



Zdroj: vlastní výzkum

Na tuto otázku odpovědělo záporně 51 dětí (53,7%) z rodin oproti 39 dětem (41,9%) ze skupiny dětí z dětských domovů.

Naopak kontakt s kamarády, kteří užívají nebo v minulosti užívali drogy, ve svých odpovědích uvedlo 54 dětí (58,1%) ze skupiny sledovaných dětí z dětských domovů. Ve sledované skupině dětí z rodin se celkem 44 dětí (46,3%) setkala u svých kamarádů s užíváním drog.

Z odpovědí dětí je patrné, že ve sledované skupině dětí z dětských domovů je poměrně více dětí, jejichž kamarádi v minulosti užívali nebo v současnosti užívají drogy.

35. Máš svou osobní zkušenost s užíváním drog?

Tato poslední otázka v dotazníku mapuje počet dětí, které již v minulosti zkusily užít nějakou drogu nebo v současnosti drogy užívají.

Děti vybíraly ze dvou nabídnutých odpovědí: „ano“ – napiš s jakou drogou a „ne“. Nejčastější drogou, kterou děti užívají, je marihuana.

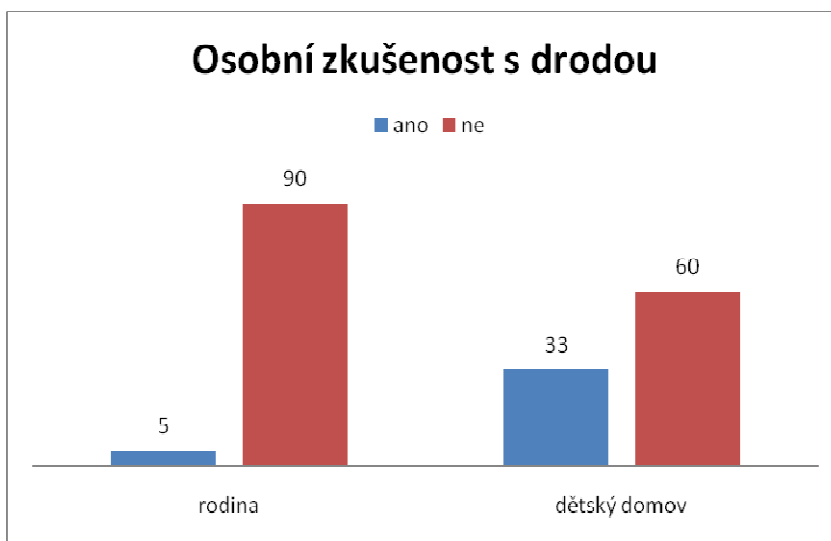
Výsledky odpovědí dětí jsou zpracovány v tabulce a grafu č. 35.

Tabulka 35:

Osobní zkušenosti s drogou		
	rodina	dětský domov
ano	5	33
ne	90	60

Zdroj: vlastní výzkum

Graf 35:



Zdroj: vlastní výzkum

Z výsledků odpovědí na poslední otázku dotazníku je zřejmé, že mezi oběma sledovanými skupinami dětí jsou výrazné rozdíly v osobní zkušenosti s drogou.

Ve skupině dětí žijících v rodině odpovědělo pouze 5 dětí (5,3%), že mají svou zkušenost s užíváním drog. Naproti tomu ve skupině dětí z dětských domovů tuto zkušenost má již 33 dětí (35,5%).

Záporně odpovědělo 90 dětí (94,7%) ze sledované skupiny dětí z rodin a 60 dětí (64,5%) z dětských domovů.

V otázce užívání drog jsou mezi oběma sledovanými skupinami patrné výrazné rozdíly.

5. DISKUSE

Ve své bakalářské práci jsem se zaměřila na sledování životního stylu dětí, žijících v dětských domovech, ve srovnání s dětmi, žijícími v rodinách.

Jedním z cílů mé bakalářské práce bylo posouzení životního stylu dětí v dětských domovech, analýza životních podmínek a zvyklostí těchto dětí ve srovnání s dětmi v rodinách.

Vyhodnocením výsledků z anonymních dotazníků, které vyplňovaly děti ve věku 12-16 let, bylo zjištěno, že životní styl dětí v dětských domovech je odlišný od životního stylu dětí, žijících v rodinách.(21)

Otázky v dotazníku byly směřovány ke zhodnocení vybraných oblastí životního stylu:

- znalost významu pojmu zdravý životní styl a subjektivní názor na svůj životní styl
- dodržování zásad zdravé výživy a pitný režim
- pohybová aktivita dětí
- zdravotní obtíže, které mohou souviset s nedostatečnou pohybovou aktivitou (bolesti hlavy, bolesti zad)
- práce s počítačem a sledování videa nebo televize ve volném čase
- kouření
- pití alkoholu
- zneužívání drog

Celý dotazník byl rozdělen na dvě části. V první části byly dětem položeny otázky obecného charakteru, pomocí nichž jsem získala informace o věku dětí, pohlaví, zda žijí v rodině nebo v dětském domově a zda místem jejich trvalého bydliště je vesnice, malé město nebo okresní město.

Dalším z cílů mé bakalářské práce byl monitoring vztahu dětí v dětských domovech k zásadám zdravého životního stylu. Ve druhé speciální části dotazníku

byly otázky zaměřeny na znalost pojmu „zdravý životní styl“ a konkrétní oblasti životního stylu oslovených dětí.

Z hodnocení výsledků v otázkách znalostí zásad zdravého životního stylu je patrné, že cca 2/3 dotázaných dětí mají jejich věku odpovídající znalosti a uvědomují si hodnotu svého zdraví. (7)

V otázce dodržování zásad zdravého životního stylu byl již patrný rozdíl mezi oběma sledovanými skupinami. Většina oslovených dětí z obou skupin sice odpověděla, že zásady zdravého životního stylu dodržují částečně, ale ve skupině dětí žijících v rodině takto odpovědělo celkem 54 dětí (56,8%), oproti pouze 35 dětem (37,6%) z dětských domovů. Z celkového počtu dětí z rodin – 18 dětí (18,9%) a 28 dětí (30,1%) z dětských domovů odpovědělo, že zásady zdravého životního stylu nedodržují. Ve většině případů děti napsaly, proč si myslí, že nežijí zdravě, např. kouřím, piji alkohol, „beru“ drogy.

Další otázky dotazníku se týkaly stravování. Snažila jsem se získat informace o tom, jaký je režim stravování a pitný režim dětí v obou sledovaných skupinách během dne.

Optimální příjem 5-6 menších porcí potravy za den dodržuje pravidelně pouze omezený počet dětí z obou sledovaných skupin. (15) Nejprve jsem zjišťovala, jak velké procento dětí ráno snídá a co nejčastěji mají k snídani. Většinou děti žijící v rodinách uváděly, že ráno snídají. Takto odpovědělo 43 dětí (45,3%) ze sledované skupiny. U dětí z dětských domovů je toto číslo poněkud nižší, kladně odpovědělo 38 dětí (40,9%). Další poměrně velká část dětí z obou skupin uvedla, že snídají občas. Tuto odpověď zvolilo 34,7% dětí z rodin a 45,2% dětí z dětských domovů. Jen malý počet dětí z obou skupin ráno nesnídá. Mezi nejoblíbenějšími pokrmy k snídani se nejčastěji objevovaly cereálie, slané i sladké pečivo, jogurty a sýry. Polovina dětí z obou sledovaných skupin dále ve svých odpovědích uvedla, že pravidelně každý den ve škole svačí. Děti, které nesvačí, bylo 13 žijících v rodinách a pouze 2 z dětských domovů. Děti z obou sledovaných skupin nejčastěji svačí pečivo s pomazánkou. Převážná většina dětí (67,4%) žijících v rodinách a 83,7% dětí z dětských domovů se v poledne stravuje ve školní jídelně, kde si

v případě možnosti volby jídla z více chodů nejčastěji vyberou masité jídlo s přílohou.

Analýzou otázek zaměřených na zdravou výživu a režim stravování bylo zjištěno, že ve většině případů dětí z obou sledovaných skupin není strava zcela v souladu se zásadami zdravé výživy. **(15)** Děti často raději zvolí jídlo méně zdravé, např. mezi nejoblíbenější přílohy u dětí patří knedlíky, nejméně oblíbené jsou luštěniny, ryby a zeleninová jídla, což považuji za nevyhovující zjištění.

V otázce dodržování pitného režimu 69,5% dětí žijících v rodinách a 77,4% dětí z dětských domovů uvedlo, že pijí průběžně během celého dne. Nejčastěji děti pijí sladké nápoje a čaj, méně oblíbená je balená voda a mléko. Opět zde převládají méně zdravé sladké nápoje nad balenou vodou a mlékem. I když mléko nelze do pitného režimu zahrnout, jeho význam pro zdravý vývoj dětského organismu je nezastupitelný.

Dále jsem se dětí zeptala na konzumaci ovoce a zeleniny. Zhodnocením odpovědí dětí z obou sledovaných skupin bylo zjištěno, že děti jí ovoce a zeleninu nejčastěji 1-2x denně. Mezi nejoblíbenější ovoce zařadily jablko, ze zeleniny nejraději konzumují okurky. Pouze velmi málo dětí, celkem 13 dětí z dětských domovů a 9 dětí žijících v rodinách odpovědělo, že ovoce nebo zeleninu nejí každý den. Zjištěná konzumace ovoce a zeleniny dětmi ukazuje na významně nedostatečný přívod těchto potravin s obsahem ochranných výživových faktorů, jako jsou vitaminy, minerály a vláknina. Podle doporučení zdravé výživy má být konzumace ovoce a zeleniny zajištěna 5-6 porcemi za den, tzn. 200 g ovoce a 300 g zeleniny.

Další okruh mých otázek v dotazníku byl zaměřen na pohybovou aktivitu. Snažila jsem se zjistit, kolik svého volného času děti věnují sportu (mimo hodin povinné tělesné výchovy ve škole). Jednak jsem hodnotila pohybovou aktivitu mimo sportovní oddíl a jednak aktivity ve sportovním oddíle. **(13)** Pohybová aktivita mimo sportovní oddíl, např. s kamarády byla u obou sledovaných skupin poměrně stejná. Děti žijící v rodinách se v průměru věnují pohybu mimo sportovní oddíl 5 hodin týdně a děti ze sledované skupiny z dětských domovů průměrně 5,1 hodin týdně. Výraznější rozdíl je patrný v počtu hodin, které děti tráví ve sportovním

oddíle. Děti z rodin se věnují pohybu ve sportovním oddíle průměrně 4,2 hodiny týdně, kdežto děti z dětských domovů pouze 2,6 hodin za týden. Tento rozdíl v mém výzkumu může být způsoben i tím, že tři ze čtyř vybraných dětských domovů jsou situovány na vesnici, kde mají děti omezenou možnost výběru sportovních oddílů oproti dětem z města. Dalším aspektem může být i finanční náročnost členství dítěte ve sportovním oddíle.

Ve spojitosti s pohybovou aktivitou byly další dvě otázky v dotazníku zaměřeny na bolest hlavy a zad. Poměrně vysoký počet dotázaných dětí odpověděl, že bolest hlavy pociťují často (např. denně, obden) nebo občas (např. 1x za týden). Celkem takto odpovědělo 64 dětí ze sledované skupiny dětí z dětských domovů a 52 dětí žijících v rodinách. Pouze 16 dětí žijících v rodinách a 11 dětí z dětských domovů uvedlo, že je hlava nikdy nebolí.

Analýza odpovědí, týkajících se bolesti zad, měla příznivější výsledek. Občasnou bolest zad v dotazníku označilo 48 dětí žijících v rodině a 38 dětí z dětských domovů. Dokonce 30 dětí z rodin a 42 dětí z dětských domovů napsalo, že je záda nikdy nebolí. Naopak 17 dětí ze skupiny dětí žijících v rodinách a 13 dětí z dětských domovů však uvedlo, že je záda bolí často. Uvedené výsledky korespondují s obecně známým faktem, že současný sedavý životní styl, charakterizovaný jednostrannou statickou zátěží pohybového aparátu, bez odpovídající pohybové kompenzace, vede k funkčním poruchám pohybového aparátu u dětí, které se projevují právě bolestmi hlavy a zad. Dle studie provedené Státním zdravotním ústavem v Praze – Výskyt vadného držení těla u dětí v ČR, 2003 – byl výskyt vadného držení těla zjištěn u 40% školních dětí. Tento výsledek je s ohledem na vysoký výskyt poruch pohybového aparátu u dospělé populace závažným zjištěním, protože tyto poruchy vznikají právě jako důsledek funkčních poruch pohybového aparátu z dětství.

Bolesti hlavy a zad mohou však také ukazovat na nadměrnou psychickou zátěž dětí. Samotné bolesti hlavy pak mohou být způsobeny i nedostatečným pitným režimem.

V souvislosti s otázkami, týkajícími se bolesti hlavy a zad, byly dětem položeny další dvě otázky, zaměřené na práci s počítačem a sledování televize či videa v jejich volném čase. Výsledky odpovědí na otázku práce s počítačem lze u obou sledovaných skupin hodnotit jako odlišné. Více než 2 hodiny denně pracuje na počítači 43 dětí (45,3%) žijících v rodinách, kdežto stejnou dobu se věnuje denně práci na počítači pouze 7 dětí (7,5%) z dětských domovů. Celkem 50 dětí (53,8%) z dětských domovů uvedlo, že na počítači pracují pouze občas. Tyto rozdíly mohou být způsobeny organizováním režimu dne dětí v dětských domovech a menší možností dostupnosti počítače, oproti dětem v rodinách.

Výsledky odpovědí na otázku, týkající se sledování televize a videa jsou poměrně vyrovnané. Děti z obou sledovaných skupin uvedly, že televizi a video nejčastěji sledují 1-2 hodiny denně. Takto odpovědělo celkem 47 dětí žijících v rodinách a 39 dětí z dětských domovů.

Další okruh otázek v dotazníku byl zaměřen na kouření. Zajímalo mě, kolik dětí v obou sledovaných skupinách kouří cigarety a zda je mezi těmito skupinami nějaký rozdíl ve spotřebě cigaret. Výsledky odpovědí jsou poměrně dosti odlišné. K dennímu kouření cigaret se přiznalo pouze 13 dětí (13,7%) žijících v rodinách, ale také 50 dětí (53,8%) z dětských domovů. Odlišnost se projevila i ve věku, kdy děti začínají kouřit. Děti žijící v rodině začínají v průměru kouřit v 13,1 letech věku, kdežto děti z dětských domovů průměrně kouří již od 11 let. S přibývajícím věkem dochází k nárůstu počtu vykouřených cigaret. Ve věkové skupině 12-14 let v průměru děti z rodin vykouří denně 3,9 ks cigaret, oproti dětem v dětských domovech, které již v tomto věku vykouří v průměru 7,7 ks cigaret. Ve vyšší věkové skupině 15-16 let stoupne počet vykouřených cigaret na 5,5 ks za den u dětí žijících v rodinách a u dětí z dětských domovů až na 11,3 ks vykouřených cigaret denně, což je alarmující výsledek, vzhledem k známému negativnímu vlivu kouření na zdraví.

Další tři otázky v dotazníku byly zaměřeny na konzumaci alkoholu, se kterým se děti a dospívající setkávají již v poměrně nízkém věku 11-13 let.**(4)** Děti odpovídaly na otázky, zda pijí alkohol a v případě, že ano, jaký nejčastěji. Většina dětí z obou skupin označila v odpovědi občasné pití alkoholu. Takto odpovědělo

67 (70,5%) dětí žijících v rodinách a 43 (46,2%) dětí z dětských domovů. Rozdíl v občasném pití alkoholu je však i v tom, že děti z rodin často uváděly, že pijí pouze při rodinných oslavách, tudíž pod dohledem svých rodičů, což u dětí z dětských domovů zřejmě neplatí a tudíž bude i rozdíl v množství občas vypitého alkoholu u dětí z dětských domovů. Nejoblíbenějším alkoholickým nápojem u sledovaných skupin dětí je pivo, dále víno, míchané nápoje a na posledním místě lihoviny. Na otázku, zda děti někdy byly opilé, odpovědělo kladně 49 dětí (52,7%) z dětských domovů a 30 dětí (31,6%) žijících v rodinách, což je opět velice závažné zjištění s ohledem na známé zdravotní a společenské důsledky alkoholismu.

Poslední skupina otázek v dotazníku se týkala problematiky drog. Dětem byly položeny otázky s cílem zjistit, zda ví, co je to droga, zda se s jejím užíváním již osobně setkaly u svých kamarádů nebo jestli samy někdy drogy užívaly.**(16)** Většina dětí z obou sledovaných skupin ví, co je to droga. Svou znalost pojmu droga označilo kladnou odpovědí 70 dětí (73,7%) žijících v rodinách a 63 dětí (67,7%) z dětských domovů. S užíváním drog u svých kamarádů se již setkalo 44 dětí (46,3%) ze sledované skupiny dětí žijících v rodině a 54 dětí (58,1%) dětí z dětských domovů. Poslední otázka dotazníku měla za cíl zjistit, kolik dětí ze sledovaných skupin má svou osobní zkušenost s užíváním drog. Na tuto otázku odpovědělo kladně 33 dětí (35,5%) žijících v dětských domovech a 5 dětí (5,3%) žijících v rodinách. Počet kladných odpovědí u dětí z dětských domovů je velmi vysoký a dokládá současný závažný stav v oblasti zneužívání návykových látek dětmi, a to především z prostředí, ve kterém chybí rodinné zázemí s potřebnými citovými vazbami a morálními hodnotami. Další faktor, který se podílí na vyšším výskytu zneužívání návykových látek u dětí z dětských domovů je i opakované působení zátěžových životních situací, které kompenzují právě užíváním návykových látek.**(21)**

6. ZÁVĚR

Cíle této bakalářské práce byly:

1. Posouzení životního stylu dětí v dětských domovech, analýza životních podmínek a zvyklostí těchto dětí ve srovnání s dětmi v rodinách.
2. Monitoring vztahu dětí v dětských domovech k zásadám zdravého životního stylu.

Cíle této práce byly naplněny.

Ve své bakalářské práci jsem si stanovila tři hypotézy:

Hypotéza č. 1: *Předpokládám, že životní styl dětí v dětských domovech je odlišný od životního stylu dětí v rodinách.*

Hypotéza se potvrdila, neboť na základě analýzy odpovědí dětí z dotazníku bylo zjištěno, že děti, žijící v dětských domovech mají v některých oblastech dodržování zásad zdravého životního stylu odlišné výsledky, než děti žijící v rodinách. Nejvíce byl tento rozdíl patrný v otázkách, týkajících se kouření, spotřeby alkoholu a užívání drog. V otázkách, zaměřených na dodržování zásad zdravé výživy a pohybovou aktivitu, nebyly mezi sledovanými skupinami výrazné rozdíly. Pouze v otázce, týkající se pohybové aktivity dětí ve sportovním oddíle, byl poměrně větší rozdíl v počtu hodin, strávených v těchto oddílech. U dětí z dětských domovů byl průměrný počet hodin o dost nižší. Výsledek však může být ovlivněn i tím, že tři ze čtyř sledovaných dětských domovů jsou situovány na vesnici, kde mají děti omezenou možnost výběru sportovních oddílů a také finanční náročností členství v těchto oddílech může být limitujícím faktorem.

Hypotéza č. 2: *Předpokládám, že děti v dětských domovech jsou více zatíženy negativními vlivy prostředí.*

Hypotéza se také potvrdila. Nejvýrazněji se tato hypotéza potvrdila v otázce spotřeby alkoholu, užívání drog a kouření, kdy děti z dětských domovů často ve svých odpovědích uváděly, že konzumují nejvíce alkoholu doma na návštěvě u

svých rodičů. Tyto děti jsou více zatíženy negativními vlivy prostředí, jelikož mají často špatné vzory a návyky ze svých biologických rodin. Dalším důvodem většího zatížení negativními vlivy prostředí u dětí z dětských domovů je i to, že některé děti jsou často „na útěku“, setkávají se s kamarády, kteří užívají drogy, kouří nebo pijí alkohol a samy často těmto návykovým látkám také propadnou.

Hypotéza č. 3: *Předpokládám, že děti v dětských domovech mají častěji negativní postoj k dodržování zásad zdravého životního stylu oproti dětem v rodinách.*

Hypotéza se potvrdila, neboť analýzou odpovědí na otázku, zda si děti myslí, že žijí zdravě, odpovědělo záporně 28 dětí (30,1%) žijících v dětských domovech, oproti 18 dětem (18,9%) žijícím v rodinách. Počet dětí, které si myslí, že nežijí zdravě, je dle mého výzkumu o 21,2% vyšší v dětských domovech, než v rodinách. Velmi často jsou tyto děti ovlivněny různými životními zátěžovými situacemi, které se snaží řešit alkoholem či užíváním drog a vzhledem k nedostatku pozitivních vzorů mají pak i negativní postoj k dodržování zásad zdravého způsobu života.

Možné využití výsledků práce v praxi:

Práce může sloužit jako podklad pro zkvalitnění životních podmínek dětí v dětských domovech, eventuálně v rodinách, protože ve všech sledovaných oblastech životního stylu byly nalezeny u obou skupin dětí odchylky od zásad zdravého způsobu života, i když u dětí z dětských domovů byly tyto odchylky častější a významnější, protože byly nalezeny především v nejzávažnějších oblastech a to kouření, pití alkoholu a zneužívání návykových látek.

7. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. **ANDERSON, R. – KICKBUSH, I.:** *Health Promotion. A ressource book.* WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen 1990, 398 s.
2. **BLAHA, T.:** *Škola podporující zdraví.* [online]. 2008. [cit. 2009-01-17]. Dostupné z <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/skola-a-zdravi>
3. **BLAHA, T.:** *Program škola podporující zdraví.* [online]. 2008. [cit. 2008-12-08]. Dostupné z <http://www.program-spz.cz/cs/co-je-program-spz>
4. **CZÉMY, L. - KRCH, F. - PROVAZNÍKOVÁ, H. - RÁŽOVÁ, J. - SOVINOVÁ, H.:** *Životní styl a zdraví českých školáků.* 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2005. 140 s. ISBN 80-85121-94-8.
5. **DETELS, R. - Mc EWEN, J. - BEAGLEHOLE, R. - TANAKA, H.:** *Oxford textbook of public health.* Oxford University Press, 2002, 414 s.
6. **HESSOVÁ, L.:** *Obezita.* [online] 2008 [cit. 2008-11-04] Dostupné z <http://www.obezita.cz/obezita>
7. **HOLČÍK, J.:** *Hodnoty a perspektivy péče o zdraví.* Časopis lékařů českých, Česká lékařská společnost J.E.Purkyně, 2007, vol. 146, no. 8, s. 635-641. ISSN 0008-7335
8. **HOLČÍK, J.:** *Podpora veřejného zdraví: teorie a praxe.* [online] 2008 [cit. 15. 12. 2008] Dostupné z <http://www1.szu.cz/svi/hygiena/archiv/h2008-sup-02-full.pdf>
9. **HOLČÍK, J.:** *Zdraví 21. Výklad základních pojmů. Úvod do evropské zdravotní strategie. Zdraví pro všechny ve 21. století.* 1. vyd. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2004. 160 s. ISBN 80-85047-33-0.
10. **HOLČÍK, J. - ŽÁČEK, A. - KOUPILOVÁ, I.:** *Sociální lékařství.* 2. dopl. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 1998. 137 s. ISBN 80-210-1907-7
11. **HOLČÍK, J. - ŽÁČEK, A. - KOUPILOVÁ, I.:** *Sociální lékařství.* 3. dopl. vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008, 137 s. ISBN 80-210-3954-X
12. **KOUKALOVÁ, S.:** *Výchova ke zdraví.* [online]. 2009. [cit. 2009-02-21]. Dostupné z http://www.vnl.xf.cz/vkz_zapisky.php
13. **MÁDROVÁ, E.:** *Zkuste být dítětem.* 1. vyd. Praha: Portál, 1998, 117 s. ISBN 80-7178-229-7

14. **MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČR:** [on line]. 2007 [cit. 2008-12-29]. Dostupné z: <http://www.mzcr.cz/Verejne/Pages/19-zdravi-pro-vsechny-v-21-stoleti.html>
15. **RUSKOVÁ, J. – RŮŽIČKOVÁ, D.:** *Zdravá výživa dětí.* [online] 2008 [cit. 2008-12-12]. Dostupné z <http://vyzivadeti.cz/zdrava-vyziva.html>
16. **SOVINOVÁ, H.:** *Drogy.* [online] 2009 [cit. 2009-04-11]. Dostupné z <http://www.szu.cz/tema/drogy>
17. **SOVINOVÁ, H.:** *Kouření.* [online] 2009 [cit. 2009-03-17]. Dostupné z <http://www.szu.cz/tema/podpora-zdravi/koureni-1>
18. **SOVINOVÁ, H. - CSÉMY, L.:** *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice.* 1. vyd. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003, 96 s. ISBN 80-7071-230-9
19. **ŠTICH, Z.:** *Sociální lékařství,* 1. Vyd. Praha: Avicenum, 1970, 486 s. ISBN 08-036-70
20. **TUREK, B.:** *Výživový stav populace a nutriční rizika.* Praha: Státní zdravotní ústav, 2004, 32 s. ISBN 80-7071-243-0
21. **VOCILKA, M.:** *Dětské domovy v České republice I. – teoretická východiska.* Praha: Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, 1999, 55 s.
22. **WHO,** 1946: [online] 2009 [cit. 2009-02-12]. Dostupné z: <http://zdravi.navajo.cz>
23. **WIKIPEDIE:** *Otevřená encyklopedie.* [online] 2009 [cit. 2009-02-27]. Dostupné z <http://wikipedia.org/wiki/Obezita>

8. KLÍČOVÁ SLOVA

Zdravý životní styl

Dětský domov

Rodina

Kouření

Alkohol

Drogy

9. PŘÍLOHY

Seznam příloh:

Příloha č. 1	Dotazník
Příloha č. 2	Potravinová pyramida

Příloha č. 1

Dotazník:

Dotazník

Odpovědi zaškrtni, případně doplň písemně

1. Napiš, kolik je Ti let
2. Jsi chlapec dívka
3. Žiješ: doma s rodiči převážně v dětském domově střídavě doma u rodičů a v domově
4. Místem tvého trvalého bydliště nebo místem, kde trávíš nejvíce času je:
 - a) vesnice
 - b) malé město
 - c) okresní město
5. Máš představu o tom, co je obsaženo v pojmu „zdravý životní styl“?
 - a) ano – popiš
.....
.....
.....
 - b) částečně – popiš
.....
.....
.....
 - c) ne
6. Myslíš si, že žiješ zdravě?
 - a) ano a proč
 - b) částečně a proč.....
 - c) ne
7. Ráno snídáš?
 - a) ano, každý den doma snídám
 - b) někdy snídám a někdy ne
 - c) nesnídám, mé první jídlo během dne je - zaškrtni: dopolední svačina - oběd

8. V případě, že nesnídáš, tuto otázku vynechej. Ráno snídáš - zaškrtni:

- a) chléb, celozrnné pečivo, bílé pečivo, sladké pečivo, müsli, cereálie – lupínky, apod.

v případě, že si nevybereš nabídnutou možnost, vypiš:

.....

- b) čaj, mléko, kakao, balená voda, jiné – vypiš

- c) jogurty, smetanové krémy, pudink, sýry, jiné – vypiš

.....

- d) uzeniny,

- e) polévky

- f) ovoce, zeleninu

Jestliže sis nevybral z nabídnutých možností, napiš zde co snídáš

.....

.....

9. Ve škole:

- a) svačím každý den
- b) svačím pouze občas
- c) nesvačím

10. V případě odpovědi na ot. č. 9 a) nebo b), napiš, co máš ve škole nejčastěji k svačině.

V případě, že nesvačíš, tuto otázku vynechej.

.....

.....

11. Na obědy chodíš:

- a) do školní jídelny
- b) domů
- c) někdy do školní jídelny a někdy domů
- d) kupuji si něco sám – napiš, co nejčastěji
- e) neobědvám

12. V případě, že máš ve školní jídelně možnost volby jídla z více chodů, vybereš si nejraději:

- a) sladké jídlo
- b) masité jídlo
- c) zeleninové jídlo
- d) ryby
- e) zaškrtni nejoblíbenější přílohu: knedlíky, rýži, brambory, těstoviny, luštěniny

13. V případě, že obědváš doma, máš nejčastěji:

- a) sladké jídlo
- b) masité jídlo
- c) zeleninové jídlo
- d) ryby
- e) zaškrtni nejoblíbenější přílohu: knedlíky, rýži, brambory, těstoviny, luštěniny

14. Napiš, která jídla máš nejčastěji doma nebo v dětském domově k večeři:

.....

.....

15. Napiš, kolikrát týdně máš teplou večeři:

16. Napiš, jak často jíš níže vyjmenované potraviny:

- a) slané brambůrky, chipsy – jak často
- b) slané tyčinky – jak často
- c) sušenky - jak často
- d) čokoládu – jak často
- e) bonbóny – jak často

17. Zamysli se, zda během dne, převážně piješ:

- a) průběžně během celého dne, bez ohledu na to, zda jsem doma nebo ve škole
- b) doma po návratu ze školy
- c) ve škole

18. Co nejčastěji piješ během dne?

- a) sladké nápoje – vypiš
- b) čaj
- c) balená voda
- d) voda z vodovodu
- e) mléko
- f) jiné – vypiš

19. Jakou máš možnost pití ve škole? (Mimo pití při obědě ve školní jídelně.)

- a) ve škole jsou automaty – na balené nápoje, vodu, mléko, vodu se sirupem,
- b) pití na dopoledne připravuje školní jídelna
- c) mám pití z domova

20. Ovoce a zeleninu konzumuješ:

- a) 1x denně
- b) 2x denně
- c) 3x denně
- d) 4 a vícekrát denně
- e) každý den ovoce a zeleninu nekonzumuji, pouze občas

21. Napiš, kolik odhadem v porcích (kusech) denně zkonsumuješ ovoce a zeleniny a co máš nejraději.

.....
.....

22. Kolik hodin týdně (mimo hodin povinné tělesné výchovy) a jak často se věnuješ pohybu např. s kamarády mimo sportovní oddíl?

Jak často? Kolik hodin?

23. Navštěvuješ nějaký sportovní oddíl? Pokud ano, napiš jaký a kolikrát týdně v něm trávíš volný čas

.....

24. Pozoruješ někdy, že tě bolí hlava?

- a) ano, velmi často – napiš, jak často (např. denně, obden)
- b) ano, pouze občas - napiš jak často (např. 1x / týden)
- c) nikdy

25. Pozoruješ někdy, že tě bolí záda?

- a) ano, velmi často – napiš, jak často (např. denně, obden)
- b) ano, pouze občas - napiš jak často (např. 2x / týden)
- c) nikdy

26. Práci s počítačem (mimo hodin výuky ve škole) věnuješ denně:

- a) maximálně 1 hodinu
- b) 1 – 2 hodiny denně
- c) víc než 2 hodiny denně – napiš kolik.....
- d) na počítači pracuji pouze občas, ne denně

27. Sledování televize nebo videa věnuješ denně:

- a) maximálně 1 hodinu
- b) 1 – 2 hodiny denně
- c) víc než 2 hodiny denně – napiš kolik
- d) každý den televizi nesleduji, pouze občas

28. Kouříš cigarety?

- a) ano, denně ccaks
- b) pouze příležitostně, cca ks za týden, měsíc
- c) vůbec nekouřím

29. V případě, že kouříš, od kolika let věku?

30. Piješ alkohol?

a) ano, pravidelně – napiš (např. denně nebo kolikrát týdně)

b) ano, pouze občas, příležitostně – jak často?

c) ne, nepiji

31. V případě, že piješ alkohol, jaký alkohol konzumuješ nejčastěji? Pokud nepiješ alkohol, tuto otázku vynechej.

a) pivo

b) víno

c) lihoviny

d) míchané nápoje

32. Vypil/a jsi někdy tolik alkoholu, že jsi byl/a opilý/á?

a) ano – napiš kolikrát v životě nebo jak často (např. 2x/týden, měsíc)

b) ne, nikdy

33. Víš, co je to droga?

a) ano, vím to přesně – popiš

.....

b) tuším co to je, ale nevím přesně

c) nevím

34. Setkal jsi se někdy s někým, kdo užíval drogy?

a) ano - napiš jaké

b) ne

35. Máš svou osobní zkušenost s užíváním drog? Napiš:

a) ano – napiš s jakou drogou a jak často

.....

b) ne

Příloha č. 2

Potravinová pyramida:



Potravinová pyramida – doporučení ke správné skladbě výživy

Zdroj: <http://www.vyzivavnemoci.cz/img/pyramida.jpg>