

**UNIVERZITA PARDUBICE
FAKULTA ZDRAVOTNICKÝCH STUDIÍ**

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

PSYCHOSOMATICKÉ OBTÍŽE U ŠKOLNÍCH DĚTÍ

2010

Andrea DVOŘÁKOVÁ

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Akademický rok: 2009/2010

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Andrea DVOŘÁKOVÁ**
Studijní program: **B5341 Ošetřovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Psychosomatické obtíže u školních dětí**
Zadávající katedra: **Katedra ošetřovatelství**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

1. Studium teorie (získávání informací z odborné literatury).
2. Popis současné problematiky daného tématu.
3. Stanovení cílů, výzkumných otázek a metod pro vypracování bakalářské práce.
4. Výběr vhodných respondentů.
5. Realizace výzkumu.
6. Analýza výsledků.
7. Zhodnocení výsledků výzkumu.

Rozsah grafických prací: dle doporučení vedoucího
Rozsah pracovní zprávy: 35 stran
Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

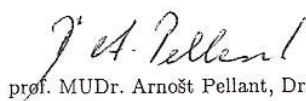
Seznam odborné literatury:

1. ŘÍČAN, P. Dětská klinická psychologie. 4. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1049-8.
2. BALCAR, K. Dětská psychoterapie. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-381-1.
3. LANGMEIER, J. Vývojová psychologie. 4. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 80-247-1284-9.
4. CSÉMY, L. Životní styl a zdraví českých školáků. Z výsledků mezinárodní studie Světové zdravotnické organizace The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). 1. vyd. Praha : Psychiatrické centrum, 2005. ISBN 80-85121-94-8.
5. CURRIE, C. Inequalities in Young People's Health. Health behaviour in school-aged children international report from the 2005/2006 survey. 5.1. vyd. WHO, 2008. ISBN 978 92 890 7195 6.

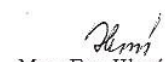
Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Hlaváčková
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: 30. listopadu 2009

Termín odevzdání bakalářské práce: 23. dubna 2010


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 1. února 2010

Prohlašuji:

Tuto práci jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury.

Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., autorský zákon, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita oprávněná ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 16. 4. 2010

Andrea Dvořáková

Poděkování:

Ráda bych poděkovala paní Mgr. Evě Hlaváčkové, za odbornou pomoc a rady, které mi poskytovala při vypracování této bakalářské práce.

Dále bych ráda poděkovala vedení základních škol a víceletého gymnázia za možnost provedení výzkumu. V neposlední řadě i všem žákům, kteří byli ochotní rozdané dotazníky pečlivě vyplnit.

Anotace:

V mé bakalářské práci se zabývám problematikou „psychosomatických obtíží u školních dětí“. Celá práce je rozdělena na dvě části, a to na teoretickou a praktickou část.

V teoretické části se zabývám charakteristikou časně adolescence. Zde jsem se zaměřila na obecnou charakteristiku a na tělesné, psychické a sociální změny v tomto období, dále na životní styl u jedinců v časně adolescenci, na problematiku spánku, rodiny a školy u časně adolescence.

Praktickou část jsem vypracovala pomocí dotazníkové metody a zaměřila jsem se na přítomnost psychosomatických obtíží a na zjištění subjektivně vnímaného zdravotního stavu u žáků šestých tříd základních škol a primy víceletého gymnázia ve vztahu k typu školy, vztahům ke spolužákům a učitelům, míře pocíťovaných nároků a povinností, formální struktuře rodiny, vztahům v rodině, množství společně stráveného volného času v rodině, množství a kvalitě spánku a k pohlaví.

Klíčová slova:

- Psychosomatické obtíže
- Školní děti
- Spánek
- Rodina
- Škola

Abstract:

In my bachelor's thesis I am addressing the issue of psychosomatic problems of schoolchildren. The thesis consists of a theoretical and a practical part.

The theoretical part deals with the characteristics of early adolescence. Here I focused on the general characteristics and the physical, mental and social changes occurring in this period, as well as the individuals' lifestyle in early adolescence, the issue of sleep, family and school in early adolescence.

The practical part was drawn up using a questionnaire method, focusing on the presence of psychosomatic problems and ascertaining the subjectively perceived state of health of pupils in the sixth grade of primary schoolmates and teachers, the degree of perceived demands and duties, the formal family structure, relations in the family, the amount of free time spent together in the family, the amount and quality of sleep, and in relation to gender.

Crucials words:

- Psychosomatic problems
- Schoolchildren
- Sleep
- Family
- School

OBSAH:

ÚVOD	3 -
CÍLE	4 -
I TEORETICKÁ ČÁST	5 -
1 ČASNÁ ADOLESCENCE	5 -
1.1 Biologické změny v období časně adolescence	5 -
1.1.1 Tělesné změny u dívek	6 -
1.1.2 Tělesné změny u chlapců	6 -
1.2 Psychické změny v období časně adolescence	7 -
1.2.1 Vliv životního stylu na zdraví adolescentů	9 -
1.3 Spánek v období časně adolescence	10 -
1.3.1 Poruchy spánku u školních dětí	11 -
2 PSYCHOSOMATICKÉ PORUCHY	14 -
3 RODINA A JEJÍ VÝZNAM	15 -
3.1 Neúplná rodina	16 -
3.2 Zranitelnost rodiny a vliv rozvodu na dítě	16 -
4 ŠKOLA A JEJÍ VÝZNAM	18 -
4.1 Vliv školy na dítě	19 -
II VÝZKUMNÁ ČÁST	20 -
Výzkumné otázky	20 -
5 METODIKA	21 -
6 PREZENTACE VÝSLEDKŮ	22 -
6.1 Shrnutí výsledků výzkumu	44 -
7 DISKUZE	53 -
7.1 Zdraví	53 -
7.2 Psychosomatické obtíže	54 -

ZÁVĚR	- 55 -
POUŽITÁ LITERATURA.....	- 56 -
PŘÍLOHA A.....	- 58 -

ÚVOD

Slovo „zdraví“ v řečtině a latině znamená „celek“. V dnešní době se objevuje termín „holismus“. I toto slovo znamená celek. Tento pojem je nutné chápat z hlediska biologického, psychického i sociálního. Zdraví je pro každého člověka velice důležité. Nikdo nechce být nemocný, a naopak každý člověk chce být zdravý. Pokud bude člověk zdravý, může se zaměřit na splnění svých záměrů a tužeb. Jiné pojetí zdraví může být chápáno tak, že samotné zdraví je pro člověka cílem. Pro některé lidi je dokonce tou největší a nejdůležitější hodnotou v jejich životě (Křivohlavý, 2009).

U dětí je zdraví důležitým předpokladem pro úspěšný vývoj. Důležité je také, jak děti samy hodnotí svůj zdravotní stav. To závisí především na věku, pohlaví, sociálním prostředí, ekonomickém statusu a především na rodině a škole (Csémy a kol., 2005).

Každá odchylka od zdraví má stránku psychickou, tělesnou a sociální. Proto je důležité přistupovat ke každému onemocnění holisticky, tedy z biopsychosociálního hlediska (Říčan, Krejčířová, 2006).

Pojmy psychosomatické onemocnění nebo psychosomatické obtíže neoznačují jasnou třídu onemocnění. Spíše se používají jako zkratka pro případy, kdy duševní vlivy mají vliv na tělesnou stránku organismu. Některé onemocnění je podmíněno spíše fyzickými vlivy, jiné odchylky od zdraví jsou ovlivněny spíše vlivy psychickými (Říčan, Krejčířová, 2006).

V této práci, konkrétně v teoretické části, se budu zabývat problematikou tělesného a duševního vývoje u dětí v období časně adolescence, charakteristikou životního stylu u dětí v tomto období, významem a vlivem rodiny, školy a spánku na zdravý vývoj dětí v období časně adolescence. V části empirické se zaměřím na subjektivní hodnocení zdravotního stavu u českých dětí, konkrétně u žáků 6. tříd základní školy a primy víceletého gymnázia. Dále na přítomnost psychosomatických obtíží u těchto dětí, na vztah žáků ke škole, s učiteli a spolužáky a na skutečnost, jak tyto vztahy ovlivňují přítomnost psychosomatických obtíží. Zabývat se chci rovněž mírou školních povinností a úkolů a opět na skutečnost, jak ovlivňují tyto povinnosti a úkoly zdravotní stav dětí. Také se zaměřím na strukturu rodiny, množství volného času, které děti tráví společně s rodinou, vztahy v rodině, a jak tyto faktory ovlivňují zdravotní stav dětí. Rovněž se budu zabývat kvalitou spánku. Zaměřím se i na to, jak tato kvalita působí na přítomnost psychosomatických obtíží. Nakonec mě bude zajímat, jak hodnotí svůj zdravotní stav dívky a chlapci.

CÍLE

- v rovině teoretické
 - popsat problematiku tělesného a duševního vývoje u dětí v období časně adolescence
 - charakterizovat životní styl u dětí v období časně adolescence
 - popsat význam a vliv rodiny, školy a spánku na zdravý vývoj dětí v období časně adolescence

- v rovině empirické
 - zjistit, jak děti ve věku 12 let subjektivně hodnotí svůj zdravotní stav a jaké subjektivní obtíže udávají
 - analyzovat subjektivně hodnocený zdravotní stav dětí ve vztahu k:
 - typu školy
 - vztahům ke spolužákům a učitelům
 - míře pocíťovaných nároků a povinností
 - formální struktuře rodiny
 - vztahům v rodině
 - množství společně stráveného volného času v rodině
 - množství a kvalitě spánku
 - pohlaví

I TEORETICKÁ ČÁST

1 Časná adolescence

Periodizace období dospívání se v literatuře různí.

Dle starších literárních zdrojů je adolescence období většinou od 15 do 22 let. Podle nejnovějších přístupů se období adolescence rozlišuje na ranné (časné), střední a pozdní. Raná adolescence je období od 10/11 let do 13 let života dítěte. Střední adolescence je pak období od 14 let do 16 let. A nakonec pozdní adolescence. Sem se řadí jedinci ve věku od 17 let do 22 let (Říčan, Krejčířová, 2006; Macek, 1999; Vágnerová, 2005).

Období dospívání můžeme chápat jako proces bio-psycho-sociálních změn, díky nimž začíná dítě v průběhu tohoto vývojového období získávat postupně kompetence dospělého (Janošová, 2008).

V biologické stránce se jedná o dozrávání tělesných funkcí. Tyto tělesné funkce souvisí se schopností reprodukce. Po stránce psychické začíná být dospívající jedinec schopen užívat složité kognitivní postupy a používá složitější způsoby uvažování. U jedince se rozvíjí především myšlení. Nejsložitější je dospívání po stránce sociální. Délka procesu sociálního dospívání závisí na společenských podmínkách, které umožňují postupné osamostatnění jedince. Všechny tyto změny jsou vzájemně provázány (Janošová, 2008; Macek, 1999).

1.1 Biologické změny v období časně adolescence

V období adolescence dochází k mnoha kvalitativním i kvantitativním změnám. Proces dospívání záleží na genetické výbavě. Záleží rovněž i na jiných faktorech, například na sociálních podmínkách, ve kterých dítě vyrůstá, rovněž na ekonomickém statusu, systému zdravotní péče, na výživě apod. První signál pro začátek dospívání vysílá hypotalamus. Hypotalamus vyšle signál k žlázám s vnitřní sekrecí pod vlivem již zmiňovaného genetického programu. Na popud hypotalamu pak žlázy s vnitřní sekrecí začnou produkovat zvýšené množství pohlavních hormonů (Janošová, 2008; Macek, 1999).

1.1.1 Tělesné změny u dívek

V tomto období začíná být u děvčat jako první činná hypofýza. Ta začne působit na vaječníky, a ty zvýší produkci svých hormonů, tedy estrogenů. Estrogen je hormon, který má odpovědnost za dozrávání dělohy, růst prsů, boků, pánve a stehen. V těchto partiích se v tomto období začíná vlivem zvýšeného množství estrogenu ukládat tuk. Zvyšuje se rovněž produkce androgenů. Tyto hormony působí na růst pubického ochlupení a ochlupení v axilárních jamkách (Janošová, 2008; Mourek, 2005).

Časná adolescence je rovněž období velkého tělesného růstu. Děvčata vyrostou do výšky 9 cm za rok. U děvčat k tělesnému růstu dochází dříve než u chlapců, a proto jsou v přechodném období vyšší než chlapci. V období časně adolescence se u děvčat objevuje první menstruace, menarché. Některé dívky menstrují už od 9 let, jiné až po 15. roce věku. Zpočátku nebývá menarché spojena s pravidelnou ovulací, tedy dozráváním vajíček. Začátek pravidelné ovulace způsobí zvýšenou produkci dalšího hormonu-progesteronu. Progesteron je důležitý pro budoucí těhotenství (Janošová, 2008; Macek, 1999; Říčan, 2004).

Pro období menstruace je typický pocit nepohodlí. Dívky může omezovat ve sportovních a pohybových činnostech. Problém, který dále u děvčat může nastat, je tzv. premenstruační syndrom. K příznakům tohoto syndromu patří bolest břicha, bolest hlavy. Některá děvčata se cítí unavená. Příznaky premenstruačního syndromu bývají větší u dívek, které o těchto symptomech nebyly dopředu poučeny (Janošová, 2008).

1.1.2 Tělesné změny u chlapců

Tělesné změny nejsou u chlapců tak viditelné jako u děvčat. U chlapců v období časně adolescence dochází v rozvoji tělesného růstu. Chlapci vyrostou zhruba o 11 cm do výšky za rok (Říčan, 2004).

U chlapců je v dospívání důležitý hypotalamus. Ten působí na zvýšenou produkci mužského pohlavního hormonu. K aktivaci hypotalamu dochází u chlapců zhruba o dva roky později než u děvčat. Hypotalamus zvyšuje produkci testosteronu. Testosteron účinkuje na celkovou maskulinizaci vzhledu a na růst svalové hmoty, na mužský tvar skeletu a na tělesné ochlupení. U chlapců dochází, stejně tak jako u děvčat, k malému zvětšení prsou. K tomuto zvětšení dochází vlivem zvýšené produkce hormonu estrogenu (Janošová, 2008; Mourek, 2005).

U chlapců tělesné dospívání začíná postupným růstem varlat, skrota a penisu. Je to obvykle první ukazatel nástupu puberty (Macek, 1999).

Dochází i ke zvětšování hrtanu, tím dojde k prohloubení hlasu. Dále je toto období typické pro výskyt pubického ochlupení a vousů (Janošová, 2008).

Spermioogeneze je poslední fází v procesu dospívání. První ejakulace je označována jako známka zralosti, mluvíme o spermarché (Janošová, 2008; Mourek, 2005).

1.2 Psychické změny v období časně adolescence

Myšlení

Myšlení se v období adolescence velice vyvíjí. Jedinec je schopen vědecky myslet. Mění se způsob uvažování, objevují se tzv. formální logické operace. Tyto operace umožňují jedinci myslet abstraktně. Díky nim je také možné provádět velký počet myšlenkových operací a pracovat s pojmy, které jsou obecné (Říčan, 2004).

Adolescent myslí často do vzdálené budoucnosti, kriticky uvažuje. Kriticky však nahlíží jinak i na okolní svět. Uvažuje o světě, jaký je, o tom, jaký by mohl být. Čím větší má na toto nároky, tím bývá pesimističtější. Snaží se myslet psychologicky. Zajímá se o motivy a následky svého jednání. Do jisté míry již dokáže hodnotit svůj osobní život, sám sebe, své jednání a chování (Říčan, 2004).

Paměť

U adolescentů se začíná stále více uplatňovat paměť logická. Navíc se ale rozvíjí paměť mechanická. Jedinec je schopen lépe si zapamatovat učivo abstraktní. Postupně se u něj rozvíjí paměť úmyslná. Je pro něj typická výběrovost paměti. To znamená, že co ho zajímá, to si zapamatuje. Dále je pro jedince tohoto věku typické, že informace, které aktuálně potřebuje, v paměti udrží dobře a déle než ty, jež nepotřebuje. V tomto období si děti vytvářejí určitý systém pro ulehčení zapamatování učiva. Dokážou si učivo časově rozvrhnout a rozdělit na jednotlivé části. Rozeznávají také důležité informace od méně důležitých. Učení i vybavování je u těchto dětí systematické. Dokáží si zvolit lepší strategii učení. Prodlužuje se u nich i schopnost delšího učení potřebné látky (Vágnerová, 2005).

Představivost

Adolescenti dovedou představivost ve větší míře ovládat. Vytváří si i nové strategie pro usnadnění zaměření a udržení představivosti. Mají systém a plán, podle kterého postupují při zlepšování schopnosti rozdělovat pozornost. Dítě začíná poznávat, co ho podpoří v jeho soustředění na práci. Uplatňuje se především „snění v bdělém stavu“. Dítě si představuje svou budoucnost, sní o svých schopnostech a úspěchu. Sní o lásce a dobrodružství. Představivost je v tomto období velká. Jejím obsahem je hlavně sexuální a erotická oblast života. Často si vymýšlí a přibarvuje si věci, které nejsou skutečné. Sní ve dne, ale i v noci. Snění ve dne může být problémem, pokud dítě dochází do školy (Vágnerová, 2005).

City

Citový rozvoj je pro toto období typický. City u těchto jedinců jsou velmi labilní a intenzivní. Ve velké míře jsou bez předmětu. Pro prožívanou radost nebo smutek nemají konkrétní důvod. Převažuje zde přecitlivělost. Jedinci se stydí za své projevy citů (Vágnerová, 2005).

Pro toto období je typická citová instabilita, dochází zde k častým změnám nálad, změny nálad jsou poměrně nápadné. U těchto dětí musíme počítat s nestálostí a nepředvídatelností reakcí (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Distancují se od citů rodiny, jejich city jsou charakteru spíše uzavřenějšího a bývají introvertnější. Není výjimkou až vznik negativismu. City bývají v tomto období krátkodobé a proměnlivé. U těchto jedinců je typický emoční egocentrismus, děti v tomto věku věří, že jejich pocity jsou výjimečné (Vágnerová, 2005).

Rozvoj vyšších citů je pro toto období také typický. Mezi vyšší city můžeme zařadit mravnost, estetiku, etiku. Jedinci často kritizují, mlčí, ignorují dospělé, proto aby vyjádřili vzdor. Více citově zralá jsou děvčata než chlapci (Vágnerová, 2005).

Zájmy

Zájmy se v období adolescence diferencují a neustále prohlubují. Jedinci se zajímají o otázky, které jsou spojeny s druhým pohlavím, s psychikou. Začínají se zajímat o volbu svého budoucího povolání. Věnují těmto zájmům velké množství svého volného času (Jobánková, 2002).

K rozvoji zájmů je důležitý rozvoj motorických, percepčních a dalších schopností. Pokud dojde k rozvoji těchto schopností, tak se posléze mohou rozvíjet i hlubší zájmy u dětí v období časně adolescence (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Dítě školního věku se zajímá o mnoho činností, například o sport, hudbu a četbu. Zájmy, kterým dává dítě přednost, záleží na zájmech dřívějších (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Výše jmenované zájmy můžeme hodnotit jako pozitivní. Dítě se díky nim rozvíjí, jsou jistou formou odreagování (Jobánková, 2002).

Zájmy úzce souvisí s životním stylem, se sociálním prostředím, ve kterém dítě vyrůstá, a dále se změnami v životním stylu nebo sociálním prostředím (Jobánková, 2002).

1.2.1 Vliv životního stylu na zdraví adolescentů

Životní styl zahrnuje velkou škálu všech lidských aktivit na úrovni jedinců, kolektivu i celých populací (Kovařík, 1999).

Hlavními složkami životního stylu jsou výživa, fyzická aktivita, vztahy, osobní pohoda, způsob zvládnání stresu a absence nebo naopak přítomnost závislostí (Kebza, 2005).

Výzkumy, které se zabývají rizikovým chováním adolescentů, upozorňují na rozvoj aktivit a činností „negativních“, například na velké množství stráveného času u počítače, televize, mobilního telefonu, poslech reprodukované hudby, dále na vývoj negativních zvyklostí jako je kuřáctví, pití alkoholických nápojů a zkušenosti s drogami. V poslední době také dochází k poklesu pohybové aktivity a veškeré čtenářské a kulturní činnosti. Tyto „negativní“ činnosti mohou působit na zdravotní stav dětí (Csémy a kol., 2005).

V dnešní době dochází ke sledování vlivů (negativních i pozitivních) na zdraví dětí a mládeže. Tímto se zabývá mezinárodní studie WHO „The Health Behavior in School-Aged Children: A WHO Cross-National Study“ (HBSC). Tato studie probíhá již dlouhou dobu. Byla iniciována roku 1982 v Evropě prvními výsledky výzkumu z Finska, Norska a Anglie. Výzkumná šetření probíhají a opakují se každé čtyři roky. Výsledky jsou publikovány v závěrečných zprávách a poslední šetření probíhalo v roce 2006 v 41 zemích. Česká republika se této studii účastní také, a to od roku 1993 (Currie et al., 2004).

Z této studie, která u nás probíhala v roce 2006, vyplývá, že zdravotní stav jako vynikající popřípadě dobrý hodnotí 87,5 % dětí, přičemž lépe hodnotí svůj zdravotní stav chlapci než děvčata. Jako ne moc dobrý a špatný pak hodnotilo svůj zdravotní stav 12,1 % dětí a opět děvčata označila tuto možnost vícekrát než chlapci. Prokázána byla tedy souvislost mezi pohlavím. V oblasti psychosomatických obtíží také vyplynulo, že ve třech sledovaných kategoriích, tedy v kategorii psychické, tělesné i v celkové kategorii, nejhorší výsledky byly opět u děvčat (Currie et al., 2004).

Celkově z výsledků vyplývá, že české děti považují své zdraví za dobré nebo vynikající, že většina dětí je spokojená se svým životem a že děti, které vyrůstají v příznivých rodinných podmínkách, jsou šťastnější a cítí se zdravější než jiné děti, které vyrůstají v podmínkách nepříznivých pro život. Rovněž z výzkumu vyplývá, že kouření a konzumace alkoholu má vztah k výskytu k psychosomatických obtížích (Csémy a kol., 2005).

Tato studie je velmi rozsáhlá, ale nezabývá se tolik spánkem, který je též velice důležitý.

1.3 Spánek v období časně adolescence

„Spánek je nehomogenní (heterogenní) funkční stav organismu s typickými rytmickými cykly, rozdělený do různých stádií a přechodů, charakterizovaných specifickými formami chování, změnami elektrofyziologickými, vegetativními i hormonálními“ (Mourek, 2005, s. 175).

Spánek je řízen dvěma oblastmi mozkového kmene. První oblast se nazývá retikulární aktivační systém a druhá bulbární synchronizující oblast v prodloužené míše. Spánek je nutný pro regeneraci mozku, jeho schopností je provádět kognitivní činnosti a řídit celý organismus (Rozsypalová, 2002; Uhlíková, 2008).

Během spánku člověka probíhá několik spánkových cyklů. Každý z nich je tvořen dvěma fázemi, REM a NREM fází. Tyto dvě fáze se během spánku člověka střídají. REM fáze je vývojově starší. Je řízená noradrenalinem. Slouží pro obnovu psychických sil (Mourek, 2005; Mikšová, 2006).

REM spánek nastupuje přibližně za 90 minut po usnutí. Trvá asi 20 minut. Jeho podíl se zvyšuje k ránu. V této fázi nastává rychlý pohyb bulbů. Klesá svalový tonus až do stavu úplné svalové atonie. Možný je pohyb okoohybných svalů, občas se vyskytnou záškuby svalů, dokonce i končetin. V této fázi je nepravidelná srdeční i dechová činnost, v některých případech může být i zrychlená. Pro REM fázi jsou typické sny (Mourek, 2005).

NREM fáze je fáze spánku mnohem mělkí. Slouží pro obnovu fyzických sil. Tato fáze je řízená serotoninem. Je to první fáze spánkového cyklu. Začíná relaxovaným bděním, tedy usínáním. Dochází ke snižování svalového tonu, nedochází k rychlému pohybu očních bulbů. Krevní tlak i srdeční frekvence se snižují a klesá i frekvence dýchání. Sny se v této fázi nezdají (Mourek, 2005; Mikšová, 2006).

Tato fáze se rozděluje na čtyři stádia, od fáze nejlehčího spánku, kdy u člověka postupně dochází k snížení tělesné teploty a metabolismu, svalové relaxaci, k poklesu srdeční činnosti

a snížení rychlosti dýchání, až po fázi hlubokého spánku, pro kterou je charakteristická pomalá frekvence dýchání, srdeční činnost a úplná svalová relaxace (Mikšová, 2006).

Pro bytí organismu je spánek naprosto nutný. Nedostatek spánku vede k vážným poruchám. Jedná se o poruchy v CNS a o poruchy v somatické oblasti (Mourek, 2005).

1.3.1 Poruchy spánku u školních dětí

Spánek se během vývoje a růstu dítěte mění. V dětství se doba spánku postupně zkracuje. Na druhou stranu jsou i období, kdy se potřeba spánku zvyšuje. Potřeba spánku se u dětí zvyšuje v době nemoci, v období zvýšené aktivity, dále typicky v období časně adolescence, kdy dochází současně k cirkadiálnímu posunu usínání do pozdějších hodin. NREM fáze má také vrchol v adolescenci. V tomto období tvoří až 20 % doby spánku. Dítě by mělo mít přibližně 9 hodin spánku (Uhlíková, 2008).

Někdy u dětí mohou vznikat poruchy spánku. Výskyt poruch spánku je u těchto jedinců velmi častý. Přibližně 20 %, podle některých studií až 50 % a neustále jich narůstá (Příhodová, 2006).

Nedostatečně dlouhý nebo nekvalitní spánek má za následek zhoršení paměti, koncentrace, myšlení a ostatních funkcí, které zahrnují plánování a řešení úkolů. Dále mohou vznikat poruchy chování, změny nálad a emocí (podrážděnost, agresivita, úzkostnost apod.) (Příhodová, 2006).

Poruchy spánku jsou zařazeny v mezinárodní klasifikaci nemocí MKN 10 do kategorie behaviorálních syndromů, které jsou spojené s fyziologickými poruchami a také s faktory somatickými (Uhlíková, 2008).

Dělí se podle mezinárodní klasifikace na sedm základních skupin. Patří sem insomnie, hypersomnie, poruchy dýchání ve spánku, dále parasomnie a abnormální pohyby ve spánku (Uhlíková, 2008).

Rovněž existuje dělení poruch spánku pro běžnou klinickou praxi. Tyto poruchy, které souvisí s běžnou praxí se dělí na tři základní okruhy. Poruchy, které jsou spojené s nedostatečným nebo nekvalitním spánkem (syndrom neklidných nohou, obstrukční spánková apnoe,...). Další skupinou je narkolepsie a poslední skupinou je parasomnie (noční děsy apod.) (Uhlíková, 2008).

Poruchy spánku u školních dětí představují určitou skupinu s různou závažností a prognózou. Důležité je proto dítě vždy řádně vyšetřit, zejména pro vyloučení organické příčiny poruchy spánku. Také je důležité zaměřit se na možnost vzniku psychiatrického

onemocnění. K léčbě poruch spánku u školních dětí se používají především psychoterapeutické postupy. Dítě se při léčbě musí zaměřovat na úpravu režimu a mělo by dodržovat spánkovou hygienu. Další možností léčby je užívání farmak. Ta lze využít krátkodobě nebo dlouhodobě v případě, že poruchy spánku doprovází jiná onemocnění, která spánek narušují (Uhlíková, 2008).

Mezi nejznámější poruchy spánku patří:

Poruchy usínání

Porucha se vyznačuje tím, že dítě nedokáže usnout bez přítomnosti jednoho z rodičů. Dalším důvodem poruchy usínání může být nárůst úzkosti. Tento důvod je typický pro děti středního školního věku (Říčan, Krejčířová, 2006).

Časté noční buzení

Časté noční buzení je dáno faktorem, že se dítě musí probudit za noc více než šestkrát. Dítě po probuzení často vyžaduje přítomnost rodičů (Říčan, Krejčířová, 2006).

Noční můry

Jako noční můry jsou označovány živé sny s děsivým obsahem. Bývají u dětí jakousi reakcí na zátěž, kterou děti právě prožívají. Ta nemusí být nadměrná. Další příčinou noční můry může být i somatické onemocnění. Pokud jsou velmi časté a intenzivní, mohou signalizovat emoční přetížení a velký stres pro dítě (Říčan, Krejčířová, 2006).

Nadměrná spavost

Někdy je považována spíše za lenost nebo nezáměr dítěte, ale jedná se o důsledek neléčené poruchy spánku nebo jiných zdravotních onemocnění. Narkolepsie je vzácné onemocnění, které vyžaduje neurologickou léčbu (Říčan, Krejčířová, 2006).

Parasomnie

Noční děsy se odlišují od živých snů. Při nočním děsu si dítě nepamatuje sen. V noci se probouzí s křikem a pláčem. Má široce otevřené oči a nereaguje na žádné podněty. Po probuzení si ale na nic nepamatuje. Noční děs je vázán na hluboký spánek, na non-REM fázi spánku. K nočnímu děsu může docházet z důvodu aktuálně zvýšené tělesné nebo psychické zátěže, popřípadě se může jednat o příčinu jinou, a to o vývojově podmíněnou poruchu aktivace v průběhu spánku. K parasomniím také patří somnambulismus (chození

ve spánku), somniloquie (mluvení ve spánku). Tyto poruchy nemusí být spojeny s žádnou psychickou patologií. Nejčastější příčinou těchto poruch může být také emoční zátěž na dítě, popřípadě nezralost CNS (Říčan, Krejčířová, 2006).

Poruchy dýchání ve spánku

Nejčastěji se vyskytuje obstrukční spánková apnoe, která je způsobená částečným nebo úplným uzavřením horních cest dýchacích. Prvním příznakem je chrápání, které je doprovázené apnoickými pauzami, zhoršeným dýcháním, neklidným spánkem apod. Ranní probouzení u této poruchy je obtížné, provázené pocitem sucha v ústech nebo bolestí hlavy. Závažná forma může vést k poruše růstu, neprospívání a komplikacím v kardiovaskulárním systému (Příhodová, 2006).

Syndrom neklidných nohou a periodické pohyby dolních končetin ve spánku

Projevem syndromu neklidných nohou je nutkání k pohybu dolními končetinami spojeným s nepříjemnými vjemy. Tento pohyb přináší úlevu. Výskyt je často rodinný. Periodické pohyby končetinami ve spánku jsou rytmicky opakující, krátké a flekční pohyby nejčastěji jedné dolní končetiny. Nejvíce se vyskytují při usínání a během lehkého spánku. Příčinou syndromu je porucha přenosu dopaminu v bazálních gangliích při současném deficitu železa (Příhodová, 2006).

Spánek a jeho poruchy velice působí na psychosomatiku a vznik psychosomatických obtíží.

2 Psychosomatické poruchy

Pojmem psychosomatické poruchy neoznačujeme jasně a přímo vymezenou skupinu onemocnění. Slouží spíše jako zkratka pro případy, kdy duševní vlivy mají velký podíl na vyvolání poruchy, která se projevuje především v oblasti tělesné (Balcar, 2000).

Ve vývoji psychosomatického myšlení se střetávají názory na to, co je rozhodující pro vznik poruch počítaných k psychosomaticky podmíněným a na čem závisí druh onemocnění, které takto vzniká. V první řadě velice závisí na konstituční somatické dispozici. Tělesná konstituce je značnou mírou vrozená a dědičná. Během života se pak mění vlivem vnějších podmínek, způsobu života a vzniklých onemocnění. Konstituční somatická dispozice se může díky těmto okolnostem vyvinout do psychosomatického onemocnění. Dále závisí na přítomnosti konfliktu mezi protikladnými, citově závažnými motivy. Pokud pacient (často toto bývá u dětí) nedokáže odvrátit vzniklý konflikt a s ním spojený stres, vzniká přetížení po stránce psychické, fyziologické a emocionální, které se projeví poruchou tělesné funkce. Častým zdrojem psychosomatických poruch může také být psychofyziologické učení, především nápodobou a zpevňováním. Somatické obtíže, které byly vyprovokovány duševním přetížením, empatickou nápodobou nebo běžným tělesným onemocněním, mohou být zpevněny pozorností, láskou a péčí od okolí a podmíněny v organismu jako za daných okolností nejúčelnější způsob komunikace a působení pacienta (dítěte) v jeho sociálním prostředí. Tyto oblasti zdrojů psychosomatických poruch jsou vhodné k diagnóze a lepšímu pochopení vzniku a výhledu psychosomatického onemocnění (Balcar, 2000).

Konflikty a citové přetížení u dítěte jsou často výsledkem nevyváženosti vztahů v jeho rodině. V rodině, kde jeden člen onemocní psychosomaticky, působí řada badatelů. Všechny se dají shrnout do dvou obrazů. Jeden z nich charakterizuje psychosomatickou rodinu jako takovou, v níž jsou místa jednotlivých členů a vztahy velice propletené. Schází jasné rozlišení. Členové rodiny jsou neschopni odlišovat vlastní postoje a potřeby od cizích. Druhý z nich naopak nachází psychosomatické poruchy v rodinách se vztahy rozvolněnými. Kladou důraz na vztahovou nezávislost a samostatnost. Na místo osobního společenství v členech rodiny převládá zaměření k čistě věcným cílům (Balcar, 2000).

3 Rodina a její význam

Rodina sehrává velmi důležitou roli, a to z důvodu primární funkce reprodukční, funkce při péči o děti a jejich výchovu, uspokojování jejich základních potřeb, jako je bezpečí, ochrana, zajištění stravy apod. Rodina určuje totožnost dítěte. Významně se podílí na procesu směřování životní dráhy dítěte (Smékal, Macek, 2002).

Dítě zde získává nové zkušenosti a vědomosti. Jedinec středního školního věku dokáže již vnímat hlubší detaily vztahů v rodině, je schopen sledovat komunikaci mezi rodinnými příslušníky. Velice důležitou zkušeností je pro dítě partnerské chování a jednání mezi rodiči. Sleduje a vnímá, jak rodiče plánují, jak si rozdělují starosti, které souvisejí s běžným životem (Janošová, 2008).

Dítě v časně adolescenci dokáže lépe posoudit a porovnávat vztahy ve své rodině i rodině svých kamarádů a spolužáků (Janošová, 2008).

Dítě dostává rovněž nové povinnosti. Ty se většinou u obou pohlaví příliš neliší. Chlapci a děvčata mají povinnosti spíše domácího charakteru. Až ke konci období chlapci objevují tzv. mužský, technický svět, povinnosti typické pro chlapce (Janošová, 2008).

Ani výchova děvčat a chlapců v naší společnosti není příliš rozdílná. Dítě je velice ovlivněno rodinným děním a vztahy rodičů. Velmi důležitá je také spolupráce obou rodičů na výchově dětí. Děti tak poznají rozdíl mezi ženskou a mužskou rolí (Janošová, 2008).

Pro dítě vyrůstající v úplné, ale i v neúplné rodině je nezbytná identifikace s rodičem stejného pohlaví, s jeho rodičovskou rolí. Pro dítě je jeho rodič vzorem. Chlapci se identifikují se svými otci. Dnešní otcové jsou dětmi vnímány jako osoby, které se snaží svým synům pomoci, podporovat je (Janošová, 2008; Šulová, 2004).

Naopak dcery se identifikují se svými matkami. Dcera se identifikuje s vlastní matkou především v oblasti ženského sebevědomí a spokojenosti s rolí ženskou (Šulová, 2004).

Pro dobré fungování rodiny jsou důležité pozitivní emoční vztahy, spolupráce všech členů rodiny, soudržnost, vzájemný respekt, otevřená komunikace rodiny, ochota řešit a překonávat konflikty, opora rodiny v širším sociálním prostředí (Plaňava, Pilát, 2002).

3.1 Neúplná rodina

Dle statistik je známo, že zhruba polovina současných dětí vyrůstá v rodině neúplné, pouze s jedním rodičem. Především v důsledku rozvodu. V menší míře se pak jedná o rodinu, kde jeden rodič zemřel. Ve většině případů jsou tyto děti vychovávány matkami, otec v téměř naprosté většině chybí. To působí především na osobnost synů než dcer. Chlapci, kteří jsou vychováni pouze matkami, mají tendenci k nižší agresivitě, mají také méně oblíbené fyzické sporty a hry. Nechovají se však nijak zženštěle, spíše mají tendenci k neutrálním hrám. U chlapců, kteří vyrůstají pouze s matkou, se často objevuje oblíbenost neutrálních činností, nemají vyhraněné mužské zájmy. Chlapci však postrádají mužský vzor, s nímž by se mohli identifikovat. Postrádají druhý vzor a druhou autoritu (Smékal, Macek, 2002).

U dívek vyrůstajících pouze s jedním rodičem dochází také k zvláštnostem ve výchově. Dívky z takovéto rodiny se chovají více asertivně, mají tendenci samy iniciovat rozhovor se stejně starými dětmi. K tomuto dochází, pokud jsou rodiče rozvedeni. V případě, že otec zemřel, jsou dívky spíše ostýchavé (Janošová, 2008).

Nepřítomnost matky nebývá tak častá. Pokud se již tak stane, snaží se matka udržovat se svými dětmi častý kontakt (Janošová, 2008).

3.2 Zranitelnost rodiny a vliv rozvodu na dítě

Selhání rodiny se projevuje v mentálním, sociálním a zdravotním stavu jednotlivých členů, především u dětí. Objevují se potíže při zvládnání emocí, poruchy sociálního zrání apod. Riziko selhání rodiny je o to vážnější, že se přenáší z rodičů na děti. V těchto problémových rodinách hrozí to, že i děti samy se pak chovají rizikově. Mezi rizikové faktory nejčastěji patří kouření, školní selhání, ale i selhání sociální. V posledních letech se rovněž sleduje vztah mezi selháváním rodin a mentálním i fyzickým zdravím potomků. Jedná se o složité vazby, ve kterých se obtížně analyzují jednotlivé, jednoznačně definované faktory. V rodinách jsou dvě rizikové podmínky, a to otevřené konflikty a agrese uvnitř rodiny a ochlazené, zanedbané prostředí. Obě tyto podmínky působí negativně. Působí buď přímo na zdravotní stav dítěte, nebo nepřímo, a to narušením jejich schopností fyziologicky či behaviorálně reagovat na nejrůznější zátěže. V selhávajících rodinách jsou nápadně narušeny emoce, a to jak

krátkodobě, tak i dlouhodobě. Ukazuje se, že tyto děti nejsou později oblíbené ani u spolužáků a učitelů (Plaňava, Pilát, 2002).

V době dospívání se děti jen velice těžce a dlouho vyrovnávají se svízelným prostředím rodiny. Rizikové mohou být i neočekávané události, jako je nemoc, úraz, různé přírodní katastrofy. Buď je rodina zvládne, nebo dojde k jejímu selhání. Možností selhání může být i rozvod (Plaňava, Pilát, 2002).

Pro děti je rozvod rodičů velice zraňující událost, na druhou stranu bývá vysvobozením pro děti i rodiče, pokud manželství rodičů ubližovalo manželům i dětem. Rozvod působí negativně především na chlapce. Ti bývají zvýšeně agresivní, zhoršuje se u nich kázeň a jsou neposlušní. U dívek nejsou důsledky rozvodu rodičů tak jednoznačné jako u chlapců. Někdy mohou mít dlouhodobé problémy s komunikací s opačným pohlavím. U dívek se spíše objevuje problémové prožívání. Není však výrazný rozdíl mezi děvčaty a chlapci v prožívání rozvodu rodičů (Janošová, 2008).

Stejně jako rodina je pro správný vývoj dítěte důležitá i další instituce, tou je škola.

4 Škola a její význam

Škola je instituce, která je po rodině druhou nejdůležitější socializační institucí. Ovlivňuje další vývoj dítěte, jeho osobnost a vztahy s okolím (Macek, 1999).

Učení samotné je jednou z nejdůležitějších oblastí života. Na úspěšnosti dítěte závisí jeho spokojenost v životě. Jedná se tedy o významnou součást lidského života, která může mít vliv na duševní zdraví dítěte (Plaňava, Pilát, 2002).

Škola umožňuje dítěti jakousi integraci do lidské společnosti. Ukazuje mu, co by mělo být jeho cílem, snaží se o rozvoj jeho schopností, dovedností a vlastností dítěte. Škola se snaží dítě vychovávat. Dochází zde i k tréninku intelektových funkcí, ty pak slouží k dosažení určité, žádoucí úrovně uvažování a slouží rovněž pro správné řešení problémů. Škola se snaží i o rozvoj sociálních kompetencí. K socializaci dítěte však přispívá jiným způsobem než rodina. Dítě v rodině získalo mnoho zkušeností, dovedností a vědomostí. Ve škole však získává mnohdy úplně rozdílné zkušenosti. Získává zde nové hodnoty, nové potřeby. Pro dítě je v této době získání dobré pozice ve třídě velice důležitým úkolem. Dítě zde musí respektovat určité normy, učí se zde novým způsobům chování. Škola ovlivňuje rozvoj identity školáka. Ovlivňuje sebehodnocení, sebeúctu dítěte a jeho další očekávání. Musí plnit určité nároky školy (Vágnerová, 2005; Macek, 1999).

Dítě zde získává i novou roli školáka. Tuto roli si dítě nevybírání, získává ji automaticky. Je limitována věkem a vývojem dítěte a je rovněž rolí podřízenou. Žák se musí podřizovat učitelům a školnímu řádu (Vágnerová, 2005).

Přechod na druhý stupeň základní školy je důležitým mezníkem. Postoj dítěte ke škole se začíná na druhém stupni více diferencovat. Záleží na školní úspěšnosti a dále na tom, co si dítě představuje za své budoucí povolání. Začíná chápat význam budoucnosti (Vágnerová, 2005; Macek, 1999).

Dítě akceptuje učitele jako autoritu, jeho autoritu zatím nezpochybňuje. Některé projevy chování učitele však děti v tomto období, zejména v rámci skupiny, odmítají. Především takové projevy chování, které si děti nepředstavují jako spravedlivé. Děti tohoto věku kladou důraz na spravedlnost. Ta je chápána jako respektování určitých pravidel. Požadavky, které se od těchto pravidel jakýmkoliv způsobem liší, chápou jako nespravedlivé a nechtějí se jimi řídit. Děti odmítají i výjimky v těchto pravidlech, protože zvyšují jejich nejistotu. Ve středním školním věku dochází také k tomu, že i děti samy si uvědomují, že nemají všichni stejné schopnosti. To může vést k zdánlivě nespravedlivé klasifikaci (Vágnerová, 2005).

4.1 Vliv školy na dítě

Dítě musí ve škole respektovat školní normy, autoritu učitelů a musí se chovat určitým způsobem. Důležité jsou pro dítě jeho spolužáci. Považuje je za své rovnocenné partnery, se kterými se porovnává. Školák chce být pozitivně hodnocen a učiteli podporován. Chce ve třídě získat určité postavení. A v neposlední řadě je to období píle a snaživosti (Vágnerová, 2005).

Někdy všechny tyto činnosti mohou u dítěte vyvolat jistou zátěž. Školní zátěž je důležitým tématem psychologů a psychologických výzkumů, protože u velkého procenta dětí roky strávené ve škole vyvolávají značnou psychickou zátěž. Některé školy mají velké nároky na své žáky, to samozřejmě nepříznivě působí na osobnost dítěte a může docházet ke školnímu selhávání. Z výzkumu, který byl prováděn v roce 2002 na základních školách v Brně, vyplynulo, že psychická zátěž a stres dětí ve škole nejčastěji souvisí s oblastí školních výkonů, ale velice významné jsou také obavy z učitelů a spolužáků (Plaňava, Pilát, 2002).

Děti, které se ve škole cítí dobře a nemají problémy, vykazují menší množství zdravotních obtíží a udávají ve větší míře životní spokojenost (Currie et al., 2004).

II VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumné otázky

- Bude rozdíl v subjektivním vnímání zdraví mezi žáky víceletého gymnázia a žáky základní školy? Jaké obtíže budou děti udávat nejčastěji?
- Budou děti s kladným vztahem ke škole, k učitelům a spolužákům udávat méně psychosomatických obtíží než děti, které kladný vztah ke škole, k učitelům a spolužákům nemají?
- Budou děti pocítující vysokou míru školních povinností a úkolů hodnotit svůj zdravotní stav hůře než děti, které pocítují míru školních povinností a úkolů přiměřeně?
- Jak faktory rodiny (formální struktura rodiny, vztahy v rodině, množství společně stráveného volného času v rodině) ovlivňují subjektivně vnímaný zdravotní stav dětí?
- Budou děti s horší kvalitou spánku udávat přítomnost psychosomatických obtíží více než děti s kvalitním spánkem?
- Budou dívky hodnotit své zdraví hůře než chlapci?

5 Metodika

Výzkum jsem provedla na dvou základních školách a na jednom víceletém gymnáziu. Konkrétně výzkum probíhal v 6. třídách základních škol a v primě víceletého gymnázia. Jedná se tedy o přechod z prvního stupně na stupeň druhý. Písemný souhlas jsem získala od ředitelů základních škol a zástupkyně ředitele víceletého gymnázia.

Před vlastním výzkumem jsem na jedné základní škole provedla pilotáž. Vytvořené dotazníky jsem rozdala 10 žákům, kteří dotazníky vyplnili. Z výsledků vyplněných dotazníků jsem zjistila vše potřebné, a proto jsem již dotazník neupravovala.

Cílem výzkumu byl vzorek českých dětí ve věku 12 let, tedy v období časně adolescence. Jednalo se o kvótní výběr. Výzkumu se zúčastnilo celkem 120 žáků, přičemž dívek bylo celkem 63, chlapců pak 57.

Výzkum byl realizován v měsíci listopadu roku 2009.

K výzkumu jsem použila metodu dotazování. Finální forma nestandardizovaného dotazníku měla 20 otázek a skládala se z několika částí (Příloha A). Zaměřila jsem se především na problematiku rodiny, školy, spánku a na subjektivně hodnocený zdravotní stav dětí. Ve výzkumu jsem se rovněž zaměřila na psychosomatické obtíže a při tvoření otázky na tyto obtíže jsem vycházela z dotazníku studie HBSC.

Většinou jsem použila formu číselné hodnotící škály, kdy žáci pouze zakroužkovali vybranou číselnou odpověď. Rovněž jsem použila otázky uzavřené, a to dichotomické, dále otevřené, polouzavřené, filtrační, kontrolní a samozřejmě identifikační. Výsledky většinou uvádím v relativní četnosti (%) a některé v absolutní četnosti.

Výzkum jsem prováděla vždy ve vyučovacích hodinách, po domluvě s řediteli škol. Žákům jsem vysvětlila formu vyplnění dotazníků, nejasnosti a regulérnost jsem se snažila zajistit prosbou, aby žáci při vyplňování byli v tichosti a každý žák vyplňoval dotazník samostatně.

Dotazník byl zcela dobrovolný a anonymní. Anonymitu jsem zajistila více způsoby. Prvním způsobem bylo upozornění, že se žáci nikam na dotazník nemají podepisovat. Dále, že každý žák po vyplnění vhodí dotazník do uzavřené papírové krabice s otvorem. Nakonec jsem ujistila žáky, že dotazníky jsou jen pro mou potřebu a nikdo jiný je číst nebude.

6 Prezentace výsledků

Otázka č. 1:

Jsi?

a) děvče

b) chlapec

Na otázku, jakého je dotazovaný pohlaví, odpovědělo všech 120 žáků, tedy 100 %. Celkem vyplňovalo dotazník 32 dívek základní školy a 31 dívek víceletého gymnázia, 28 chlapců ze základní školy a 29 chlapců z víceletého gymnázia.

Otázka č. 2:

Na jakou školu docházíš?

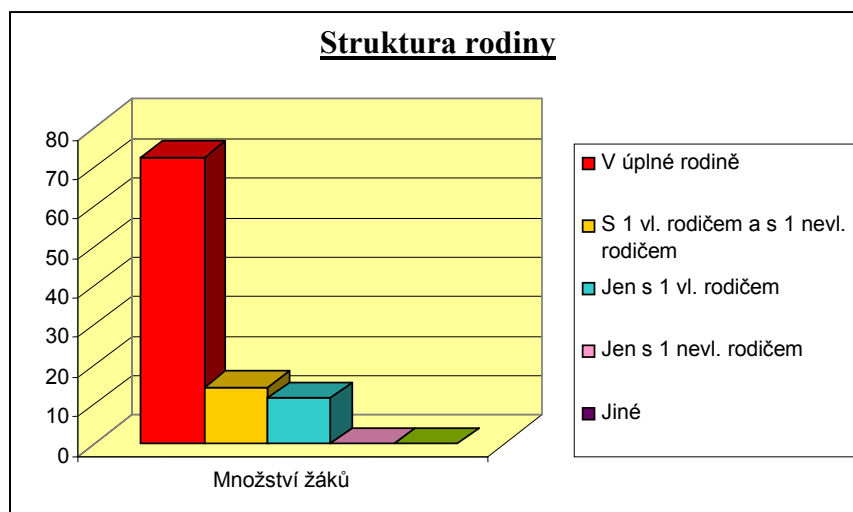
Na otázku, na jakou školu žáci dochází, odpovědělo všech 120 žáků, tedy 100 %. V absolutní hodnotě odpovědělo všech 60 žáků (100 %) základní školy a 60 žáků (100 %) víceletého gymnázia.

Otázka č. 3:

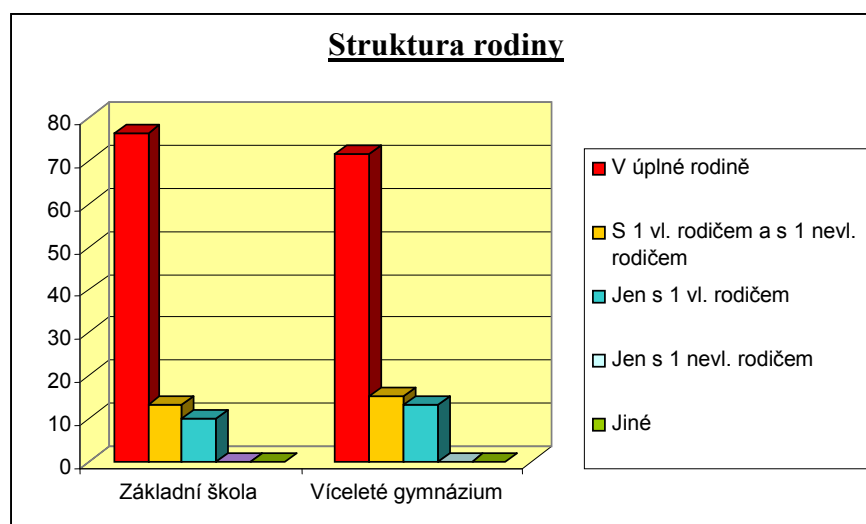
V jaké rodině vyrůstáš?

U této otázky měli žáci možnost vybírat z více možností. Odpovědělo všech 120 žáků, tedy 100 %. Z odpovědí vyplynulo, že 74,2 % dětí ze základních škol a víceletého gymnázia vyrůstá v úplné rodině (s vlastní matkou a vlastním otcem). 14,2 % dětí vyrůstá s 1 vlastním rodičem a 1 nevlastním rodičem a 11,6 % dětí žije pouze s 1 vlastním rodičem. Žádný z žáků neoznačil, že vyrůstá jen s jedním nevlastním rodičem nebo možnost „jiné“ (Obr. 1). Při hodnocení výsledků základní školy, kdy odpovědělo všech 60 žáků základní školy, tedy 100 %, 76,7 % dětí vyrůstá v úplné rodině, tedy s vlastní matkou a vlastním otcem, 13,3 % dětí vyrůstá s 1 vlastním rodičem a 1 nevlastním rodičem a 10 % dětí pak vyrůstá pouze s jedním vlastním rodičem.

U dětí na víceletém gymnáziu nejsou výsledky příliš odlišné a opět odpovědělo všech 60 žáků (100 %). 71,7 % dětí vyrůstá v úplné rodině, 15 % dětí s 1 vlastním rodičem a 1 nevlastním rodičem a 13,3 % dětí žije pouze s jedním vlastním rodičem (Obr. 2).



Obr. 1 Graf množství odpovídajících žáků dle formální struktury rodiny v %



Obr. 2 Graf množství odpovídajících žáků dle školy a formální struktury rodiny v %

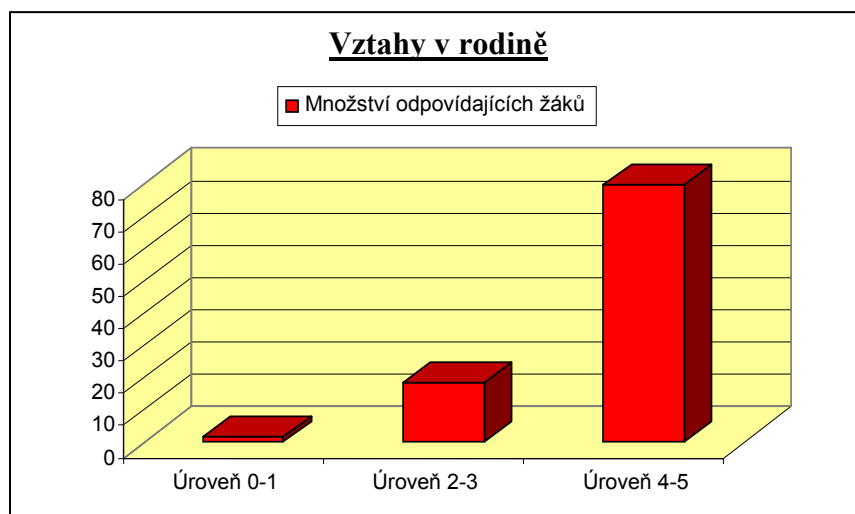
Otázka č. 4:

Jak bys hodnotil/a vztahy v rodině?

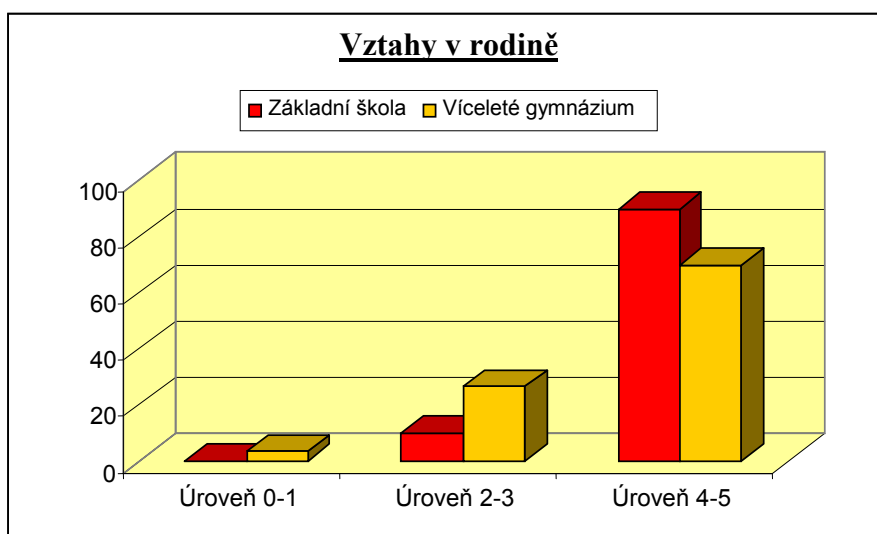
Ke zjištění vztahů v rodině jsem použila škálu, kdy úroveň této škály byla od 0 do 5, přičemž úroveň 0 byla nejhorší odpověď a úroveň 5 byla nejlepší odpověď. Odpovědělo 120 dětí, tedy 100 %. Nejhorše hodnotilo vztahy v rodině 1,6 % dětí. Nejlépe hodnotilo vztahy v rodině 80 % žáků. Střední úroveň pak označilo 18,4 % dětí (Obr. 3).

Při srovnávání výsledků základní školy, kdy odpovídalo všech 60 žáků (100 %), žádný žák z těchto dětí neoznačil úroveň 0-1, 10 % zaškrtnulo úroveň 2-3 a 90 % dětí zaškrtnulo nejvyšší úroveň, tedy úroveň 4-5. Při srovnávání výsledků víceletého gymnázia odpovědělo opět

60 žáků, 100 %. 3,3 % z těchto žáků označilo nejnižší úroveň (0-1), 26,7 % dětí označilo střední úroveň (2-3) a nejvyšší úroveň (4-5) pak označilo 70 % dětí (Obr. 4).



Obr. 3 Graf odpovědí žáků na vztahy v rodině v %



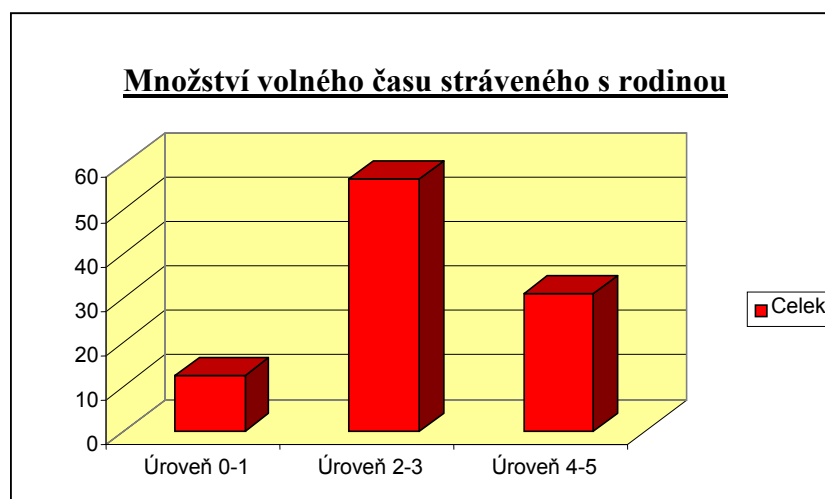
Obr. 4 Graf odpovědí žáků dle typu školy na vztahy v rodině v %

Otázka č. 5:

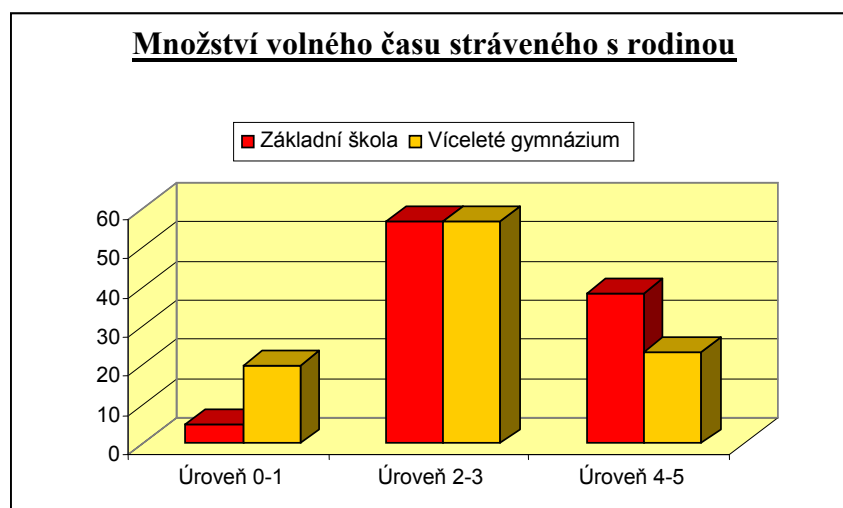
Jak bys ohodnotil/a volný čas, který trávíš společně s rodinou?

K získání odpovědi na otázku, jak žáci hodnotí volný čas, který tráví společně s rodinou, jsem použila opět škálu v úrovni od 0 po 5, přičemž hodnota 0 označovala velmi malé množství stráveného času a hodnota 5 označovala příliš mnoho stráveného času. Odpovědělo 120 žáků, tedy 100 %. 12,5 % žáků hodnotí čas, který tráví s rodinou jako nedostatečný.

Střední úroveň pak označilo 56,7 %, 30,8 % dětí pak označilo úroveň 4-5, tedy příliš mnoho stráveného času s rodinou (Obr. 5). Srovnávala jsem i základní školu a víceleté gymnázium, kdy z každé skupiny odpovědělo všech 60 žáků, tedy 100 %. Úroveň nejnižší (0-1) zaškrtnulo 5 % dětí základní školy, 56,7 % dětí základní školy zaškrtnulo střední úroveň (2-3) a 38,3 % dětí základní školy označilo nejvyšší úroveň (4-5). Žáci víceletého gymnázia odpovídali odlišně. 20 % žáků gymnázia zaškrtnulo úroveň 0-1, 56,7 % žáků označilo úroveň 2-3 a 23,3 % žáků označilo úroveň 4-5 (Obr. 6). Znamená to tedy, že žáci víceletého gymnázia častěji než žáci základní školy uvedli, že s rodinou tráví málo času.



Obr. 5 Graf množství volného času stráveného s rodinou v %

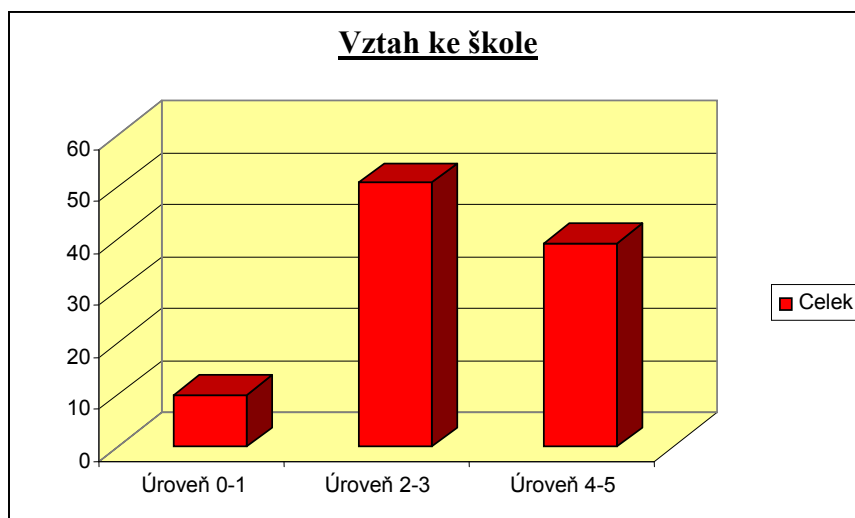


Obr. 6 Graf množství stráveného volného času s rodinou dle typu školy v %

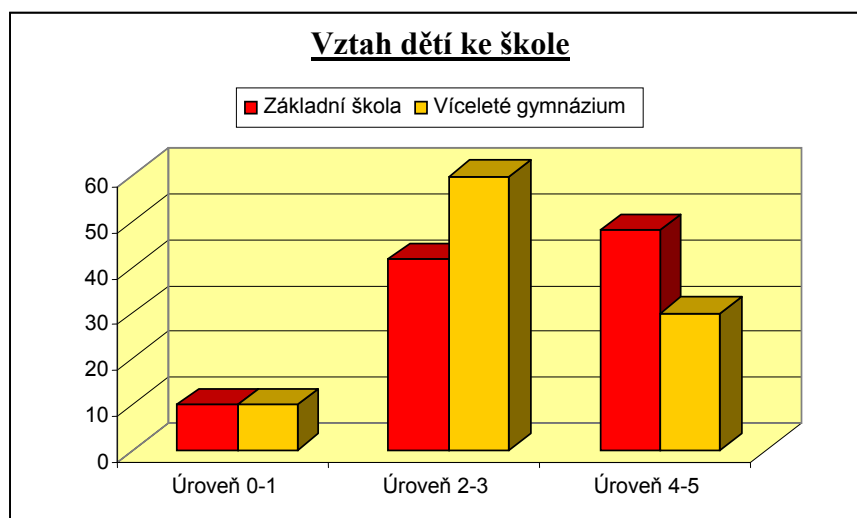
Otázka č. 6:

Jaký máš v současné době vztah ke škole?

Na otázku, jaký mají žáci v současné době vztah ke škole, odpovědělo 120 dětí, 100 %. Opět jsem použila škálu v hodnotě od 0 po 5, přičemž úroveň 0 označuje odpověď, že se žákům ve škole vůbec nelíbí, úroveň 5 naopak označuje, že se žákům ve škole líbí velmi. Z těchto žáků 10 % označilo úroveň 0-1, tedy odpověď, že ve škole se jim vůbec nelíbí, 50,8 % označilo úroveň 2-3 a 39,2 % dětí označilo úroveň 4-5, tedy odpověď, že ve škole se jim velmi líbí (Obr. 7). Při srovnání výsledků pouze základní školy 10 % žáků označilo nejnižší úroveň (0-1), 41,7 % dětí označilo úroveň 2-3, úroveň 4-5 pak zaškrtno 48,3 % dětí, přičemž na tuto otázku odpovědělo všech 60 žáků (100 %). I z víceletého gymnázia odpovědělo všech 60 žáků, 100 %. 10 % z těchto žáků označilo úroveň 0-1, 60 % označilo úroveň 2-3 a úroveň 4-5 označilo 30 % (Obr. 8). Při srovnávání žáků základní školy a víceletého gymnázia, vztah ke škole udávají v průměru lepší žáci základní školy než žáci víceletého gymnázia.



Obr. 7 Graf odpovědí žáků na vztah ke škole v %



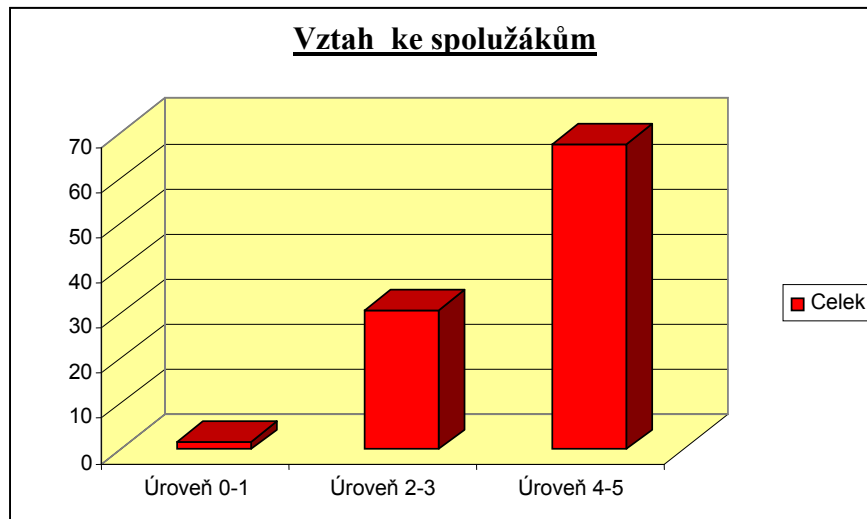
Obr. 8 Graf odpovědí žáků na vztah ke škole v % dle typu školy

Otázka č. 7:

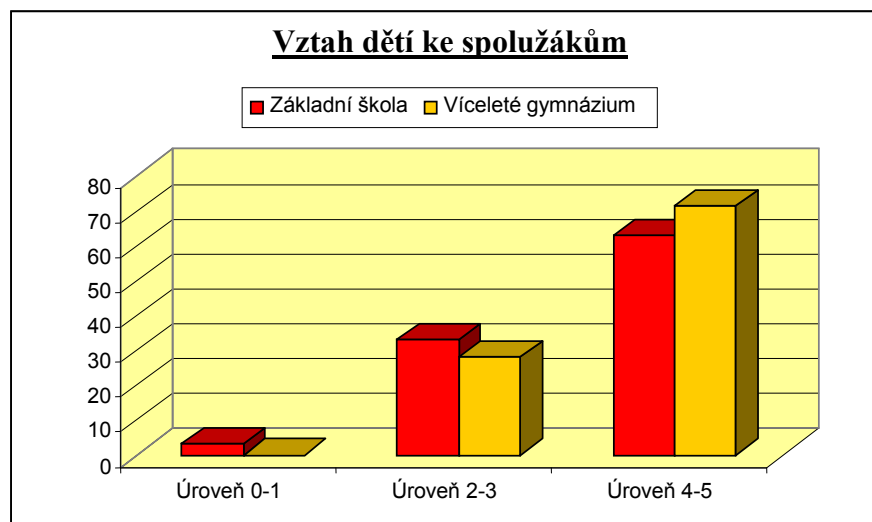
Jak bys ohodnotil/a vztahy se svými spolužáky?

Na otázku, jaký mají žáci vztah ke svým spolužákům, kdy odpovědělo všech 120 žáků (100 %), označilo nejnižší úroveň (úroveň 0-1) 1,7 % žáků, střední úroveň (úroveň 2-3) označilo 30,8 % dětí, nejvyšší úroveň (úroveň 4-5) pak označilo 67,5 % žáků (Obr. 9). K vytvoření otázky jsem použila opět škály od úrovně 0 po 5. Úroveň 0 označovala vztahy velmi špatné, úroveň 5 označovala vztahy výborné.

Při srovnávání výsledků pouze základní školy, kdy odpovědělo všech 60 žáků (100 %). 3,3 % žáků označilo úroveň 0-1, 33,3 % žáků označilo úroveň 2-3, úroveň nejvyšší, a tedy nejlepší (4-5) označilo 63,4 % žáků. U žáků z víceletého gymnázia výsledky vyšly odlišně. Odpovědělo opět 100 % žáků, 60 dětí. 28,3 % žáků označilo střední úroveň (2-3) a 71,7 % žáků označilo úroveň 4-5, tedy nejvyšší úroveň (Obr. 10). Při srovnávání základní školy a víceletého gymnázia žáci základní školy udávají horší vztahy se svými spolužáky než žáci víceletého gymnázia.



Obr. 9 Graf vztahů žáků ke svým spolužákům v %



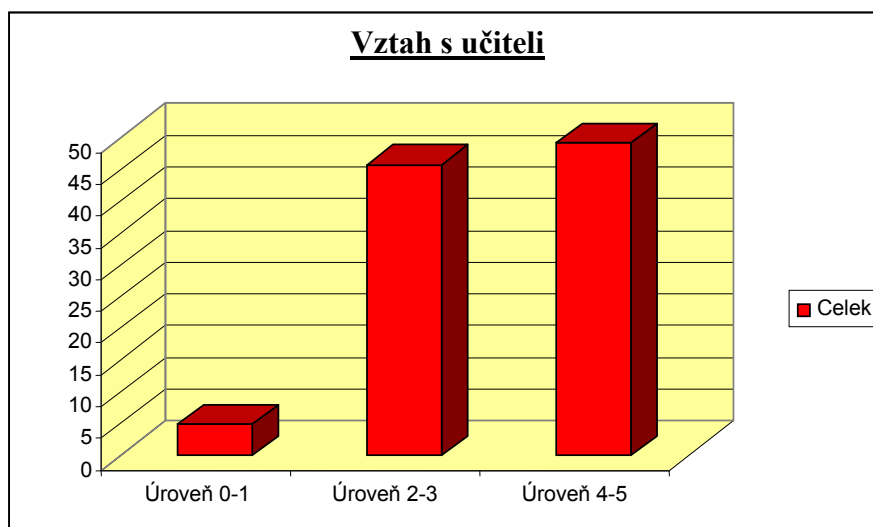
Obr.10 Graf vztahů žáků ke svým spolužákům v % dle typu školy

Otázka č. 8:

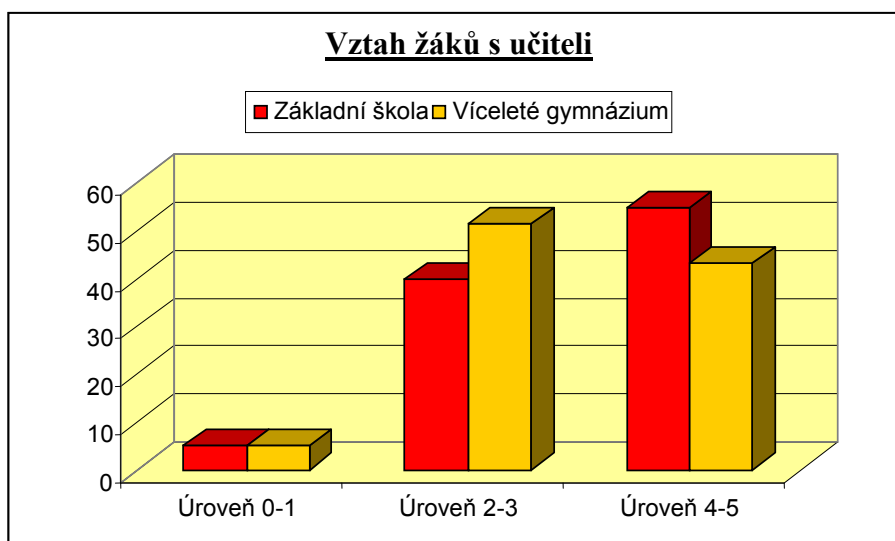
Jaké jsou tvé vztahy s učiteli?

I na otázku, jaké mají žáci vztahy s učiteli, jsem použila škálu o stejné hodnotě jako byly předcházející škály (úroveň 0 vyjadřuje vztahy velmi špatné, úroveň 5 vyjadřuje vztahy výborné), a opět odpovědělo všech 120 dětí (100 %). Děti mohly zaškrtnout libovolnou úroveň. 5 % dětí zaškrtnulo úroveň 0-1, úroveň 2-3 zaškrtnulo 45,8 % dětí a 49,2 % žáků zaškrtnulo úroveň nejvyšší, tedy úroveň 4-5 (Obr. 11). Při hodnocení výsledků u žáků základní školy 5 % zaškrtnulo úroveň 0-1, 40 % žáků střední úroveň (2-3) a nejvyšší úroveň (4-5) zaškrtnulo 55 % žáků, z 60 žáků (100 %). Z žáků víceletého gymnázia 5 % zaškrtnulo úroveň 0-1, 51,7 %

označilo úroveň 2-3, a 43,3 % označilo úroveň 4-5 z 60 žáků, 100 % (Obr. 12). Žáci základní školy udávají lepší vztah s učiteli než žáci víceletého gymnázia.



Obr. 11 Graf vztahů dětí s učiteli v %



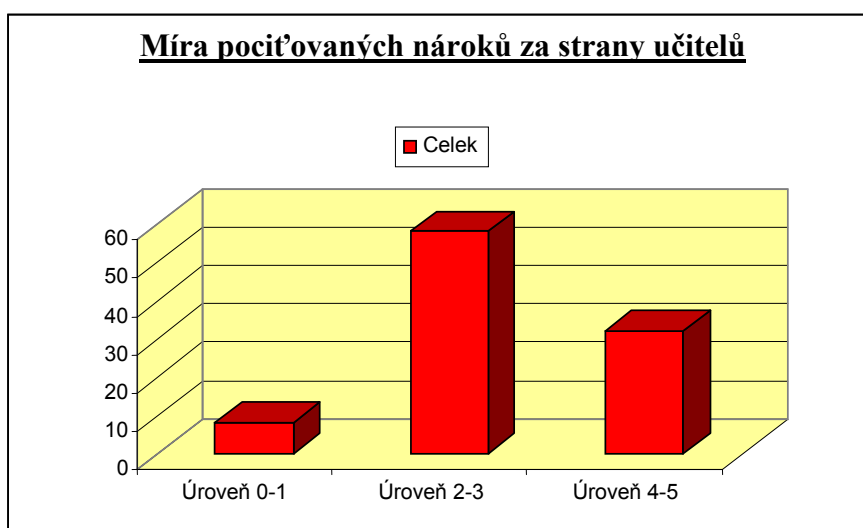
Obr. 12 Graf vztahů dětí s učiteli v % dle typu školy

Otázka č. 9:

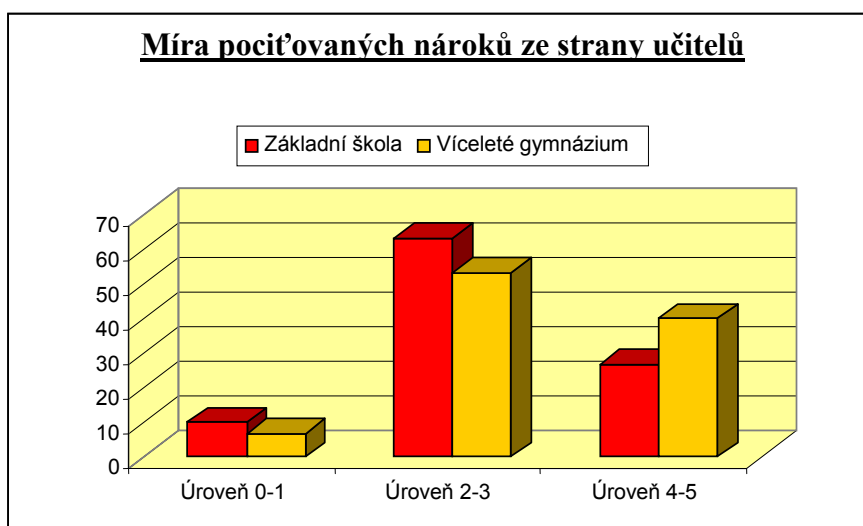
Jak bys ohodnotil/a nároky, které na tebe kladou učitelé?

Ke zjištění odpovědi na otázku, jak žáci hodnotí nároky, které na ně kladou učitelé a za použití škály děti mohly zaškrtnout libovolnou úroveň nároků (úroveň 0 označuje velmi malé nároky, úroveň 5 vyjadřuje velmi velké nároky). Odpovědělo všech 120 žáků (100 %). Úroveň 0-1 zaškrtno 8,3 % dětí, úroveň 2-3 zaškrtno 58,3 % a nejlepší odpověď, tedy úroveň

4-5 zaškrtilo 32,4 % dětí (Obr. 13). Při srovnávání výsledků u žáků základní školy 10 % dětí označilo úroveň 0-1, úroveň 2-3 označilo 63,3 % a úroveň 4-5 označilo 26,7 % dětí. Odpovědělo 60 žáků (100 %) základní školy. Z výsledků u dětí víceletého gymnázia označilo úroveň 0-1 6,7 % dětí, úroveň 2-3 označilo 53,3 % dětí a úroveň 4-5 označilo 40 % dětí (Obr. 14). I v tomto případě odpovědělo všech 60 žáků (100 %). Při srovnání mezi žáky základní školy a žáky víceletého gymnázia, žáci víceletého gymnázia udávají větší míru nároků učitelů než žáci základní školy.



Obr. 13 Graf míry pocíťovaných nároků ze strany učitelů v %

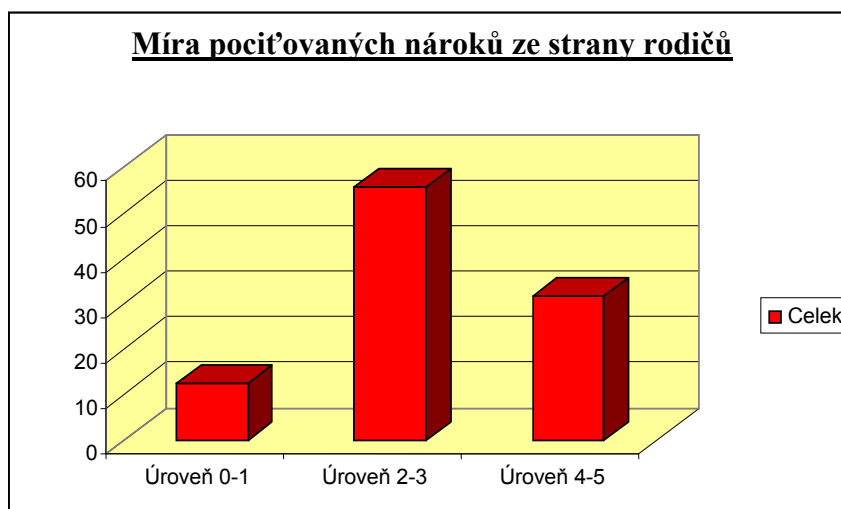


Obr. 14 Graf míry pocíťovaných nároků ze strany učitelů v % dle typu školy

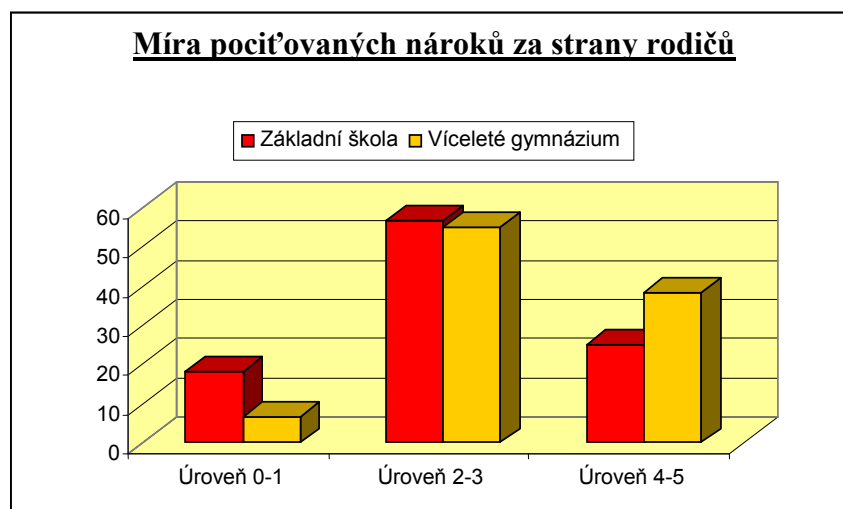
Otázka č. 10:

Jak bys ohodnotil/a nároky, které na tebe kladou rodiče?

I k otázce, jak žáci hodnotí nároky ze strany rodičů, jsem použila škálu (úroveň 0 až 5, přičemž úroveň 0 označuje velmi malé nároky, úroveň 5 označuje příliš velké nároky). Odpovědělo všech 120 žáků (100 %). 12,5 % žáků zaškrtnulo nejnižší úroveň (0-1), střední úroveň (2-3) zaškrtnulo 55,8 % žáků a nejvyšší úroveň (4-5) zaškrtnulo 31,7 % dětí (Obr. 15). Při srovnávání základní školy a víceletého gymnázia odpovídalo opět 100 %, tedy 60 žáků ze základní školy a 60 žáků z víceletého gymnázia. Při hodnocení výsledků základní školy 18,3 % žáků zaškrtnulo úroveň 0-1, 56,7 % žáků zaškrtnulo střední úroveň 2-3 a úroveň 4-5 označilo 25 % dětí. Při hodnocení výsledků víceletého gymnázia 6,7 % dětí zaškrtnulo úroveň nejnižší 0-1, tedy velmi malé nároky, 55 % žáků označilo střední úroveň (2-3) a 38,3 % dětí zaškrtnulo nejvyšší úroveň (4-5), tedy příliš velké nároky (Obr. 16). Žáci víceletého gymnázia udávají vyšší míru nároků rodičů než děti základní školy.



Obr. 15 Graf míry pocíťovaných nároků ze strany rodičů v %



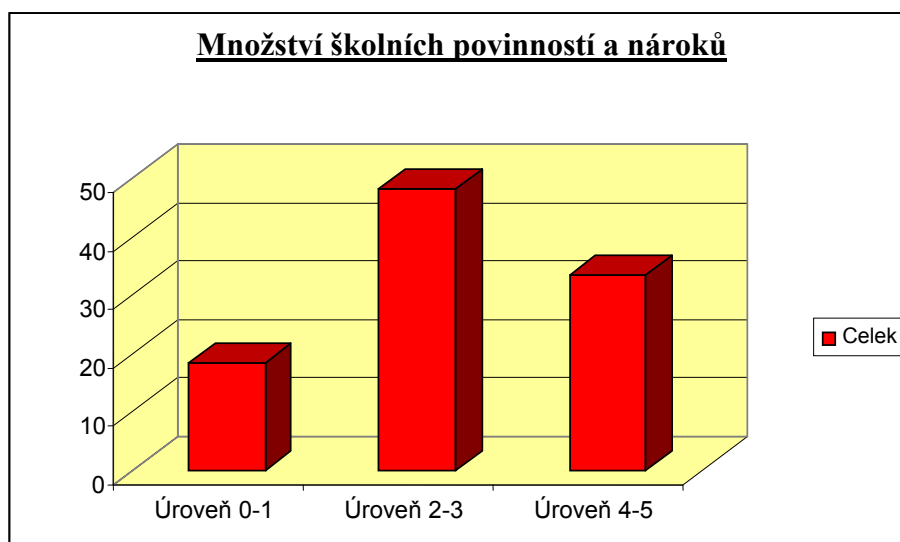
Obr. 16 Graf míry pocit'ovaných nároků ze strany rodičů v % dle typu školy

Otázka č. 11:

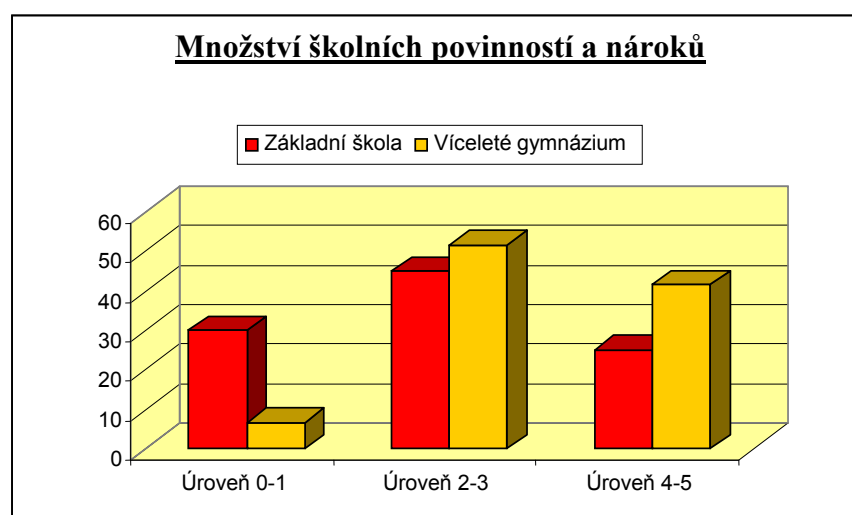
Jak bys ohodnotil/a množství školních povinností a úkolů, které máš?

Při otázce, jak žáci hodnotí množství školních povinností a úkolů a za použití škály v úrovni od 0 po 5 (úroveň 0 označuje velmi malé množství školních povinností a úkolů, úroveň 5 označuje velmi velké množství školních povinností a úkolů), žáci mohli zaškrtnout libovolnou odpověď. Všech 120 žáků (100 %) na tuto otázku odpovědělo. 18,3 % dětí označilo úroveň 0-1, tedy že pocit'ují malé množství nároků a povinností. 48,3 % žáků zaškrtnulo střední úroveň (2-3). 33,4 % žáků pak ohodnotilo množství školních povinností a úkolů za velmi velké (4-5), (Obr. 17).

Při srovnávání výsledků základní školy a víceletého gymnázia, žáci víceletého gymnázia pocit'ují větší míru školních nároků a povinností než žáci základní školy. U žáků základní školy z 60 žáků, tedy ze 100 %, 30 % zaškrtnulo úroveň 0-1. Tyto děti pocit'ují, že mají malé množství školních povinností a nároků. 45 % dětí úroveň 2-3, tedy střední úroveň a 25 % dětí pak označilo úroveň 4-5, tedy že mají velmi velké množství školních povinností a nároků. U žáků víceletého gymnázia ze 100 % (60 žáků) 6,7 % žáků pocit'uje, že má malé množství školních povinností a nároků. 51,7 % žáků označilo střední úroveň a 41,6 % má dle odpovědi velmi velké množství školních povinností a nároků (Obr. 18).



Obr. 17 Graf množství školních povinností a nároků v %



Obr. 18 Graf množství školních povinností a nároků v % dle typu školy

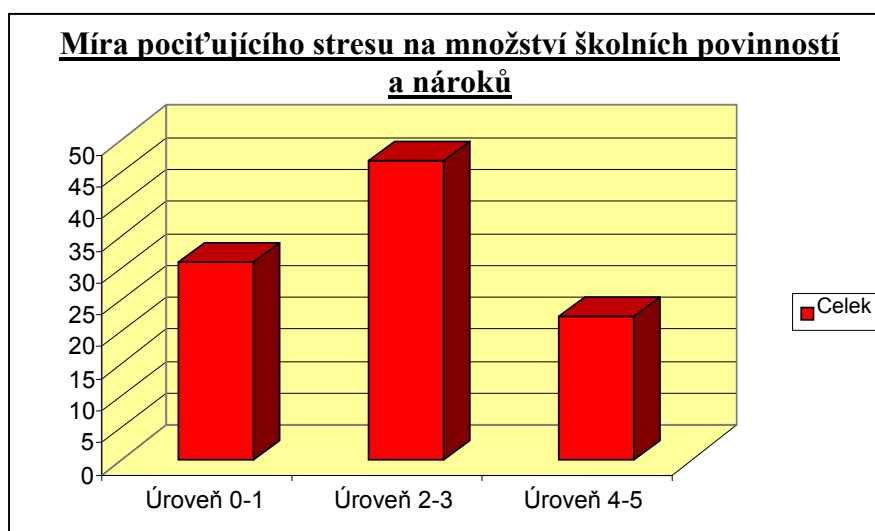
Otázka č. 12:

Do jaké míry tě stresuje množství školních povinností a úkolů?

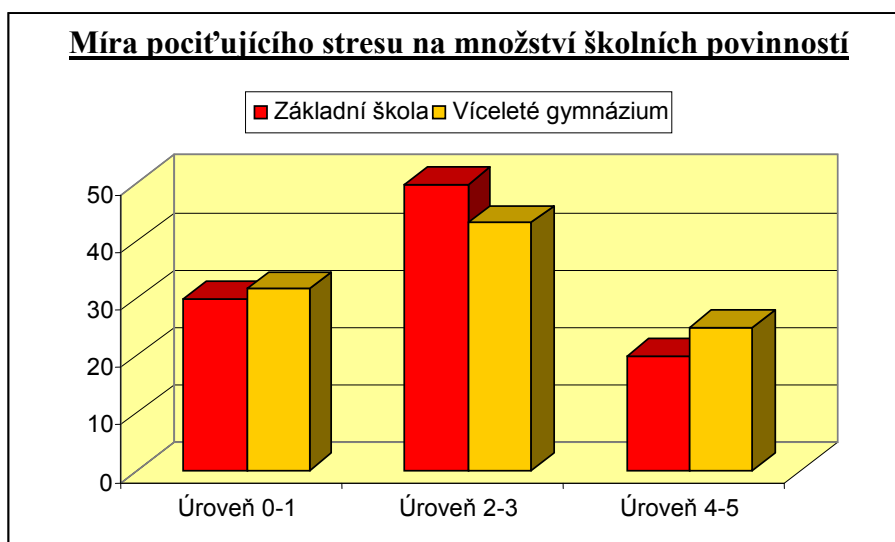
Při otázce, do jaké míry žáky stresuje množství školních povinností a úkolů a za použití škály v úrovni od 0 po 5, kdy úroveň 0 vyjadřuje odpověď, že žáky množství školních povinností a úkolů vůbec nestresuje. Úroveň 5 pak označuje odpověď, že žáky množství školních povinností a úkolů stresuje velmi. Žáci opět mohli zaškrtnout libovolnou odpověď. Ve výzkumu jsem opět nejdříve zhodnotila výsledky základní školy a víceletého gymnázia dohromady, přičemž odpovědělo všech 120 dětí, 100 %. 30,8 % žáků označilo úroveň 0-1,

tedy že je množství školních povinností a nároků nestresuje vůbec, 46,7 % žáků označilo střední úroveň, 22,5 % žáků pak označilo úroveň 4-5, tedy že je školní povinnosti a nároky stresují velmi (Obr. 19).

Při hodnocení odpovědí žáků základní školy a víceletého gymnázia zvláště, odpovědělo 60 žáků (100 %) základní školy a 60 žáků (100 %) víceletého gymnázia. 30 % žáků uvádí, že není množstvím školních povinností a nároků vůbec stresováno. 50 % žáků základní školy označilo střední úroveň (2-3) a 20 % uvádí, že je školními povinnostmi a nároky stresováno velmi. U žáků víceletého gymnázia 31,7 % žáků udává, že není stresováno vůbec, 43,3 % označilo střední úroveň a 25 % uvádí, že je stresováno velmi (Obr. 20). Žáci víceletého gymnázia udávají větší stres, který je spojený se školními povinnostmi a nároky než žáci základní školy, rozdíl ale není výrazný.



Obr. 19 Graf subjektivně hodnocené míry stresu na množství školních povinností a nároků
v %



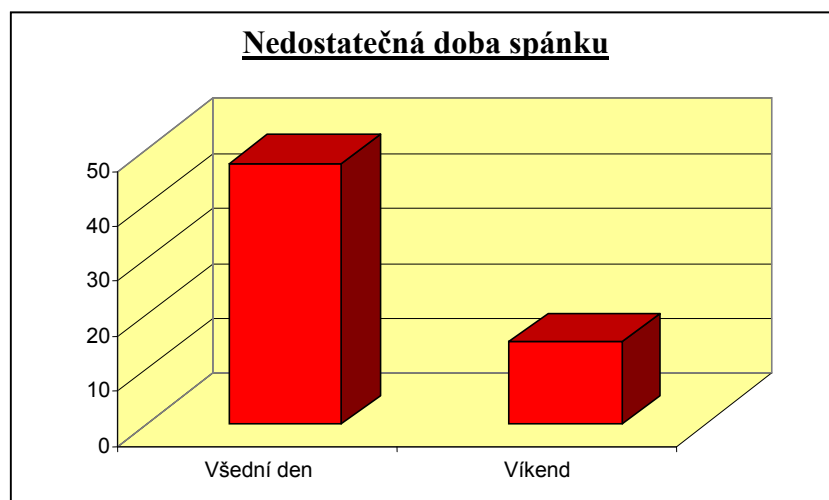
Obr. 20 Graf subjektivního hodnocení míry stresu na množství školních povinností a nároků v % dle typu školy

Otázka č. 13:

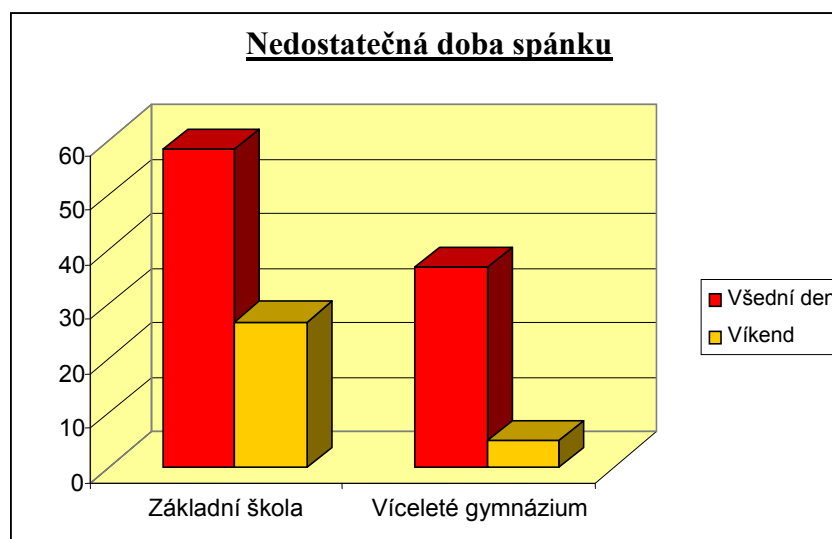
Kolik hodin denně naspíš?

V této otázce jsem zjišťovala délku spánku u dětí ve všední den a o víkendu, přičemž mě zajímala především přítomnost nedostatečné doby spánku. Za nedostatečnou dobu spánku považuji spánek kratší než devět hodin, který je pro tento věk doporučený (Uhlíková, 2008). Otázku jsem vytvořila tak, že děti mohly libovolně napsat počet hodin. Odpovědělo všech 120 žáků (100 %). Z výzkumu jsem zjistila, že nedostatečnou dobu spánku uvádí ve všední den 47,5 % dětí a o víkendu 15,8 % dětí (Obr. 21).

Při srovnávání výsledků u žáků základní školy a víceletého gymnázia uvádí ve všední den nedostatečnou dobu spánku 58,3 % žáků základní školy a 36,7 % žáků víceletého gymnázia. O víkendu uvádí pak nedostatečnou dobu spánku 26,7 % žáků základní školy a 5 % žáků víceletého gymnázia (Obr. 22). I v tomto případě odpovědělo všech 60 žáků (100 %) ze základní školy a 60 žáků (100 %) z víceletého gymnázia.



Obr. 21 Graf nedostatečné doby spánku ve všední den a o víkendu v %



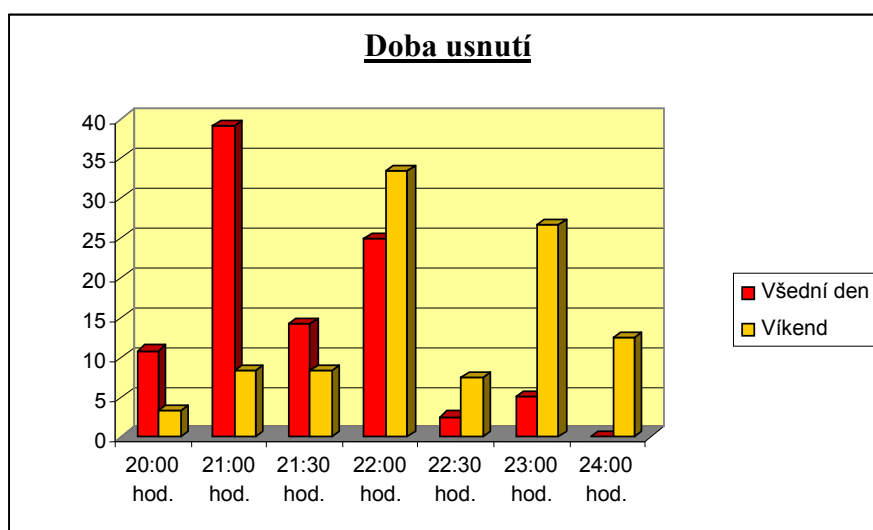
Obr. 22 Graf nedostatku spánku dle typu školy v %

Otázka č. 14:

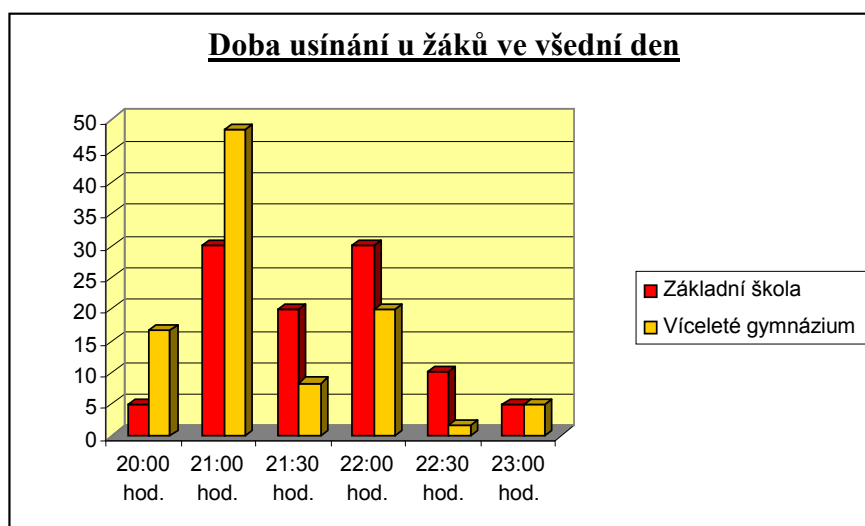
V kolik hodin chodíš spát?

V této otázce jsem zjišťovala, v kolik hodin chodí žáci základní školy a víceletého gymnázia spát ve všední den a o víkendu. Otázku jsem vytvořila tak, že žáci mohli libovolně napsat hodinu usínání, přičemž odpovědělo všech 120 žáků (100 %). Z výzkumu jsem zjistila, že nejčastější hodina usnutí je uváděna u všech žáků 21. hodina ve všední den. V tuto hodinu chodí spát 39,2 % a o víkendu je to 22. hodina. V tuto hodinu pak usíná dle odpovědí žáků 33,4 % žáků (Obr. 23).

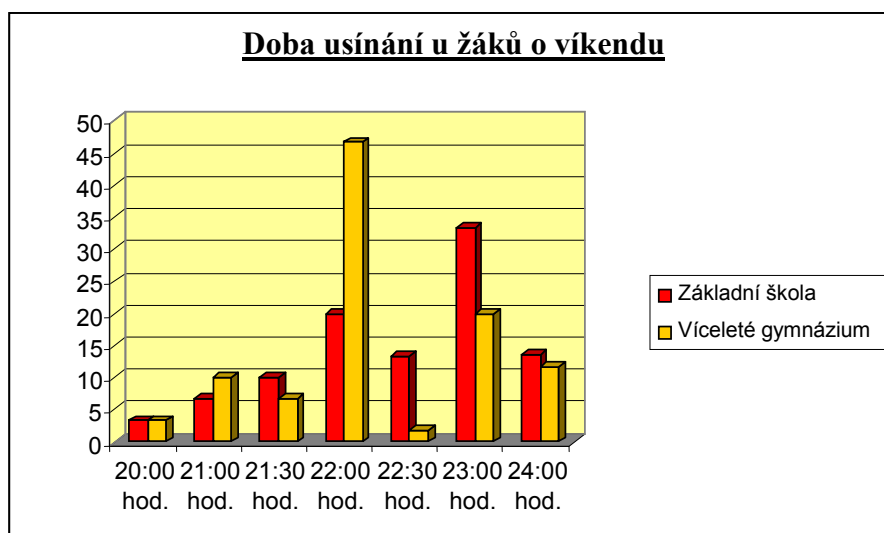
Poté jsem se zaměřila na zjištění výsledků u víceletého gymnázia. Odpovědělo všech 60 žáků, tedy 100 %. U žáků víceletého gymnázia chodí spát dle vypsanych odpovědí ve všední den největší množství žáků (48,3 %) ve 21:00 hodin. O víkendu pak usíná největší množství dětí (46,7 %) ve 22:30 hodin. U žáků základní školy jsou výsledky jen málo odlišné. Odpovědělo opět všech 60 žáků (100 %). Ve všední den chodí spát největší množství žáků (30 %) ve 21:00 hodin a ve 22:00 hodin. O víkendu pak nejvíce žáků (33,3 %) chodí spát ve 23:00 hodin (Obr. 24, Obr. 25).



Obr. 23 Graf doby usnutí žáků dle typu školy v %



Obr. 24 Graf doby usínání ve všední den u žáků základní školy a víceletého gymnázia v %



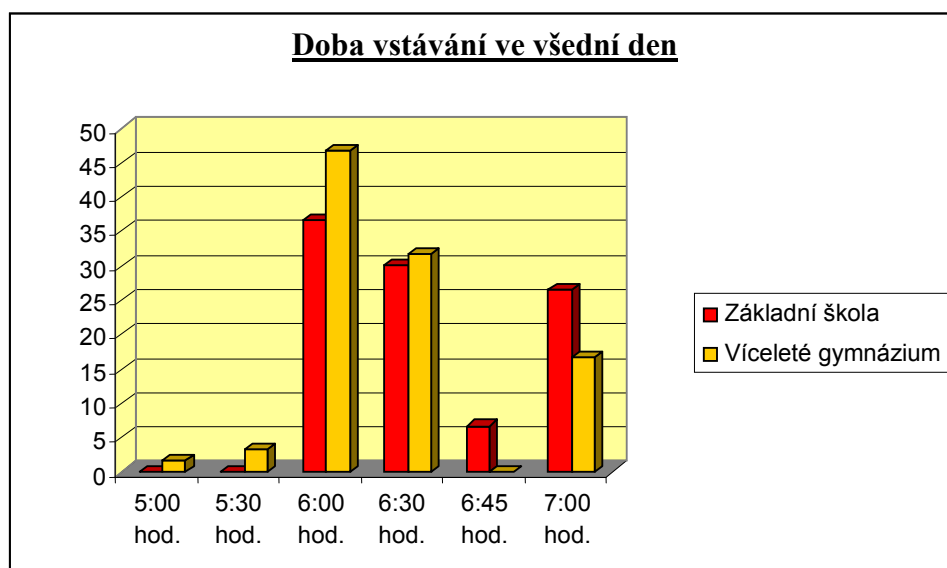
Obr. 25 Graf doby usínání o víkendu u žáků základní školy a víceletého gymnázia v %

Otázka č. 15:

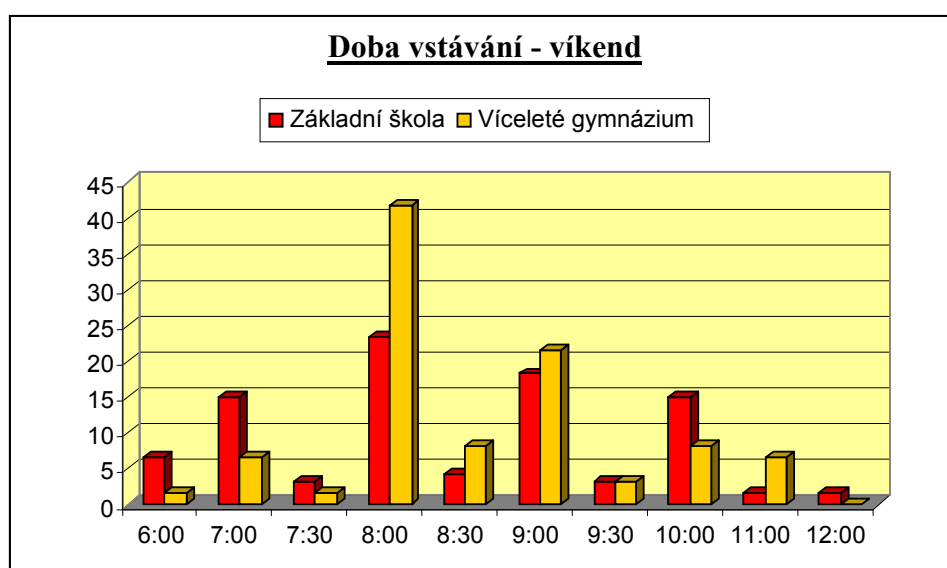
V kolik hodin vstáváš?

U této otázky jsem zjišťovala, v kolik hodin žáci vstávají, a to ve všední den i o víkendu. Opět měli možnost volné odpovědi. Odpovědělo celkem 120 žáků, tedy 100 %. Celkem ve všední den vstává největší množství žáků v 6:00 hod., a to 41,7 % dětí. O víkendu pak vstává největší množství dětí v 8 hod., a to 32,5 %.

Při srovnávání žáků základní školy a víceletého gymnázia odpovědělo z každého druhu školy 100 %, tedy 60 žáků. Ve všední den vstává nejvíce žáků základní školy v 6 hod., a to 36,7 % žáků. U žáků víceletého gymnázia je hodina vstávání totožná. Největší množství žáků vstává v 6 hod., a to 46,7 %. O víkendu pak u žáků základní školy největší množství žáků vstává v 8 hod., a to 23,3 %. U žáků víceletého gymnázia je hodina vstávání opět totožná. Nejvíce žáků víceletého gymnázia vstává v 8 hod., a to 41,7 % (Obr. 26, Obr. 27). Všechny získané informace jsou subjektivní odpovědi žáků.



Obr. 26 Graf doby vstávání ve všední den v %



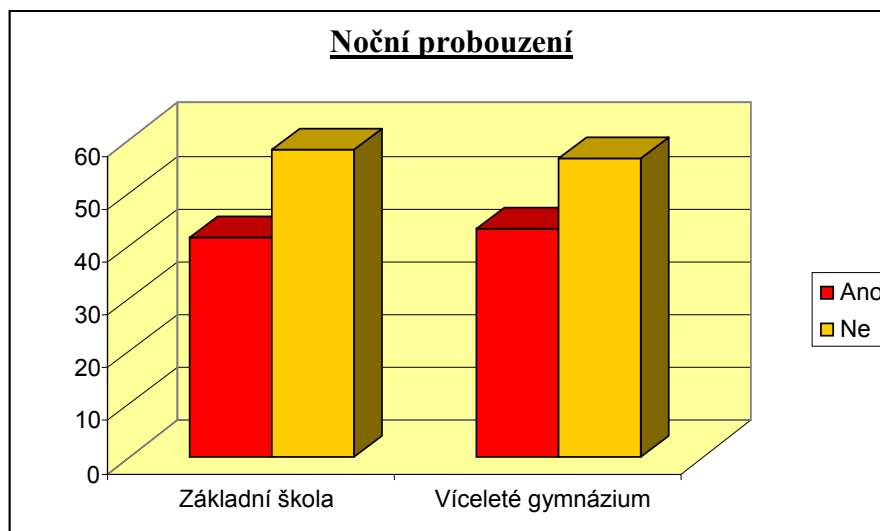
Obr. 27 Graf doby vstávání žáků o víkendu v %

Otázka č. 16:

Budíš se během noci?

Na otázku, jestli se žáci budí během noci, měli možnost vybrat ze dvou odpovědí (Ano/Ne). Opět odpovědělo všech 120 žáků, tedy 100 %. Poté jsem hodnotila výsledky základní školy a víceletého gymnázia zvlášť. V tomto případě odpovědělo 60 žáků základní školy (100 %) a 60 žáků víceletého gymnázia (100 %). Celkem se během noci budí 42,5 %

dětí ze 120 dětí. Při srovnání odpovědí u žáků základní školy a víceletého gymnázia zvláště udává 41,7 % žáků základní školy, že se v noci budí a 43,3 % žáků víceletého gymnázia. Není zde tedy výrazný rozdíl (Obr. 28).



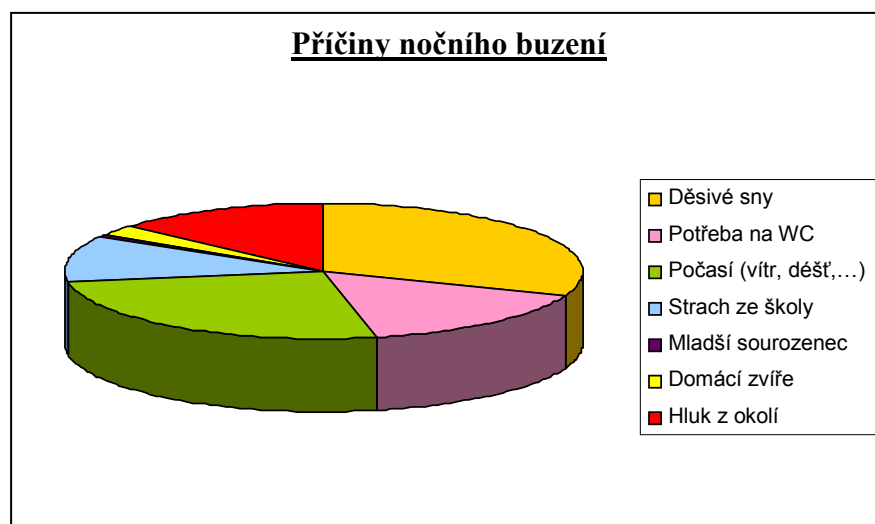
Obr. 28 Graf nočního probouzení v %

Otázka č. 17:

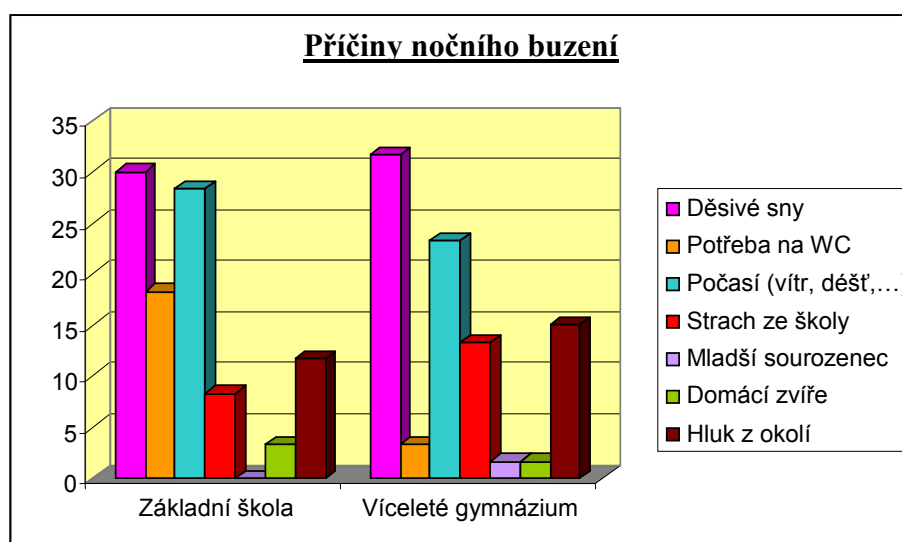
Pokud ano, co je příčinou tvého buzení?

Na zjištění příčiny nočního probouzení jsem použila formu otevřené otázky, kdy žáci sami vypsali příčinu probuzení. Nejdříve jsem sečetla výsledky základní školy a víceletého gymnázia dohromady, přičemž odpovědělo všech 120 žáků, tedy 100 %. 30,8 % dětí napsalo, že příčinou jejich buzení je děsivý sen. 25,8 % vzbudí počasí, 15,8 % se budí kvůli WC, 13,3 % žáků se budí kvůli hluku z okolí, 10,8 % dětí se budí kvůli strachu, 2,5 % probudí domácí zvíře a 0,8 % žáků probudí mladší sourozenec (Obr. 29).

U žáků základní školy 30 % udávalo jako příčinu probuzení děsivé sny, 28,3 % se budí kvůli počasí, 18,3 % kvůli potřebě WC, 11,7 % se probouzí kvůli hluku z okolí, 8,3 % budí strach ze školy, 3,3 % probudí domácí zvíře, přičemž odpovědělo všech 60 žáků, tedy 100 %. U žáků víceletého gymnázia 31,7 % udávalo jako příčinu probuzení děsivý sen, 23,3 % probouzí počasí, 15 % budí hluk z okolí, 13,3 % probouzí strach ze školy a potřeba WC, 1,7 % budí mladší sourozenec a domácí zvíře, přičemž i zde odpovědělo 60 žáků (100 %), (Obr. 30).



Obr. 29 Graf příčin nočního probouzení v %



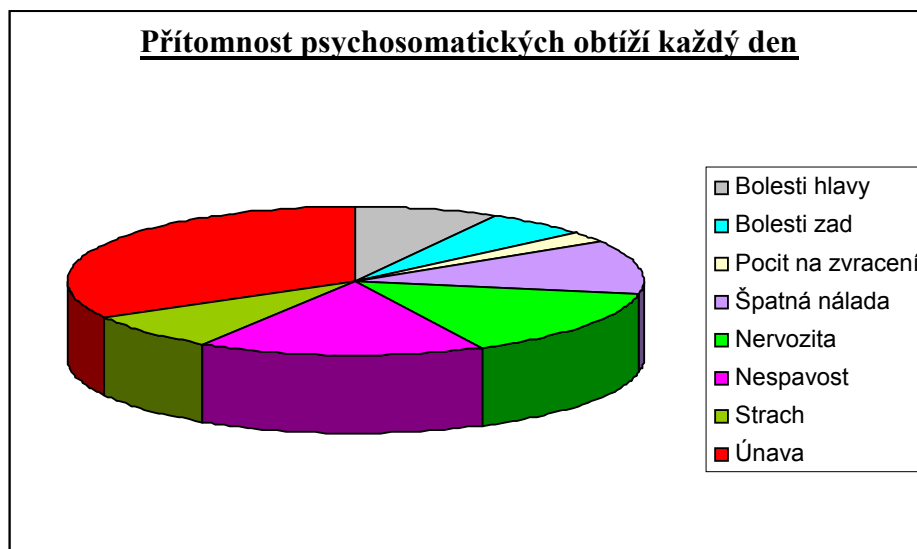
Obr. 30 Graf příčin nočního buzení dle typu školy v %

Otázka č. 18:

Jak často jsi trpěl/a následujícími obtížemi za poslední dva měsíce?

U tvorby této otázky jsem se inspirovala studií HBSC. Zjišťovala jsem výskyt a množství psychosomatických obtíží. Žáci mohli libovolně zaškrtnout čtvereček s příslušnou obtíží, kterou trpí, zjišťovala jsem i četnost. V možnostech četnosti byl každý den, vícekrát týdně, jednou týdně, jednou za měsíc, jednou za dva měsíce a ani jednou za dva měsíce. Odpovědělo všech 120 žáků, 100 %. Při celkovém hodnocení výsledků každý den udávalo 23,8 % dětí

přítomnost únavy, 11,7 % udávalo nespavost, 10,8 % nervozitu, 8,3 % špatnou náladu, 5,8 % udávalo strach a bolest hlavy, 4,2 % bolest zad a 1,7 % dětí udávalo pocit na zvracení nebo zvracení (Obr. 31).

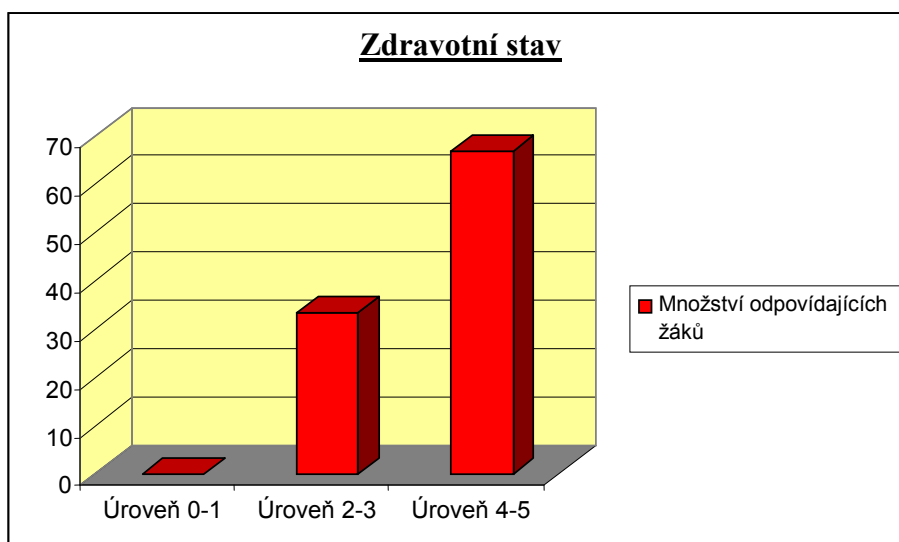


Obr. 31 Graf přítomnosti psychosomatických obtíží u žáků obou druhů škol, kterými trpí každý den v %

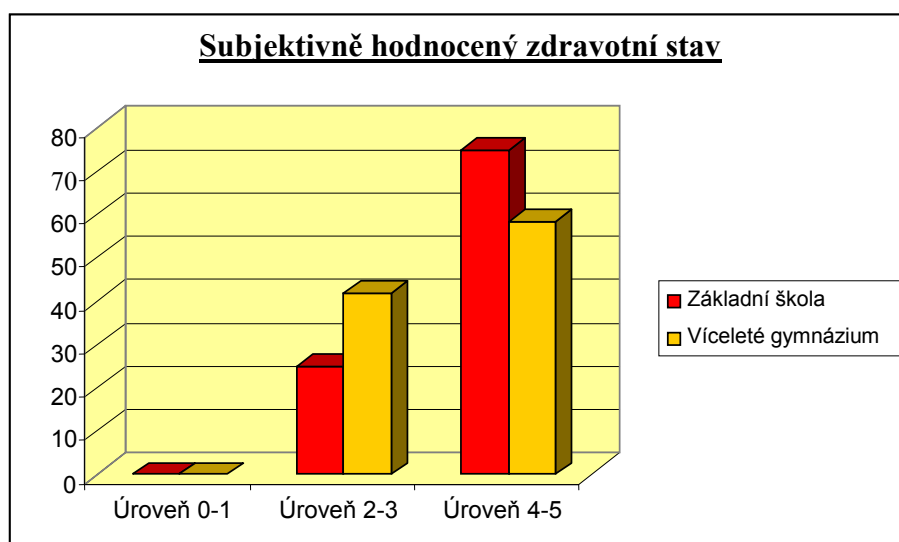
Otázka č. 19:

Jak bys ohodnotil/a svůj zdravotní stav?

Na tuto otázku odpovědělo celých 100 %, tedy 120 žáků. Při zjišťování zdravotního stavu u žáků základní školy a víceletého gymnázia 33,3 % žáků obou škol označilo střední úroveň zdraví a 66,7 % žáků obou škol označilo svůj zdravotní stav jako výborný. Nikdo z žáků neoznačil nejhorší úroveň zdraví (Obr. 32). Při hodnocení výsledků u žáků pouze základní školy 25 % žáků ohodnotilo svůj zdravotní stav jako dobrý a 75 % žáků hodnotí svůj zdravotní stav jako výborný. Opět odpovědělo všech 60 žáků, tedy 100 %. U žáků víceletého gymnázia pak 41,7 % ohodnotilo svůj zdravotní stav jako dobrý a 58,3 % jako výborný (Obr. 33). I v tomto případě odpovědělo všech 60 žáků, 100 %. Při hodnocení těchto výsledků z výzkumu vyplynulo, že svůj zdravotní stav hodnotí lépe žáci základní školy než žáci víceletého gymnázia.



Obr. 32 Graf zdravotního stavu v %

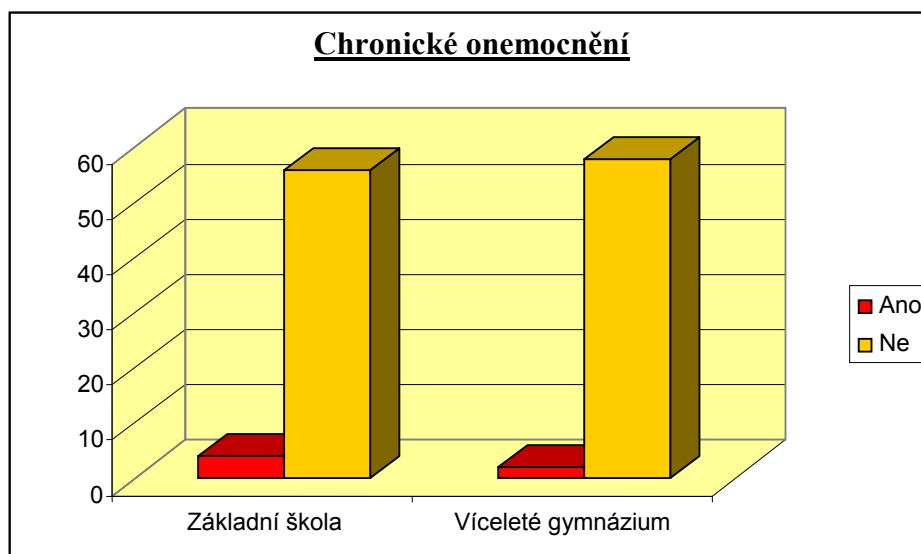


Obr. 33 Graf zdravotního stavu u žáků obou škol v %

Otázka č. 20:

Trpíš nějakým chronickým onemocněním?

Na otázku, jestli žáci trpí nějakým chronickým onemocněním a s možností zakroužkování odpovědí Ano/Ne, 5 % žáků základní školy i víceletého gymnázia zakroužkovalo odpověď ano. Celkem odpovědělo 120 žáků, 100 %. Při srovnávání výsledků základní školy a víceletého gymnázia 6,7 % žáků základní školy trpí chronickým onemocněním z celkového počtu 60 žáků (100 %) a u žáků víceletého gymnázia (z celkového počtu 60 žáků, tedy ze 100 %) trpí chronickým onemocněním 3,3 % (Obr. 34).



Obr. 34 Graf chronického onemocnění v % u žáků základní školy a víceletého gymnázia

6.1 Shrnutí výsledků výzkumu

Výzkumná otázka č. 1:

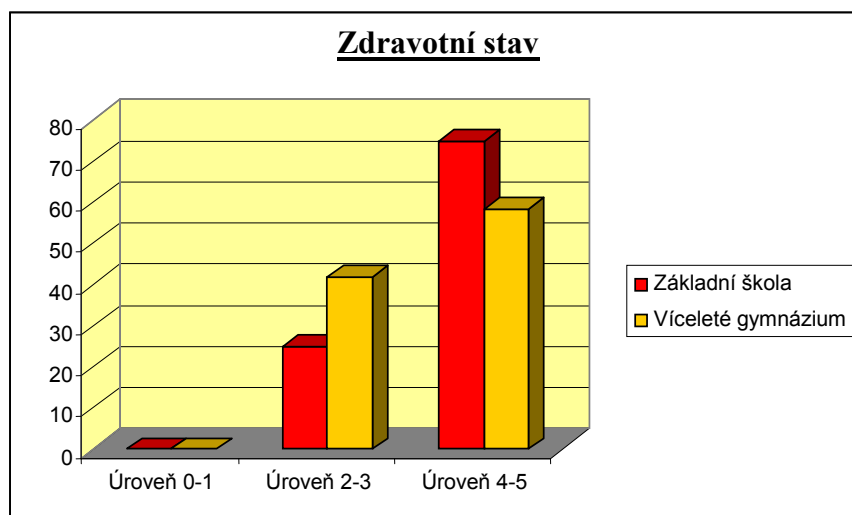
Bude rozdíl v subjektivním vnímání zdraví mezi žáky víceletého gymnázia a žáky základní školy? Jaké obtíže budou děti udávat nejčastěji?

U žáků základní školy 25 % ohodnotilo svůj zdravotní stav jako dobrý a 75 % hodnotí svůj zdravotní stav jako výborný. Celkem bylo odpovídajících žáků 60 (100 %). U žáků víceletého gymnázia pak 41,7 % ohodnotilo svůj zdravotní stav jako dobrý a 58,3 % jako výborný. I zde bylo odpovídajících žáků 60 (100 %), (Tab. 1, Obr. 35). Při hodnocení těchto výsledků z výzkumu vyplynulo, že svůj zdravotní stav hodnotí lépe žáci základní školy než žáci víceletého gymnázia.

Při hodnocení přítomnosti psychosomatických obtíží nejvíce dětí udávalo přítomnost únavy, nespavosti a nervozity. Tyto obtíže udávali žáci každý den (Tab. 2, Obr. 36). Celkem udávalo obtíže každý den 86 dětí, tedy 71,6 % z celkových 120 dětí (100 %).

Tab. 1 Přehled subjektivně hodnocené úrovně zdraví u žáků obou druhů škol

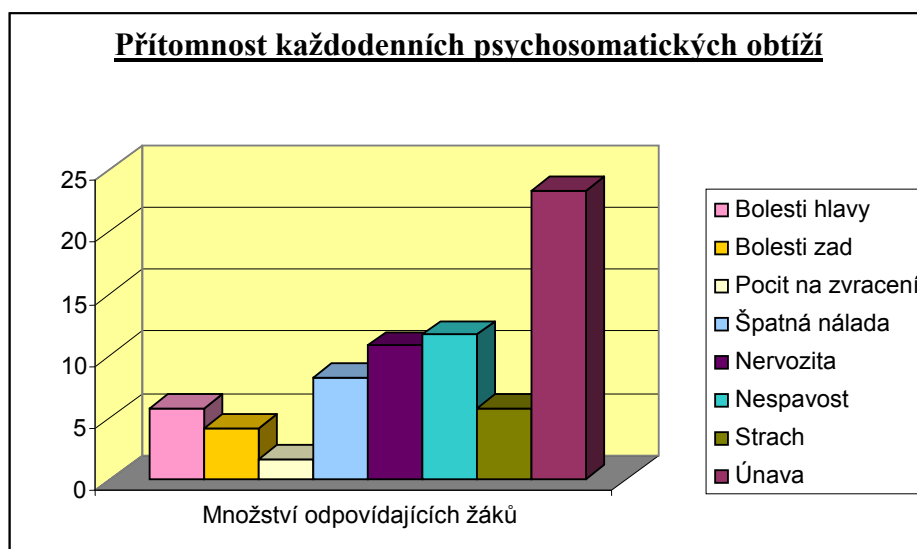
Úroveň zdraví	<u>Základní škola</u>		<u>Víceleté gymnázium</u>	
	n_i	%	n_i	%
Úroveň 0-1	0	0	0	0
Úroveň 2-3	15	25	25	41,7
Úroveň 4-5	45	75	35	58,3



Obr. 35 Graf odpovědí žáků základní školy a víceletého gymnázia na hodnocení zdravotního stavu v %

Tab. 2 Přehled psychosomatických obtíží u žáků obou druhů škol

Druh obtíží	<u>Obtíže každý den</u>	
	n_i	%
Bolesti hlavy	7	5,8
Bolesti zad	5	4,2
Pocit na zvracení	2	1,7
Špatná nálada	10	8,3
Nervozita	13	10,8
Nespavost	14	11,7
Strach	7	5,8
Únava	28	23,3



Obr. 36 Graf přítomnosti psychosomatických obtíží každý den v %

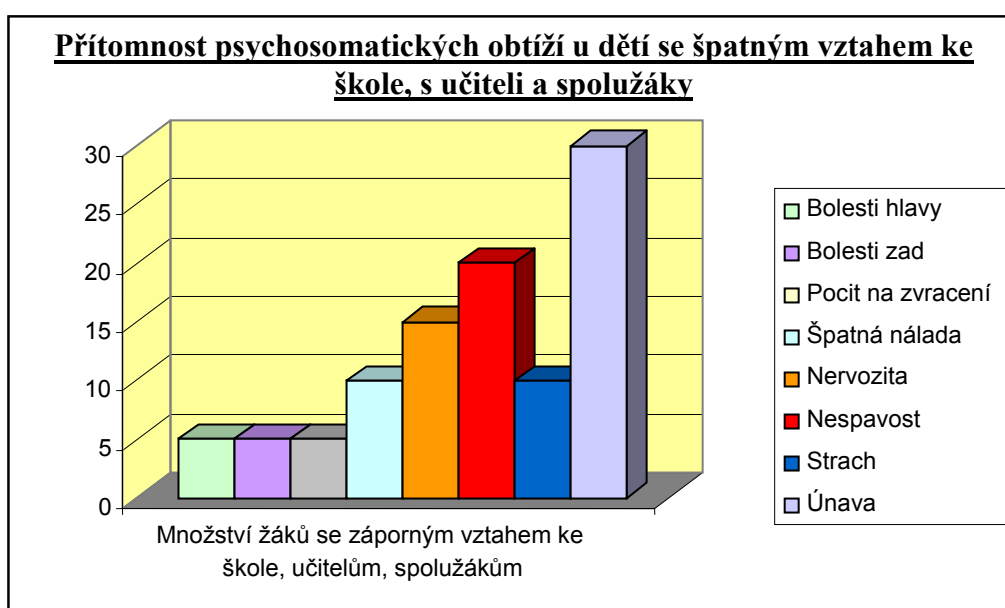
Výzkumná otázka č. 2:

Budou děti s kladným vztahem ke škole, k učitelům a spolužákům udávat méně psychosomatických obtíží než děti, které kladný vztah ke škole, k učitelům a spolužákům nemají?

Odpovědí na tuto otázku je, že žáci se špatnými vztahy ke škole, s učiteli a spolužáky neuvádějí více psychosomatických obtíží než žáci, kteří mají tyto vztahy kladné. V tomto případě se jedná o menší množství žáků. Konkrétně 20 dětí (16,7 %) ze 120 dětí (100 %) má špatný vztah ke škole, s učiteli a spolužáky. Všechny těchto 20 žáků udávalo přítomnost psychosomatických obtíží každý den. Konkrétně 30 % z těchto 20 žáků (100 %) se špatnými vztahy ke škole, s učiteli a spolužáky udávají přítomnost únavy, 20 % udává nespavost, 15 % nervozitu, 10 % strach a špatnou náladu a 5 % udává přítomnost bolesti hlavy a zad a pocit na zvracení nebo zvracení každý den (Tab. 3, Obr. 37).

Tab. 3 Přehled obtíží u žáků se záporným vztahem ke škole, učitelům a spolužákům

Druh obtíží	<u>Množství žáků se záporným vztahem ke škole, učitelům, spolužákům</u>	
	n_i	%
Bolesti hlavy	1	5
Bolesti zad	1	5
Pocit na zvracení	1	5
Špatná nálada	2	10
Nervozita	3	15
Nespavost	4	20
Strach	2	10
Únava	6	30



Obr. 37 Graf psychosomatických obtíží u dětí se zápornými vztahy ke škole, učitelům a spolužákům v %

Výzkumná otázka č. 3:

Budou děti pociťující vysokou míru školních povinností a úkolů hodnotit svůj zdravotní stav hůře než děti, které pociťují míru školních povinností a úkolů přiměřeně?

Vysokou míru školních povinností a úkolů pociťuje 40 žáků, tedy 33,4 % ze 120 žáků, tedy ze 100 %. Z těchto žáků nikdo neoznačil úroveň 0-1, tedy nejnižší úroveň zdraví. Střední úroveň zdraví (2-3) pak označilo 25 žáků ze 40, tedy 62,5 % a nejvyšší úroveň zdraví (4-5)

označilo menší množství žáků, a to 15 žáků ze 40, tedy 37,5 % (Tab. 4). Z výzkumu tedy vyplývá, že více než polovina žáků pocítujících vysokou míru školních povinností a úkolů hodnotí své zdraví spíše jako dobré než výborné.

Tab. 4 Přehled odpovídajících žáků pocítujících vysokou míru školních povinností a úkolů na úroveň zdraví

Úroveň zdraví	n_i	%
Úroveň 0-1	0	0
Úroveň 2-3	25	62,5
Úroveň 4-5	15	37,5

Výzkumná otázka č. 4:

Jak faktory rodiny (formální struktura rodiny, vztahy v rodině, množství společně stráveného volného času v rodině) ovlivňují subjektivně vnímaný zdravotní stav dětí?

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že 25,6 % dětí z úplné rodiny (vlastní matka a vlastní otec) označilo střední úroveň zdraví a 74,4 % z úplné rodiny označilo úroveň zdraví nejvyšší. U žáků z neúplné rodiny (dítě vyrůstá s 1 vlastním rodičem a 1 nevlastním, jen s 1 vlastním rodičem, jen s 1 nevlastním rodičem nebo jiné) pak označilo 56,7 % dětí střední úroveň zdraví a 43,3 % nejvyšší úroveň zdraví. Odpovídalo celkem 120 žáků (100 %). Z tohoto vyplývá, že děti z úplných rodin hodnotí své zdraví lépe než děti z neúplných rodin. Žádné dítě však neoznačilo nejhorší úroveň zdraví (Tab. 5). Dále jsem zjistila, že oba žáci, kteří udávali špatné vztahy v rodině, označili střední úroveň zdraví. Za špatné vztahy považuji úroveň 0-1, další úrovně jsem považovala za průměrné (úroveň 2-3) nebo výborné (úroveň 4-5), proto jsem je nebrala v úvahu. Opět z tohoto vyplývá, že děti se špatnými vztahy v rodině udávají horší úroveň zdraví, ne však tu nejhorší (Tab. 6). Při zaměření na volný čas, který tráví děti společně s rodinou z výsledků vyšlo, že z 15 žáků (12,5 %) ze 120 žáků = 100 %, kteří udávali, že s rodinou tráví nedostatečné množství času 5 žáků (33,3 %) zdravotní stav horší než žáci, kteří tráví s rodinou dostatečné množství času. Není to tedy většina (Tab. 7). Za nedostatečný volný čas strávený s rodinou považuji volný čas na úrovni 0-1. Úroveň 2-3 považuji již za průměrnou.

Tab. 5 Přehled odpovídajících žáků z úplné a neúplné rodiny na subjektivní vnímání zdraví

Úroveň zdraví	Úplná rodina		Neúplná rodina	
	n_i	%	n_i	%
Úroveň 0-1	0	0	0	0
Úroveň 2-3	23	25,6	17	56,7
Úroveň 4-5	67	74,4	13	43,3

Tab. 6 Přehled odpovídajících žáků se špatnými vztahy na subjektivní vnímání zdraví

Úroveň zdraví	Počet žáků se vztahy v rodině na úrovni 0-2	
	n_i	%
Úroveň 0-1	0	0
Úroveň 2-3	2	100
Úroveň 4-5	0	0

Tab. 7 Přehled odpovídajících žáků s nedostatečným množstvím stráveného času s rodinou na subjektivní vnímání zdraví

Úroveň zdraví	Počet žáků s nedostatečným množstvím stráveného času s rodinou	
	n_i	%
Úroveň 0-1	0	0
Úroveň 2-3	5	33,3
Úroveň 4-5	10	66,7

Výzkumná otázka č. 5:

Budou děti s horší kvalitou spánku udávat přítomnost psychosomatických obtíží více než děti s kvalitním spánkem?

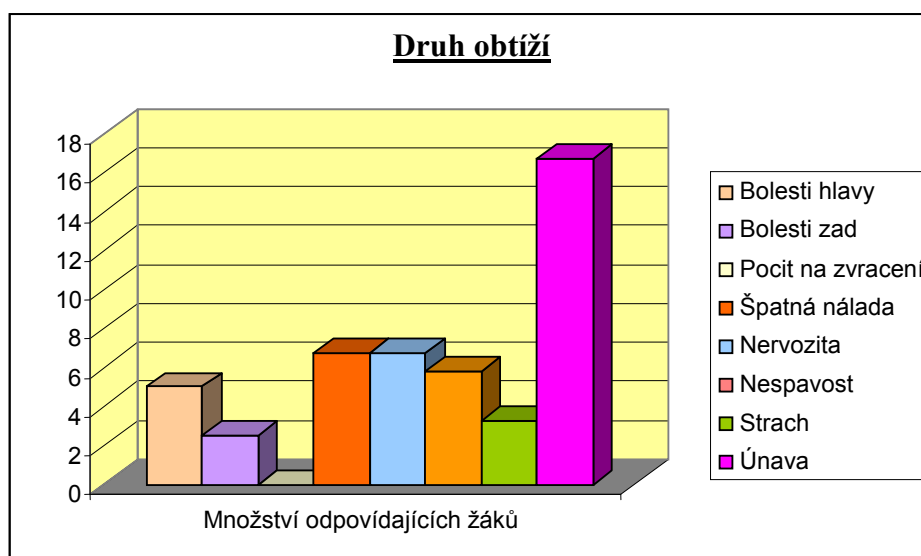
Za nedostatečnou dobu spánku jsem ve výzkumu považovala spánek kratší než devět hodin, které jsou pro tento věk doporučovány (Uhlíková, 2008).

74 dětí, tedy 63,3 % má nedostatečnou dobu spánku ve všední den a o víkendu z celkového počtu 120 dětí (100 %). Z těchto 74 dětí, které mají nedostatečnou dobu spánku téměř polovina (46,7 %) dětí s nedostatečným spánkem udávalo přítomnost psychosomatických obtíží každý den. Z těchto dětí 16,7 % udávalo přítomnost únavy, 6,7 % nervozitu a špatnou náladu, 5,8 % nespavost, 5 % bolesti hlavy, 3,3 % strach a 2,5 % bolesti zad (Tab. 8, Obr. 38). Ve výzkumu jsem se také zaměřila na noční buzení žáků. Z 51 dětí,

tedy ze 42,5 % žáků (z celkových 120 dětí = 100 %), kteří se během noci budí 10 (19,6 %) dětí udává jako příčinu buzení děsivý sen, 8 (15,7 %) dětí udává příčinu buzení WC, 10 (19,6 %) dětí uvádí jako příčinu počasí, 8 (15,7 %) dětí strach a 6 (11,8 %) dětí udává příčinu buzení hluk z okolí (Tab. 9, Obr. 39). Z výzkumu tedy vyplynulo, že děti s nedostatečnou dobou spánku a s nočním buzením udávají více psychosomatických obtíží každý den než děti s dostatečnou dobou spánku.

Tab. 8 Přehled počtu dětí s nedostatečně dlouhým spánkem a každodenními obtížemi

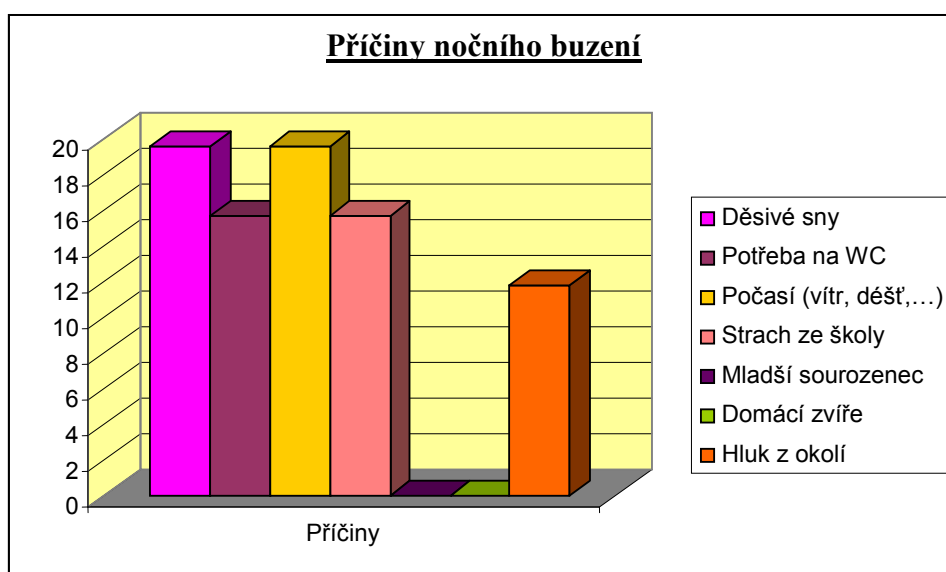
Druh obtíží	n_i	%
Bolesti hlavy	6	5
Bolesti zad	3	2,5
Pocit na zvracení	0	0
Špatná nálada	8	6,7
Nervozita	8	6,7
Nespavost	7	5,8
Strach	4	3,3
Únava	20	16,7



Obr. 38 Graf počtu dětí s každodenními obtížemi a nedostatečně dlouhým spánkem v %

Tab. 9 Přehled příčin nočního buzení u dětí s nedostatečně dlouhým spánkem

Příčiny nočního buzení		
	n_i	%
Děsivé sny	10	19,6
Potřeba WC	8	15,7
Počasí (vítr, déšť,...)	10	19,6
Strach ze školy	8	15,7
Mladší sourozenec	0	0
Domácí zvíře	0	0
Hluk z okolí	6	11,8



Obr. 39 Graf příčin nočního buzení u dětí s nedostatečnou dobou spánku v %

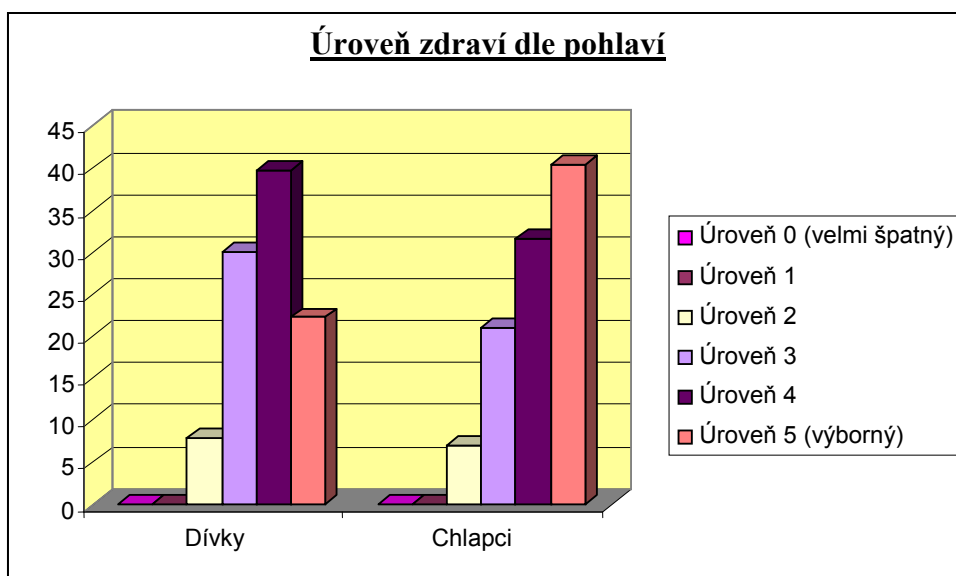
Výzkumná otázka č. 6:

Budou dívky hodnotit své zdraví hůře než chlapci?

Na tuto otázku odpovídalo 63 dívek (52,5 %) a 57 chlapců (47,5 %) z celkového počtu 120 žáků (100 %). Na otázku jestli budou dívky hodnotit své zdraví hůře než chlapci z výzkumu vyšlo, že své zdraví hodnotí hůře dívky, přičemž nejhorší úroveň zdraví (0-1) neoznačil ani jeden z žáků, střední úroveň zdraví (2-3) pak označilo 38 % dívek a 28 % chlapců a nejvyšší úroveň zdraví, úroveň 4-5, označilo 62 % dívek a 72 % chlapců (Tab. 10, Obr. 40) z celkových 120 dětí (100 %). Rozdíl však není výrazný.

Tab. 10 Přehled úrovně subjektivně hodnocené úrovně zdraví dle pohlaví v %

<u>Příčiny nočního buzení</u>	n_i	%
Děsivé sny	10	19,6
Potřeba na WC	8	15,7
Počasí (vítr, déšť,...)	10	19,6
Strach ze školy	8	15,7
Mladší sourozenec	0	0
Domácí zvíře	0	0
Hluk z okolí	6	11,8



Obr. 40 Graf subjektivně hodnocené úrovně zdraví dle pohlaví v %

7 DISKUZE

V mém výzkumu jsem se zaměřila na subjektivní hodnocení zdravotního stavu u českých dětí, konkrétně u žáků 6. tříd základní školy a primy víceletého gymnázia. Dále na přítomnost psychosomatických obtíží u těchto dětí, na vztah žáků ke škole, s učiteli a spolužáky a na skutečnost, jak tyto vztahy ovlivňují přítomnost psychosomatických obtíží. Zjišťovala jsem také míru školních povinností a úkolů a skutečnost, jak ovlivňují tyto povinnosti a úkoly zdravotní stav dětí. Rovněž mě zajímala i struktura rodiny, množství volného času, který děti tráví společně s rodinou, vztahy v rodině a opět, jak tyto faktory ovlivňují zdravotní stav dětí. Dále jsem se zabývala kvalitou spánku. Zaměřila jsem se i na to, jak kvalita spánku působí na přítomnost psychosomatických obtíží. Nakonec jsem zjišťovala, jak hodnotí svůj zdravotní stav dívky a chlapci.

7.1 Zdraví

Většina dětí z výzkumného vzorku 120 českých dětí hodnotí své zdraví jako dobré nebo výborné. Jako dobré hodnotí své zdraví 33,3 % a jako výborné 66,7 % dětí. Žádný z žáků z mého výzkumného vzorku neohodnotil svůj zdravotní stav jako špatný. I z výzkumu, který byl v rámci studie HBSC zrealizován v měsíci květnu roku 2006 vyplynulo, že 90 % českých dětí hodnotí své zdraví jako dobré nebo výborné. Jen asi 10 % hodnotí své zdraví jako ne moc dobré nebo špatné (Hlaváčková, 2009). Rozdíl těchto výsledků bych odůvodnila menším množstvím dotazovaných v mém výzkumu.

Při zjišťování míry školních povinností a úkolů z výzkumu vyšlo, že 33,4 % z celkového počtu 120 žáků z mého výzkumného vzorku hodnotí vysokou míru školních povinností a úkolů jako vysokou, přičemž více než polovina z těchto žáků uvádí svůj zdravotní stav horší než žáci, kteří pocítují míru školních povinností a úkolů přiměřeně. Opět opakuji, že ani jeden z těchto žáků neohodnotil své zdraví jako špatné.

Při zaměření na faktory rodiny, děti vyrůstající v úplné rodině, to znamená s vlastním otcem a vlastní matkou, hodnotí své zdraví lépe než děti vyrůstající v neúplné rodině. Jako neúplnou jsem hodnotila rodinu, kdy dítě vyrůstá s jedním vlastním rodičem a jedním nevlastním, jen s jedním vlastním rodičem, jen s jedním nevlastním rodičem nebo jinou alternativu, kterou měli žáci možnost vypsát. Dále děti, které označily špatné vztahy v rodině, tedy na úrovni 0-1 (úroveň 2-3 považují již za průměrnou), označily horší úroveň zdraví než děti mající dobrý nebo výborný vztah v rodině. Jednalo se o dva žáky a oba žáci označili střední úroveň zdraví. Při zaměření na volný čas, který děti tráví společně s rodinou, 15 dětí

(12,5 %) ze 120 žáků (100 %) odpovědělo, že s rodinou tráví nedostatečnou dobu času. Z tohoto množství 5 dětí označilo své zdraví jako dobré, ostatní jako výborné. Z těchto výsledků vyplývá, že děti s nedostatečným volným časem stráveným s rodinou nehodnotí své zdraví hůře než ostatní děti. Čas strávený s rodinou tedy neovlivňuje subjektivní vnímání zdraví sledovaných žáků. Výsledky se poměrně dobře shodují s výsledky studie z května roku 2006 (Csémy a kol., 2005).

Při hodnocení výsledků subjektivního vnímání zdraví podle pohlaví, své zdraví hodnotily hůře dívky než chlapci. Příčinou tohoto výsledku může být i to, že je toto období (období časně adolescence) komplikované. Dochází zde k mnohým změnám tělesným, psychickým a sociálním. Všechny tyto změny mohou vést k zhoršenému vnímání zdraví (Hlaváčková, 2009). Adolescenti se neustále musí vyrovnávat s řadou problémů, které se mohou promítat do úrovně pociťujícího zdraví (Macek, 1999). Pozitivní samozřejmě je, jak jsem již několikrát zmínila, že ani jeden z žáků neoznačil nejhorší úroveň zdraví.

7.2 Psychosomatické obtíže

Ze 120 dotazovaných žáků (100 %) si nejvíce žáci stěžovali na únavu, nespavost a nervozitu. Konkrétně 23,3 % z výzkumného vzorku uvádělo každodenní přítomnost únavy, 11,7 % uvádělo nespavost, 10,8 % nervozitu, 8,3 % špatnou náladu, 5,8 % bolesti hlavy a strach, 4,2 % bolesti zad a 1,7 % udávalo každodenně pocit na zvracení nebo zvracení. Je tedy jasné, že žáci více udávají obtíže psychické než na obtíže somatické. I v tomto případě jsem tyto obtíže srovnávala s výzkumem z května z roku 2006. I zde děti více udávaly psychické obtíže (Hlaváčková, 2006).

Dále děti, které mají záporný vztah (za záporný vztah považují úroveň 0-1, úroveň 2-3 považují již za průměrnou) ke škole, s učiteli a spolužáky, neuvádějí ve větší míře přítomnost psychosomatických obtíží, v tomto případě se tedy jedná o menšinu. Konkrétně 20 žáků (16,7 %) ze 120 dětí (100 %) má záporný vztah ke škole, s učiteli a spolužáky. Z tohoto množství si nejvíce dětí stěžovalo opět na únavu, nespavost a nervozitu.

Co se týká kvality spánku, kdy za kvalitní spánek považují spánek o minimální délce devíti hodin, který je pro tento věk doporučený (Uhlíková, 2008), udává „nekvalitní spánek“ ve všední den a o víkendu 63,3 % dětí. Z těchto dětí pak téměř polovina (46,7 %) uváděla každodenní přítomnost opět únavy (16,7 %), dále pak 6,7 % si stěžovalo na nervozitu a špatnou náladu. Méně žáků si pak stěžovalo každý den na nespavost, bolesti hlavy, strach a na bolesti zad. Spánek je tedy významným faktorem, který ovlivňuje subjektivní vnímání zdraví sledovaných žáků.

ZÁVĚR

V mé bakalářské práci jsem se zaměřila na přítomnost psychosomatických obtíží a na subjektivní hodnocení zdravotního stavu u školních dětí docházejících do šestých tříd základní školy a do primy víceletého gymnázia.

Za pozitivní zjištění považuji to, že 66,7 % žáků z výzkumného vzorku hodnotí svůj zdravotní stav jako výborný a 33,3 % z výzkumného vzorku 120 dětí jako dobrý, nikdo z dotazovaných neoznačil úroveň zdraví jako špatnou.

Z výzkumu také vyplynulo, že dívky z výzkumného vzorku hodnotí své zdraví hůře než chlapci.

Dále, že žáci z výzkumného vzorku pociťující vysokou míru školních povinností a úkolů uvádí svůj zdravotní stav horší než žáci, kteří pociťují míru školních povinností a úkolů přiměřeně.

Rovněž faktory rodiny ovlivňují subjektivní vnímání zdraví. Děti z výzkumného vzorku vyrůstající v úplné rodině hodnotí své zdraví lépe než děti vyrůstající v rodině neúplné. Dále děti se špatnými vztahy v rodině hodnotí své zdraví hůře než děti s kladnými vztahy, na druhou stranu děti s nedostatečným volným časem stráveným s rodinou nehodnotí své zdraví hůře než ostatní děti. Z tohoto vyplývá, že čas trávený s rodinou nijak neovlivňuje subjektivní vnímání zdravotního stavu sledovaných dětí.

Při zaměření na přítomnost psychosomatických obtíží si sledovaní žáci nejvíce stěžují na únavu, nervozitu a nespavost, žáci si tedy více stěžují na obtíže psychické než somatické.

Při zaměření na vztahy ke škole, s učiteli a spolužáky z výzkumu vyšlo, že sledovaní žáci se záporným vztahem ke škole, s učiteli a spolužáky neuvádějí více psychosomatických obtíží než žáci, kteří mají vztahy ke škole, s učiteli a spolužáky kladné.

Dále téměř polovina dětí z výzkumného vzorku 120 dětí s nekvalitním spánkem udává přítomnost psychosomatických obtíží. Nejvíce si tyto děti stěžovaly každý den na únavu, nervozitu a špatnou náladu.

Tuto práci jsem vytvořila především z důvodu, že každý zdravotník se může kdykoliv ve své praxi setkat s dětmi, jejichž onemocnění je součástí psychosomatiky. Každá porucha zdraví má stránku tělesnou, psychickou i sociální. Je tedy nutné při jakémkoliv onemocnění myslet na jeho příčiny a průběh z hlediska biopsychosociálního, a proto je velmi důležité znát tuto problematiku a přemýšlet nad stránkou tělesnou, psychickou a sociální u celé řady dětských chorob.

POUŽITÁ LITERATURA

1. BALCAR, K. *Dětská psychoterapie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-381-1.
2. CSÉMY, L. a kol. *Životní styl a zdraví českých školáků. Z výsledků mezinárodní studie Světové zdravotnické organizace The Health Behaviour in School-aged Childrearn (HBSC)*. 1. vyd. Praha : Psychiatrické centrum, 2005. ISBN 80-85121-94-8.
3. CURRIE, C. *Inequalities in Young People's Health. Health behaviour in school-aged children international report from the 2004/2005 survey*. 5.1. vyd. WHO, 2008. ISBN 978-92-890-7195-6.
4. HLAVÁČKOVÁ, E. a kol. *Zdraví a zdravotní obtíže českých dětí*. Praktický lékař 2009, 89, č. 5, s. 252-255. ISSN 0032-6739.
5. JANOŠOVÁ, P. *Dívčí a chlapecká identita*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. ISBN 978-80-247-2284-9.
6. JOBÁNKOVÁ, M. *Kapitoly z psychologie pro zdravotnické pracovníky*. 2. vyd. Brno : Institut pro další vzdělávání, 2002. ISBN 80-7013-365-1.
7. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd., Praha : Academia, 2005. ISBN 80-2001307-5.
8. KOVAŘÍK, J. *Děti ve zvlášť obtížných situacích*. In: Dunovský, J. a kol. *Sociální pediatrie. Vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1999. s. 132 – 150. ISBN 80-7169-254-9.
9. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 3. vyd. Praha : Portál, 2009. ISBN 978-80-7367-568-4.
10. LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*. 4. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 80-247-1284-9.

11. MACEK, P. *Adolescence. Psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. 1. vyd. Praha : Portál, 1999. ISBN 80-7178-348-X.
12. MIKŠOVÁ, Z. a kol. *Kapitoly z ošetrovatelské péče 1*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1442-6.
13. MOUREK, J. *Fyziologie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1190-7.
14. PLAŇAVA, I.; PILÁT, M. *Děti, mládež a rodiny v období transformace*. 1.vyd. Brno : Barrister & Principal, 2002. ISBN 80-86598-36-5.
15. PŘÍHODOVÁ, Iva. *Poruchy spánku v pediatrické praxi*. [online]. poslední aktualizace 9. 2. 2008 [cit. 2010-1-18]. Dostupné z WWW: <<http://www.pediatriepropraxi.cz/>>, <<http://www.pediatriepropraxi.cz/magno/ped/2006/mn5.php>>, <<http://www.pediatriepropraxi.cz/artkey/ped-200605-0007.php>>
16. ROZSYPALOVÁ, M. *Ošetrovatelství 1*. 1. vyd. Praha : Informatorium, 2002. ISBN 80-86073-96-3.
17. ŘÍČAN, P.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1049-8.
18. ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2. vyd. Praha : Portál, 2006. ISBN 80-7367-124-7.
19. SMÉKAL, V.; MACEK, P. *Utváření a vývoj osobnosti*. 1.vyd. Brno : Barrister & Principal, 2002. ISBN 80-85947-83-8.
20. ŠULOVÁ, L. *Raný psychický vývoj dítěte*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2004. ISBN 80-246-0877-4.
21. UHLÍKOVÁ, Petra. *Poruchy spánku u dětí a dorostu z pohledu pedopsychiatra*. [online]. poslední aktualizace 9. 2. 2008 [cit. 2010-1-17]. Dostupné z WWW: <<http://www.pediatriepropraxi.cz/>>, <<http://www.pediatriepropraxi.cz/magno/ped/2008/mn2.php>>, <<http://www.pediatriepropraxi.cz/artkey/ped-200802-0002.php>>
22. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie 1*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8.

PŘÍLOHA A

Dotazník pro žáky 6. třídy

Fakulta zdravotnických studií
Univerzita Pardubice

Ahoj,

jmenuji se Andrea Dvořáková a studuji na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice.

Chtěla bych vás poprosit o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník je zcela anonymní a bude sloužit pouze pro mou bakalářskou práci.

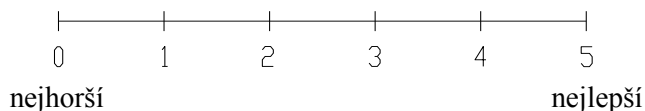
Předem vám děkuji za jeho vyplnění.

1. **Jsi?** a) děvče b) chlapec

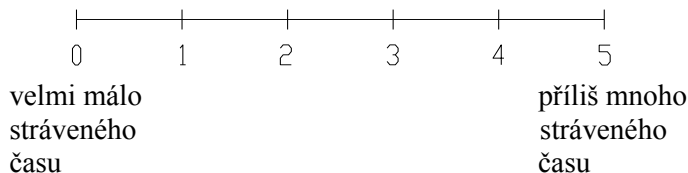
2. **Na jakou školu docházíš?** a) základní škola b) gymnázium

3. **V jaké rodině vyrůstáš?**
 - a) v úplné rodině (vlastní matka, vlastní otec)
 - b) s 1 vlastním rodičem a 1 nevlastním
 - c) jen s 1 vlastním rodičem
 - d) jen s 1 nevlastním rodičem
 - e) jiné (vypiš.....)

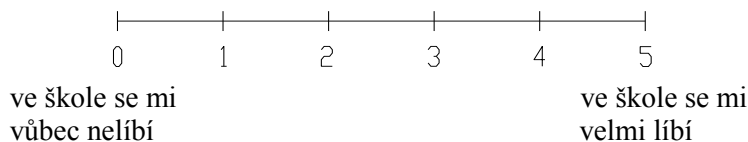
4. **Jak bys hodnotil/a vztahy v rodině?**



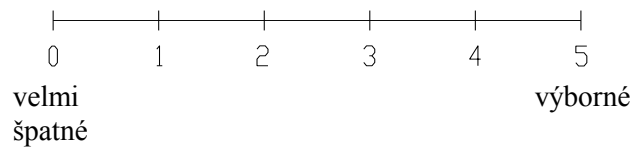
5. **Jak bys ohodnotil/a volný čas, který trávíš společně s rodinou?**



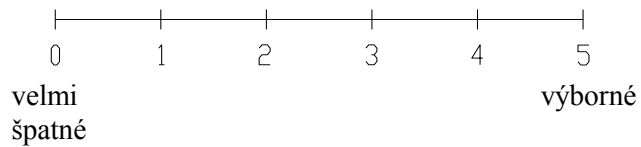
6. **Jaký máš v současné době vztah ke škole?**



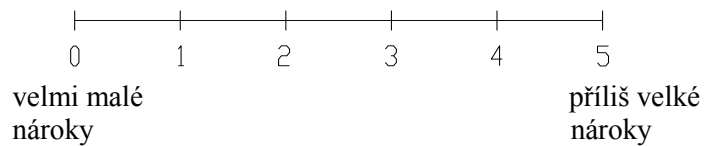
7. Jak bys ohodnotil/a vztahy se svými spolužáky?



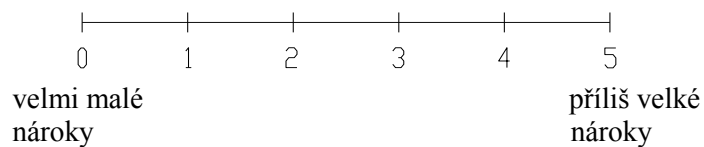
8. Jaké jsou tvé vztahy s učiteli?



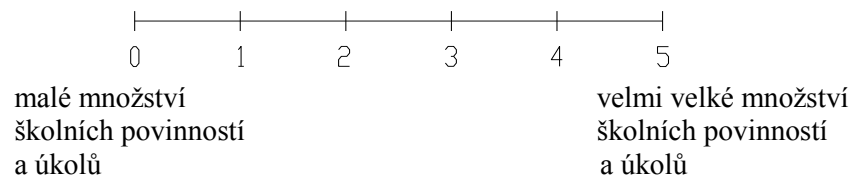
9. Jak bys ohodnotil/a nároky, které na tebe kladou učitelé?



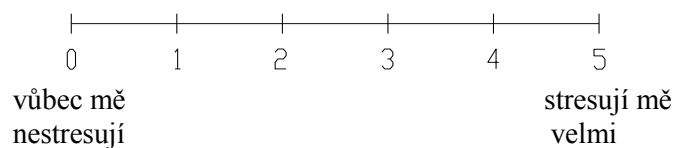
10. Jak bys ohodnotil/a nároky, které na tebe kladou rodiče?



11. Jak bys ohodnotil/a množství školních povinností a úkolů, které máš?



12. Do jaké míry tě stresuje množství školních povinností a úkolů?



13. Kolik hodin denně naspíš?

ve všední den

o víkendu

14. V kolik hodin chodíš spát?

ve všední den

o víkendu

15. V kolik hodin vstáváš?

ve všední den, do školy

o víkendu

16. Budíš se během noci?

a) ano

b) ne

17. Pokud ano, co je příčinou tvého buzení?

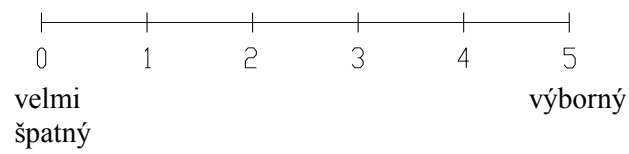
.....

18. Jak často jsi trpěl/a následujícími obtížemi za poslední dva měsíce?

(zaškrtni příslušný čtvereček)

	každý den	vícekrát týdně	1x týdně	1x za měsíc	1x za 2 měsíce	ani 1x za 2 měsíce
1. bolesti hlavy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. bolesti zad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. pocit na zvracení, zvracení	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. špatná nálada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. nervozita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. potíže s usínáním, nespavost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. strach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. únava	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Jak bys ohodnotil/a svůj zdravotní stav?



20. Trpíš nějakým chronickým onemocněním? (např. cukrovka, epilepsie, astma,...)

- f) ano
- g) ne

Ještě jednou mnohokrát děkuji za vyplnění !!!