

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
Lékařská fakulta v Hradci Králové

Disertační práce

Mgr. Eva Hlaváčková

2010

Univerzita Karlova v Praze
Lékařská fakulta v Hradci Králové



Kvalita života a životní styl českých dětí ve městě a na vesnici

Disertační práce v oboru
Hygiena a preventivní lékařství

Mgr. Eva Hlaváčková

Hradec Králové

2010

Ústav hygieny a preventivního lékařství

Lékařská fakulta v Hradci Králové

Univerzita Karlova v Praze

Kvalita života a životní styl českých dětí ve městě a na vesnici

Autor:	Mgr. Eva Hlaváčková
Školící pracoviště:	Ústav hygieny a preventivního lékařství
Studijní program:	Hygiena a preventivní lékařství
Školitel:	MUDr. Lenka Hodačová, Ph.D.
Školitel specialista:	doc. MUDr. Jindra Šmejkalová, CSc.

Hradec Králové 2010

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem disertační práci vypracovala pod vedením školitele a školitele specialisty samostatně a uvedla jsem všechny použité prameny a literaturu.

V Hradci Králové dne 5. března 2010

Poděkování

Děkuji školitelce MUDr. Lence Hodačové, Ph.D. za zodpovědné, systematické, pevné a zároveň laskavé a empatické vedení s psychoterapeutickými prvky, za všechny její odborné rady, doporučení a cenné připomínky, bez nichž by tato práce nevznikla.

Děkuji doc. MUDr. Jindře Šmejkalové, CSc. za zajímavé téma, svědomité odborné vedení, za její laskavost, vstřícnost, trpělivost a ochotu vždy pomoci.

Děkuji PhDr. Ladislavu Csémy za možnost podílet se na významném mezinárodním šetření, za nezištné poskytnutí všech podkladů studie HBSC, za všechny odborné konzultace vedené v přátelské a vstřícné atmosféře.

Děkuji RNDr. Evě Čermákové za statistické zpracování dat, kontrolu a korekci výstupů, ochotu, shovívavost a trpělivost při vysvětlování statistických pojmů a vztahů.

Děkuji prof. MUDr. Arnoštu Pellantovi, DrSc. za důsledný nátlak, bez něhož bych postgraduální studium nezačala, za pomoc v začátku studia a kritické myšlenky, které mi umožnily posunout se dál.

Děkuji kolegyni Petře Mandysové, MSN za nezištnou pomoc s překlady anglických textů.

Děkuji celé své rodině.

Děkuji rodičům Evě a Vlastimilu Kašparovým za dlouholetou podporu a pomoc.

Děkuji manželmu Josefu Hlaváčkovi za oporu, povzbuzování, oceňování, trpělivost a pomoc v situacích, na které moje počítačová gramotnost nestačí.

Děkuji dceři Kateřině za pečlivou kontrolu a korekci jazykové a stylistické stránky textů.

Děkuji synu Petrovi a ing. Ladislavu Markovi za pomoc s úpravou celkové topografie práce a za jejich odborné rady ke grafickému zpracování výsledků.

Souhrn

Kvalita života je multidimenzionální koncept, který se stal předmětem zkoumání v mnoha vědních oborech. Důležitou pozici si získal především v medicíně, sociologii a v psychologii.

Cílem práce bylo sledovat specifické ukazatele kvality života (KŽ) a životního stylu u reprezentativního vzorku českých dětí v rámci mezinárodní studie Světové zdravotnické organizace (WHO) *The Health Behaviour in School Aged Children: A WHO Cross National Study* (HBSC), analyzovat KŽ českých dětí podle věku, pohlaví a místa bydliště a posoudit ji ve vztahu k dalším významným faktorům souvisejícím s životním stylem (formální struktura rodiny, množství společně stráveného volného času v rodině, adaptace na školu, subjektivně vnímaná míra nároků na školní výkon, sociální vztahy, pití alkoholu a kouření tabáku).

Data byla získána prostřednictvím dotazníku na 86 náhodně vybraných základních školách a víceletých gymnáziích ČR. Metodika výzkumu vycházela z doporučení WHO. Cílovou populací pro výzkum byl reprezentativní vzorek českých dětí ve věku 11, 13 a 15 let; celkem 4782 dětí. Sledovali jsme KŽ na základě subjektivního hodnocení zdravotního stavu, pocitu štěstí a celkové KŽ posuzované na čtyřech rozdílných škálách (Cantrilův index, Huebnerova škála, Kidscreen-10 Index, Životní spokojenost). Kombinace uvedených proměnných umožnila postihnout KŽ ve všech dimenzích (fyzické, duševní, sociální i duchovní).

Výsledky: Na sledovaných škálách KŽ uváděla většina dětí hodnoty vyšší než dvě třetiny možného maxima. Více než 80 % dětí se cítilo šťastných. Téměř 90 % dětí označilo svůj zdravotní stav jako vynikající nebo dobrý. V naší práci jsme zjistili statisticky významné vztahy mezi KŽ, pohlavím a věkem dětí. Horší KŽ uváděly dívky a starší děti. KŽ dětí dále souvisela s formální strukturou rodiny, množstvím společně stráveného volného času v rodině, vztahem dětí ke škole, postojem k učitelům, mírou pocíťovaných nároků na školní výkon, sociálními vztahy a s kouřením. Vyšší KŽ statisticky významně častěji uváděly děti z úplných rodin, děti z rodin, které spolu tráví hodně společného času, děti, které hodnotily učitele kladně a měly pozitivní vztah ke škole, děti pocíťující přiměřenou míru

nároků na školní výkon, děti bez problémů v sociálních vztazích a děti, které nekouřily. Subjektivně vnímanou KŽ dětí nejvýznamněji ovlivňovaly sociální vztahy a množství společně stráveného času v rodině. Značný vliv na vnímaný pocit štěstí měly duchovní aspekty, zejména prožitek smyslu, smysluplnosti života, víra v sebe sama a v budoucnost. Neprokázali jsme statisticky významné vztahy mezi KŽ dětí a místem bydliště.

Summary

Quality of life is a multidimensional concept that has been researched in many scientific fields. It has gained an important position especially in medicine, sociology, and psychology.

The aim of the study was to monitor specific indicators of quality of life (QoL) and lifestyle in a representative sample of Czech children within an international study of the World Health organization (WHO), *The Health Behaviour in School Aged Children: A WHO Cross National Study* (HBSC), to analyze QoL in Czech children according to age, gender, and place of residence, and to evaluate it as it relates to other important factors associated with lifestyle (formal structure of the family, the amount of time spent together in the family, adaptation to school, subjectively perceived degree of demands for achievement in the school, social relationships, alcohol and tobacco consumption).

The data were obtained using a questionnaire in 86 randomly selected elementary schools and multiannual secondary schools. The study methods emanated from the WHO recommendations. The target population for the research study was a representative sample of Czech children aged 11, 13, and 15, a total of 4,782 children. We monitored subjectively perceived QoL based on a subjective evaluation of the health status, the feeling of happiness, and overall QoL using four different scales (the Cantril Scale, Huebner's Scale, Kidscreen-10 Index, and Life Satisfaction). A combination of the mentioned variables enabled to evaluate QoL in all four dimensions (physical, mental, social, spiritual).

Results: Using the QoL scales, most children reported values higher than two thirds of the possible maximum score. More than 80 % of the children felt happy. Almost 90 % of the children evaluated their health status as excellent or good. In our work, we found statistically significant relationships between QoL, gender, and the children's age. Girls and older children reported worse QoL. In addition, QoL of the children was associated with the family's formal structure, the amount of free time spent together in the family, the attitude of the children towards their school, the attitude towards the teachers, the degree of perceived demands for achievement in the school, social relationships, and smoking. Children from complete families, children from families that spent a lot of time together, children evaluating their teachers positively and having a positive attitude

towards school, children perceiving an appropriate degree of perceived demands for achievement in the school, children without problems in social relationships, and children who did not smoke reported statistically significant higher QoL more frequently. Social relationships and the amount of time spent together in the family had an effect on subjectively perceived QoL in children the most significantly. Spiritual aspects, especially the experience of purpose, importance of life, self-confidence, and future orientation had a significant effect on the perceived feeling of happiness. We did not find a statistically significant relationship between the children's QoL and the place of residence.

Seznam použitých zkratk

CI	Cantrilův index
ČSÚ	Český statistický úřad
ELSPAC	Evropská longitudinální studie těhotenství a dětství (The European Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood)
ESPAD	Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)
HBSC	Mezinárodní studie o zdraví dětí a mládeže (The Health Behaviour in School Aged Children: A WHO Cross National Study)
HIS CR	Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace (Health Interview Survey)
HRQL	Kvalita života související se zdravím (Health Related Quality of Life)
HŠ	Huebnerova škála
NCSS 2007	Statistický program
SD	Směrodatná odchylka
UNICEF	Dětský fond OSN (United Nations International Children's Emergency fund)
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

Obsah

Úvod	12
1 Literární přehled.....	15
1.1 Kvalita života	15
1.1.1 Historie pojmu kvalita života	15
1.1.2 Vymezení pojmu kvalita života	17
1.1.3 Well-being, osobní pohoda	20
1.1.4 Metody měření kvality života	22
1.1.5 Kvalita života u dětí a dospívajících.....	24
1.2 Adolescence	26
1.2.1 Vymezení vývojového období adolescence	26
1.2.2 Historické souvislosti vývojového období adolescence	28
1.2.3 Teoretické přístupy k adolescenci.....	29
1.2.4 Současné pojetí a interpretace adolescence	31
1.2.5 Časná adolescence	32
1.2.6 Psychosociální a zdravotní důsledky tělesných změn	33
1.3 Rodina.....	45
1.3.1 Vliv makrosystému na rodinu, zdraví a životní spokojenost	49
1.4 Škola a její vliv na život adolescentů.....	52
2 Cíle disertační práce	58
3 Metodika	59
3.1 Studie HBSC	59
3.2 Výzkumný vzorek.....	60
3.3 Metodika sběru dat	60
3.4 Metodika analýzy dat	62
3.4.1 Metodika zjišťování kvality života	63
3.4.2 Metodika zjišťování faktorů souvisejících s rodinou	65
3.4.3 Metodika zjišťování faktorů souvisejících se školou	66
3.4.4 Metodika zjišťování faktorů souvisejících se sociálními vztahy	67
3.4.5 Metodika zjišťování psychosomatických obtíží.....	68
3.4.6 Metodika zjišťování rizikové konzumace alkoholu a kouření.....	68
4 Výsledky	70
4.1 Kvalita života	70
4.1.1 Subjektivní hodnocení zdravotního stavu	70
4.1.2 Pocit štěstí.....	71
4.1.3 Další sledované indikátory kvality života	72
4.2 Kvalita života ve vztahu k rodině	76
4.2.1 Zdravotní stav ve vztahu k rodině	77
4.2.2 Pocit štěstí ve vztahu k rodině	78

4.2.3	Další sledované indikátory kvality života ve vztahu k rodině	79
4.3	Kvalita života ve vztahu ke škole	80
4.3.1	Adaptace na školu a vybrané indikátory kvality života	80
4.3.2	Míra nároků a vybrané indikátory kvality života	84
4.4	Kvalita života a sociální vztahy.....	86
4.4.1	Vliv sociálních vztahů na hodnocení zdravotního stavu a pocitu štěstí	87
4.4.2	Vnímání štěstí v kategorii dětí s problematickými vztahy.....	89
4.4.3	Vliv sociálních vztahů na hodnocení kvality života na škálách CI a HŠ	90
4.5	Kvalita života ve vztahu k rizikové konzumaci alkoholu a kouření.....	92
4.5.1	Vliv kouření a rizikové konzumace alkoholu na subjektivní hodnocení zdraví.....	92
4.5.2	Vliv kouření a rizikové konzumace alkoholu na hodnocení pocitu štěstí	93
4.5.3	Vztah kouření a rizikové konzumaci alkoholu k hodnocení KŽ na škálách HŠ a CI	94
4.6	Psychosomatické obtíže	96
4.6.1	Vztah psychosomatických obtíží k vybraným indikátorům KŽ	99
5	Diskuze	102
5.1	Kvalita života	102
5.1.1	Hodnocení zdravotního stavu	105
5.1.2	Hodnocení pocitu štěstí	108
5.1.3	Kvalita života dospívajících ve vztahu k místu bydliště	108
5.2	Kvalita života ve vztahu k rodině	109
5.3	Kvalita života ve vztahu ke škole	113
5.4	Kvalita života a sociální vztahy.....	115
5.5	Kvalita života ve vztahu k rizikové konzumaci alkoholu a kouření.....	117
6	Závěr.....	121
7	Literatura.....	125
8	Přílohy	138
8.1	Seznam příloh.....	138
8.2	Příloha A Tabulka zemí participujících na studii HBSC od roku 1983.....	139
8.3	Příloha B Seznam tabulek	140
8.4	Příloha C Tabulky	141
8.4.1	Tabulky – kvalita života	141
8.4.2	Tabulky – KŽ ve vztahu k rodině.....	143
8.4.3	Tabulky – KŽ ve vztahu ke škole	144
8.4.4	Tabulky – KŽ a sociální vztahy	146
8.4.5	Tabulky – KŽ ve vztahu ke kouření a rizikové konzumaci alkoholu	148
8.4.6	Tabulky – KŽ ve vztahu k psychosomatickým obtížím.....	149
8.5	Příloha D Seznam grafů	151
8.6	Příloha E Dotazník Mládež a zdraví 2006.....	152

Úvod

Prožít spokojený a šťastný život je přirozenou touhou většiny lidí. Co ale takový život umožňuje, co činí člověka šťastným a jeho život kvalitním? Je to dobré zdraví, materiální dostatek, kvalitní sociální vztahy, opora blízkého člověka, vzdělání, víra v boha nebo něco jiného? Tyto otázky se snaží lidé zodpovědět odpradáвна. Ve 20. století se postupně staly předmětem vědeckého zkoumání v podobě složitého, multidimenzionálního konceptu *kvalita života*, který pronikl do mnoha vědeckých oborů, především však do sociologie, psychologie a medicíny.

Rozdílné zaměření oborů, které se problematikou kvality života v současnosti zabývají, je příčinou jejího odlišného pojetí a interpretace. Neexistuje jednotné paradigma ani shoda, jak kvalitu života měřit a hodnotit. Velmi často je kvalita života spojována s pojmy štěstí, zdraví, spokojenost, pohoda.

Pojem pohoda (well-being) použila Světová zdravotnická organizace k definování zdraví a zdůraznila tak jeho subjektivní rozměr. Pojetí zdraví a nemoci se postupně začalo měnit. Došlo k odklonu od jednostranně zaměřeného biomedicínského modelu, který chápal zdraví především jako nepřítomnost nemoci, byl zaměřen na symptomy chorob, jejich diagnostiku a léčbu a upřednostňoval biologickou složku jedince před psychickou, sociální a spirituální. V současnosti jsou odborníky upřednostňovány komplexní koncepce, zohledňující zdraví v širokých souvislostech. Je zdůrazňována nezbytnost holistického pohledu na člověka a pojetí zdraví se vrací k myšlenkám antické filozofie, která chápala zdraví jako celek rovnovážných elementů v širokém kontextu s prostředím.

V populaci rozvinutých průmyslových zemí dnes převažují chronické civilizační choroby, které bezprostředně souvisejí s životním stylem, sociálními determinantami zdraví a s kvalitou života. Zdravotní stav je ovlivňován behaviorálními faktory, jak negativními, jako jsou např. kouření, nadměrné pití alkoholu, přejídání nebo nevhodné sexuální chování, tak pozitivními, zdraví podporujícími (salutogenetickými) aktivitami. Chronické nemoci se ve většině rozvinutých průmyslových zemí postupně stávají významnou socioekonomickou problematikou. Úroveň medicíny je vysoká, výdaje na léčbu však mají své limity a nedají se zvyšovat donekonečna. Světová zdravotnická organizace doporučuje

změnit přístup ke zdraví ve smyslu posilování a podpory zdraví (*health promotion*). Cílem nového přístupu je zaměřit se nejenom na prevenci nemocí, ale hlavně na aktivní vytváření zdrojů zdravotní síly (*salutorů*), na ochranu zdraví a podporu životní spokojenosti.

Sledování zdravotního stavu, behaviorálních komponent zdraví a kvality života jedinců je podmínkou pro tvorbu a zaměření programů podpory zdraví. Objektivně je zdravotní stav populace posuzován nepřímo, pomocí různých ukazatelů nemocnosti a úmrtnosti. U dětí se sleduje novorozenecká a kojenecká úmrtnost, výskyt vrozených vývojových vad a eviduje se dispenzarizace. Uvedené údaje poskytují důležité, avšak pouze dílčí informace o zdravotním stavu dětí. Další fakta je možné získávat z výsledků výzkumů zaměřených na sledování zdravotního stavu, behaviorálních komponent zdraví a kvality života dětí a dospívajících.

Cenným zdrojem informací o subjektivně vnímaném zdraví dětí a dospívajících v širokém kontextu je studie Světové zdravotnické organizace „The Health Behaviour in School-Aged Children: A WHO Cross-National Study“ (HBSC), která se dlouhodobě zabývá sledováním pozitivních i negativních vlivů na zdraví dětí a mládeže. Její výzkumná šetření se od roku 1985 opakují každé čtyři roky, počet zemí, které se do studie zapojují, stále roste. Česká republika je do studie zapojena od roku 1993. Výsledky šetření jsou publikovány v závěrečných zprávách a jsou dostupné široké odborné i laické veřejnosti.

V předkládané disertační práci vycházíme z dat získaných při posledním výzkumném šetření studie HBSC v roce 2006, na kterém jsme měli možnost se podílet. Naším cílem bylo sledovat specifické ukazatele kvality života u reprezentativního vzorku českých dětí ve věku 11, 13 a 15 let. Z rozsáhlého souboru dat jsme vybrali položky, které nám umožnily sledovat kvalitu života a vybrané oblasti životního stylu českých dětí, jež jsme považovali vzhledem k věkové kategorii respondentů za nejdůležitější.

Výběr indikátorů pro zjišťování kvality života jsme volili tak, abychom postihli kombinaci tří nejdůležitějších faktorů: vnímání úrovně vlastního zdraví, osobní pohody a životní spokojenosti. Kvalitu života jsme posuzovali ve vztahu k dalším významným faktorům souvisejícím s životním stylem. V úrovni rodinného mikrosystému jsme se vzhledem

k měnícímu se charakteru současné české rodiny zaměřili na formální strukturu rodiny a množství společně stráveného volného času v rodině. V oblasti rodinného mezosystému jsme sledovali tři faktory ze školního prostředí (postoje dětí ke škole, jejich názory na učitele, míru pocíťovaných nároků na školní výkon) a sociální vztahy adolescentů. V úrovni rodinného makrosystému jsme se zaměřili na analýzu vztahů mezi kvalitou života a místem bydliště. Tato oblast nebyla doposud ve studii HBSC zjišťována, ačkoli ideální velikost sídel je dlouhodobě diskutovaný a v mnoha výzkumech sledovaný jev. Zajímalo nás, zda děti žijící na současné české vesnici vnímají kvalitu života odlišně, než děti žijící ve městech.

K analýze souvislostí mezi kvalitou života a rizikovým chováním jsme zvolili návyky, které jsou u českých dospívajících dlouhodobě velmi rozšířené a i přes opakovaná varování odborníků velmi tolerované a mnohdy dokonce oceňované – kouření tabáku a pití alkoholu.

1 Literární přehled

1.1 Kvalita života

1.1.1 Historie pojmu kvalita života

Kvalita života („quality of life“, QoL) je složitý, multidimenzionální koncept, který se i přes svou terminologickou a metodologickou nejednotnost dostal v současnosti do popředí zájmu v mnoha vědeckých oborech (Balcar, 2005; Kebza, 2005; Křížová, 2005; Mareš, 2006a). Počátky sledování kvality života nalezneme již v antice v podobě filozofických úvah nad podstatou lidského bytí, mystikou života a jeho naplněním. Otázkami délky a naplnění života se zabýval Seneca (Mareš, 2006a); učením o blaženosti (eudaimonia), vymezením ctností a poznáním, které dává lidskému životu smysl, Sokrates (Payne, 2005a). Kvalita života se stala ideovou podstatou osvícenství, kdy za smysl existence byl považován život sám o sobě, důraz byl kladen na jedince a jeho seberealizaci a ústřední hodnotou se stalo štěstí (Hnilica, 2005a). Jan Ámos Komenský upozorňoval na mystický rozměr lidského ducha, na hledání blaženosti v sobě samém, na význam poznání, které vede k uspokojení a naplnění života (Žák, 2005).

Současný vědecký koncept kvality života má kořeny v americké ekonomii, politologii a sociologii padesátých let 20. století. V té době se v USA začalo ukazovat, že ekonomický růst a kvantita nemohou být jediným měřítkem úspěchu, navíc že ekonomické indikátory jsou jednostranné a nemusí vždy poskytovat validní informace. Politickým cílem se stalo zvyšování kvality života lidí a její sledování v širším kontextu se zaměřením na objektivní i subjektivní sociální indikátory (Hnilica, 2005a).

V druhé polovině 20. století se pojem kvalita života stal nejprve trendem v politice a mediálním světě, později se vyvinul ve vědecký koncept. Dnes se s ním setkáme zejména ve vědách společenských, především v sociologii a psychologii, ale také v oborech biologických a technických (Hnilicová, 2005; Mareš, 2006a).

Sociologie zkoumá kvalitu života u různě velkých sociálních skupin a hledá společenské determinanty kvality života. Psychologie se zabývá především subjektivními faktory kvality života u jednotlivců, zaměřuje se na pocity štěstí, spokojenosti, životní pohody (subjective well-being) (Hnilica, 2005b). Zdravotnictví využívá specifikovanou podobu konceptu kvality života „health-related quality of life“ (HRQoL) k hodnocení úspěšnosti léčby a kvality poskytované péče (Hnilicová, 2005; Štěrba, 2009).

Významným impulsem ke sledování kvality života v medicíně byla změna v pojetí zdraví a nemoci. Díky definici WHO „*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease and infirmity*“ (do češtiny překládané jako „*Zdraví je stav úplné tělesné, psychické a sociální pohody, a ne jenom nepřítomnost nemoci nebo vady*“) začalo být ve druhé polovině dvacátého století zdraví pojímáno více komplexně. Kromě biologických faktorů, majících vliv na zdraví a nemoc, začaly být zohledňovány také faktory psychické a sociální. I přes některé kritizované nedostatky této definice přispěl nový pohled a následný program WHO k posunu v chápání zdraví (Křivohlavý, 2001). Jeho pojetí se odklonilo od jednostranného biomedicínského modelu a postupně se vrátilo k antické holistické filosofii (Bártlová, 2005; Baštecká, Goldmann, 2001). V roce 1979 poukázal na význam systematického zkoumání zdraví v širokém biopsychosociálním konceptu autor teorie stresu H. Selye (Kebza, 2005).

V latině a v řečtině původně slovo „zdraví“ znamenalo celek. Řecká medicína vycházela z filosofie komplexního pojetí pacienta jako jedince tvořícího neoddělitelný celek s prostředím, ve kterém žije, a vymezovala zdraví jako „isomoriá“, neboli rovnocennost všech elementů daného celku, kdy žádný prvek nemá převahu (Bednář, 2005).

Současný přístup ke zdraví významně ovlivnila rovněž *salutogenetická* koncepce americko-izraelského sociologa Aarona Antonovskeho, který popsal faktory podporující zdraví (*salutory*) a vytyčil tři základní aspekty zdroje zdravotní síly: smysluplnost (*meaningfulness*), víru ve zvládnutelnost požadavků (*manageability*) a schopnost rozumět světu (*comprehensibility*) (Antonovsky, 1996). Vztah zdraví a kvality života ve své definici vystihuje Seedhouse (1995): „*Zdraví je celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí*“ (cit. dle Křivohlavý, 2001, s. 40) V souvislosti s výzkumy

kvality života je důležité zdůraznit, že pojetí zdraví je ovlivňováno tradicemi, normami a společenskými hodnotami a může se v jednotlivých kulturách lišit (Mareš, 2008a).

Výzkumy zabývající se kvalitou života ve vztahu ke zdraví jsou zaměřené především na dospělé nemocné osoby, méně často se aplikace používá u zdravých lidí. Nejméně se v literatuře setkáme s výsledky sledování kvality života dětí a dospívajících (Rybářová a kol., 2006; Svatoš, Švarcová, 2006). Tato populační skupina se dostala do centra zájmu teprve v posledních deseti letech. Sledování kvality života jednotlivců i skupin se v současnosti postupně stává samostatnou mezioborovou oblastí (Mareš, 2008b). Jejím nejdůležitějším cílem je získat co nejkomplexnější informace o životě lidí a následně zajistit rozvoj takových životních podmínek, které by lidem umožňovaly žít pro ně co nejlepším možným způsobem (Hnilicová, 2005; Hnilicová, Bencko, 2005; Křivohlavý, 2001).

1.1.2 Vymezení pojmu kvalita života

Pojem kvalita života je vymežován z mnoha různých pohledů. Vzhledem k různorodosti oborů, ve kterých se koncept používá, je obtížné najít jednotné paradigma (Mareš, 2006a). Vývoj konceptu směřuje postupně k širšímu, obecnějšímu pojetí, ale všeobecně akceptovatelný model neexistuje (Mareš, 2006a; Kebza, 2005).

Komplexnější pojetí kvality života vyjadřuje definice Světové zdravotnické organizace (WHO), která vymezila kvalitu života jedinců jako individuální, subjektivní vnímání jejich pozice v životě v kontextu kultury a hodnotového systému, v němž jedinci žijí, a ve vztahu k jejich cílům, očekáváním, zájmům a požadavkům. Kvalita života podle WHO zahrnuje somatické zdraví, psychický stav, úroveň nezávislosti na okolí, sociální vztahy, jedincovo přesvědčení i víru (WHO QoL Group, 1995).

Hnilica (2005) popisuje tři hlavní přístupy ke konceptualizaci kvality života: 1. skandinávský přístup se zaměřuje na objektivní podmínky pro život; 2. americký přístup se zabývá subjektivními faktory dobrého života; 3. německý přístup se snaží o kombinaci objektivních a subjektivních přístupů (Hnilica, 2005a).

Většina autorů se shoduje, že je možné zkoumat objektivní i subjektivní kvalitu života ve třech základních doménách – fyzické, psychické a sociální – a že se do hodnocení kvality života promítá minulost, současnost i budoucnost jedince a jeho sociální vztahy (Křížová, 2005). Fyzická doména hodnotí nejčastěji somatické zdraví, fyzickou harmonii a zdatnost, aktivitu, odpočinek, spánek, zdravotní obtíže; psychická doména pozitivní a negativní emoce, pocit pohody, štěstí, slasti, vitality a sociální doména socioekonomický status, úroveň zdravotních a sociálních služeb, partnerství, vztahy, rodinu. U dětí a dospívajících se v oblasti sociální zjišťuje také spokojenost se životem ve škole, vztahy s učiteli a spolužáky (Balcar, 2005; Křížová, 2005; Mareš, 2007a).

Bergsma a Engel (1988) rozlišují tři hlavní úrovně zkoumání kvality života: 1. *makroúroveň*, zabývající se kvalitou života velkých společenských útvarů, zemí, kontinentů, ale také morálkou a absolutním smyslem života; 2. *mezoúroveň*, zkoumající kvalitu života sociálních skupin, v závislosti na sociálním klimatu, vztazích, míře sociální opory a skupinou sdílených hodnotách, a 3. *mikroúroveň*, zaměřenou na kvalitu života jedince, která souvisí se subjektivním vnímáním zdravotního stavu, pocitem štěstí, spokojenosti, sebereflexí a zamyšlením se nad vlastní existencí.

Veenhoven (2000) zahrnuje do konceptu kvality života čtyři aspekty: prostředí, jedince, životní příležitosti a výslednou, skutečnou podobu života. Pro prostředí, které někteří autoři označují pojmem enviromentální kvalita života (enviromental quality of life), a jeho příhodnost pro život (livability) představují podle Veenhoven vnější kvalitu života. Jedinec, jeho životaschopnost (life-ability), vnitřní kvality, nezdolnost (resilience) a zvládací kapacita vyjadřují vnitřní kvalitu života.

Obecný kanadský model, který autoři Raphael, Rukholm, Brown et al. (1996) označili jako „3B“, je strukturovaný do tří oblastí: 1. být (being), 2. někam patřit (belonging), 3. o něco usilovat, něčím se stávat (becoming). Rovina *být (being)* zahrnuje fyzické, psychologické a spirituální bytí. Oblast fyzického bytí posuzuje celkový vzhled jedince, jeho somatické zdraví, osobní hygienu, stravování, fyzickou aktivitu; psychologické bytí hodnotí mentální zdraví, kognitivní úroveň, city, sebepojetí a oblast spirituální se zabývá hodnotami, vírou, spirituálními potřebami. Rovina *někam patřit (belonging)* hodnotí vztah k různým typům prostředí a sleduje kvalitu života v závislosti na místu bydliště, sociální příslušnosti,

dostupnosti zdravotní péče, vzdělání, zaměstnání, volnočasových aktivit, sociálních služeb. Rovina *o něco usilovat, něčím se stávat (becoming)* se zabývá osobními ambicemi, aspiracemi, cíli a zdroji naděje u sledovaného jedince (Mareš, 2006a).

Balcar (2005) vymezuje 3 základní dimenze lidského života ve vztahu člověka ke světu i k sobě samému: 1. dimenzi duchovní, kterou je smysl; 2. dimenzi duševní – štěstí a 3. dimenzi tělesnou – zdraví.

Kováč (2003) popsal třístupňový model, na jehož vrchol umístil smysl života, vycházející z Antonovského pojetí *meaningfulness* (smysluplnosti) a představující psychický regulátor chování. Do základního stupně Kováč zahrnuje dobrý fyzický a psychický stav, funkční rodinu a úroveň socioekonomického statusu. Střední část modelu tvoří hodnoty, vztahy, informace, styly (Kebza, 2005).

Důležitou oblastí, která významně ovlivňuje kvalitu života, je spiritualita. Bývá zkoumána v rámci domény duchovní, existenciální a zjišťuje prožitek smyslu, smysluplnosti života a směřování, celkové orientace života jedince (Balcar, 2005; Křivohlavý, 2002).

Transcendentní koncepce kvality života hodnotí užitečnost života (utility of life), zabývají se pojetím dobra, mystikou života, spiritualitou a hodnotami, jako je moudrost, štěstí, blaženost, slast (hedoné), klid (galéné), láska (agapé), víra, naděje a odpuštění (Mareš, 2006b; Payne, 2005b; Žák, 2005).

Podstatnou a neoddělitelnou složkou většiny konceptů kvality života je hodnocení úrovně zdraví (Drbal, Bencko, 2005). Hodnocení mentálního zdraví jako důležité stránky kvality života se zaměřuje především na kladné stránky osobnosti, na její přednosti a ctnosti, které pozitivně ovlivňují kvalitu života (Mareš, 2006b).

Moons et al. (2004) upozornili na některé nedostatky současných přístupů: 1. kvalita života je často používána jako synonymum pro zdravotní stav nebo funkční schopnost jedince; 2. je upřednostňováno sledování subjektivních parametrů před objektivními; 3. v některých konceptech nejsou odlišeny indikátory od determinant kvality života; 4. diagnostika je více zaměřena na hodnocení kvality života související se zdravím než na celkovou kvalitu života; 5. je málo zohledňována skutečnost, že se kvalita života může

měnit v čase a může být ovlivněna jak v pozitivním, tak negativním smyslu (Mareš, 2008 b).

Nejčastěji je pojem kvalita života vyjádřen kombinací tří navzájem se prolínajících faktorů: subjektivním vnímáním úrovně vlastního zdraví, osobní pohody a životní spokojenosti. Někteří autoři pokládají osobní pohodu (well-being) za klíčovou součást kvality života a doporučují ji standardně sledovat v různých kontextech (Kebza, 2005; Křivohlavý, 2004; Skorunka, 2006).

1.1.3 Well-being, osobní pohoda

Well-being, termín, který WHO použila k vymezení a definování zdraví, je do češtiny překládán různými autory různě; nejčastěji jako *duševní pohoda*, *prožitek osobní pohody*, *subjektivní komfort*, *stav, kdy se člověk cítí dobře*, *pocit blaha* (Kebza, 2005; Kebza, Šolcová, 2005). Křivohlavý (2001, 2004) užívá k překladu pojmy *pohoda*, *životní pohoda*. Kebza (2005) doporučuje užívat termín *osobní pohoda* jako pojem multidimenzionální, který zahrnuje jak duševní, tak tělesnou, sociální i spirituální dimenzi.

Subjektivní životní pohoda bývá definována jako kognitivní a emocionální vyhodnocení vlastního života či jako dlouhodobý emoční stav, který reflektuje celkovou spokojenost člověka s jeho životem (Diener, Lucas, Oishi, 2002; Kebza, Šolcová, 2005; Blatný, 2005). Znamená to tedy, že je subjektivním vyjádřením toho, co je pro člověka důležité, a že vychází z osobní zkušenosti jedince.

Osobní pohoda má dvě základní složky – kognitivní a emoční. Kognitivní složka obsahuje vědomé hodnocení života a životní spokojenosti daného jedince, emoční složka prožívané citové stavy (Blatný, 2005; Blahutková, Dan, 2008). Vliv na vnímanou osobní pohodu mají do určité míry genetické predispozice (extroverze, neuroticismus), ale výrazně se na jejím vnímání podílí také celkový postoj k životu a vidění světa (Křivohlavý, 2004; Macek, 1999). Z hlediska časového se dá zjišťovat aktuální a obecná úroveň osobní pohody, z hlediska širě obecná životní pohoda nebo pohoda v jednotlivých oblastech života, např. v rodině, zaměstnání, zdraví apod. (Blahutková, Dan, 2008).

Termín *well-being* bývá vysvětlován ve vztahu k souvisejícím pojmům: štěstí (happiness), blaho (welfare), radost (pleasure), spokojenost (satisfaction), životní spokojenost (life satisfaction), úspěšnost (prosperity), zdraví (health), kvalita života (Kebza, 2005; Kebza, Šolcová, 2005).

Osobní pohoda je jedním z témat pozitivní psychologie, což je relativně nový psychologický směr rozvíjející se teprve ve 3. tisíciletí. Zabývá se salutogenetickými, zdraví posilujícími jevy, jako jsou kromě osobní pohody např. radost, naděje, odpouštění, smířování, vděčnost, empatie, altruismus, láska, přátelství, moudrost, pokora, optimismus, nezdolnost (resilience), kladné sebeoceňování (self-esteem), osobní opravdovost (autenticita), identita a spiritualita. Zájem o uvedená témata sahá hluboko do historie lidstva, soustavné vědecké práce v této oblasti se však začaly objevovat až v 70.–80. letech 20. století (Seligman, Csikszentmihalyi, 2000; Křivohlavý, 2004).

Z hlediska psychologického lze well-being zařadit jak mezi emoce, vyjadřující aktuální stav jedince či déletrvající náladu, tak mezi osobnostní rysy, vyjadřující habituální pohodu, míru pozitivní afektivity a postoj k životu (Křivohlavý, 2004; Kebza, 2005). Well-being souvisí s pozitivními vztahy k sobě i k druhým lidem, s autonomií jedince, duševní stabilitou a extravertí, se zvládáním nároků, pocitem kompetence, osobním rozvojem, sebehodnocením, smyslem života, prožitkem naděje, štěstím a radostí (Křivohlavý, 2004; Kebza, 2005). Tyto faktory se následně promítají do úrovně celkové kvality života. Zdraví a kvalitu života ovlivňuje pozitivně především dlouhodobě vnímaná vysoká úroveň osobní pohody. Někteří psychologové zdůrazňují, že pro pocit celkové pohody je důležitá vyrovnanost pozitivních a negativních emocí (Křivohlavý, 2004).

Významnou složkou osobní pohody je fyzická zdatnost. Je dokázáno, že pohybová aktivita snižuje stres, vyvolává pozitivní emoce a má pozitivní vliv na životní spokojenost a celkovou pohodu u lidí zdravých i nemocných, u dospělých i adolescentů (Kebza, 2005).

Sociální dimenze osobní pohody je dána kvantitou a kvalitou sociálních kontaktů, vnímanou sociální oporou, sociální integrací do skupiny, sociální soudržností, akceptací a sociálním přínosem (Kebza, 2005). Sheldon (2001) dokázal, že životní cíle zaměřené na skupinu přispívají ke zvyšování osobní pohody více než cíle zaměřené na rozvoj vlastní

osobnosti (Kebza, 2005). Křížová (2005) prokázala, že osamělé osoby udávají výrazně nižší spokojenost s kvalitou života. Fromm pokládá za základní problém lidského bytí pocit osamělosti, který člověk nezažíval, dokud byl integrální součástí přírody. To, že se postupně od přírody oddělil a v dnešní době ji překračuje, i když nadále zůstává její součástí, vedlo ke vzniku specifických lidských potřeb, které mají pro člověka větší důležitost než potřeby fyziologické. Jsou jimi: *potřeba sounáležitosti* s jinými lidmi a živými bytostmi; *potřeba zakořeněnosti* neboli potřeba mít domov, někam patřit, cítit se součástí rodiny nebo světa; *smysl totožnosti*, který vyjadřuje potřebu uvědomovat si sama sebe jako jedinečného individua; *rámec orientace a oddanosti*, což je potřeba důsledného vnímání světa a reagování na něj a *transcendenci*, kterou Fromm chápe jako potřebu stát se aktivním činitelem (Coan, 1999).

Osobní pohoda souvisí také se spiritualitou a religiozitou. Mnohé výzkumy prokázaly vztah mezi vírou, religiózními aktivitami, výší osobní pohody, zdravím a kvalitou života (Křivohlavý, 2002; Kebza, 2005; Hodačová, 2008b).

Determinantami osobní pohody jsou podle Levina a Chattersové (1998) zdravotní stav, subjektivní hodnocení zdraví, objektivní ukazatelé fyzických funkcí, socioekonomický status, etnicita, sociální opora, životní události a věk (Kebza, 2005).

Křivohlavý (2004) upozorňuje na to, že celková psychická pohoda je pro jedince i skupinu velmi důležitá, ale nemusí být nejvyšším cílem lidského snažení a ústřední hodnotou kvality života.

1.1.4 Metody měření kvality života

Vzhledem k šíři a rozmanitosti pojetí konceptu kvality života existuje i mnoho různých metod jeho zjišťování a měření. Nejvíce se pro měření kvality života používají dotazníky. Se zvyšujícím se zájmem o měření kvality života výzkumných nástrojů postupně přibývá, hledají se spolehlivější a citlivější. Vznikají buď úplně nové metody, nebo se na základě zkušeností modifikují a zdokonalují starší verze. Rozsah nástrojů je rozdílný, od velmi podrobných a rozsáhlých verzí, které slouží především k vědeckým účelům, po krátké

verze používané v praxi. Zkrácené metody se nejčastěji aplikují ve zdravotnictví, kde je kvalita života související se zdravím (HRQL) považována za důležitý indikátor pro hodnocení úrovně a efektivity poskytované péče.

Vývoj výzkumných metod souvisí s tendencemi posunout výzkum kvality života směrem od objektivních indikátorů k subjektivním, od skupinových k individuálním a od zkoumání negativních jevů k jevům pozitivním (Mareš, 2008b).

Metody zjišťování kvality života se dají třídit dle různých hledisek. Křivohlavý (2002, 2005) shrnuje nástroje používané ve zdravotnictví a dělí je na metody, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba, metody, pomocí kterých hodnotí kvalitu života sama posuzovaná osoba a metody smíšené.

Podrobnou klasifikací a analýzou metod používaných ke zjišťování kvality života se zabývá Mareš (2006c, 2007c, 2008b). Dělí je z hlediska podoby na metody kvantitativní, kvalitativní a smíšené; z hlediska použitelnosti na generické, specifické a smíšené a z hlediska posuzovatele podle toho, kdo kvalitu života posuzuje. Uvádí přehled metod používaných ke zjišťování kvality života u dětí a dospívajících (Mareš, 2006c). Analyzuje také nejnovější nástroje zaměřené na individuální kvalitu života (Mareš, 2008b).

Stejný autor zároveň upozorňuje na metodologické nedostatky spojené s měřením kvality života – problémy s překladem termínů do různých jazyků, snahu o univerzálnost, kategorizaci, standardizaci, nerespektování individuálních, kulturních a etnických zvláštností u tradičních nástrojů; náročnost, pracnost a složitost zpracování u nástrojů individualizovaných (Mareš, 2008b). Landgraf et al. (1998) zdůrazňují nutnost vytvářet validní metody v rámci mezinárodní spolupráce.

Ve studii z roku 2008 Mareš podrobněji analyzuje generické výzkumné nástroje používané k měření kvality života u dětí a dospívajících a zabývá se způsoby jejich vytváření. Popisuje tři přístupy – 1. sekvenční, kdy nástroj je primárně vytvořen v jedné zemi a následně překládán do různých jazyků; 2. paralelní, který vznikne v jedné zemi, ale ověřuje se mezinárodně a před jeho vytvořením jsou prodiskutovány kulturní zvláštnosti; 3. simultánní, kdy dotazník vzniká souběžně v mnoha různých zemích s maximální snahou o identické pochopení užitých termínů v různých kulturách (Mareš, 2008a).

1.1.4.1 Metoda KIDSCREEN

Jednou z metod, která vznikla v Evropě v rámci tříletého projektu (2001–2004), je metoda KIDSCREEN. Na vývoji standardizovaného nástroje participovalo 13 zemí – Rakousko, Česká republika, Francie, Německo, Řecko, Maďarsko, Irsko, Polsko, Španělsko, Švédsko, Švýcarsko, Holandsko, Velká Británie. Vývoj dotazníku vycházel z výsledků publikovaných v literatuře, byl konzultován v diskusních skupinách expertů a ohniskových skupinách dětí v jednotlivých participujících zemích. Finální verze dotazníku byla testována na reprezentativním vzorku více než 20 000 dětí a dospívajících.

Dotazník, který vznikl, je použitelný pro zdravé i chronicky nemocné děti a dospívající ve věku od 8 do 18 let. Konceptně se jedná o multidimenzionální konstrukt založený na měření kvality života související se zdravím (HRQL). Má tři verze: KIDSCREEN-52, KIDSCREEN-27 a KIDSCREEN-10 index. Nejdelší z nich KIDSCREEN-52 obsahuje 10 domén, ve kterých zjišťuje fyzické zdraví, psychickou pohodu, emoce, sebepercepci, autonomii, vztahy s rodiči, sociální oporu, vztahy s vrstevníky, školní prostředí, šikanu a ekonomický status. Zkrácená verze KIDSCREEN-27 měří kvalitu života na základě pěti domén, kterými jsou: fyzické zdraví, psychická pohoda, autonomie a vztahy s rodiči, sociální opora a vztahy s vrstevníky, školní prostředí. Nejkratší verze dotazníku KIDSCREEN-10 index obsahuje 10 položek zjišťujících fyzickou i psychickou pohodu, náladu, autonomii, sebepercepci, sociální vztahy s rodiči a vrstevníky.

Dotazník KIDSCREEN je v současné době přeložen do 13 jazyků (The KIDSCREEN Group, 2004; Ravens-Seiberer et al., 2004; Robitail et al., 2004; Ravens-Seiberer et al., 2005; The KIDSCREEN Group, 2006).

1.1.5 Kvalita života u dětí a dospívajících

Ještě v roce 2001 bylo zkoumání kvality života u dětí označováno pojmem *emerging field*, tedy jako oblast nově vznikající. Teprve po roce 2005 lze vysledovat nárůst výsledků výzkumů a rozvoj výzkumných nástrojů zjišťujících kvalitu života dětí a dospívajících (Mareš, 2008c). Výzkumy, které se zabývají kvalitou života u dětí a dospívajících, jsou

zaměřeny především na chronicky a vážně nemocné děti (Mareš, 2007b; Lee, Meuleners, Fraser, 2009). Přehled dostupných českých a slovenských prací zaměřených na kvalitu života u dětí podávají Mareš, Marešová (2006). Autoři zároveň upozorňují na některé jejich nedostatky, např. terminologickou a metodologickou nejednotnost, malý zájem o pozitivní vlivy na kvalitu života dětí či používání nestandardizovaných výzkumných nástrojů. Zdůrazňují nutnost respektovat vývojové, osobnostní, zdravotní a sociální odlišnosti, kterými se děti a dospívající liší od dospělých.

Eiser, Morse (2001a, 2001b) poukazují na skutečnost, že většině analyzovaných nástrojů chybí doklady o jejich validitě, vhodnosti pro děti a pro rozdílné věkové, etnické a kulturní skupiny. Mareš (2008c) dospěl v analýze výzkumných nástrojů k závěru, že dotazníky jsou orientovány spíše na oblast fyzickou a psychickou, méně na faktory sociální, kulturní a etnické, které mají na kvalitu života dětí velký vliv. Velmi zřídka je sledován časový a materiální kontext života dětí.

Měření kvality života u dětí má svá specifika, která pramení z odlišnosti jednotlivých vývojových období a z osobnostních zvláštností daných úrovní myšlení, řeči, vnímáním zdraví a nemoci, interpretací stresorů a jejich zvládním. Na děti výrazněji než na dospělé působí sociokulturní a etnické faktory, dítě je více ovlivňováno rodinou a vrstevnickou skupinou. S rozšiřující se globalizací se děti častěji než dříve dostávají do odlišných sociokulturních podmínek, na něž se musí adaptovat. Všechna sociální prostředí, ve kterých se dítě pohybuje, výrazně ovlivňují jeho názory. Dítě má málo možností sociální prostředí měnit, má omezenější rozsah zvládacích strategií než dospělý a méně než dospělý může rozhodovat samo o sobě. Do kvality života dětí a dospívajících se výrazně promítá také škola a její sociální klima (Čáp, Mareš, 2001; Mareš, 2008a; Mareš, Marešová, 2006).

Subjektivně vnímaná pohoda má velký dopad na objektivní chování dítěte (Currie et al., 2004). Její sledování společně s dalšími subjektivními indikátory, jakými jsou životní spokojenost (life satisfaction), štěstí (happiness) a zdraví (health) je zvláště důležité u dětí a dospívajících, u kterých je vysoká prevalence tzv. somatoformních potíží, tedy výskyt tělesných potíží bez zjištěné organické příčiny (Skorunka, 2006). V dětství je psychická a somatická složka daleko více provázaná než v dospělosti. Čím jsou děti mladší, tím

snadněji se přetížení různými patologickými vlivy přenáší z jedné složky do druhé (Balcar, 2006).

Úroveň subjektivně vnímané osobní pohody může klesat v adolescenci, neboť se jedná o náročné vývojové období, které s sebou přináší mnoho obtížných situací a specifických požadavků na jedince (Macek, 1999; Vágnerová, 2005).

1.2 Adolescence

1.2.1 Vymezení vývojového období adolescence

Adolescencí je v souladu se současným celosvětovým trendem označováno široké vývojové období přechodu mezi dětstvím a dospělostí, kdy dochází k výrazné proměně osobnosti ve všech jejích složkách – biologické, psychické i sociální. Časově je řazena převážně do druhé dekády života člověka.

Ve starší literatuře je adolescenci vymezován kratší a pozdější vývojový úsek, většinou období od 15. do 22. roku. První polovina druhé dekády života bývá popisována jako specifická samostatná perioda, označovaná pojmem *pubescence* (Langmeier, Krejčířová, 1998; Macek, 1999; Macek, 2002a; Vágnerová, 2005).

Periodizace a charakteristika jednotlivých období v rámci adolescence se v odborné literatuře liší. V současnosti se většina autorů shoduje, že adolescence je celé období mezi dětstvím a dospělostí, které začíná pubertálními změnami a které je vhodné dále členit na dvě až tři fáze: *časná (raná) adolescence*, vymezená věkem 10–13 nebo 10–15 let, *střední adolescence* od 14 do 16 let a *pozdní adolescence*, začínající patnáctým nebo sedmnáctým rokem a končící ve dvaceti letech i déle. Každé z těchto období má své charakteristické rysy a svá specifika. Typickým společným znakem celého období je vysoká intraindividuální a interindividuální variabilita (Macek, 1999; Macek, 2002a; Vágnerová, 2005).

Doba nástupu a ukončení puberty se liší nejen mezi jedinci téže populace, ale z celosvětového hlediska i mezi populacemi. Vliv mají faktory genetické, psychické a socioekonomické, výživa, fyzická zátěž, onemocnění nebo systém zdravotní péče (Macek, 2002a; Balharová, 2005; Provazník, Vignerová, Bláha, 2007). V současnosti se období dospívání v rozvinutých průmyslových zemích stále prodlužuje, dříve než v minulosti začíná a později končí. Důvodů je několik. Nejvýznamnějšími jsou: urychlení pohlavního dozrávání (sekulární akcelerace), delší trvání puberty a prodlužování přípravy na život v dospělosti. Urychlení pohlavního dozrávání je ovlivněno zlepšujícími se socioekonomickými podmínkami, kvalitnější výživou a celkově lepším zdravotním stavem populace. V západní Evropě došlo u dívek podle výsledků výzkumů za posledních sto let k urychlení nástupu menarche v průměru o 4 roky. V českých zemích se věk první menstruace výrazně snižoval od konce 19. století až do roku 1962, kdy se ustálil na průměrném věku 13 let (Vignerová, Bláha, 1998; Macek, 1999; Balharová, 2005). Potvrzuje to i poslední antropometrické měření v ČR, provedené v rámci 6. celostátního antropologického výzkumu v roce 2001 (Vignerová, 2009). V současnosti se začátek pohlavního vývoje chlapců a dívek již neurychluje (Vágnerová, 2005). Tento fakt potvrdily i výsledky tuzemské studie ELSPAC (Evropská longitudinální studie těhotenství a dětství), která sledovala stupeň pohlavního vývoje u jedenáctiletých dětí v ČR a porovnávala je s dřívějšími studii (Balharová, 2005). Poslední antropologický výzkum v ČR zjistil u chlapců posun mutace o 0,7 roku do nižšího věku (Vignerová, 2009).

Konec období adolescence se dá vymezit obtížněji než jeho začátek. Určuje jej dosažení biopsychosociální zralosti a převzetí plné odpovědnosti vyplývající z dospělosti. To je ve velké míře ovlivněno sociálními a kulturními vlivy. Úplné biopsychosociální zralosti často člověk dosahuje až v období dospělosti. Přechod z adolescence do dospělosti není jednoznačný. Ještě první polovina třetího decenia je považována za přechodné období a někdy označována termínem *vynořující se dospělost (emerging adulthood)* (Macek, 2005). Výzkumy dokládají, že ve vyspělejších kulturách trvá adolescence déle. Ve většině společností je v současnosti mladým lidem tolerován odklad převzetí odpovědnosti. Období pozdní adolescence se tak stává atraktivní životní etapou volnosti, kdy má jedinec relativně dostatek svobody a minimum povinností. (Coan, 1999; Macek, 1999; Macek, 2005; Balharová, 2005; Vágnerová, 2005).

1.2.2 Historické souvislosti vývojového období adolescence

Z historického hlediska nabylo období adolescence na významu až se vznikem moderní průmyslové společnosti a s nástupem civilizačních změn. V tzv. tradičních, předmoderních společnostech byl (a někde doposud je) přechod od dětství k dospělosti velmi krátký a jednoduchý. Byl určen především pohlavním dozríváním a rituály (např. iniciačními obřady, slavnostmi, rituály spojenými s náboženskou vírou, odchodem dětí z domova na zkušenou, změnou oblékání). Role dospělého byly jasně vymezené a dopředu dané, dítě se muselo co nejrychleji začlenit do světa dospělých, přijmout odpovědnost a nový status (v židovské kultuře např. chlapci již ve třinácti a dívky ve dvanácti letech). Dospívající neměl příliš možností volby a nebyl ani ve středu pozornosti. Upřednostňovaly se skupinové cíle a hodnoty, jedinec se jim musel většinou podříditi (Macek, 1999; Macek, 2002a; Macek, 2005; Vágnerová, 2005; Lenderová, Rýdl, 2006).

Po průmyslové revoluci došlo k významným společenským posunům. Změnila se celková mentalita a filozofie společnosti, centrální hodnotou se stala svoboda a emancipace individua. Rozvoj dělby práce, specializace, profesionalizace, sociální mobility, urbanizace, rozmach trhu, ekonomiky, organizací, služeb, vědy, komunikace, oslabení rodinných vazeb, nové pojetí mužské a ženské role, vznik fenoménu volného času a nových tzv. kulturních potřeb – to vše vedlo k prodloužení přechodu z dětství do dospělosti a ke vzniku specifického vývojového období v životě člověka (Macek, 1999; Macek, 2005; Giddens, 1999; Keller, 2002). Sociologové hovoří o tzv. subkultuře mládeže, která se určitým způsobem separovala od života dospělých, vytvořila si specifický životní styl a stala se zajímavým kulturním zbožím pro trh (Macek, 1999).

V českých zemích začalo být dospívání, neboli *věk panický*, více zohledňováno až v 19. století. Ottův slovník naučný z roku 1894 definuje pojmy *jinošství* a *panenství*. Větší pozornost byla věnována především chlapcům, dívčí dospívání bylo považováno pouze za fyzickou záležitost a přípravu na roli vzorné manželky, matky a hospodyně. Teprve na začátku 20. století se pediatři a pedagogové začali komplexněji zabývat dospíváním u obou pohlaví (Lenderová, Rýdl, 2006). Rovněž ucelenější teorie adolescence začaly vznikat až v první polovině 20. století (Macek, 1999).

1.2.3 Teoretické přístupy k adolescenci

Interpretace adolescence vychází z jednotlivých teoretických přístupů, které jsou ovlivněny dobou a kulturou, v níž vznikly.

První periodizaci dětství a dospívání provedl nejvýznamnější filozof starověkého Řecka Aristoteles (384–322 př. n. l.) Adolescenci v jeho periodizaci odpovídá třetí období, které vymezil do věku od 14 do 21 let. Jedinec v něm má dokončit svůj tělesný vývoj, pečovat o vyšší vzdělání rozumu, pěstovat vůli a formovat charakter (Štverák, 1983; Macek, 1999).

Ve středověké Evropě byl prvním autorem, který popsal adolescenci jako svébytné a důležité období, osvícenský filozof J. J. Rousseau (1712–1778). Ve svém nejvýznamnějším románu Emil rozdělil výchovu člověka do pěti specifických období. Adolescenci vymezil periodu od 15 do 21 let (období mravní výchovy) a charakterizoval ji jako dobu emocionálního dozrávání, uvědomování si smyslu života a přesunu od egocentrismu k zájmu o druhé (Štverák, 1983; Macek, 1999).

První ucelené vědecké koncepce období dospívání začaly vznikat až na začátku 20. století. Nejstarší je teorie G. S. Halla (1844–1924), který charakterizoval adolescenci jako období bouře, vzdoru, neklidu a výkyvů emocí, kdy dochází k nevyhnutelným, dramatickým střetům protikladů. Při nich se dospívající jedinec postupně civilizuje a mění v zodpovědného člena společnosti (Macek, 1999; Macek, 2002a).

Zakladatel psychoanalýzy S. Freud (1856–1939) popsal dospívání z hlediska měnící se sexuality. Označil jej pojmem *genitální stadium* a období tzv. *druhé oidipovské situace*, kdy se dospívající osvobozuje ze závislosti na rodičích (Giddens, 1999; Macek, 1999; Macek, 2002a; Vágnerová, 2005).

A. Freudová (1895–1982) charakterizovala dospívání jako významnou životní fázi, v níž dochází k narušení rovnováhy mez *id* (podvědomím) a *egem* (vědomím). Popsala obranné mechanismy, *intelektualizaci a asketismus*, které pomáhají mladým lidem problémy v dospívání kompenzovat (Macek, 1999; Macek, 2002a; Vágnerová, 2005).

Erikson (2002) zařadil adolescenci ve své periodizaci ontogenetického vývoje do pátého stadia nazvaného *identita proti zmatení rolí*. Adolescenci chápe jako období tzv. *psychosociálního moratoria*, v němž společnost dospívajícímu umožňuje experimentovat s hodnotami a rolemi a v němž nejdůležitějším úkolem je vytvořit jasnou identitu vlastního já (*ego-identity*) a zvládnout pocity nejistoty o své sociální roli. Klade důraz na vyváženost biopsychosociálních vlivů a kontinuitu ve vývoji. Definuje termíny *krize identity* a *rozptýlená identita* (Bačová, 2008a; Macek, 1999; Macek, 2002a; Říčan, 2006; Vágnerová, 2005).

Eriksonův přístup rozvinul J. Marcia, který vysvětluje adolescenci na základě klíčových pojmů *krize*, *hledání* a *závazek*. Klasifikoval čtyři potenciální stavy identity, ke kterým může jedinec v adolescenci dospět: *identita difúzní (rozptýlená)*, *identita náhradní (foreclosure)*, *krize identity (moratorium)* a *dosažení identity (identity achievement)*. Důraz kladl zejména na moratorium jako na chráněný stav hledání a zkoušení, bez kterého nemůže jedinec dosáhnout finálního stadia adolescence (Macek, 1999; Macek, 2002a).

Další psychologické teorie pojmají adolescenci jako *proces konceptualizace* vlastního životního prostoru nebo *proces utváření vlastního vývoje*. Je v nich kladen důraz na seberealizaci, participaci dospívajících na vlastním vývoji, sebekontrolu, svobodnou volbu aktivit, pocity dospívajících a jejich osobní pohodu – *subjective well-being* (Macek, 1999). Jiné zdůrazňují význam a vliv důležitých *životních událostí* a jejich seskupení, např. Colemanův *ohniskový model* (Macek, 1999).

Sociologické teorie vysvětlují dospívání ve vztahu ke společnosti, společenským skupinám, k socializaci jako proces učení, poznávání a přijímání nových rolí. Interpretativní teorie a její směr *symbolický interakcionismus* zdůrazňuje důležitost vzájemného působení (*interakce*) jedinců a význam socializačních vlivů na vývoj osobnosti. G. H. Mead definoval pojem *Já (Self)*, které se utváří prostřednictvím názorů druhých lidí, Ch. H. Cooley pojem *zrcadlové Já (Looking Glass Self)* ve vztahu k významným druhým – členům primárních skupin (Macek, 1999; Giddens, 1999; Keller, 2002). Podle Cooleyho má pro formování identity největší význam mínění druhých, se kterými se jedinec setkává v rámci rodiny, skupiny vrstevníků a sousedství (Keller, 2002).

Vedle psychologických a sociologických koncepcí existují biomedicínské teorie dospívání, které vysvětlují vývoj puberty na základě biologických zákonitostí, hormonálních, metabolických a neurohumorálních vlivů. Pediatři hovoří o adolescenci jako o *dorostovém věku*. Sledují převážně tělesný růst, změny proporcionality těla, kostní věk, vývoj sekundárních pohlavních znaků, rizika v chování, ve výživě, v oblasti infekčních a civilizačních chorob, úrazovost, zneužívání a týrání dospívajících, somatoformní poruchy a jejich vztahy (Vignerová, Bláha, 1998; Macek, 1999; Balharová, 2005; Skorunka, 2006, Marx, Vaníčková, 2007; Provazník, Vignerová, Bláha, 2007; Vignerová, 2009).

1.2.4 Současné pojetí a interpretace adolescence

V současnosti je období adolescence vnímáno jako velice důležitá životní etapa s charakteristickými znaky, v níž dochází k celkové proměně osobnosti. (Vágnerová, 2005). Je pojímáno komplexně se všemi bio-psycho-sociálními a spirituálními aspekty a změnami. Bývá také označováno jako období druhého sociálního narození, období hledání, přehodnocování a budování vlastní nové identity a pozice ve světě. (Macek, 2002 a; Vágnerová, 2005). Důraz je kladen na potřeby a individualitu dospívajících. Za centrální úkol této periody je považováno úspěšné vyrovnání se se změnami bez ohrožení integrity vlastního já. Vývojové změny jsou interpretovány ve vzájemné interakci a s ohledem na historické a sociokulturní vlivy. Průběžně se specifikují a aktualizují. Někteří autoři upozorňují na riziko vytrácení se rituálů jasně vyznačujících přechod z dětství do dospělosti nebo na rozšiřující se nabídku možností volby a absenci opěrných bodů, což dospívajícím komplikuje vývoj a znemožňuje jasnou vazbu na budoucnost (Kovařík, 1999; Štech, 2005).

Pohled na adolescenci jako na dramatické období s výrazným neklidem a konfliktním průběhem je přehodnocován a dáván do vztahů s osobnostními a situačními faktory (Macek, 1999; Macek, 2005).

Předmětem současných studií je zdravotní stav dospívajících a jeho behaviorální komponenty, oblasti sociálních vztahů, rizikové chování, volný čas (Macek, 2002a; Veselá,

2003; Balharová, 2005; Csémy a kol., 2005; Štech, 2005; Vaníčková, 2005; Blatný, Hrdlička, Sobotková, 2006; De Bruyn, Cillessen, 2008; Ježek et al., 2008; Capaldi, Stoolmiller, Kim, Yoerger, 2009; Martens, 2009). Dlouholetou tradici mají v ČR antropologické výzkumy dětí a mládeže, které pravidelně sledují tělesnou hmotnost, výšku, obvody hlavy, paže, břicha a boků u dětí a dospívajících do věku 19 let (Vignerová, 2009). V souvislosti s holistickým (celostním) pojetím jedince jsou častěji zkoumány bio-psycho-sociální vztahy života dětí a dospívajících. Jsou prováděny průřezové, longitudinální národní i mezinárodní studie, které umožňují zjišťovat nová fakta, zachycovat změny a porovnávat životní styl adolescentů v různých zemích, národech a kulturách a účinně zaměřovat preventivní snahy. Jedná se např. o studie: *The Health Behaviour in School Aged Children: A WHO Cross National Study* (HBSC); *Euronet Pilot Study*; *Evropská longitudinální studie těhotenství a dětství* (ELSPAC); *European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs* (ESPAD); studie UNICEF a další (Currie et al., 2004; Currie et al., 2008; Širůček, 2002; UNICEF, 2007).

Důležitou součástí výzkumů se v posledních letech stávají nová témata z oblasti pozitivní psychologie, jako je např. štěstí, osobní pohoda, spiritualita, sebeocení, odolnost (*resilience*), zvládací dovednosti, (např. Macek, 2002a; Štěpánková, 2002; Csémy a kol., 2005; Dalajka, Ježek, 2008; Macek, Širůček, 2008). Zvyšuje se zájem o subjektivní hodnocení života samotnými adolescenty a zjišťování celkové kvality jejich života (Mareš, 2007a; Mareš, 2008a).

Všechny snahy směřují k důkladnému pochopení této specifické periody v životě člověka a k prevenci rizik, kterými je dospívající ohrožen. Odborníci se shodují, že ve výzkumech je třeba se zaměřit především na období puberty a časná adolescence.

1.2.5 Časná adolescence

Časná (raná) adolescence je období, které začíná pubertou, tj. pohlavním dozráváním. Její vymezení se v literatuře různí, trvání bývá uváděno v rozmezí od 10 (11) do 13 (15) let. V naší dřívější literatuře je tato perioda označována běžně jako *starší školní věk* nebo

pubescence. Pubescence je dále členěna na *fázi prepuberty*, končící menarche u dívek a první polucí u chlapců (11–13 let), a *fázi puberty*, trvající do dosažení reprodukční schopnosti (13–15 let). Obdobím adolescence je nazývána doba až od 15. do 18. (23.) roku života (Langmeier, Krejčířová, 1998; Schneidrová, 1998; Macek, 2002a; Matějček, 2005).

Specifickou periodizaci můžeme nalézt u Matějčka (2005), který období kolem 10. a 11. roku dítěte označuje termínem *střední školní věk*. Zdůrazňuje jeho význam pro život člověka, neboť právě v tomto období probíhá proces diferenciací identity podle pohlaví a dozrávání instinktivního rodičovského chování vůči malému dítěti.

V souladu s nejnovejším trendem se v práci přikláníme k periodizaci, kterou uvádí Vágnerová (2005). Jedná se o vymezení časně adolescence do širšího období v rozmezí od 10 do 15 let věku dítěte.

V časně adolescenci dochází ke změnám v kognitivní oblasti, emocionalitě, v oblasti vztahů, vyvíjejí se autoregulační schopnosti, formuje se identita. Nejvýraznější změnou je však tělesné dospívání spojené s pohlavním dozráváním. Přináší s sebou významné důsledky v oblasti psychické a sociální a může výrazně ovlivňovat zdravotní stav dítěte (Macek, 1999; Vágnerová, 2005; Csémy a kol., 2005).

1.2.6 Psychosociální a zdravotní důsledky tělesných změn

Rychlé změny výšky, váhy, tělesných proporcí a jejich načasování mají velký vliv na sebekoncepci, sebehodnocení, prožívání a kvalitu života dospívajícího. Tělesný vzhled se v adolescenci dostává do centra pozornosti mladých lidí, zabývají se jím jak dívky, tak chlapci. Stává se významnou součástí jejich osobní identity a mnohdy zdrojem nespokojenosti. Nespokojení se svým vzhledem bývají i atraktivní jedinci (Macek, 1999; Valášková, Ježek, 2002; Vágnerová, 2005). Souvisí to se změnami v emočním vývoji (emočním egocentrismem, větším negativním laděním, přecitlivělostí, vztahovačností); změnami v myšlení (zvýšenou sebereflexí, introspekci a sebehodnocením, s nadměrnou kritičností, zkratkovitými generalizacemi, s odmítáním výjimek a kompromisů); s měnícím

se vztahem k sobě (představou ideálního já, možného já a aktuálního já); s celkovou nejistotou, potřebou bezpečí a seberealizace (Macek, 1999; Vágnerová, 2005).

Prožívání tělesných změn výrazně ovlivňuje také kultura, celospolečenské ideály a hodnotový žebříček. Fyzický vzhled jako součást osobní identity je obecně důležitý pro navazování kontaktů, sociální prestiž a status. Fyzicky atraktivní lidé jsou společensky více oceňováni, jsou jim připisovány lepší osobnostní charakteristiky, vyšší inteligence, jsou považováni za šťastnější a vyrovnanější. Tento stereotyp je podporován a upevňován mediálním tlakem, jemuž adolescenti podlehnou snáz než dospělé zralé osobnosti (Bačová, 2008a; Slaměník, 2008a).

Mnoho zahraničních výzkumů, jejichž přehled uvádějí např. Macek (1999) nebo Valášková a Ježek (2002), ukazuje, že dívky vnímají tělesné změny v pubertě hůře než chlapci. Potvrzují to i studie tuzemské (např. Krch, Csémy, Drábková, 2004; Csémy a kol., 2005). Důvodem je skutečnost, že tělesné změny jsou u dívek nápadnější než u chlapců a bývají spojené s dalšími omezeními, např. v souvislosti s menstruací, rizikem otěhotnění, zvýšeným dozorem rodičů či narůstajícími povinnostmi v domácnosti (Macek, 1999; Valášková Ježek, 2002; Vágnerová, 2005).

Velký vliv na vnímání tělesného schématu má celospolečenské pojetí krásy. Krása ženy je obecně více zdůrazňována a hodnocena než krása muže. V tzv. západních společnostech je ideál krásy umístěn vysoko, oceňována je hodně štíhlá, téměř dívčí postava. Z tohoto důvodu hodnotí dospívající dívky svůj tělesný vzhled především v závislosti na tělesné hmotnosti (Csémy a kol., 2005). Pubertální tělesné změny, přibývání na váze, ukládání podkožního tuku na typicky ženských partiích tak mohou být u dívek příčinou nespokojenosti a vést až k rizikovému chování, např. držení diet, záměrnému zvracení, vzniku poruch příjmu potravy (Krch, Csémy, Drábková, 2004; Krch, Csémy, Sovinová a kol., 2005). Krch a Csémy (2009) na reprezentativním vzorku českých školáků zjistili, že rozvinuté příznaky mentální anorexie jsou relativně časté už mezi jedenáctiletými dětmi a že jedinců s rizikovými faktory s rostoucím věkem přibývá, přičemž se jedná převážně o děvčata. Časnější zahájení aktivit spojených se snižováním hmotnosti může souviset kromě jiného se skutečností, že v posledních deseti letech došlo u dívek v ČR k dřívějšímu nástupu *adiposity rebound* (návratu obezity) o 0,2 roku (Vagnerová, 2009). Zaměření na

tělesnou váhu a nespokojenost s ní má u dívek velký vliv na rozvoj depresivní symptomatologie (Masopustová et al., 2008).

U chlapců jsou více než tělesná krása oceňovány růst, rozvoj svalstva, výkon, síla, odvaha a úspěch, a proto vnímají tělesné změny v pubertě většinou pozitivněji než dívky. Výsledky výzkumů ukazují, že u dospívajících chlapců na rozdíl od dívek stále ještě pokračuje pozitivní sekulární trend tělesné výšky. Při posledním 6. celostátním antropologickém výzkumu v ČR bylo zjištěno, že třináctiletí chlapci dosáhli poprvé v historii větší výšky než stejně staré dívky. U chlapců se současně snížil věk mutace ze 14,5 na 13,8 roku (Vignerová, 2009).

Puberta obecně přináší chlapcům spíše výhody a nové možnosti, což je pravděpodobně ovlivněno historicky daným společenským postojem. Mužská role byla a doposud je v naší společnosti hodnocena jako výhodnější, prestižnější a nezávislejší (Janošová, 2005; Vágnerová, 2005). Dospívající chlapci měli v minulosti podstatně větší volnost než dívky. Mohli experimentovat a získávat již během dospívání atributy dospělosti, bylo jim tolerováno i rizikové a asociální chování (Lenderová, Rýdl, 2006).

Zajímavé vztahy mezi hodnocením tělesného vzhledu dospívajících, celkovou kvalitou života, socioekonomickým statusem rodiny a školou prokázaly výsledky studie HBSC. Děti, které nebyly spokojené se svým tělem, se cítily méně šťastné, udávaly nižší socioekonomický status rodiny, méně se jim líbilo ve škole a byly častěji obětí šikany (Csémy a kol., 2005).

Pro sebepercepci dospívajících je důležité také načasování vývojových změn, tzv. *pubertal timing* (Macek, 1999). Výrazná odlišnost jedince od skupiny vrstevníků, způsobená akcelerací nebo retardací vývoje, může vést ke ztrátě sebejistoty, ohrožení integrity osobnosti a k různým typům obranných reakcí (Vágnerová, 2005). Dospívající chlapci s opožděným růstem a tělesným vývojem se cítí hůře, mají v rámci vrstevnické skupiny nižší společenský status a mohou se stávat obětí agrese. Pokud ve vývoji své vrstevníky předbíhají, bývá to pro ně, na rozdíl od dívek, spíše výhoda (Valášková, Ježek, 2002).

Pro předčasně dospívající dívky je situace obtížnější a je prožívána ambivalentně. Některé výsledky výzkumů poukazují na skutečnost, že tato skupina dívek má více problémů

s rodiči či ve škole, častěji se u ní vyskytuje rizikové chování, má horší vztahy s vrstevníky a že urychlení ve vývoji může být příčinou sníženého sebehodnocení (Macek, 1999; Macek, 2002a; Polášková, Masopustová, Ježek, 2008). Jiné studie naopak nenašly výrazné rozdíly a vztahy k *pubertal timingu* u dívek (Valášková, Ježek, 2002). Výzkumy upozorňují také na riziko koncentrace velkého množství vývojových změn do jednoho okamžiku. Dospívající mají v takových případech málo času na adaptaci, což výrazně zhoršuje jejich osobní pohodu a sebehodnocení (Macek, 1999).

Všechny výše uvedené souvislosti může podstatně ovlivňovat hodnocení tzv. *významných druhých*, neboli osob, které adolescent považuje za důležité (Macek, 2002a; Vágnerová, 2005; Polášková, Masopustová, Ježek, 2008; Maximova et al., 2008). Některé tuzemské výzkumy dokazují, že pozitivnější sebehodnocení v rané adolescenci mají děti, které považují za důležité rodiče a jiné dospělé osoby, než ty, které považují za důležité názory vrstevníků (Macek, 1999). Přestože vliv vrstevnické skupiny v adolescenci stoupá, zůstává kvalita vztahů s rodiči významnou determinantou pro sebereflexi, utváření pocitu vlastní hodnoty, asertivní chování a zdravý vývoj dítěte (Macek, 2002a; Vašašová, 2005).

1.2.6.1 Změny ve vztazích a sociálním postavení

Změny ve vztazích k sobě i k druhým lidem jsou v adolescenci dalším klíčovým tématem (Macek, 2002a). Jsou podmíněny jak tělesným vývojem, tak změnami v myšlení, kognitivních funkcích a sociálním postavení.

V rámci vztahu k sobě se rozvíjí introspekce, dospívající objevují svůj vnitřní svět a intimitu, mnoho času stráví tzv. denním sněním, které napomáhá k formování vlastní identity (Matějček, 2005). Velmi silně se u nich projevuje potřeba mít vliv na vlastní život, mít kontrolu nad situací (*control beliefs*) a vlastním jednáním (*locus of control*). Přesvědčení o vlastním vlivu má úzký vztah k sebereflexi a pocitu osobní hodnoty (Macek, 1999; Vágnerová, 2005). Na druhou stranu je známou skutečností, že dospívající mají v tomto věku málo zkušeností s odhadem situace, jednají spíše pocitově a ukvapeně, bez promyšlené efektivní strategie. To zvyšuje jejich zranitelnost, zdravotní rizika a vede rodiče ke zvýšené úzkosti a mnohdy nesprávnému jednání (Macek, 1999; Matějček,

2005). Štech (2005) upozorňuje na skutečnost, že koncentrace na vlastní osobu u českých adolescentů stoupla, a naopak klesla orientace na sociální vztahy s druhými lidmi.

Ve vnějším světě prochází mladý člověk v časně adolescenci několika důležitými sociálními mezníky (tranzitními body), jimiž u nás jsou získání občanského průkazu v 15 letech, ukončení povinné školní docházky, volba budoucího profesního zaměření a přechod na jiný typ vzdělávací instituce. Tyto mezníky ho postupně posouvají na vyšší společenské pozice, mění jeho sociální status, prestiž a osobní identitu (Macek, 1999; Macek, 2002a; Vágnerová, 2005). Dospívající odmítají podřízené postavení a nadřazenost autorit, polemizují s dospělými, snaží se o vlastní emancipaci a redukci závislosti na rodičích.

Důležitou oporou a zdrojem tvorby vlastní identity se pro dospívajícího stává vrstevnická sociální skupina (*peer group*). Její vliv v rané adolescenci významně stoupá. Typickým seskupením této periody jsou malé party (*cliques*) a střední skupiny (*crowds*). Jsou buď chlapecké, nebo dívčí, smíšené skupiny vznikají až v adolescenci pozdní. Vrstevnická skupina poskytuje dospívajícímu určité ochranné teritorium, možnost vymanit se z vlivu rodičů, zkoušet, testovat, získávat nové zkušenosti a potvrzovat si svou vlastní hodnotu (Macek, 1999). Pomáhá uspokojovat důležité psychické potřeby dospívajícího (potřebu akceptace, jistoty, bezpečí, stimulace a smysluplného učení) a má referenční význam (Vágnerová, 2005). Tvoří se v ní nové vztahy (*peerships*), diferencují jednotlivé sociální role a pozice, buduje žebříček hodnot, formují normy, ideály, vytváří vědomí jedinečnosti a skupinové sounáležitosti, rozvíjí se komunikace a sociální dovednosti (Kovařík, 1999; Vágnerová, 2005). Mnohé z těchto dovedností (např. umění vytvářet síť sociálních vztahů, být empatický, dobře komunikovat, vyjednávat, nacházet kompromis, umět se zdravě a asertivně prosadit) jsou významným preventivním faktorem proti vzniku návykového chování a závislosti (Nešpor, 2000). Členství ve vrstevnické skupině je pro dospívajícího velmi důležité a má převážně pozitivní účinky. Potřeba mít přátele je jedním z nejdůležitějších indikátorů kvality života dospívajících (Svatoš, Švarcová, 2006). Do osobních přátelských vztahů jsou v časně adolescenci emocionálně zaangažované více dívky, mají větší strach z odmítnutí (Macek, 1999).

Je dokázáno, že integrování jedince vytvořením vztahů je významnou dimenzí sociální opory (*social support*) a vnějším zdrojem pro zvládnutí zátěže (Kebza, 2005). Míra sociální

integrace ovlivňuje duševní zdraví a životní spokojenost. Nižší integrace do skupiny souvisí se stresem, sklonům k depresi a zápornými životními událostmi (Vaníčková, 2005). Sociální izolace (především nucená), nízká kvantita a kvalita sociálních vztahů má negativní vliv na psychiku, vede ke snižování imunity, zvyšování úmrtnosti a je stejně velkým rizikovým faktorem jako kouření cigaret, obezita, hypertenze nebo nedostatečná tělesná aktivita (Bártlová, 2005; Joshi, 2007; Slaměník, 2008a).

Podstatné vzhledem k rizikovému chování a dalšímu zdravému vývoji dítěte je zaměření vrstevnické skupiny. V rané adolescenci děti rády napodobují, kopírují vzory a modely nejrůznějšího charakteru. Velmi silná je uniformita, konformita a touha být vrstevnickou skupinou přijat. Zvláště výrazná je tato potřeba u dětí frustrovaných nízkou podporou rodiny (Macek, 1999; Vágnerová, 2005; Možný, 2008). Je dokázáno, že čím slabší rodina (např. neúplná, s deficitem v kulturním a ekonomickém kapitálu), tím dříve a rychleji ztrácí na dítě vliv. Ten přebírají nejprve masmédia, posléze vrstevnické skupiny (Možný, 2008).

Konformita k vrstevnické skupině v adolescenci pramení především z potřeby být oblíben, mít pravdu a ze strachu ne být odmítnut (Slaměník, 2008b). V případě silné kohezivity, izolace skupiny, vysoké homogenity a nedostatku norem může ve skupině převládnout neracionální, tzv. skupinářské myšlení (*groupthing*), které negativně ovlivňuje rozhodování a jednání (Lovaš, 2008a). Kromě pozitivního působení pak může být skupina příčinou rizikového, asociálního až antisociálního chování dítěte. Tuto skutečnost podporuje i teorie *risky-shift fenoménu*, neboli tendence skupiny volit při možnosti výběru riskantnější možnosti a alternativy (Lovaš, 2008a).

Negativním (i když ve většině případů přechodným) jevem ve vztazích adolescentů je vyšší míra agrese v různých podobách. Souvisí částečně s biologickými změnami (stoupající hladinou testosteronu v pubertě), s genetickou výbavou a osobnostními rysy jedince, může být důsledkem medializace agrese, osobní nespokojenosti, frustrace, snahy získat pozici ve skupině, nebo obranným mechanismem (Vágnerová, 2005; Vaníčková, 2005). Její vznik je dáván i do vztahu s tzv. *deindividuací*, neboli stavem, kdy je jedinec přesvědčen, že jako součást skupiny není identifikovatelný a je osvobozen od sociální kontroly (Lovaš, 2008b).

Rozvoj agresivního chování také významně souvisí s negativním vztahem rodičů k dětem a s citovou deprivací (Matějček, 2005; Vašašová, 2005). Tuto spojitost potvrdil např. výzkum realizovaný 3. lékařskou fakultou Univerzity Karlovy v roce 2000. Polovina z deseti tisíc žáků sedmých tříd neměla saturované základní potřeby – chyběly jim zájmové aktivity, kamarádské vztahy i čas strávený s rodiči, na což děti reagovaly rozvojem agresivního chování (Vaničková, 2005).

Vnímavost k agresivnímu vrstevnickému modelu chování vrcholí ve 14–15 letech. (Vágnerová, 2005). Mareš (2005) shrnuje faktory, které mají vliv na rozvoj prosociálního chování u dětí. Kromě vrozených dispozic jsou důležité faktory sociálního prostředí, ve kterém dítě vyrůstá, např. pevný vztah s matkou, specifičnost a kontinuita sociálních vlivů v rodině, škole nebo vrstevnické skupině.

V rámci vrstevnických skupin vznikají rozličné subkultury se specifickým zaměřením a filozofií, kterou dospívající prezentují navenek prostřednictvím různých atributů – oblékáním, účesy, komunikací, trávením volného času. Adolescenti si tak vytvářejí specifický životní styl, kterým se odlišují od dospělých a v rámci subkultur i sami mezi sebou (Vágnerová, 2005).

1.2.6.2 Životní styl v adolescenci a jeho rizika

Životní styl se formuje na základě sociálních vlivů, souvisí se stupnicí hodnot a se způsoby, jak jedinec těchto hodnot dosahuje (Baštecká, Goldmann, 2001). Je považován za klíčovou determinantu zdraví (Kebza, 2005). Jeho vymezení je velmi obtížné. Zahrnuje širokou škálu všech lidských aktivit na úrovni jedinců, kolektivů i celých populací (Kovařík, 1999). Baštecká a Goldmann (2001) jej definují jako *„jedinečný způsob, jakým si daná osoba v dané společnosti buduje podobu a náplň svého času a svých vztahů“*. Za hlavní dimenze životního stylu jsou považovány výživa, fyzická aktivita, vztahy, osobní pohoda, způsob zvládnutí stresu a absence, nebo naopak přítomnost závislosti (Kebza, 2005). V současnosti je upřednostňován komplexní pohled na životní styl jako na určitý model, který je ve vzájemné interakci s osobnostními, přírodními a socioekonomickými faktory (Drbal, Bencko, 2005).

Životní styl současné mládeže se podle Veselé (2003) vyznačuje snahou žít naplno přítomností, bez dlouhodobějších cílů a výrazných duchovních hodnot, bez hodnotného prožívání volného času, který je považován za významné kritérium životního stylu. Podle výsledků studií mají ve volnočasových aktivitách českých dospívajících dominantní postavení elektronická média, především televize, video a poslech reprodukováné hudby. Stoupá návštěvnost restaurací, čas strávený u počítače, telefonováním, posíláním SMS zpráv, povídáním si s přáteli a také „nicneděláním“ („poflakováním“). Pokles zaznamenávají pohybové aktivity, veškeré čtenářské a kulturní aktivity i návštěvnost sportovních utkání. Ve srovnání s adolescenty z jiných zemí je volný čas českých dospívajících méně strukturovaný (Macek, 2002b; Veselá, 2003; Csémy a kol., 2005). Z výsledků *Eurone Pilot Study* vyplynulo, že čeští adolescenti se v zastoupení denních aktivit neliší od adolescentů v jiných evropských zemích (Macek, 1999; Macek, 2002b).

De Bruyn a Cillessen (2008) zjistili, že holandsští třináctiletí adolescenti preferují aktivity sociálního charakteru ve skupinách (schůzky, chození do kina) a nemají rádi individuální aktivity, např. sbírání známek. Stejní autoři také zjistili generové rozdíly ve volnočasových aktivitách – dívky dávaly přednost nakupování, chlapci autům a počítačům (De Bruyn, Cillessen, 2008). K podobným výsledkům došel i výzkum Škody, Doulíka, Hajerové-Müllerové (2008), kteří zjišťovali rozložení volnočasových aktivit u českých dospívajících ve věku 16–18 let. Chlapci se více věnovali sportu a jiným koníčkům, dívky preferovaly nakupování a častěji se nudily. Řehulková (2009) došla k závěru, že struktura volnočasových aktivit se v průběhu dospívání mění a u patnáctiletých dospívajících převládají individuálně organizované činnosti, které jsou již málo závislé na rodičích a škole.

Nešpor (2009a) shrnuje rizika, kterými jsou děti ohroženy v souvislosti s excesivním hraním počítačových her a užíváním internetu. Upozorňuje na nízkou pohybovou aktivitu a s ní související bolesti šíje, ramen, zad, na nepravidelnost v jídlu, nedostatek spánku, na zhoršování mezilidských vztahů, sklon k agresivitě, zhoršování školního prospěchu nebo duševní problémy.

Co se týká stravování, děti na jednu stranu konzumují velké množství sladkých jídel a nápojů a malé množství ovoce a zeleniny. Na druhou stranu v dospívání přibývá těch

(zejména mezi dívkami), které drží dietu, a to i v případě, že jejich tělesná hmotnost je v normě. S rostoucím věkem se stravují děti častěji mimo rodinu a vynechávají některé hlavní jídlo (Krch, Csémy, Sovinová a kol., 2005; Csémy a kol., 2005; Krch, Csémy, 2008).

Některé tuzemské práce varují před nárůstem delikvence a trestné činnosti mládeže (Kovařík, 1999; Šafářová, 2002; Veselá, 2003). Antisociální chování je považováno za jedno ze základních rizik vývoje v dospívání (Sobotková a kol., 2009). Jedná se o chování porušující pravidla a normy dané společností, přičemž typickými formami pro období adolescence jsou u nás: porušování pravidel, fyzické souboje, poškozování cizího majetku a krádeže. Konkrétní podoba antisociálního chování je dána kulturním kontextem dané společnosti (Sobotková a kol., 2009).

Do antisociálního chování se v adolescenci zapojuje podle výzkumů až 80 % dospívajících, což je dáváno do souvislostí s nižší úrovní odolnosti (*resilience*), zvládacích dovedností (*coping skills*), obecnou beznadějí týkající se života a s některými osobnostními rysy. Častěji se vyskytuje u chlapců než u dívek (Sobotková a kol., 2009). Sobotková a kol. (2009) rozlišují v souvislosti s antisociálním chováním čtyři typy dětí: děti bezproblémové, děti projevující vyšší míru fyzických soubojů, děti s výraznými projevy antisociálního chování a děti s mírně zvýšeným problémovým chováním. Stejní autoři zároveň ve svém výzkumu prokázali pozitivní vztah mezi antisociálním chováním a užíváním návykových látek (Sobotková a kol., 2009). Odolnějšími proti antisociálnímu a rizikovému chování jsou podle výzkumů optimističtí, spokojenější extroverti s pozitivním sebehodnocením (Šafářová, 2002; Kebza, 2005). V této souvislosti je nutné zmínit závěr výzkumu psychických vlastností českých dětí do sedmi let věku v rámci studie ELSPAC, ve kterém odborníci kromě jiného zjistili pokles volných vlastností, zejména dovednosti vyvíjet volní úsilí (Smékal, 2002). To může významně ovlivňovat rozvoj rizikového chování v adolescenci.

Rizikové chování je pro životní styl dospívajících typické. K jeho strmému nárůstu dochází v rané adolescenci (11 let) a s postupujícím věkem většinou odeznívá (Sobotková a kol., 2009). Má široké rozpětí a různou míru závažnosti (Macek, 1999; Kovařík, 1999). Dá se dělit do dvou kategorií, na formy chování ohrožující zdraví dospívajících a chování ohrožující společnost. Někteří odborníci hovoří o celém *syndromu problémového chování*

(*syndrome of problem behavior*) a shrnují poznatky v tzv. *problem-behavioral theory* (Šafářová, 2002; Širůček, Širůčková, 2008).

Rizikové aktivity dospívajících mají jednak podobu *pasivních únikových forem*, od záškoláctví, sociální izolace, pasivní zábavy, přes konzumaci alkoholu a jiných drog, kouření tabáku, marihuany, až po suicidiální chování; jednak podobu *agresivních forem*, kterou představují násilí, šikana, vandalismus nebo terorismus, a podobu *kompromisních forem*, vyjádřených především nestabilitou, např. v chování, ve vztazích, sexuální promiskuitou (Břicháček, 1999; Macek, 1999; Kovařík, 1999; Csémy a kol., 2005). U českých dětí v rozmezí let 1994–2002 výrazně narostla spotřeba alkoholu, a to zejména u patnáctiletých dívek. V rámci mezinárodního srovnání jsou české děti v pravidelném pití alkoholu na předním místě (Csémy a kol., 2005; Hibell, Guttormsson, Ahlström, 2009).

Rozvoj rizikového chování podmiňují kromě individuálních vlivů také faktory strukturní (společenské podmínky) a sociálně psychologické, např. nízká sociální kontrola, nízké sebehodnocení, modely chování vrstevnické skupiny, silnější orientace na vrstevníky než na rodiče (Capaldi, Stoolmiller, Kim, Yoerger, 2009). Dospívající, kteří jsou vystaveni negativnímu chování dospělých, častěji užívají návykové látky a mají negativní postoje ke škole (Hurd, Zimmerman, Xue, 2009). Z pohledu adolescentů je nejčastější motivací k rizikovému chování zkoumání hranic, limitů a možností samotného dospívajícího nebo jeho okolí (Šafářová, 2002).

Zdravému vývoji dospívajících napomáhá kontrola rodičů, jejich zájem a zaangażovanost. Adolescenti, jejichž rodiče znají jejich aktivity a přátele, se cítí zdravější, mají méně psychosomatických symptomů a méně často užívají alkohol a jiné návykové látky (Fröjd, Kaltiala-Heino, Rimpelä, 2007).

Jednou z příčin rizikového chování může být tzv. psychická subdeprivace. Jedná se o závažný společenský jev, který se týká dětí žijících v rodinách, přičemž jejich vývoj se podobá vývoji dětí žijících dlouhodobě v deprivacích podmínkách náhradních zařízení. Za příhodných podmínek může ze symptomů psychické subdeprivace vyrůst sociálně patologické chování, jakým je např. agresivita, alkoholismus, užívání drog nebo kriminalita (Matějček, 2005).

Nárůst volného času a nuda jsou další predisponující faktory pro rozvoj rizikového chování, zejména kouření, pití alkoholu a užívání drog. Často bývají příčinou vzniku závislosti (Kovařík, 1999; Nešpor, 2000; Nešpor, 2009a). Csémy, Chomynová a Sadílek (2008) uvádějí, že zneužívání návykových látek v České republice vykazuje dlouhodobě nepříznivý vývoj především v oblasti konzumace alkoholu, tabáku a konopných látek. Návykové látky jsou snadno dostupné, klesá věk, ve kterém děti získávají první zkušenosti s nelegálními drogami, a snížila se i míra vnímané rizikovosti drog, zejména u marihuany (Csémy, Chomynová, Sadílek, 2008). Nárůst spotřeby alkoholu, tabáku a jiných návykových látek mezi českou mládeží ve věku 15–16 let dokládají výsledky Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), která umožňuje sledovat definované ukazatele ve čtyřletých intervalech od roku 1995 (Hibell, Guttormsson, Ahlström, 2009).

Specifika působení návykových látek u dětí a dospívajících shrnuje Nešpor (2000): rychleji vzniká závislost, hrozí vyšší riziko těžkých otrav a nebezpečného jednání pod vlivem návykové látky, dochází k zaostávání v psychomotorickém vývoji, existují časté tendence k zneužívání širšího spektra návykových látek a k recidivám. Podle studie ESPAD mělo v roce 2007 zkušenost s marihuanou 45,1 % českých dospívajících ve věku 16 let (Nešpor, 2009b).

V posledních letech stoupá výskyt nových forem rizikového chování. Jedná se především o adrenalinové sporty, sporty spojené s bojem, patologické hráčství (gambling), dětskou prostituci, činnost extremistických skupin a sekt, fyzické útoky a sebevraždy v závislosti na držení střelných zbraní (Kovařík, 1999; Nickerson, Slater, 2009). Mnohé studie poukazují také na vzájemnou provázanost a podmíněnost jednotlivých forem rizikového chování a na snižování věku, kdy děti s rizikovými aktivitami začínají (Břicháček, 1999; Kovařík, 1999; Csémy a kol., 2005; Krch, Csémy, 2008; Csémy, Chomynová, Sadílek, 2008).

Životní styl významně souvisí se zdravím a zdravotním stavem, je považován za jednu z determinant zdraví (Kebza, 2005; Holčík, 2009; Šíma, 2009). Rizikový pro vznik chronických civilizačních onemocnění je především tzv. „westernizovaný“ neboli západní styl života, který je charakteristický nízkou pohybovou aktivitou, nadměrným příjmem vysokokalorické stravy, vzrůstajícím konzumem, narušením přirozeného biorytmu a vysokou úrovní psychosociálního stresu (Honzák, 2009; Šíma, 2009).

Výzkumy zdravotního stavu českých dětí a mládeže poukazují na nárůst obezity u dětí mezi 7. a 11. rokem na jedné straně a naopak na zvyšující se podíl jedinců s nízkou hmotností na straně druhé, a to zejména v souvislosti s přibývajícím věkem dětí. Zvyšuje se počet dětí s vadným držením těla, je častější frekvence výskytu psychosomatických obtíží, poruch příjmu potravy, alkoholových intoxikací, incidence úrazů (Kovařík, 1999; Kříž, 2004; Csémy a kol., 2005; Skorunka, 2006; Vignerová, 2009).

Ve většině zemí evropského regionu je tělesná aktivita dětí v období časně adolescence velmi nízká, nadměrná tělesná hmotnost a obezita se pohybuje v rozmezí od 5 % do 35 %, více než polovina evropských dětí je doma vystavena pasivnímu kouření (Holčík, 2008). Světová zdravotnická organizace se ve strategii *Zdraví pro všechny v 21. století (Health for All in the 21st Century – HFA 21)* zaměřuje na mládež jako na rizikovou populační skupinu. V cíli 4 – zdraví mladých – definuje konkrétní kritéria (způsobilost ke zdravějšímu životu, nižší počet úmrtí v důsledku násilí a nehod, nižší počet těhotných dospívajících dívek, nižší podíl mladých lidí s rizikovými formami chování) a navrhuje postupy vedoucí ke zlepšení zdraví dospívajících do roku 2020 (WHO, 2001).

Protektivními faktory problémového chování jsou, kromě již výše uvedených osobnostních rysů, pozitivní vztahy k sobě i druhým lidem, pozitivní orientace na vlastní zdraví, silná sociální kontrola, zapojení se do prosociálních aktivit, orientace na závazky k institucím (např. škole), religiozita, koníčky, sport, kladné sociální vzory (Šafářová, 2002; Vaníčková, 2005; Fröjd, Kaltiala-Heino, Rimpelä, 2007; Hurd, Zimmerman, Xue, 2009; Mayberry, Espelage, Koenig, 2009).

Klíčovou roli v prevenci vzniku rizikového chování hraje rodina, vzdělání, zaměstnání rodičů, modely jejich chování a výchovný styl (Macek, 1999; Šafářová, 2002; Vašašová, 2005; Krch, Csémy, 2006). Nešpor (2009 a) doporučuje uplatňovat ve vztahu k dětem tzv. *tvrdou lásku*, což představuje na jedné straně vřelost a zájem a na druhé straně přísnost a důsledné dodržování pravidel.

Důležité vzhledem k prevenci rizikového chování je i to, jaké vztahy má rodina se školou a vrstevníky adolescenta.

1.3 Rodina

Rodina má jako primární skupina rozhodující vliv na socializaci a vývoj jedince. Může se přímo i nepřímo podílet na vzniku a rozvoji deviantního chování, nebo naopak být silným protektivním činitelem (Nešpor, 2000; Šafářová, 2002; Matějček, 2005; Sobotková, 2007). Chování rodiče je pro dítě modelem a prediktorem. Sociální psychologie hovoří o rodičích jako o mimořádně silných rodových vzorech, jimž jsou děti dlouhodobě vystavené (Bačová, 2008b). Zvláště úzká a významná je podle některých výzkumů souvislost mezi deviantním chováním adolescentů a jejich rodičů (Macek, 1999).

Životní styl rodiny, ve které dítě vyrůstá, zásadně ovlivňuje jeho chování v dospívání i v dospělosti. V rodině dochází k formování osobnosti, modelů chování, k interiorizaci norem, osvojování způsobů komunikace i k procesu identifikace. Rodina určuje sociální status a prestiž dítěte. Člověk si v ní utváří pevné sociální vazby, postoj k sobě i k okolí (Dunovský, Kovařík, 1999). Krch a Csémy (2006) ve své studii potvrdili, že rozhodující roli ve formování zdravého životního stylu má úplnost rodiny a vzdělání rodičů.

V adolescenci orientace na rodinu klesá, ale důležitost rodičů jako referenčních osob pro dospívajícího zůstává. Vrstevníci jsou v adolescenci nenahraditelní pro oblast trávení volného času a sebehodnocení, rodina má nezastupitelný význam pro pocit životní pohody a spokojenosti (Macek, 1999; Macek, 2002a).

Moderní přístupy doporučují pojímat rodinu systémově, v širokém kontextu s vnějším prostředím, z hlediska několika úrovní. Úroveň *makrosystému* zahrnuje životní prostředí, geografickou podmíněnost, život na venkově či ve městě, obydlí, socioekonomický status, zaměstnání, pracoviště, třídní příslušnost, národnost, etnickou skupinu, aktuální společenskou situaci, kulturu a filozofii společnosti jako celku. Úroveň *mezosystému* je vymezena institucemi, vrstevnickými skupinami, původními rodinami partnerů a předchozími partnerskými vztahy. *Exosystém* sdružuje sociální činitele, působící pouze na prostředí, ve kterém rodina žije, ale může ovlivnit rodinnou atmosféru (např. vzdělávací systém). *Mikrosystém* je typem sociálních faktorů, které působí na jedince bezprostředně. Patří sem např. způsob trávení volného času, komunikace v rodině,

rozdělení rolí, hospodaření s financemi, ale také vzdělání a inteligence jednotlivých členů rodiny, zdravotní stav nebo hodnotový žebříček (Sobotková, 2007; Matějček, 2005).

Nejvíce poznatků bylo dosud získáno a zpracováno z oblasti rodinného mikrosystému, a to především studiem rodin problémových, patologických, špatně fungujících (Břicháček, 2002; Matějček, 2005; Sobotková, 2007). V posledních letech je snaha o propojený pohled a holistické pojetí rodiny ve všech jejích vztazích. Zároveň odborníci doporučují nezanedbávat potřeby jednotlivců a zaměřit se na zdravé, dobře fungující rodiny (Břicháček, 2002, Sobotková, 2007).

Charakter současné české rodiny se od roku 1989 přibližuje změnám směrem k moderní evropské demokratické společnosti. Ubývá rodin s více dětmi, snižuje se porodnost, roste význam antikoncepce. Zvyšuje se autonomie jednotlivců, prioritou se stávají zájmy a potřeby jednotlivých členů na úkor celku. Věk prvního sňatku i narození prvního dítěte se odsouvá na pozdější období. Klesá sňatečnost, přibývá nesezdaných párů a osaměle žijících mladých žen, prosazují se partnerské vztahy, které nesdílejí společnou domácnost. Za pozitivní zkušenost je považována *kohabitace* (možnost nesezdaného soužití), narůstají pozitivní postoje k *singlovství*, více se tolerují mimomanželské vztahy. Extrémně mladá manželství takřka vymizela. Rodina je více dvoukariérová, dochází k přehodnocování mateřské i otcovské role. Přibývá dětí, které se narodily svobodným ženám. Narůstá počet opakovaných sňatků a různých forem nevlastních rodin. Přes stagnaci rozvodů v 90. letech je česká rodina v porovnání s Evropou málo stabilní a rozvodem končí polovina z uzavřených manželství. Na trvání manželství má vliv náboženská víra i tzv. dědičnost rozvodovosti, to znamená, že vyšší pravděpodobnost rozvodu je u lidí, kteří jako děti žili v rozvedeném manželství. Nejvíce manželství se rozvádí v třetím až pátém roce svého trvání. Městské populace se rozvádějí častěji než venkovské (Singly, 1999; Katrňák, 2002; Sobotková, 2007; Možný, 2008).

Všechny uvedené změny charakteru současné rodiny mohou mít vliv na fungování rodiny jako celku a na zdravý vývoj dítěte. V literatuře lze najít závěry výzkumů, které např. zjistily, že synové vychovávaní pouze matkami vykazují více agresivity a kompetitivního chování, dříve se u nich projeví intenzivní zájem o druhé pohlaví, jsou více dobyvační a méně schopní vytvářet trvalá citová pouta. Podobně dívky vychovávané bez otce

vykazují volnější sexuální postoje, začínají dříve pohlavně žít, mívají známosti s více muži, dříve se vdávají a mají děti (Matějček, 2005).

Fröjd, Kaltiala-Heino a Rimpelä (2007) zjistili u reprezentativního vzorku finských adolescentů ve věku 14–16 let vztah mezi formální strukturou rodiny, psychosomatickými symptomy a rizikovým chováním. Obojí bylo méně časté u dospívajících z úplných rodin. Dospívající žijící s jedním rodičem nebo v následných rodinách vnímali své zdraví jako horší, měly více psychosomatických symptomů a častěji užívali alkohol a jiné návykové látky. K podobným závěrům došli ve svém výzkumu i Krch a Csémy (2006). České děti z úplných rodin vykazovaly nejméně zdraví ohrožujících návyků – měly více fyzické aktivity, častěji s rodiči sportovaly, méně kouřily, pily alkohol a měly menší zkušenost s marihuanou (Krch, Csémy, 2006).

Rozsáhlý výzkum prováděný u nás v 70. letech poukázal na skutečnost, že rozvody rodičů snázejí nejhůře děti ve věku kolem deseti, jedenácti let, tedy podle Matějčka ve středním školním věku a podle nejnovější klasifikace na počátku období časně adolescence (Matějček, 2005).

Děti žijící s jedním rodičem jsou znevýhodněny také ekonomicky a jsou více ohroženy chudobou. Jedná se zejména o děti osamělých matek, protože pracovní příjmy žen jsou v průměru nižší než příjmy mužů. Česká republika patří mezi země s nejvyššími rozdíly mezi rizikem chudoby v rodinách s jedním rodičem a rodinách s oběma rodiči (Dudová, 2009).

Ideálním stavem pro vývoj identity dítěte je přítomnost obou rodičů. Nejedná se však o bezpodmínečnou nutnost. Podle novějších studií, které se zaměřily na rodiny osamělých matek a otců, je důležitější kvalita rodičovství a dobře fungující rodina v širokém kontextu než její formální struktura (Břicháček, 2002; Sobotková, 2007). Negativně na vývoj dětí působí především dva rizikové faktory rodinného prostředí: odcizené, zanedbávající prostředí a otevřené konflikty a agrese (Břicháček, 2002; Matějček, 2005). Řada zahraničních studií došla k závěru, že prosperitu dětí nejzávažněji ovlivňuje rodičovský konflikt, a to jak v manželství, tak po rozvodu (Pavlát, 2005).

Moderní přístupy sledují odolnost (*resilienci*) rodiny a zdůrazňují její pozitivní vliv na zdravý vývoj dětí a zdraví jednotlivých členů (Břicháček, 2002). Odolnost rodiny je dána pozitivními sociálními vztahy, soudržností a spoluprací všech členů, vzájemným respektem, otevřenou komunikací, flexibilní dělbou rolí respektující potřeby členů, ochranou zranitelných členů, vyvážeností blízkosti a autonomie, oporou rodiny v širším zázemí (Dunovský, Kovařík, 1999; Sobotková, 2007). Důležitý je celkový životní styl s určitou mírou flexibility, otevřenost pro nové informace, pravdivost, naděje, rodinná *hardiness*, neboli nezlomnost, tuhost; společná, racionální rozhodování, pozitivní atmosféra, smysl pro humor a v neposlední řadě zdraví a pohoda (*well-being*) jednotlivých členů (Břicháček, 2002; Sobotková, 2007).

Odolnost rodiny oslabují dlouhodobě působící faktory, jako je např. chudoba, nezaměstnanost, sociální nejistota nebo chronická nemoc, ale i náhlé, neočekávané traumatizující události. Selhání rodiny má vliv na mentální, sociální a zdravotní stav jednotlivých členů, zejména dětí. (Břicháček, 2002).

Nejvíce narušují fungování rodiny každodenní menší, dlouhodobé a neřešené problémy, obtíže a konflikty (Břicháček, 2002). Ty se mohou ve zvýšené míře vyskytovat právě v adolescenci, která bývá charakterizována jako období emocionálního neklidu a konfliktů v rodině. (Vágnerová, 2005). Konflikty mohou na jedné straně zhoršovat celkovou spokojenost dospívajícího; na druhé straně, jsou-li konstruktivně řešené a panuje-li v rodině otevřená atmosféra, kdy dítě může volně vyjadřovat své názory, přispívají k pocitu akceptace a posilují osobní identitu (Macek, 2002 a). Konfliktní situace v rodině a typické generační konflikty nemusejí dospívání nutně provázet. Teorie „bouře a vzdoru“ jsou přehodnocovány a z dnešního hlediska spíše překonány. Je empiricky doloženo, že více konfliktů provází adolescenci v rodinách, ve kterých byly problémy již v předchozích vývojových obdobích a kde se častěji vyskytuje rizikové chování (Macek, 1999).

Aktuálním problémem českých rodin s dětmi, který zjistily studie z konce 20. století, je výrazný úbytek volného času, (Dunovský, Kovařík, 1999). Nedostatek času pociťovalo podle výzkumů 60 % rodičů. V rodinách ubylo společných činností, tradic, rituálů a setkání, např. u rodinného stolu, které napomáhají propojování individuality dítěte s rodinnou historií, a tím tvorbě nejprve skupinové, poté osobní identity (Dunovský,

Kovařík, 1999). Společně trávený volný čas a zájem rodičů je také významným protektivním faktorem vzniku závislosti na psychoaktivních látkách (Krch, Csémy, 2006). V České republice převažuje norma dvoupříjmové rodiny, kdy většina otců a matek dětí do 18 let je zaměstnána na plný pracovní úvazek. Práci považují čeští muži a české ženy za velmi důležitou a přisuzují ji stejnou váhu jako rodině (Křížková, Vohlídalová, 2009).

1.3.1 Vliv makrosystému na rodinu, zdraví a životní spokojenost

Životní prostředí, geografická podmíněnost, život na venkově či ve městě, obydlí, socioekonomický status, zaměstnání, pracoviště, třídní příslušnost, národnost, etnická skupina, aktuální společenská situace, kultura a filozofie společnosti jsou významné faktory z oblasti makrosystému, které mohou ovlivnit spokojenost, odolnost i celkový životní styl rodiny. To se následně promítá do celkového zdraví, kvality života a zdravého vývoje dětí. Holčík (2009) upozorňuje na skutečnost, že sociální determinanty zdraví jsou i přes doložené vědecké výzkumy v současnosti stále ještě podceňovány.

Mentalita současných průmyslových společností zaměřená na trh, rozvinutá vědecká a technická aktivita, superindustrialismus, snaha o ovládnutí přírody, všudypřítomnost organizací řídících život jedinců, nadměrný individualismus, důraz na výkon a soutěž, rozmanitost, rychlé změny, se kterými se člověk musí vyrovnávat v krátkém časovém úseku, vedou ke stresu, poruchám identity a horšímu duševnímu zdraví (Coan, 1999).

Vznik měst po průmyslové revoluci je spojen s vědecko-technickým pokrokem, rozvojem průmyslu a terciální sféry, s byrokratizací společnosti a emancipací individuí. V průběhu devatenáctého a v první polovině dvacátého století byla města symbolem pokroku a úspěchu. Docházelo k masovému přesunu obyvatelstva z venkova do měst, tzv. *urbanizaci*, postupně vznikala velká města a metropole (Keller, 2002). Spolu s nimi se vytvořil také nový specifický městský životní styl s fenoménem volného času a nudy, s důrazem na odpočinek a zábavu, s odklonem od náboženské víry a rozjímání (Petrušek, 2009).

Současná velkoměsta se vyznačují na jedné straně vysokým socioekonomickým statusem jejich obyvatel, na straně druhé růstem chudoby z důvodu úbytku pracovních příležitostí ve výrobě (Giddens, 1999). Ve většině průmyslových zemí se sociální rozdíly zvyšují a podle statistik v chudobě žije 5–15 % dětí ve věku do 16 let (Currie et al., 2004). Děti vyrůstající v chudobě mají častěji horší zdraví, problémy v chování, v učení, mají horší dovednosti a nižší aspirace, v dospělosti jsou častěji nezaměstnané, méně placené, dívky v brzkém věku otěhotní (UNICEF, 2007). Nezaměstnanost v rodině, zvláště dlouhodobá, souvisí s deprivací u dětí (UNICEF, 2007). Důsledky nezaměstnanosti postihují rodinné role a vztahy, mění denní režim rodiny, snižují její životní úroveň a resilienci. Nezaměstnaní trpí častěji chronickými chorobami a cítí se zdravotně hůře. Je prokázán úzký vztah nezaměstnanosti k alkoholismu (Kebza, 2005).

Je dokázáno, že vyšší společenské postavení, lepší finanční zajištění a vyšší vzdělání souvisí se zdravějším životním stylem, vyšší spokojeností a lepším zdravím (Bártlová, 2005). Lidé s nižším socioekonomickým statusem jsou více vystaveni stresogenním podmínkám a hůře zvládají stresogenní situace. Trpí častěji chronickým stresem, což může mít za následek oslabení činnosti imunitního systému. (Kebza, 2005). Zaměřují se na normy, které jsou v rozporu se zdravým způsobem života, orientují se především na současnost, mají absenci preventivního povědomí a perspektivou, především ve vztahu k ochraně zdraví, se nezabývají (Bártlová, 2005). S nižším socioekonomickým statusem častěji souvisí kouření, alkoholismus, nezdravé dietní chování, hostilita, deprese, nižší sebehodnocení a horší kvalita života (Currie et al., 2004; ÚZIS ČR, 2003; Kříž, 2004). Lidé s nízkými příjmy a nižším vzděláním častěji trpí chronickým onemocněním (ÚZIS ČR, 2003; Kebza, 2005). V České republice bylo ještě v roce 2002 mezi dospělými ve věku 25–64 let 43 % osob bez maturity a pouze 12 % lidí mělo vysokoškolské vzdělání. V roce 2007 již poměr osob s maturitou vzrostl na tři čtvrtiny (Simonová, 2009).

Ve velkých městech se více kumulují sociálně-patologické jevy. Vysoká hustota osídlení souvisí s anonymitou, růstem odcizení a společenského napětí, růstem zločinnosti, prostituce a narkomanie. Blatný, Hrdlička, Sobotková a kol. (2006) zjišťovali na vzorku téměř 5 000 českých adolescentů žijících v Praze a ve dvanácti krajských městech ČR výskyt antisociálního chování. Mezi nejčastější formy patřilo porušování pravidel, fyzické souboje, krádeže v obchodech a ničení cizího majetku. Vysoká byla také prevalence

agrese a problémového chování spojeného s užíváním psychotropních látek a prodejem drog (Blatný, Hrdlička, Sobotková a kol., 2006). Kachlík a Havelková (2009) u sledovaného vzorku 250 respondentů prokázali, že benevolence k drogám je vyšší u žáků z města než z vesnice.

Venkovská společenství mají nižší ukazatele kriminality než města a malá města mají nižší ukazatele kriminality než velkoměsta (Giddens, 1999; Keller, 2002; Veselá, 2003). Venkov má svoji specifickou sociálně psychologickou povahu, která ovlivňuje způsob i kvalitu života jeho obyvatel. Z výběrového šetření o zdravotním stavu české populace *HIS CR 2002* vyplynulo, že vyšší kvalitu života vykazovaly ženy žijící v obcích do pěti tisíc obyvatel (ÚZIS ČR, 2003).

Ideální velikost obcí je dlouhodobě diskutovaným problémem a předmětem mnoha studií (Illner, 2006). Z hlediska ekonomického mají větší naději na úspěch větší sídla. Mohou si dovolit financovat náročnější projekty, jsou zajímavější pro soukromý kapitál, mají výkonnější místní správu. To vše vede k vyšší spokojenosti občanů. Na druhou stranu malé obce mají výhodu v blízkosti vztahů a vzájemné pomoci. Obecně se jako nejoptimálnější jeví spíše obce středně velké (Illner, 2006).

Vliv na kvalitu života má také komunita, ve které jedinec žije. Může výraznou měrou ovlivňovat životní styl, zdraví a spokojenost jedince. Je-li založena na vysoké sociální integraci, blízkých vztazích, na společné historii, tradicích, kultuře, hodnotách a cílech a je-li systém sociální kontroly v komunitě vbudován do osobních vztahů, pozitivně ovlivňuje socializaci každého člena a prosperitu celého společenství (Holčík, 2009; Keller, 2002).

Zajímavé je sledování jevů zvaných *suburbanizace* a *rezidenční segregace*, které se začaly rozvíjet v USA a v rozvinutých evropských zemích po 2. světové válce, u nás až po roce 1989 (Temelová, Sýkora, 2004; Petrušek, 2009). V souvislosti se *suburbanizací* dochází k zástavbě v příměstských zónách a ke stěhování bohatších vrstev obyvatelstva z center měst na jejich okraje a na venkov. Vznikají satelitní městečka (tzv. *suburbia*), která ve skutečnosti městy nejsou. Nemají přirozená centra ani síť komunikací mezi obyvateli (Petrušek, 2009). Dochází k dobrovolné segregaci určité vrstvy lidí, což může na jedné straně posílit jejich pocit bezpečí a spokojenosti, na druhé straně vede ke zvyšování

individualismu, ztrátě sociálních vazeb, vyšší anonymitě a vnášení prvků městského životního stylu na venkov. V centrech měst po odchodu bohatších lidí zůstávají sociálně slabší domácnosti a mohou se zde začít vytvářet až společenství podobná nedobrovolné segregaci v ghettu se všemi dopady na zdraví a kvalitu života jedinců (Sýkora, 2002).

Sídelní struktura ČR je charakteristická vysokou urbanizací. K 31. 12. 2006 u nás bylo celkem 6249 obcí, z toho měst 559 (Illner, 2006). K 1. 1. 2009 bylo v ČR 593 měst, to znamená obcí s působností městského úřadu nebo magistrátu (ČSÚ, 2009).

V sídelní struktuře ČR převažují města malá a střední, velkoměst (měst s více než 100 tisíci obyvateli) je pouze pět. Dominantní postavení mezi městy má hlavní město Praha s více než jedním milionem obyvatel. Převážná většina obcí v ČR jsou obce malé, 79 % obcí má méně než tisíc obyvatel. Převážná většina lidí (70 %) ale žije ve městech, v malých obcích bydlí pouze 17 % obyvatel. V posledních letech u nás stoupá počet obyvatel na větších vesnicích a v menších městech. Specifickými oblastmi jsou tzv. *vnitřní periferie*. Jedná se o méně hospodářsky vyvinutá a hůře dostupná mikroúzemí, ve kterých žije zhruba milion obyvatel s obecně nižším socioekonomickým statusem než v ostatních částech ČR (Illner, 2006; ČSÚ, 2007).

Významným protektivním faktorem zdraví může být převládající způsob života v České republice, kde se lidé tak často nestěhují. To jim umožňuje vytvářet silné vazby k lidem v místě domova (Císařová, 2005).

1.4 Škola a její vliv na život adolescentů

Prostředí školy, její sociální klima a atmosféra patří mezi významné faktory, které se podílejí na socializaci, formování osobnosti a vývoji dítěte. (Macek, 1999; Veselá, J., Veselá, G., 2008). Škola vyplňuje dítěti podstatnou část jeho času a denních aktivit. Rozvíjejí se v ní mezilidské vztahy, vznikají přátelství, děti si fixují kromě formálního i tzv. skryté kurikulum, které je může ovlivňovat po celý zbývající život (Čáp, Mareš, 2001; Veselá, J., Veselá, G., 2008). Škola je také prostorem, kde se děti učí demokracii, základům morálky a prosociálnímu chování. Prosociálnost je výrazným protektivním faktorem

zdravých vztahů ve skupině a má klíčový význam v prevenci sociálně patologických jevů a v ochraně zdraví (Prokopová, 2008).

Úkolem školy je, kromě primární orientace na vzdělávání, vytvářet při výuce příznivé sociální klima s pozitivními vztahy a vnímanou podporou, a tím pozitivně ovlivňovat kvalitu života dětí (Csémy a kol., 2005; Veselá, J., Veselá, G., 2008). Mayberry, Espelage a Koenig (2009) dokázali, že pozitivní školní klima významně souvisí s nižší frekvencí užívání návykových látek.

Škola je celosvětově pojímána jako prostředí významně ovlivňující zdraví dětí a mladých lidí, tedy jako prostředí, na které je nutné zaměřit preventivní snahy (Provazník, Havlínová, Provazníková, 1998). Na počátku devadesátých let 20. století byl přijat evropský projekt škol podporujících zdraví s původním názvem *Zdravá škola*. Je založen na filozofii holismu a na podpoře tělesného, duševního, sociálního i duchovního zdraví ve školách (Provazník, Havlínová, Provazníková, 1998).

Pro základní a střední školy v ČR je v současné době v rámcově vzdělávacích programech stanovena vzdělávací oblast „Člověk a zdraví“, která má vést k pochopení pojmu zdraví, k ovlivňování postojů dětí a dospívajících k vlastnímu zdraví a současně i k jejich aktivnímu zapojování do zdraví prospěšného chování. V platných školních osnovách však výuka o zdraví není ještě dostatečně zohledněna a vysokoškolská příprava pedagogů v této oblasti zaostává (Fialová, Feltlová, 2008). Preventivní programy, které jsou ve školách realizovány, mají zabránit nástupu rizikového chování, nebo ho oddálit do co nejvyššího věku dětí, a tím minimalizovat rizika zdraví poškozujícího chování (Kernová, 2008). Evaluace preventivních programů na sedmdesáti českých školách upozornila na některé nedostatky, které mohou jejich účinnost snižovat. Nejčastěji užívanou metodou je jednorázová beseda, jen zřídka vyučující používají kombinaci více metod nebo soubor několika navazujících lekcí a programy prevence si často zajišťují metodici školní prevence sami (Adámková, Jurystová, Gabrhelík a kol., 2009).

Vzdělávání by mělo být spojováno s kladnými emocemi, pocity úspěchu a zadostiučinění (Helus, 2007). Pozitivní emoce rozšiřují kreativitu myšlení a zároveň usnadňují řešení problémů (Křivohlavý, 2004). Je dokázáno, že existuje oboustranný vztah mezi životní

spokojeností a školou. Děti, které se ve škole cítí lépe, vykazují méně zdravotních potíží a uvádějí vyšší míru životní spokojenosti, (Currie et al., 2004).

Podle výsledků některých výzkumů představuje škola pro nemalé procento dětí značnou psychickou zátěž a bývá nejčastěji uváděným zdrojem denních problémů a stresu (Macek, 1999; Poledňová, Zobačová, 2002; Csémy a kol., 2005). Největší obavy mají děti z hodnocení a známkování, ze svých školních výkonů, z učitelů i spolužáků (Poledňová, Zobačová, 2002; Macek, 1999). Blahutková s Charvátém (2009) došli naopak k závěru, že míra stresu je u školních dětí jen výjimečně vysoká a více než se školou souvisí se situací v rodině, sociálními podmínkami nebo s nemocí.

Nepřiměřené požadavky, které nejsou v souladu s potřebami dětí a nezohledňují jejich individuální předpoklady, mohou mít za následek poruchy ve vývoji osobnosti dítěte, zdravotní problémy či ztrátu motivace ke vzdělávání (Provazník, Havlínová, Provazníková, 1998; Čáp, Mareš, 2001). Často vedou také k problémovému a rizikovému chování ve škole i mimo školu (Csémy a kol., 2005; Currie et al., 2008). Mladí lidé, kteří předčasně a neúspěšně ukončili školu, jsou celosvětově vysoce rizikovou populační skupinou s nejhorsími zdravotními a behaviorálními charakteristikami (Hamanová, 1998).

Děti se musí ve škole naučit zvládat zvyšující se nároky a požadavky, adekvátně reagovat na pravidelné hodnocení učiteli, spolužáky i rodiči, vyrovnávat se s úspěchy i neúspěchy, musí si najít místo ve skupině vrstevníků a svoji pozici denně obhajovat. To, jak dítě vše zvládne, záleží na mnoha faktorech, kromě jiného na jeho spokojenosti se životem, na duševní pohodě, pocitu štěstí a radosti. Méně spokojené děti vnímají školu negativněji, častěji trpí subjektivními obtížemi a častěji jsou obětmi či aktéry šikany (Csémy a kol., 2005).

Klima ve škole je předmětem mnoha zahraničních i tuzemských výzkumů, tradici má jeho zkoumání především v USA (Grecmanová, 2003). U nás se stalo předmětem zájmu ve větší míře až po roce 1990. Pozornost odborníci věnovali především sociálnímu klimatu třídy a školy, málo výzkumů bylo zaměřeno na systematické studium celého školního prostředí v širokém kontextu, s ohledem na více skupin osob (učitelé, žáci, rodiče, vedení školy,

inspektoři a jiní), které klima školy vytvářejí (Grecmanová, 2003; Mareš, 2003; Mareš, 2005b).

Hodnocení klimatu školy se u jednotlivých skupin respondentů liší, je ovlivněno subjektivním pohledem (Mareš, 2005b). Učitelé mají tendence hodnotit klima školy pozitivněji než žáci a rodiče (Grecmanová, 2003; Janík, 2009). Příznivější klima prožívají nadanější žáci, kterým je věnována větší pozornost a lepší péče (Veselá, J., Veselá, G., 2008). Diametrálně odlišné bývá i hodnocení objektivních charakteristik školy, např. jejího vybavení. Je třeba počítat s tím, že posuzování je emocionálně podbarvené, ovlivněné momentální atmosférou, preferenčními postoji a obecně závislé na celospolečenském postoji ke škole, její veřejné prezentaci a pověsti (Průcha, 1997; Mareš, Ježek, 2002; Grecmanová, 2003; Pešková, 2003).

Vytvoří-li učitel *supportivní* (vstřícné) komunikační klima, ve kterém se jeho aktéři navzájem respektují a mohou otevřeně vyjadřovat své názory, bývá celková atmosféra ve škole hodnocena pozitivněji (Průcha, 1997). Některé tuzemské výzkumy upozorňují na skutečnost, že komunikační styl českých učitelů je častěji defenzivní (obránný), že naši učitelé vnímají žáky převážně jako podřízené a málo jim naslouchají, což podporuje negativní postoje a chování (Macek, 1999; Mareš, Ježek, 2002; Janík a kol., 2009).

Postoje dětí ke škole se liší podle pohlaví a mění se s věkem. Ve všech věkových skupinách a v rámci mezinárodního srovnání i ve většině zemí bývají ve škole spokojenější dívky (Currie et al., 2004; Currie et al., 2008). Jsou oblíbenější u vyučujících, svědomitější, mají na základní škole v průměru lepší výsledky než chlapci (Janošová, 2005). Mezinárodní srovnání postojů adolescentů ke škole ukazuje pro Českou republiku dlouhodobě nepříznivé výsledky. V oblasti oblíbenosti školy, hodnocení školního prostředí, vztahů k učitelům a spolužákům se české děti umísťují většinou na konci pořadí všech sledovaných zemí (Currie et al., 2000; Currie et al., 2004; Currie et al., 2008).

S rostoucím věkem spokojenost ve škole celosvětově u obou pohlaví klesá. V období adolescence se postoje a vztahy žáků k učitelům mění. Starší žáci vnímají školní prostředí negativněji, jsou kritičtější k demokratičnosti prostředí a k podpoře ze strany učitelů (Mareš, Ježek, 2002; Vágnerová, 2005; Csémy a kol., 2005). Dospívající mají potřebu

vymanit se ze závislosti na autoritách, jsou kritičtější, negativističtější, mají tendence učitele provokovat a hodnotit podle určitých atribučních stylů. Na učitelích dospívající většinou oceňují stabilitu názorů, emocí, spravedlivost, ochotu přijmout kritiku a profesní schopnosti (Macek, 1999; Vágnerová, 2005). Ke zvýšené kritičnosti v adolescenci přispívá schopnost hypoteticky uvažovat o kvalitách a užitečnosti výukového programu. Důvodem je také změna motivace ke školní práci a stoupající náročnost učiva. Méně úspěšní žáci mají ke škole horší vztah (Vágnerová, 2005).

Důležitou součástí osobní identity v adolescenci představuje pozice ve školní třídě, která je spojována s obecnou sociální úspěšností (Vágnerová, 2005). Utváří se na základě všeobecně platných principů společnosti, jako je např. věk, gender, fyzická vyspělost nebo etnicita (Jarkovská, 2009). Mezi vrstevníky bývají oblíbení žáci inteligentní a bez přehnané snahy úspěšní, ochotní pomoci, solidární, nevyvyšující se nad ostatní. Postoj adolescentů k prosociálnímu chování je na jednu stranu velice kladný, na druhou stranu ne všichni ho jsou ochotni přijmout jako vzorec svého vlastního chování (Macek, 1999). Adolescenti sami sebe podle některých výzkumů nehodnotí jako příliš aktivní a spolupracující, klesá u nich orientace na druhé a zvyšuje se jejich koncentrace na vlastní úspěch, mají problémy ve vzájemné komunikaci, podpoře a pomoci (Macek, 1999; Štech, 2005; Csémy a kol., 2005).

Aktuálním problémem základních škol je šikana. Mnoho odborníků poukazuje na fakt, že vzrůstá počet zjištěných případů šikany, zvyšuje se její brutalita a propracovanost a snižuje věk agresorů (Blahutková, Charvát, 2008). Uvádí se, že v ČR je šikanováno zhruba 20 % dětí (Kolář, 2003; Csémy a kol. 2005). Celonárodní výzkum šikany v roce 2001 zjistil, že na druhém stupni základních škol je šikanováno dokonce až 41 % dětí (Kolář, 2003). Poslední výsledky studie HBSC ukazují naopak na výrazný pokles – v průměru pouze 5 % dětí uvedlo, že bylo v posledních několika měsících šikanováno (Currie et al., 2008). V rámci mezinárodního srovnání patří Česká republika dlouhodobě mezi země, kde se k šikanování přiznává jen malé procento dětí (Currie et al., 2004; Csémy a kol., 2005; Currie et al., 2008).

Oběťmi šikany jsou častěji děti méně úspěšné, nejisté, úzkostné, děti s nízkým sebevědomím a s větší závislostí na vrstevnících. Csémy a kol. (2005) prokázali pozitivní

korelaci mezi účastí na školní šikaně a počtem hodin strávených u televize. Děti, které uvedly, že někoho šikanují, zároveň uváděly, že tráví 5 a více hodin denně u televize.

Chlapci uvádějí šikanování častěji než dívky (Currie et al., 2004; Csémy a kol., 2005; Blahutková, Charvát, 2008). Výzkum, který proběhl v České republice v roce 2001, ukázal, že nejčastější formou šikany je nadávání, zesměšňování a ponižování (Janík a kol., 2009).

Sklon k agresivnímu chování se častěji projevuje u chlapců, u dětí s opakovanou psychickou i fyzickou traumatizací, u dětí s emoční nezralostí a nízkou frustrační tolerancí, u dětí z rodin s malou kohezí vztahů, nižší socioekonomickou úrovní a izolací od okolní komunity (Toužimská, 2006). Štech (2005) doporučuje metodologicky vymezit a odlišit šikanu od agresivity, která je přirozenou součástí lidského chování a může být v některých situacích dokonce žádoucí.

Výsledky longitudinálních mezinárodních studií ukazují, že šikanování v dětství je spojeno s antisociálním chováním v dospělosti, kriminalitou, nestálostí ve vztazích a zaměstnání (Currie et al., 2004). Významným preventivním faktorem šikany je vysoká sociální kontrola a spolupráce školy s rodinou.

2 Cíle disertační práce

Cílem disertační práce je:

1. v rovině teoretické
 - a. zmapovat problematiku konceptu kvality života,
 - b. popsat specifika vývojového období adolescence a jeho rizika ve vztahu ke zdraví,
 - c. zaměřit se na nejpodstatnější faktory, které ovlivňují zdraví a kvalitu života dětí;
2. v rovině empirické
 - a. sledovat specifické ukazatele kvality života u reprezentativního vzorku českých dětí ve věku 11, 13 a 15 let v rámci rozsáhlého mezinárodního šetření HBSC,
 - b. analyzovat kvalitu života českých dětí podle věku, pohlaví a místa bydliště – velké město, malé město, venkov,
 - c. vyhodnotit vliv formální struktury rodiny a množství společně stráveného volného času v rodině na kvalitu života dětí,
 - d. posoudit kvalitu života dospívajících ve vztahu k dalším významným faktorům, zejména k adaptaci na školu, k subjektivně vnímané míře nároků na školní výkon, k sociální exkluzi, pití alkoholu a kouření tabáku,
 - e. zjistit, jak české děti vnímají a hodnotí svůj zdravotní stav, na jaké obtíže si nejčastěji stěžují a v jaké míře.

3 Metodika

Data pro disertační práci byla získána v rámci studie Světové zdravotnické organizace (WHO) *The Health Behaviour in School Aged Children: A WHO Cross National Study (HBSC)* a její metodika vychází z doporučení WHO.

3.1 Studie HBSC

The Health Behaviour in School Aged Children: A WHO Cross National Study (HBSC) je významná mezinárodní dlouhodobá studie, která pravidelně od roku 1983 zjišťuje klíčové informace o zdraví, životní pohodě a životním stylu dospívajících. Jejím cílem je porozumět v širokém sociálním kontextu souvislostem, které ovlivňují zdraví mladých lidí a poskytnout relevantní data všem, kteří se zabývají prevencí. Studie byla iniciována v Evropě v roce 1982 prvními výsledky výzkumu ze tří zemí – Finska, Norska a Anglie. Její výzkumná šetření se od roku 1985 opakují každé čtyři roky, poslední proběhlo v roce 2006. Počet zemí, které se do studie zapojují, stále roste. První data byla získána od respondentů z pěti evropských zemí. Posledního šetření se zúčastnilo již 41 evropských a severoamerických států (Příloha A, str. 139) a více než 200 000 respondentů. ČR je do studie zapojena od roku 1993 (Currie et al., 2004; Currie et al., 2008).

Na studii spolupracuje široký mezinárodní, multidisciplinární tým tvořený odborníky z různých oborů, především z oblasti psychologie, sociologie, medicíny, veřejného zdraví. Za aktivní spolupracovníky jsou podle filozofie studie HBSC považováni i oslovení respondenti. Nejsou vnímáni pouze jako pasívní objekty sledování, ale jsou pokládáni za spolutvůrce databáze informací o jejich vlastním zdraví a životním stylu. Získaná data představují soubor subjektivních pohledů, myšlenek, zkušeností, aspirací a pocitů oslovených adolescentů, což dospělým umožňuje lépe pochopit podmínky pro jejich úspěšný a zdravý vývoj. Výsledky výzkumných šetření jsou prezentovány v anglicky

psaných závěrečných zprávách, které jsou dostupné široké odborné i laické veřejnosti na webových stránkách HBSC (Currie et al., 2008).

3.2 Výzkumný vzorek

Cílovou populací pro výzkum byl reprezentativní vzorek českých dětí ve věku 11, 13 a 15 let, tedy v období klasifikovaném podle nejnovějších trendů jako časná adolescence, v němž dochází k významným bio-psycho-sociálním změnám, které mohou mít vliv na kvalitu života a zdraví. První dvě věkové skupiny reprezentují období největších fyzických a psychických změn, věková skupina patnáctiletých období změn sociálních.

V našem sledovaném souboru bylo celkem 4782 dětí, z toho 2416 chlapců a 2366 dívek. Ve věkové kategorii jedenáctiletých bylo 1509 dětí, ve věkové kategorii třináctiletých 1601 a ve věkové kategorii patnáctiletých 1665 respondentů. Průměrný věk v kategorii jedenáctiletých byl 11,5 roku, v kategorii třináctiletých 13,5 roku a v kategorii patnáctiletých 15,4 roku. V sedmi dotaznících věk neodpovídal požadovaným kategoriím, ale děti nebyly ze studie vyřazeny (Currie et al., 2008). 1432 dětí uvedlo, že žije na vesnici, 1922 na malém městě a 1416 respondentů odpovědělo, že žije ve velkém městě. Ve dvanácti dotaznících nebylo bydliště uvedeno. Počty respondentů se v interpretaci jednotlivých oblastí liší v závislosti na metodickém zpracování získaných dat.

3.3 Metodika sběru dat

Sběr dat pro disertační práci proběhl podle předem stanovené metodiky WHO. Výzkumným nástrojem byl dotazník s názvem *Mládež a zdraví 2006* (Příloha E, str. 152), který vycházel z anglické verze mezinárodního dotazníku. Podle protokolu studie HBSC obsahoval dotazník část mandatorní, povinnou pro všechny zúčastněné země a část fakultativní, do které si řešitelé mohou zařadit otázky podle vlastního zájmu. Českou verzi dotazníku pro šetření v roce 2006 připravovali odborníci z 3. lékařské fakulty Univerzity

Karlovy a Státního zdravotního ústavu v Praze. Mandatorní část dotazníku byla přeložena z angličtiny do češtiny a pro kontrolu jinými nezávislými překladateli zpět z češtiny do angličtiny.

My jsme získali příležitost pracovat ve spolupráci s koordinátorem studie pro ČR PhDr. Ladislavem Csémy na tvorbě fakultativní části dotazníku. Podíleli jsme se na úpravě položek týkajících se zjišťování kvality života a připravili nové otázky zaměřené na možnost analýzy rozdílů v životním stylu a kvalitě života dětí žijících ve městě a na vesnici, což doposud v žádné z předchozích studií nebylo zjišťováno.

Finální verze dotazníku obsahovala celkem 79 položek rozdělených do několika domén: stravovací zvyklosti, fyzická aktivita, návykové chování, rodina, psychosociální adaptace, duševní zdraví, psychosomatické obtíže, úrazy, škola a kvalita života.

Sběr dat byl proveden v souladu s kritérii stanovenými WHO unifikovaným postupem. Byl realizován v měsíci květnu roku 2006 na osmdesáti šesti náhodně vybraných základních školách a víceletých gymnáziích celé ČR (82 základních škol, 4 víceletá gymnázia) po získání souhlasu ředitelů škol. Na každé škole byla náhodně vybrána jedna pátá, jedna sedmá a jedna devátá třída, jejíž žáci se zúčastnili výzkumu. Rodiče dětí byli o výzkumu předem písemně informováni. Podmínkou pro zařazení žáků do studie bylo neodevzdání negativního vyjádření rodičů.

Sběr dat organizovalo Lékařské informační centrum v Praze. Zajistilo a proškolilo tým asistentů, kteří následně sběr dat realizovali v terénu. Jednalo se o dobrovolníky s vysokoškolským vzděláním, nejčastěji z oblasti sociologie, pedagogiky, psychologie nebo medicíny. Na každou školu byl přidělen jeden asistent, který zajistil sběr dat ve všech třech třídách. Měl za úkol podat dětem jednotné instrukce podle protokolu WHO před zahájením sběru dat a vysvětlovat případné nejasnosti v průběhu vyplňování dotazníků. Zároveň dohlížel na to, aby se děti během vyplňování dotazníků vzájemně nerušily, nekonzultovaly nebo neopisovaly odpovědi a aby vyplňovaly dotazníky jen samy za sebe. Žáci odpovídali během jedné vyučovací hodiny, mladší děti měly možnost využít i přestávky.

Anonymita byla zajištěna odevzdáváním dotazníků v neoznačených zalepených obálkách. Děti byly upozorněny, aby nikde neuváděly svoje jméno, a ubezpečeny, že jejich odpovědi nebudou číst ani rodiče, ani učitelé. Každý asistent zaznamenal po ukončení sběru dat v dané třídě do speciálního formuláře průběh šetření a počty dětí, které dotazníky vyplnily a odevzdaly, které výzkum odmítly či měly v den šetření absenci ve škole. Celkový počet žáků, kteří se zúčastnili šetření, činil 5711.

Vyplněné dotazníky předali asistenti do Lékařského informačního centra, kde byla data převedena do elektronické formy a poté předána koordinátorovi studie za ČR PhDr. Ladislavu Csémy. Ten získaná data z mandatorní části dotazníku převedl do podoby předem stanovených kódů a zaslal v souladu s protokolem WHO do mezinárodní databanky v Univerzitě v Bergenu, kde byla čištěna a kontrolována data ze všech zúčastněných zemí. Zpět do ČR byl soubor vrácen v listopadu roku 2007. Konečný počet respondentů, jejichž odpovědi jsme mohli využít k našemu výzkumu, činil 4782, tj. 83,7 % z původního souboru. Od koordinátora projektu pro ČR PhDr. Ladislava Csémy jsme data k dalšímu zpracování získali v květnu roku 2008.

3.4 Metodika analýzy dat

Analýza dat byla provedena v programu NCSS 2007, použity byly metody deskriptivní statistiky, χ^2 test nezávislosti v kontingenční tabulce, Fisherův přesný test, dvouvýběrový T-test, neparametrický Kolmogorov-Smirnov test, analýza rozptylu s následným mnohonásobným porovnáváním a korelační analýza (Pearson).

Z rozsáhlého dotazníku jsme vybrali položky zaměřené na kvalitu života a posuzovali je ve vztahu k věku, pohlaví a místu bydliště dětí. Dále jsme se orientovali na položky zjišťující formální strukturu rodiny, způsob trávení volného času v rodině, sociální vztahy respondentů (zejména na sociální exkluzi), postoje ke škole a k učitelům, subjektivně vnímané psychosomatické obtíže, kouření cigaret a pití alkoholu. Získané výsledky jsme analyzovali na základě následujících výzkumných otázek:

- Jak české děti hodnotí svoji kvalitu života?
- Je v současné době, kdy se rozdíl mezi městem a vesnicí stírají, rozdílná kvalita života u dětí žijících ve městě a na vesnici?
- Závisí kvalita života českých adolescentů na věku a pohlaví?
- Jak kvalitu života dětí ovlivňuje struktura rodiny a množství společně stráveného volného času s rodiči?
- Závisí kvalita života dospívajících na vztahu ke škole a subjektivně vnímané míře nároků na školní výkon?
- Jaké jsou souvislosti mezi subjektivně vnímanou kvalitou života a problémy v sociálních vztazích?
- Souvisí subjektivně vnímaná kvalita života dospívajících s kouřením cigaret a pitím alkoholu?
- Jak dospívající vnímají a hodnotí svůj zdravotní stav?

3.4.1 Metodika zjišťování kvality života

Výběr položek pro zjišťování kvality života jsme volili tak, abychom postihli kombinaci tří nejdůležitějších faktorů: vnímání úrovně vlastního zdraví, osobní pohody a životní spokojenosti. Z obsáhlého dotazníku jsme pro posuzování kvality života vybrali 6 oblastí:

1. Zdravotní stav, který děti subjektivně hodnotily pomocí čtyřbodové škály. Na otázku: *Co soudíš o svém zdravotním stavu?* měly možnost volit odpovědi: *je vynikající, dobrý, ne moc dobrý, špatný.*

2. Pocit štěstí – na otázku: *Jaký máš v současnosti pocit ze svého života?* děti odpovídaly volbou ze čtyř možností: *cítím se velmi šťastný, celkem šťastný, ne moc šťastný, necítím se vůbec šťastný.*

3. Huebnerovu škálu (HŠ), která obsahovala 6 podotázek zaměřených na spokojenost se životem (*Jsem spokojen s tím, jak mi věci vycházejí; V mém životě jde vše dobře; Ve svém životě bych chtěl změnit mnoho věcí; Přál bych si mít úplně jiný život; Mám dobrý život; Mám dobrý pocit z věcí, které mě potkávají*). Na podotázky děti odpovídaly pomocí

čtyřbodové škály (*nikdy, zřídka, často, vždy*). HŠ dosahovala hodnot v rozmezí 6–24, přičemž vyšší skóre znamenalo vyšší spokojenost se životem (Huebner, 1991).

4. Cantrilův index (CI), což je položka znázorňující hodnocení života na škále (žebříku) s rozmezím hodnot 0–10, kdy 0 znamená nejhorší možný život a 10 nejlepší život, jaký si děti dovedou představit. Děti měly označit stupeň, kam by v současnosti svůj život umístily. Hodnoty 6 a více znamenají vysokou životní spokojenost (Currie et al., 2008, Cantril, 1965).

5. Standardizovaný dotazník Kidscreen-10 Index (The Kidscreen Group Europe, 2006), který obsahuje 10 podotázek hodnocených pětibodovou škálou. Děti měly posuzovat situaci v uplynulém týdnu. Podotázky zahrnují hodnocení:

- fyzické i psychické pohody (*Cítil ses dobře a v dobré kondici? Cítil ses plný energie?*),
- nálady (*Byl jsi smutný?*),
- autonomie (*Měl jsi dost času pro sebe? Mohl jsi ve svém volném čase dělat to, co jsi chtěl?*),
- sebepercepce (*Šlo ti to ve škole dobře? Byl jsi schopný dávat pozor?*)
- a sociálních vztahů s rodiči a vrstevníky (*Jednali s tebou rodiče spravedlivě? Bavit ses dobře s přáteli? Cítíš se někdy osamělý?*).

Kidscreen-10 Index dosahoval hodnot v rozmezí 10–50, přičemž vyšší hodnoty znamenají vyšší kvalitu života.

6. Položku sestavenou ze sedmi podotázek zaměřených na posouzení života jako celku.

Podotázky zohledňovaly:

- vztahy v rodině (*Vycházím s rodiči nebo s tím, kdo se o mě stará dobře.*),
- sebepercepce (*Jsem se sebou spokojen; Jsem spokojený s tím, jak žiji; Těší mě život; Ve srovnání s mými vrstevníky myslím, že můj život je...*),
- pohled do budoucnosti (*Těším se na budoucnost.*)
- a zamyšlení nad smyslem života (*Myslím, že život má smysl.*).

Podotázky děti posuzovaly na základě desetibodové škály. Položka dosahovala hodnot v rozmezí 0–70. Vyšší hodnoty znamenaly vyšší kvalitu života.

Zvolené oblasti nám umožnily zjišťovat subjektivně vnímanou kvalitu života v dimenzi fyzické, psychické, sociální i duchovní.

Pro analýzu vztahů mezi sledovanými položkami kvality života, pohlavím, věkem a místem bydliště dětí jsme zjištěné hodnoty z jednotlivých oblastí kvality života rozdělili do tří kategorií, na průměrné (průměr \pm SD), podprůměrné (méně jak průměr - SD) a nadprůměrné (více jak průměr + SD).

3.4.2 Metodika zjišťování faktorů souvisejících s rodinou

Formální strukturu rodiny jsme definovali z položky, ve které děti odpovídaly na polytomickou výčtovou otázku, s kým žijí v tzv. hlavním domově. Měly na výběr ze sedmi odpovědí (*vlastní matka, vlastní otec, nevlastní matka, nevlastní otec, babička, děda, dětský domov*) a jednu možnost pro doplnění vlastní odpovědi v případě, že ani jedno z nabízených tvrzení dítěti nevyhovovalo.

Pro analýzu dat jsme rodiny z hlediska formální struktury rozdělili do čtyř kategorií:

- v kategorii A byly děti, které uvedly, že žijí s oběma biologickými rodiči,
- v kategorii B děti, které odpověděly, že mají jednoho biologického a jednoho nevlastního rodiče,
- v kategorii C děti, které uvedly, že žijí jen s jedním vlastním nebo jedním nevlastním rodičem,
- a v kategorii D děti, které odpověděly, že s rodiči nežijí.

Míru společně stráveného času jsme posuzovali podle odpovědí na otázku, která zjišťovala různé způsoby, jak spolu rodina tráví volný čas. Z osmi možností uvedených v dotazníku:

- Díváme se spolu na televizi nebo video.
- Hrajeme nějaké společenské hry.
- Jsme spolu u jídla.
- Jdeme spolu na procházku.
- Navštěvujeme spolu nějaká místa.

- Navštěvujeme přátele a příbuzné.
- Sportujeme spolu.
- Posedíme spolu a mluvíme o různých věcech.

jsme pro analýzu dat vybrali dvě, o nichž se domníváme, že by je rodina měla provozovat denně nebo skoro denně: *Jsmo spolu u jídla; Posedíme spolu a mluvíme o různých věcech*. Tyto položky děti klasifikovaly pomocí pětibodové škály v rozmezí hodnot 1–5, kdy hodnota 1 představovala frekvenci *každý den* a hodnota 5 frekvenci *nikdy*. Pokud děti uvedly, že takto tráví společný čas s rodinou každý den nebo skoro denně, a průměr jejich odpovědí měl hodnotu v intervalu od 1 do 2,4, zařadili jsme je do skupiny, ve které členové rodiny spolu tráví hodně času. Dosahoval-li průměr odpovědí hodnot 2,5 a více, zařadili jsme děti do skupiny rodin, které spolu tráví málo času.

3.4.3 Metodika zjišťování faktorů souvisejících se školou

Index školní adaptace jsme vytvořili z odpovědí na otázky: *Jak se v současnosti ve škole cítíš* a *Jak se k tobě chovají učitelé*. Do skupiny dobře adaptovaných jsme zařadili děti, které uvedly, že se jim ve škole líbí (moc nebo celkem), a současně na položku: *Jak se k tobě chovají učitelé*, byl průměr jejich odpovědí na 4 možnosti (*Učitelé mě povzbuzují, abych vyjadřoval své názory ve třídě; Učitelé s námi jednají spravedlivě; Učitelé mi poskytnou pomoc, když potřebuji; Moji učitelé se o mě zajímají jako o člověka*) v intervalu od 1 do 2,4 na pětistupňové škále od možnosti *naprosto souhlasím* po *naprosto nesouhlasím*. Do skupiny špatně adaptovaných dětí jsme zařadili děti, které odpovídaly, že se jim ve škole nelíbí (moc ne nebo vůbec) a průměr odpovědí hodnotících učitele byl v rozmezí 3,5–5.

Míru nároků jsme definovali podle odpovědí na dvě tvrzení: *Pokud jde o školu, moji rodiče ode mě čekají příliš* a *Moji učitelé ode mne očekávají příliš*. Do skupiny dětí pociťujících vysoké nároky jsme zařadili ty, které pro obě tvrzení zvolily možnost *naprosto souhlasím*, nebo *souhlasím*. Děti, které souhlasily pouze s jednou z nabízených položek, jsme vyřadili. Do skupiny dětí pociťujících přiměřené nároky jsme zařadili ty, které na obě položky

odpovídaly, že nesouhlasí, naprosto nesouhlasí, nebo nároky rodičů a učitelů nehodnotily ani jako vysoké ani jako nízké.

3.4.4 Metodika zjišťování faktorů souvisejících se sociálními vztahy

Sociální vztahy dospívajících jsme posuzovali na základě odpovědí na čtyři položky. První z nich zjišťovala, jak respondenti vnímají vzájemné vztahy v rodině. Děti měly na grafické škále (žebříku) označit stupeň, na který by vztahy v rodině umístily, když 0 znamenala nejhorší možné vztahy a 10 nejlepší vztahy v rodině, jaké si dovedou představit.

Další tři položky zjišťovaly možnou sociální exkluzi. Děti odpovídaly na otázky:

- *Cítíš se někdy osamělý/á?* (odpovědi: *ano, velmi často; ano, dost často; ano, někdy; ne*);
- *Jak snadné je pro tebe hovořit s vlastní matkou o věcech, které tě opravdu trápí?* (odpovědi: *velmi snadné, snadné, obtížné, velmi obtížné, nemám takovou osobu*);
- položku zjišťující vztahy s vrstevníky, která zahrnovala 5 tvrzení (*Těžko si nacházím přátele; Mám mnoho přátel; Jsem takový, že je těžké si mě oblíbit; Mezi svými vrstevníky jsem oblíben; Cítím, že ostatní mě přijímají dobře*), na která děti odpovídaly pomocí čtyřstupňové škály (od *zcela souhlasím* po *zcela nesouhlasím*).

Odpovědím na položku zjišťující vztahy s vrstevníky jsme přidělili body v rozmezí 1 až 4, přičemž nejnižší počet bodů dostaly nejhorší odpovědi. Na základě uvedených odpovědí jsme respondenty rozdělili do dvou kategorií – *problematické vztahy* a *ostatní*. Do skupiny *problematické vztahy* jsme zařadili děti, které odpověděly, že je pro ně obtížné nebo velmi obtížné hovořit s vlastní matkou o věcech, které je trápí, zároveň se často cítily osamělé a měly průměr odpovědí v položce zjišťující vztahy s vrstevníky v intervalu 1–2,4. Děti, které odpověděly, že matku nemají, nebo neměly vyplněné všechny sledované proměnné, byly z analýzy vyřazeny.

3.4.5 Metodika zjišťování psychosomatických obtíží

Psychosomatické obtíže jsme zjišťovali za období posledních šesti měsíců pomocí položky, která zahrnovala 11 podotázek na konkrétní obtíže – *bolesti hlavy, žaludku, ramen, krční páteře, bolesti v zádech, pocity skleslosti, podrážděnost, špatnou náladu, nervozitu, napětí, potíže při usínání, malátnost, závratě, obavy, strach, únavu a vyčerpání*. Děti odpovídaly pomocí pětibodové škály od tvrzení *zhruba každý den po zřídka či nikdy*. Odpovědím jsme přidělili body v rozmezí 3–0 (tvrzení *zhruba každý den* 3 body; *častěji než jednou týdně* 2 body; *asi tak jednou týdně* 1 bod; *asi tak jednou měsíčně a zřídka či nikdy* 0 bodů). Součet hodnot odpovědí (index) dosahoval rozmezí 0–33 u všech obtíží; 0–18 u obtíží psychických (pocity skleslosti, podrážděnost, špatná nálada, nervozita, napětí, potíže při usínání, obavy, strach, únava a vyčerpání) a 0–15 u obtíží somatických (bolesti hlavy, žaludku, v zádech, malátnost, závratě, bolesti ramen, krční páteře).

3.4.6 Metodika zjišťování rizikové konzumace alkoholu a kouření

Rizikové chování jsme analyzovali pouze u patnáctiletých dětí. Zaměřili jsme se na rizikové pití alkoholu a kouření tabáku, protože se jedná o návyky, které mají u českých dětí dlouhodobě stoupající tendenci a které jsou v naší společnosti obecně velmi tolerované. Zjišťovali jsme odpovědi na otázky:

- *Jak často kouříš v současné době? (možnosti: každý den, nejméně jednou týdně ale ne denně, méně často než jednou týdně, nekouřím);*
- *Kolikrát jsi vypil/a během posledních 30 dnů 5 nebo více sklenic nějakého alkoholického nápoje při jedné příležitosti, např. za jeden večer? (možnosti: čtyřikrát nebo častěji, třikrát, dvakrát, jednou, v posledním měsíci ani jednou, nikdy v životě jsem nevypil/a 5 nebo více sklenek za jednu příležitost).* K této otázce dostali respondenti vysvětlení, že sklenicí se rozumí půllitrová sklenice piva, dvoudecilitrová sklenice vína nebo půldecilitrová odlička destilátu (např. vodky nebo rumu).

Respondenty jsme na základě odpovědí rozdělili do čtyř skupin. Skupiny A a B se vztahovaly ke kouření, skupiny C a D k pití alkoholu:

- ve skupině A byly děti, které uvedly, že nekouří, nebo kouří méně často než jedenkrát týdně;
- ve skupině B děti, které uvedly, že kouří denně nebo nejméně jedenkrát týdně;
- ve skupině C byly děti, které větší dávky alkoholu nepily nebo je užily za poslední měsíc maximálně dvakrát;
- a ve skupině D děti, které uvedly, že za poslední měsíc nejméně třikrát konzumovaly 5 nebo více sklenic alkoholického nápoje při jedné příležitosti.

4 Výsledky

4.1 Kvalita života

Analýzu kvality života u dospívajících jsme prováděli tak, abychom postihli kombinaci tří nejdůležitějších faktorů: vnímání úrovně vlastního zdraví, osobní pohody a životní spokojenosti. Sledovali jsme subjektivní hodnocení zdravotního stavu, pocitu štěstí a celkové kvality života na čtyřech rozdílných škálách – CI, HŠ, Kidscreen-10 Index, Životní spokojenost, které umožňují zjišťovat subjektivně vnímanou fyzickou i psychickou pohodu, náladu, autonomii, sebepercepci, sociální vztahy s rodiči a vrstevníky, výhled do budoucnosti, celkovou spokojenost se životem i názor na smysl života.

4.1.1 Subjektivní hodnocení zdravotního stavu

Svůj zdravotní stav jako vynikající nebo dobrý hodnotilo celkem 87,9 % dětí (90,2 % chlapců, 85,5 % dívek), jako ne moc dobrý a špatný 12,1 % dětí (9,7 % chlapců a 14,5 % dívek).

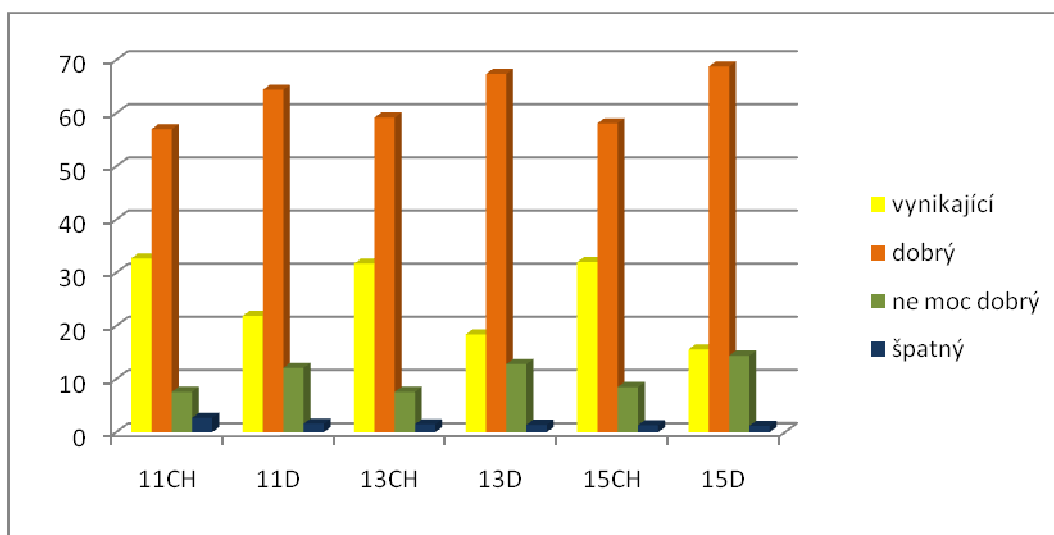
Prokázali jsme statisticky významnou souvislost ($p < 0,001$) mezi subjektivním hodnocením zdravotního stavu a pohlavím dětí. Téměř třetina chlapců označila svůj zdravotní stav jako vynikající, v kategorii dívek se takto vyjádřila jen necelá pětina. Výrazně nižší procento dívek ve všech věkových kategoriích klasifikovalo svůj zdravotní stav jako vynikající. Dívky většinou hodnotily svůj zdravotní stav jako dobrý (Obr. 1).

V kategorii jedenáctiletých dětí hodnotilo svůj zdravotní stav jako vynikající a dobrý 89,7 % chlapců a 86,3 % dívek, v kategorii třináctiletých 90,9 % chlapců a 85,8 % dívek a v kategorii patnáctiletých 90,1 % chlapců a 84,4 % dívek. Rozdíl v hodnocení zdravotního stavu se s přibývajícím věkem zvyšoval. V kategorii dívek klesalo s narůstajícím věkem procento těch, které vnímaly svůj zdravotní stav jako dobrý nebo vynikající. Jako špatný

označilo svůj zdravotní stav nejvíce dětí z kategorie jedenáctiletých chlapců (2,7 %) a nejméně dětí z kategorie patnáctiletých dívek. (1,2 %).

Statisticky významnou souvislost mezi subjektivním hodnocením zdravotního stavu a věkem dětí jsme v naší studii neprokázali. Neprokázali jsme ani statisticky významné vztahy mezi subjektivním hodnocením zdravotního stavu a místem bydliště.

V Tab. 1 uvádíme přehled výsledků v jednotlivých sledovaných věkových kategoriích zvláště u chlapců a zvláště u dívek, v Tab. 2 jsou výsledky celého výzkumného vzorku rozděleného podle pohlaví (Příloha C, str. 141).



Obr. 1 Graf Subjektivní hodnocení zdravotního stavu podle věku a pohlaví v %

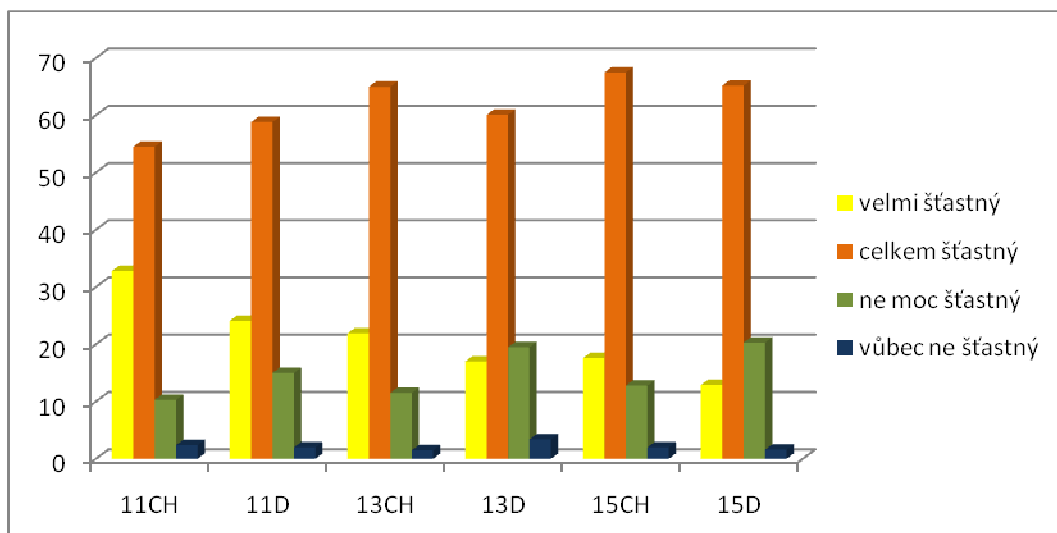
4.1.2 Pocit štěstí

Míru pocitu štěstí děti hodnotily pomocí čtyř možností odpovědí na otázku, jak se v současné době cítí. Velmi šťastných a šťastných se cítilo 82,9 % dětí (86,4 % chlapců a 79,4 % dívek). Pouze 24,1 % chlapců a 18 % dívek uvedlo, že se cítí velmi šťastně. 13,5 % chlapců a 20,6 % dívek označilo, že se cítí ne moc šťastně nebo vůbec ne šťastně.

V naší studii jsme prokázali statisticky významnou souvislost ($p < 0,001$) mezi hodnocením pocitu štěstí, věkem a pohlavím dětí. Dívky a starší děti se cítily méně šťastné. S věkem klesalo především procento velmi šťastných dětí (Obr. 2). Nejšťastnější ze sledovaných

věkových kategorií byly jedenáctileté děti. V této kategorii uvedlo 87,3 % chlapců a 82,9 % dívek, že se cítí velmi šťastně nebo šťastně. Nejvyšší procento dětí, které uvedly, že nejsou vůbec šťastné, bylo v kategorii třináctiletých dívek (3,4 %) a v kategorii jedenáctiletých chlapců (2,4 %). V kategorii jedenáctiletých chlapců bylo zároveň nejvíce dětí, které uvedly, že se cítí velmi šťastně (32,8 %) (Obr. 2). Přehled výsledků hodnocení pocitu štěstí v kategoriích podle věku a pohlaví uvádíme v Tab. 3 (Příloha C, str. 141) a Tab. 4 (Příloha C, str. 142).

Podobně jako u hodnocení zdravotního stavu jsme v naší studii neprokázali statisticky významnou souvislost mezi hodnocením pocitu štěstí a místem bydliště.



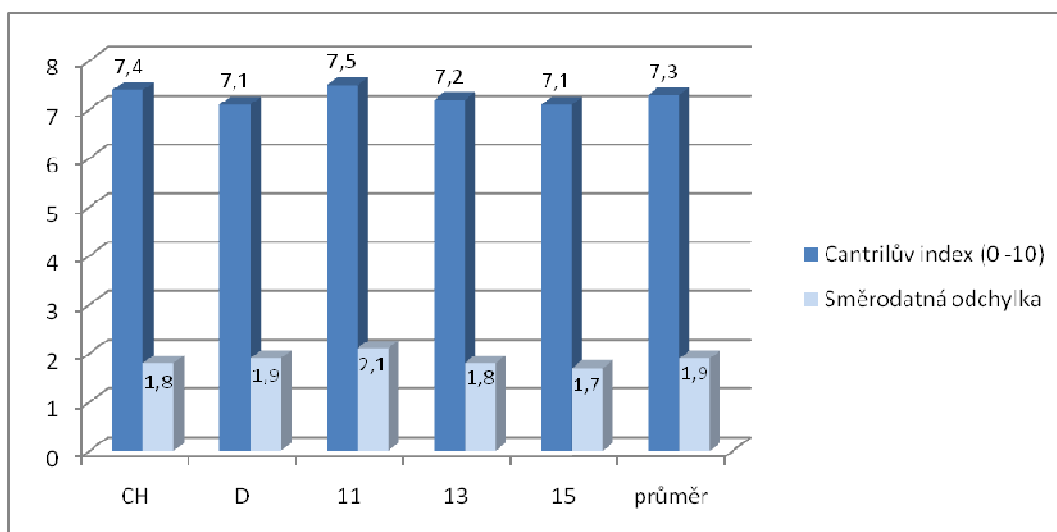
Obr. 2 Graf Hodnocení pocitu štěstí podle věku a pohlaví v %

4.1.3 Další sledované indikátory kvality života

Další položky, na základě kterých jsme analyzovali kvalitu života dětí, byly čtyři rozdílné škály – CI, HŠ, Kidscreen-10 Index a Životní spokojenost. Každá dosahuje jiného rozmezí hodnot, ale u všech vyšší hodnoty znamenají vyšší kvalitu života. České děti vykazovaly v uvedených škálách vysoké hodnoty, které dosahovaly více než dvou třetin možného maxima. U CI byla průměrná hodnota pro celý soubor sledovaných dětí 7,3 (maximum je 10), u HŠ byl průměr 16,6 (maximum je 24). Na škále Kidscreen-10 Index dosahoval průměr hodnoty 36,2 (maximum je 50) a na škále Životní spokojenost 54,5 (maximum je

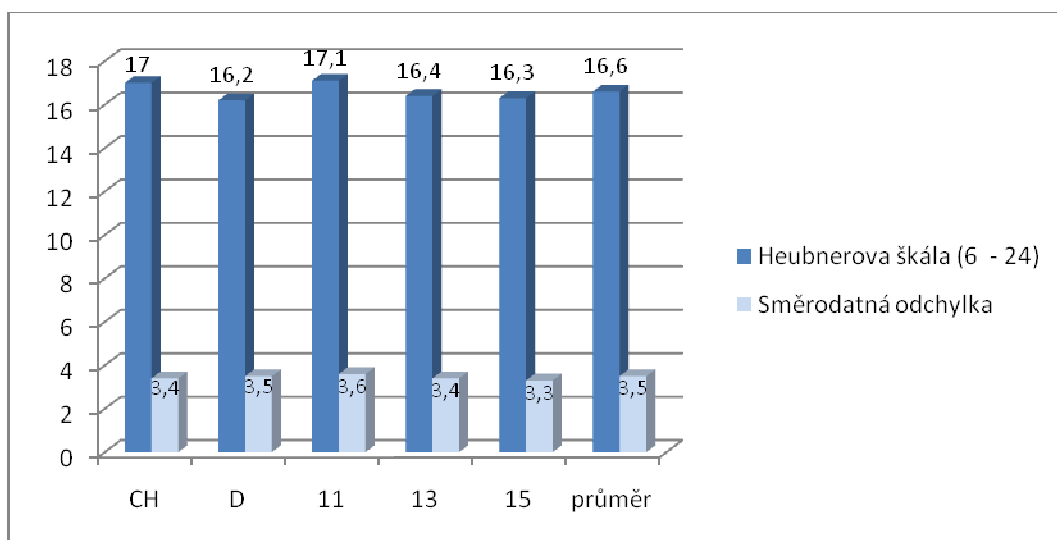
70). Přehled průměrných hodnot ve škálách CI, HŠ, Kidscreen-10 Index a Životní spokojenost u celého sledovaného souboru i v kategoriích podle pohlaví a věku uvádíme v Tab. 5 (Příloha C, str. 142). Z tabulky je zřejmé, že dosažené průměrné hodnoty na všech škálách jsou nižší u dívek a klesají se vzrůstajícím věkem dětí.

Pro zjišťování vztahů mezi sledovanými položkami kvality života, pohlavím, věkem a místem bydliště dětí jsme získané hodnoty jednotlivých oblastí kvality života rozdělili do tří kategorií, na průměrné (zahrnující průměr \pm SD), podprůměrné (méně jak průměr - SD) a nadprůměrné (více jak průměr + SD). Po vyhodnocení χ^2 testem jsme prokázali statisticky významnou souvislost ($p < 0,001$) mezi všemi sledovanými proměnnými (CI, HŠ, Kidscreen-10 Index, Životní spokojenost), věkem a pohlavím dětí. (Obr. 3, Obr. 4, Obr. 5, Obr. 6).



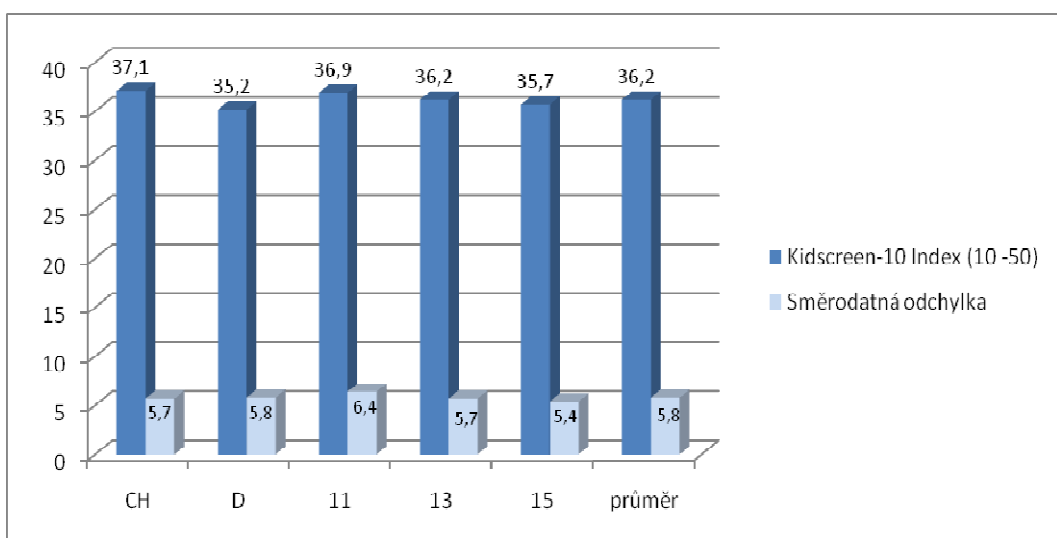
Obr. 3 Graf Cantrilův index podle pohlaví a věku (0–10)

Z Obr. 3 je zřejmé, že chlapci na CI (žebříku života) dosahovali v průměru o 0,3 vyšší hodnoty než dívky a že nejvyšší hodnoty ze všech kategorií uvedly jedenáctileté děti. Dospívající z kategorie dívek a kategorie patnáctiletých označili na CI nejnižší hodnoty ze všech sledovaných skupin.



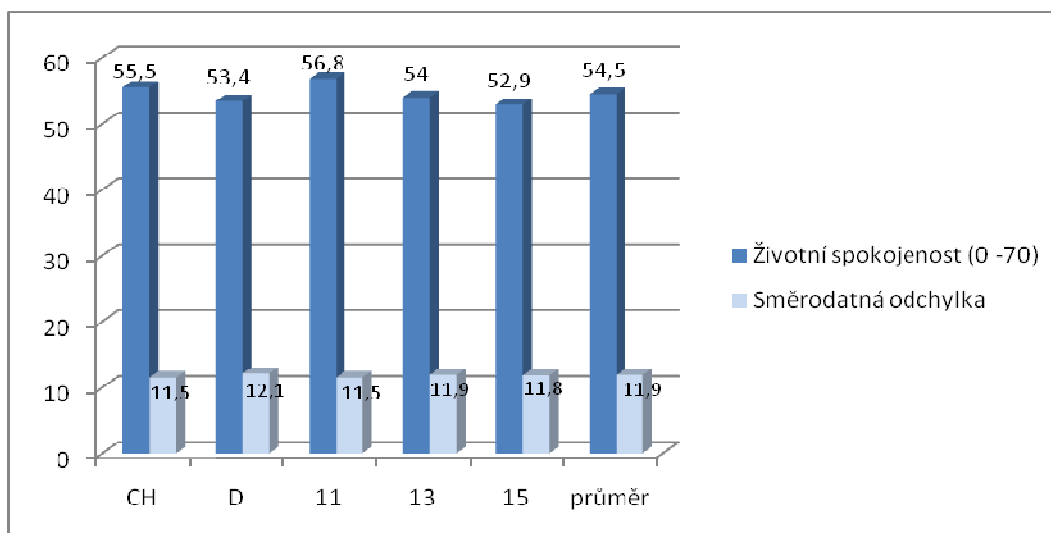
Obr. 4 Graf Huebnerova škála podle pohlaví a věku (6–24)

Obr. 4 ukazuje výsledky dosažené na HŠ. Hodnoty na HŠ se v celém sledovaném souboru pohybovaly v rozmezí 16,2 až 17,1. Nejnižší hodnoty uvedly dívky, nejvyšší hodnoty děti z kategorie jedenáctiletých. Uváděné hodnoty se se stoupajícím věkem dětí snižovaly.



Obr. 5 Graf Kidscreen-10 Index podle pohlaví a věku (10–50)

Obr. 5 znázorňuje výsledky dosažené na škále Kidscreen-10 Index, jejíž rozsah hodnot se pohybuje v rozmezí 10 – 50. V našem sledovaném souboru dosáhly nejvyšších hodnot chlapci (37,1), nejnižších hodnot dívky (35,2). Stejně jako na škálách CI a HŠ se dosažené hodnoty snižovaly s rostoucím věkem.



Obr. 6 Graf Životní spokojenost podle pohlaví a věku (0–70)

Z Obr. 6 lze vyčíst, že hodnoty na škále Životní spokojenost se v našem sledovaném souboru pohybují v rozmezí od 52,9 u kategorie patnáctiletých dětí po 56,8 u kategorie jedenáctiletých dětí. Možné maximum, které lze v této škále dosáhnout, je 70. Hodnoty v kategorii dívek jsou nižší než hodnoty v kategorii chlapců a klesají se stoupajícím věkem dětí.

Na sledovaných škálách kvality života jsme neprokázali vztah k místu bydliště. Rozdíly v kvalitě života dětí žijících na vesnici, malém městě a ve velkém městě nebyly v naší studii statisticky významné.

Korelace mezi ukazateli životní spokojenosti a kvality života

Korelační analýza (Pearson) ukázala těsnou souvislost mezi jednotlivými škálami kvality života, ačkoli jsou jednotlivé nástroje určeny k měření odlišných psychologických konceptů. Všechny korelace kromě jedné mají hodnotu vyšší než 0,5 a jsou statisticky významné na $p < 0,001$. Výsledky uvádíme v Tab. 6 (Příloha C, str. 142).

4.2 Kvalita života ve vztahu k rodině

Z oblasti rodiny jsme k analýze vztahů zvolili dva faktory. Zajímalo nás, jak kvalitu života dětí ovlivňuje jednak formální struktura rodiny, jejíž charakter se v současnosti mění, a jednak množství společně stráveného volného času, kterého v dnešních rodinách ubývá.

Formální strukturu rodiny jsme definovali z odpovědí na otázku, s kým děti žijí v tzv. hlavním domově. Pro analýzu dat jsme rodiny rozdělili do čtyř kategorií: v kategorii A byly děti, které odpověděly, že žijí s oběma biologickými rodiči, v kategorii B děti, které uvedly, že mají jednoho biologického a jednoho nevlastního rodiče, v kategorii C děti, které odpověděly, že mají jen jednoho vlastního nebo jednoho nevlastního rodiče, a v kategorii D děti, které uvedly, že rodiče nemají.

Míru společně stráveného času jsme posuzovali podle odpovědí na otázku, jak spolu rodina tráví volný čas. Zaměřili jsme se na aktivity, které by rodina měla provozovat denně – být spolu alespoň u jednoho jídla a posedět a pohovořit o různých věcech. Na základě odpovědí jsme vytvořili indexy pro rozdělení rodin na dvě skupiny. V první spolu členové rodiny trávili hodně volného času, ve druhé naopak málo.

Pro analýzu vztahů jsme z oblasti kvality života vybrali čtyři indikátory: subjektivní zdravotní stav, pocit štěstí, HŠ a CI.

Z celkového počtu 4764 respondentů uvedlo 70,5 % dětí, že žije v úplné rodině, 12 % dětí, že žije v rodině s jedním biologickým a jedním nevlastním rodičem, 16,1 % respondentů odpovědělo, že žije jen s jedním vlastním nebo nevlastním rodičem a 1,4 % dětí uvedlo, že s rodiči nežijí. V rodině bez rodičů žilo statisticky významně ($p < 0,01$) více chlapců než dívek.

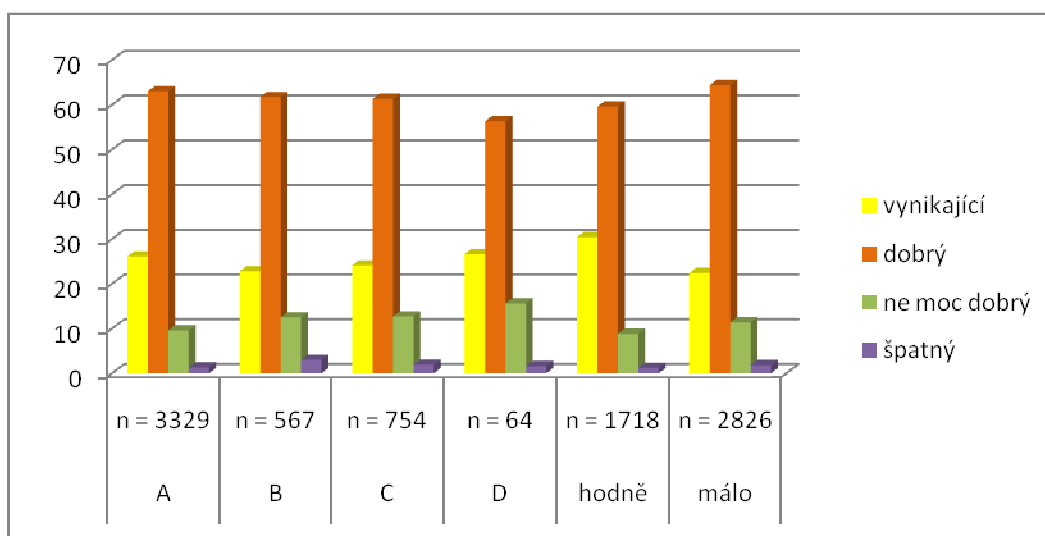
Z celkového počtu 4579 dětí, které odpovídaly na otázky týkající se množství společně stráveného času s rodinou, jich většina (62,1 %) uvedla, že s rodiči tráví málo času.

Po vyhodnocení χ^2 testem, ANOVA testem a T-testem jsme prokázali statisticky významnou souvislost ($p < 0,001$) mezi vybranými aspekty kvality života, formální strukturou rodiny a množstvím společně stráveného času.

4.2.1 Zdravotní stav ve vztahu k rodině

Děti z neúplných rodin hodnotily svůj zdravotní stav hůře než děti z rodin úplných. Jako vynikající nebo dobrý vnímalo zdravotní stav 89,1 % dětí z kategorie A, což byly děti žijící v rodinách s oběma biologickými rodiči. V kategorii D, kde byly děti, které uvedly, že s rodiči nežijí, označilo svůj zdravotní stav jako vynikající nebo dobrý jen 82,9 % dětí (Obr. 7).

Výraznější rozdíly v subjektivním hodnocení zdravotního stavu byly ve vztahu k proměnné volného času (Obr. 7). Děti z rodin, které tráví hodně volného času společně, udávaly lepší zdravotní stav, než děti z rodin, které spolu tráví málo času. 90 % dětí, které uvedly, že s rodiči tráví hodně společného času, hodnotilo svůj zdravotní stav jako vynikající nebo dobrý. Bylo to o 3 % dětí více než ve druhé sledované skupině. O 8 % více dětí z rodin, které tráví hodně společného času, hodnotilo svůj zdravotní stav jako vynikající ve srovnání s dětmi z rodin, které tráví málo společného volného času (30,4 % proti 22,4 %). Rozdíly byly statisticky významné na $p < 0,001$. Další výsledky uvádíme v Tab. 7 (Příloha C, str. 143).

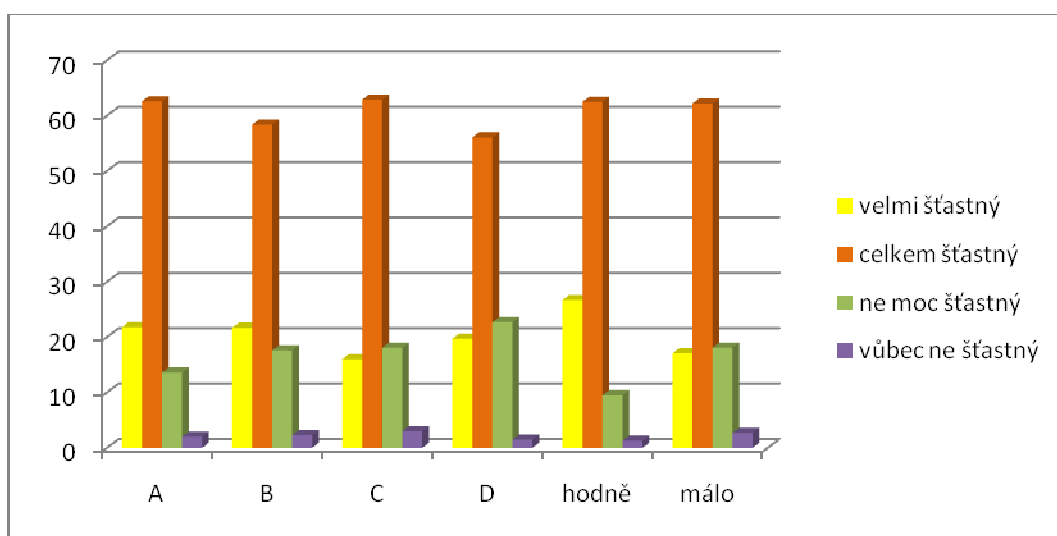


Obr. 7 Graf Zdravotní stav v závislosti na struktuře rodiny a trávení společného času v %

4.2.2 Pocit štěstí ve vztahu k rodině

V kategorii A (rodiny s oběma biologickými rodiči) uvedlo 84,4 % dospívajících, že se cítí velmi šťastně nebo šťastně. V kategorii B (rodiny s jedním biologickým a jedním nevlastním rodičem) se velmi šťastně nebo šťastně cítilo 80,4 % dětí, v kategorii C (rodiny jen s jedním rodičem) to bylo 78,9 % dětí a v kategorii D (děti, které s rodiči nežily) se velmi šťastně nebo šťastně cítilo 75,8 % dětí. Nejméně nešťastných dětí bylo v rodinách s oběma biologickými rodiči (15,6 %), naopak nejvíce nešťastných dětí žilo v rodinách bez rodičů (24,2 %). Ve srovnání s dětmi žijícími v úplných rodinách s oběma biologickými rodiči bylo procento nešťastných dětí vyšší také v kategorii rodin s jedním biologickým a jedním nevlastním rodičem (19,9 %) a u dětí, které žily pouze s jedním rodičem (21,1 %). Nejvíce dětí, které uvedly, že se necítí vůbec šťastné, bylo v kategorii C, což byly děti z rodin s jedním rodičem (3 %).

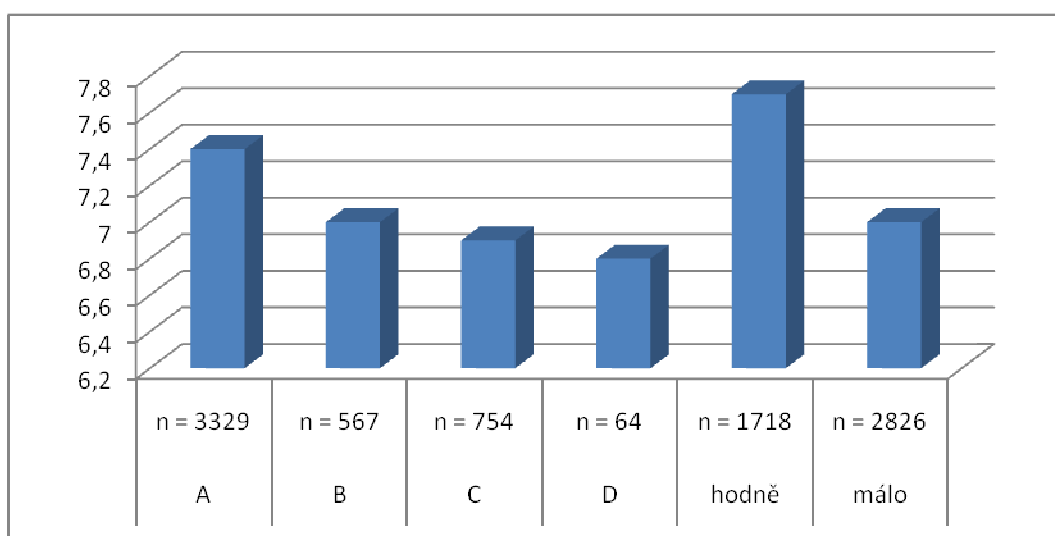
89,2 % dětí z rodin, které tráví společně hodně volného času, uvedlo, že se cítí velmi šťastně nebo celkem šťastně. Bylo to téměř o 10 % více, než uváděly děti z rodin, které tráví málo společného času (79,3 %). Téměř dvakrát více dětí z těchto rodin se cítilo ne moc šťastných nebo vůbec ne šťastných ve srovnání s dětmi z rodin, kde spolu tráví hodně času (20,8 % proti 10,8 %). Vztahy byly statisticky významné na $p < 0,001$. Výsledky uvádíme v Tab. 8 (Příloha C, str. 143), Obr. 8.



Obr. 8 Graf Pocit štěstí v závislosti na struktuře rodiny a trávení společného času v %

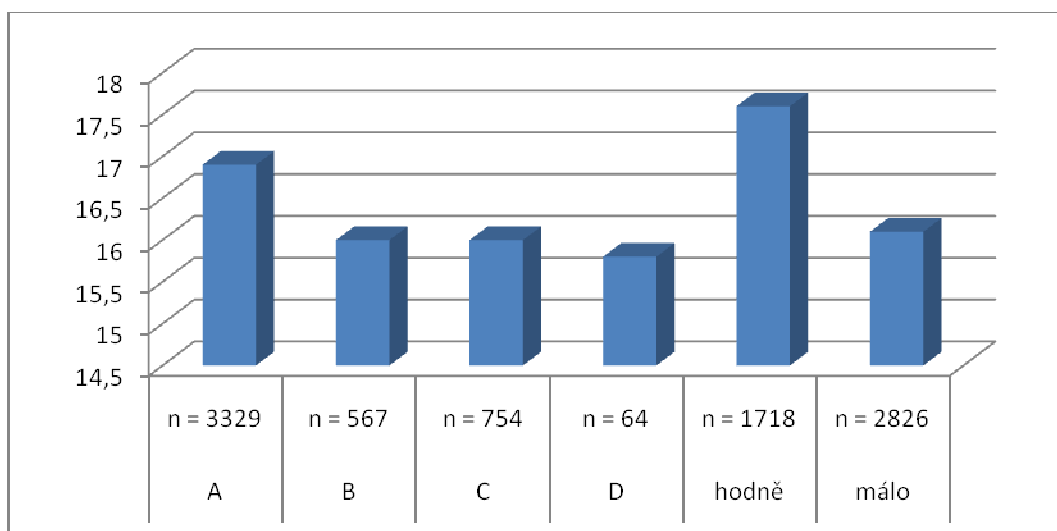
4.2.3 Další sledované indikátory kvality života ve vztahu k rodině

Kromě zdravotního stavu a pocitu štěstí jsme sledovali vztahy mezi formální strukturou rodiny, množstvím společně stráveného času a hodnotami na škálách CI a HŠ (Obr. 9, Obr. 10). Výsledky ukazují, že hodnoty CI a HŠ se snižovaly směrem od úplných po neúplné rodiny. U dětí žijících s oběma biologickými rodiči byly hodnoty CI a HŠ vyšší, než je průměr celého sledovaného souboru (CI = 7,4, průměr souboru je 7,3; HŠ = 16,9, průměr souboru je 16,3). U dětí z neúplných rodin byly hodnoty u CI o 0,4 až 0,6 nižší a u HŠ o 0,9 až 1,1 nižší než u dětí z rodin úplných. Výsledky uvádíme v Tab. 9 (Příloha C, str. 143).



Obr. 9 Graf CI ve vztahu ke struktuře rodiny a trávení společného času

Průměrná hodnota CI u dětí, které tráví s rodinou hodně volného času, byla 7,7; u dětí, které tráví s rodinou málo času, jen 7,0 (Obr. 9). Průměrná hodnota HŠ u dětí, které tráví s rodinou hodně společného času, byla o 1,5 vyšší, než ve skupině, kde děti uvedly, že tráví málo společného času (Obr. 10). Výsledky uvádíme v Tab. 9 (Příloha C, str. 143).



Obr. 10 Graf HŠ ve vztahu ke struktuře rodiny a trávení společného času

4.3 Kvalita života ve vztahu ke škole

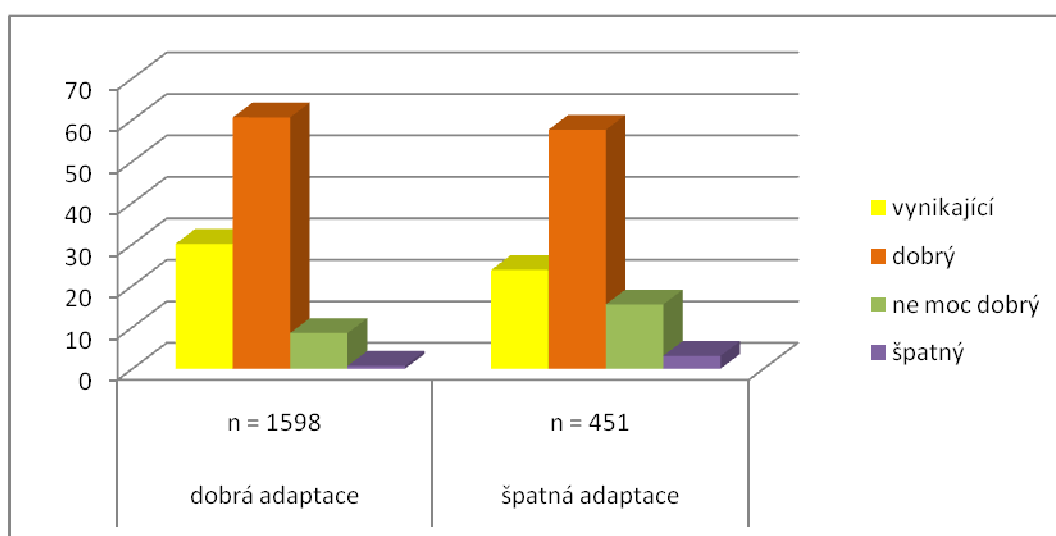
4.3.1 Adaptace na školu a vybrané indikátory kvality života

Adaptaci na školu jsme posuzovali podle odpovědí na otázky, které zjišťovaly, jak se dětem ve škole líbí a jak vnímají vztah s učiteli. Podle našich kritérií jsme do skupiny dobře adaptovaných žáků zařadili 1598 respondentů, tj. 33,4 % z celého sledovaného souboru. Jednalo se o děti, které uvedly, že se jim ve škole líbí (moc nebo celkem) a zároveň souhlasily s tvrzeními, že je učitelé povzbuzují k vyjadřování vlastních názorů, že s nimi jednájí spravedlivě, že jim poskytnou v případě potřeby pomoc a zajímají se o ně jako o člověka.

Špatně adaptovaných dětí, tedy těch, které uvedly, že se jim ve škole nelíbí a učitele hodnotily záporně, bylo 451, tj. 9,4 % z celého souboru.

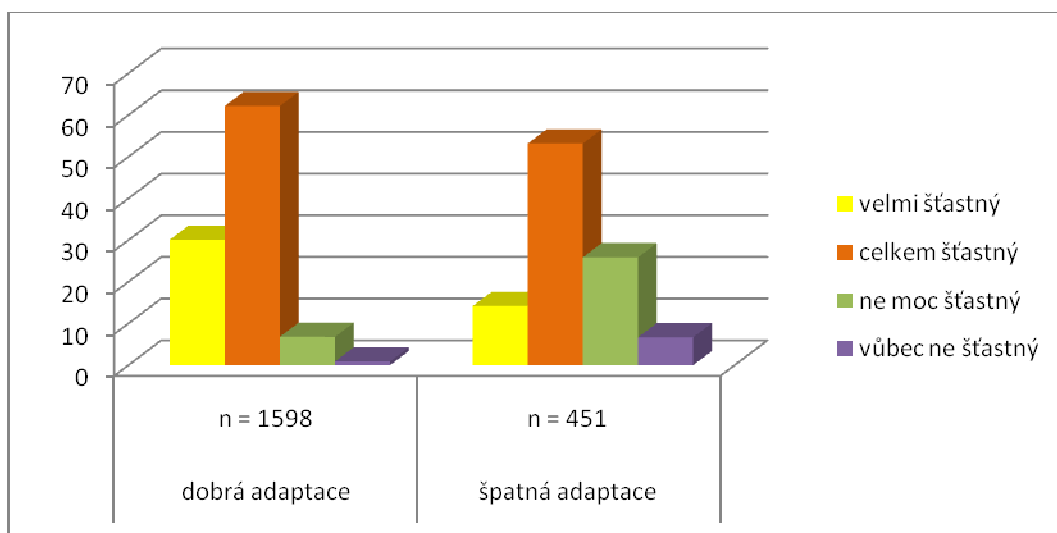
Pro analýzu vztahů jsme z oblasti kvality života vybrali čtyři indikátory: subjektivní zdravotní stav, pocit štěstí, HŠ a CI.

Výsledky ukázaly, že výrazně vyšší procento špatně adaptovaných dětí hodnotilo svůj zdravotní stav jako ne moc dobrý nebo špatný (celkem 18,6 %) ve srovnání s dětmi dobře adaptovanými (9,3 %). Jinými slovy, dvakrát více dětí, kterým se ve škole nelíbilo a které hodnotily učitele záporně, označilo svůj zdravotní stav za ne moc dobrý nebo špatný. Jako vynikající označilo svůj zdravotní stav 30,1 % dětí z kategorie dobře adaptovaných a jen 23,8 % dětí z kategorie špatně adaptovaných (Obr. 11). Další výsledky uvádíme v Tab. 10 (Příloha C, str. 144).



Obr. 11 Graf zdravotní stav ve vztahu k adaptaci na školu v %

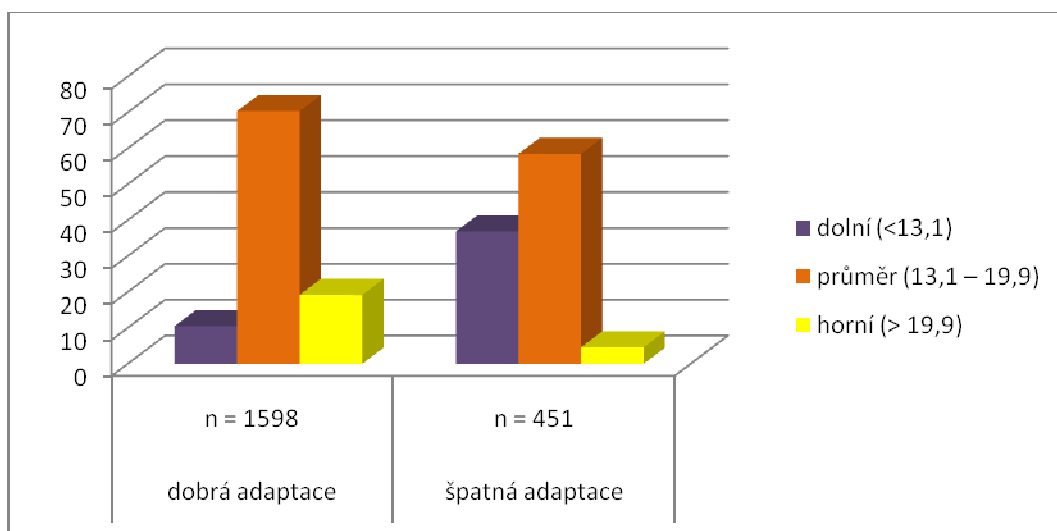
Ještě výraznější rozdíly mezi sledovanými kategoriemi žáků se projevily v hodnocení pocitu štěstí (Obr. 12). Až čtyřikrát více (32,6 %) špatně adaptovaných dětí uvedlo, že nejsou šťastné. V kategorii dětí dobře adaptovaných to bylo jen 7,7 % respondentů. Velmi šťastně se cítilo 30,1 % dětí z kategorie dobře adaptovaných, ale jen 14,2 % dětí z kategorie špatně adaptovaných. Také celkem šťastných dětí bylo v kategorii dobře adaptovaných o 9 % více než v druhé sledované skupině (62,2 % proti 53,2 %). Výsledky jsou uvedeny v Tab. 11 (Příloha C, str. 144).



Obr. 12 Graf Pocit štěstí ve vztahu k adaptaci na školu v %

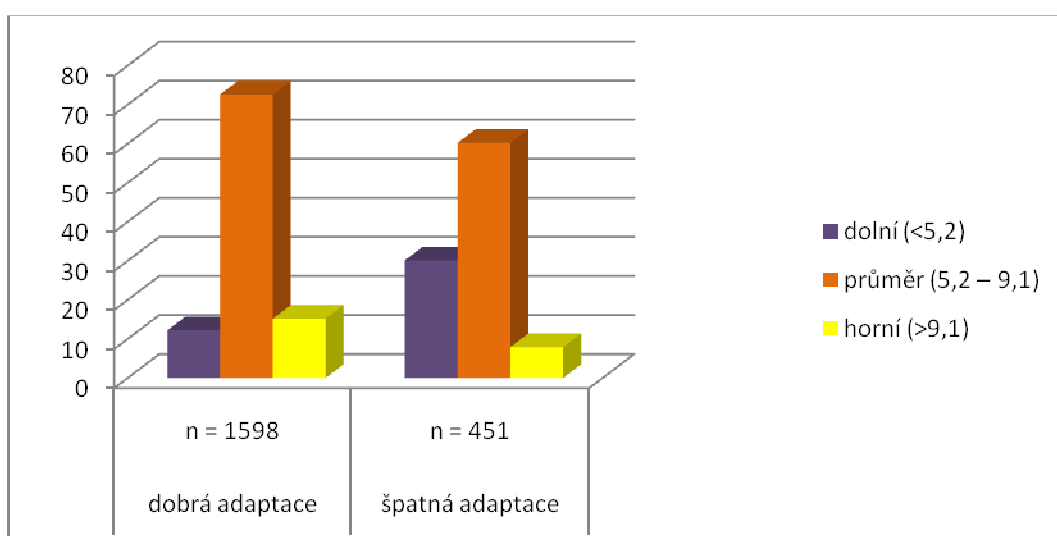
Pro interpretaci vztahů mezi adaptací na školu a hodnotami na HŠ jsme vytvořili 3 intervaly: průměr, který odpovídá průměrné hodnotě HŠ u celého souboru ($16,6 \pm 1 \text{ SD}$ (3,5) a platí pro rozmezí 13,1–19,9; horní interval, který představuje hodnoty větší než průměr + 1 SD, to znamená více než 19,9 a dolní interval, pro který platí hodnoty menší než průměr - 1SD, tedy menší než 13,1.

Výsledky ukázaly, že děti, které měly kladný vztah ke škole a k učitelům, uváděly zároveň vyšší hodnoty na HŠ (Obr. 13). Téměř 4x více dobře adaptovaných dětí (19,2 %) udávalo hodnoty v horním intervalu HŠ (vyšší než 19,9) ve srovnání s dětmi špatně adaptovanými, kde hodnoty v horním intervalu vedlo pouze 4,6 % dotázaných. Naopak 3x více dětí ze skupiny špatně adaptovaných (36,9 %) udávalo na HŠ hodnoty v dolním intervalu (nižší než 13,1) oproti dětem s kategorie dobře adaptovaných, kde hodnoty v dolním intervalu HŠ uvedlo 10,5 % respondentů. (Tab. 12, Příloha C, str. 144). Průměrná hodnota HŠ u celého sledovaného souboru dětí byla 16,6.



Obr. 13 Graf HŠ ve vztahu k adaptaci na školu v %

Intervaly pro posuzování vztahů mezi škálou CI a adaptací na školu jsme vytvořili podobně jako u HŠ. Průměr CI u celého souboru byl 7,3, SD = 1,9. Horní interval platí pro hodnoty vyšší než 9,1, dolní interval pro hodnoty nižší než 5,2, interval průměr platí pro rozmezí 5,2–9,1. Špatně adaptované děti více než dvakrát častěji uváděly na CI hodnoty v dolním intervalu (30,1 %) ve srovnání s dětmi dobře adaptovanými (12,2 %) a naopak dvakrát méně často hodnoty v horním intervalu CI (Obr. 14). Hodnoty v horním intervalu (vyšší než 9,1) uvedlo 19,2 % dětí, kterým se ve škole líbilo a které hodnotily učitele kladně, a jen 4,6 % dětí, kterým se ve škole nelíbilo a které hodnotily učitele záporně (Tab. 13, Příloha C, str. 144).



Obr. 14 Graf CI ve vztahu k adaptaci na školu v %

Po vyhodnocení χ^2 testem jsme prokázali statisticky významnou souvislost ($p < 0,001$) mezi adaptací na školu a subjektivním vnímáním zdravotního stavu, adaptací na školu a pocitem štěstí, adaptací na školu a hodnotami CI a HŠ.

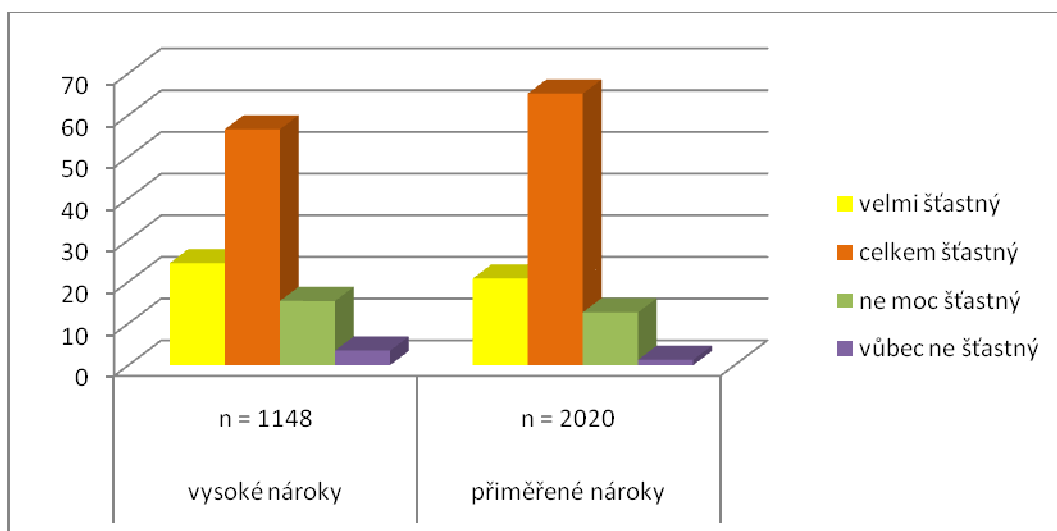
4.3.2 Míra nároků a vybrané indikátory kvality života

Míru nároků jsme definovali na základě odpovědí na dvě tvrzení: *Pokud jde o školu, moji rodiče ode mě čekají příliš a Moji učitelé ode mne očekávají příliš*. Vytvořili jsme dvě skupiny respondentů. Do první skupiny jsme zařadili děti, které nároky učitelů i rodičů vnímaly jako vysoké, do druhé děti, které nesouhlasily s uvedenými tvrzeními, nebo odpověděly, že nároky rodičů a učitelů nejsou ani vysoké, ani nízké. Respondenty, kteří měli vyplněnou jinou kombinaci odpovědí, jsme vyřadili.

Jako vysoké hodnotilo nároky učitelů a rodičů 1148 dětí, tj. 24 % z celého sledovaného souboru. Nároky jako přiměřené klasifikovalo celkem 2020 dětí tj. 42,2 % všech respondentů.

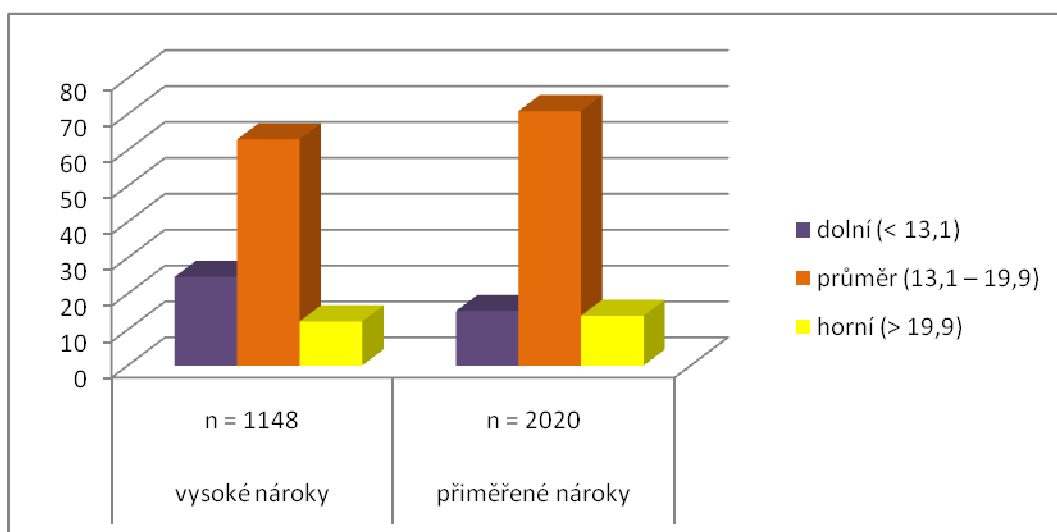
Po vyhodnocení χ^2 testem jsme prokázali statisticky významnou souvislost mezi mírou nároků kladených na děti a vybranými indikátory kvality života – subjektivním vnímáním zdravotního stavu, pocitem štěstí a hodnotami CI a HŠ. Tab. 14 (Příloha C, str. 145) ukazuje, že více dětí pociťujících vysoké nároky rodičů a učitelů hodnotilo svůj zdravotní stav jako ne moc dobrý a špatný ve srovnání s druhou sledovanou skupinou (12,6 % oproti 10,1 %). Přestože rozdíly nebyly velké, prokázali jsme statisticky významnou souvislost ($p < 0,01$) mezi mírou nároků a subjektivně vnímaným zdravotním stavem.

Výraznější rozdíly mezi oběma skupinami se ukázaly v hodnocení pocitu štěstí (Obr. 15). Ve skupině dětí pociťujících přiměřené nároky bylo téměř o 5 % méně těch, které se cítily nešťastné, a o 8,6 % více dětí, které uvedly, že jsou celkem šťastné. Téměř 3x více dětí pociťujících vysoké nároky zvolilo nejhorší z nabízených variant odpovědí, a to že nejsou vůbec šťastné. Zajímavé je, že v kategorii respondentů s vysokými nároky bylo zároveň vyšší procento dětí, které uvedly, že jsou velmi šťastné (Tab. 15, Příloha C, str. 145). Zjištěné vztahy byly statisticky významné na $p < 0,001$.



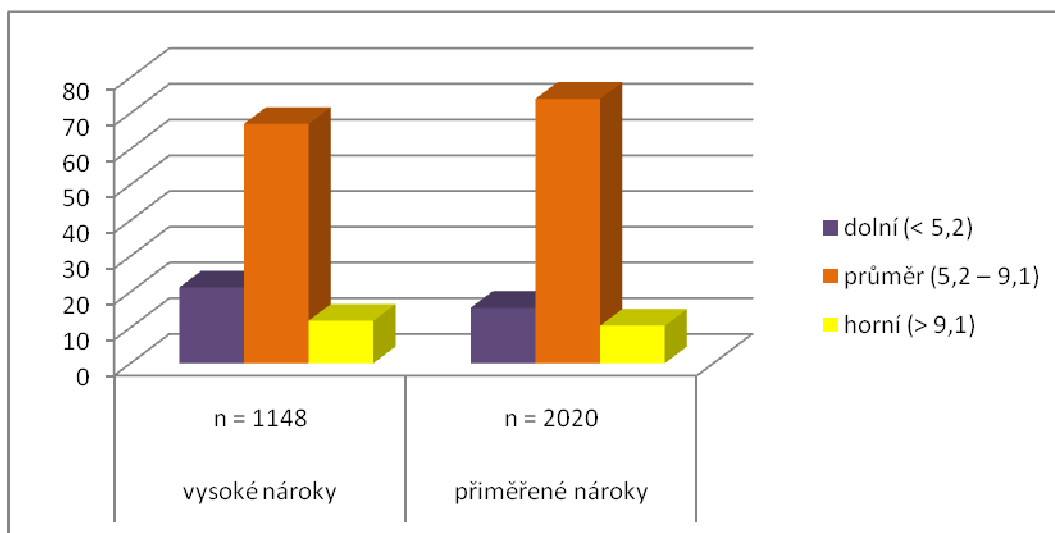
Obr. 15 Graf Pocit štěstí ve vztahu k míře nároků v %

I u dalších sledovaných indikátorů kvality života (CI a HŠ) byly nalezeny statisticky významné vztahy (Obr. 16, Obr. 17). Pro jejich analýzu a interpretaci jsme použili opět 3 intervaly: průměr, který odpovídá průměrné hodnotě sledovaného indikátoru (HŠ nebo CI) u celého souboru ± 1 SD; horní interval, který představuje hodnoty větší než průměr + 1 SD, a dolní interval, pro který platí hodnoty menší než průměr - 1SD. Děti ze skupiny s vysokými nároky uváděly častěji hodnoty v dolním indexu HŠ, tedy menší než 13,1 a méně často hodnoty v horním indexu HŠ. Výsledky jsou uvedeny v Tab. 16 (Příloha C, str. 145).



Obr. 16 Graf HŠ ve vztahu k míře nároků v %

Podobné vztahy jsme našli mezi mírou nároků a hodnotami na CI (Obr. 17). O téměř 6 % více dětí ze skupiny vysokých nároků uvádělo CI v dolním intervalu hodnot ve srovnání se skupinou s přiměřenými nároky. Další výsledky uvádíme v Tab. 17 (Příloha C, str. 145).



Obr. 17 Graf CI ve vztahu k míře nároků v %

4.4 Kvalita života a sociální vztahy

Sociální vztahy jsme posuzovali na základě odpovědí na 4 položky. První z nich zjišťovala subjektivně vnímanou kvalitu vztahů v rodině na škále od 0 do 10.

Průměrná hodnota vyjadřující vnímané vztahy v rodině byla u celého souboru respondentů 7,6. Chlapci hodnotili vztahy o něco lépe (7,7) než dívky (7,5). Nejspokojenější ve vztazích v rodině byly jedenáctileté děti (8,0). Se vzrůstajícím věkem se spokojenost ve vztazích zhoršovala (u třináctiletých dětí byla průměrná hodnota 7,6, u patnáctiletých 7,3). Děti z vesnice a města hodnotily vztahy v rodině téměř shodně (vesnice 7,6, malé město 7,7, velké město 7,6) Výsledky uvádíme v Tab. 18. (Příloha C, str. 146).

Další 3 položky identifikovaly možnou sociální exkluzi a problémy ve vztazích (osamělost, potíže v komunikaci s matkou a problémy ve vztazích s vrstevníky). Do skupiny *problematické vztahy* jsme zařadili děti, které odpověděly, že je pro ně obtížné hovořit

s vlastní matkou o věcech, které je trápí, zároveň se často cítily osamělé a měly problémy ve vztazích s vrstevníky. Děti, které odpověděly, že matku nemají, byly z analýzy vyřazeny.

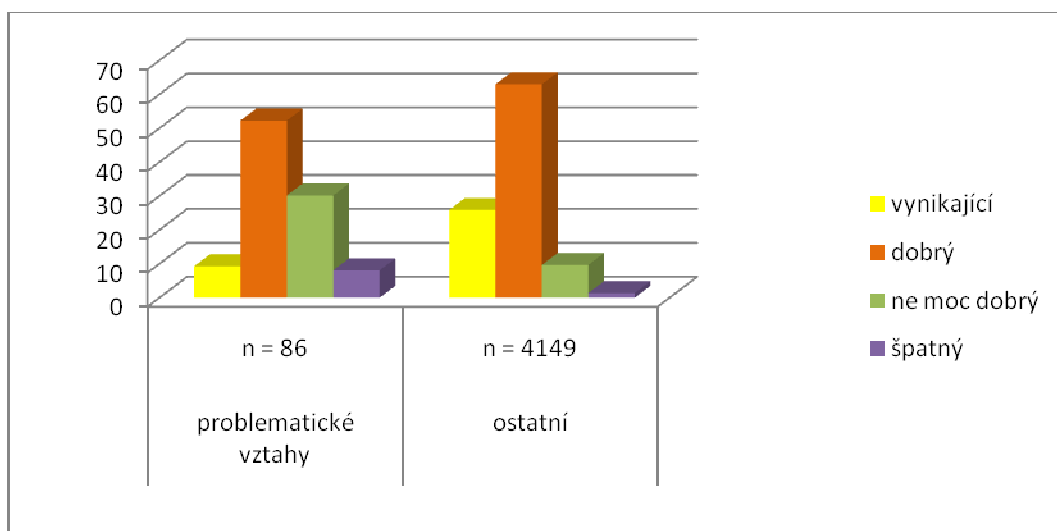
Takto jsme získali údaje od 4235 dětí, z nichž 86 (tj. 2 %) mělo problémy ve vztazích, které souvisely se sociální exkluzí. To činilo 1,8 % dětí z celého sledovaného souboru (4782 respondentů). Statisticky významně častěji ($p < 0,01$) uváděly problémy ve vztazích dívky.

Analýzu vztahů mezi sociální exkluzí a kvalitou života jsme prováděli stejně jako u vztahů k rodině a škole. Posuzovali jsme souvislosti mezi sociální exkluzí, subjektivním zdravotním stavem, pocitem štěstí, HŠ a CI.

Výsledky ukázaly, že problémy ve vztazích jsou významným faktorem, který ovlivňuje kvalitu života dospívajících. Mezi oběma sledovanými skupinami respondentů byly výrazné rozdíly.

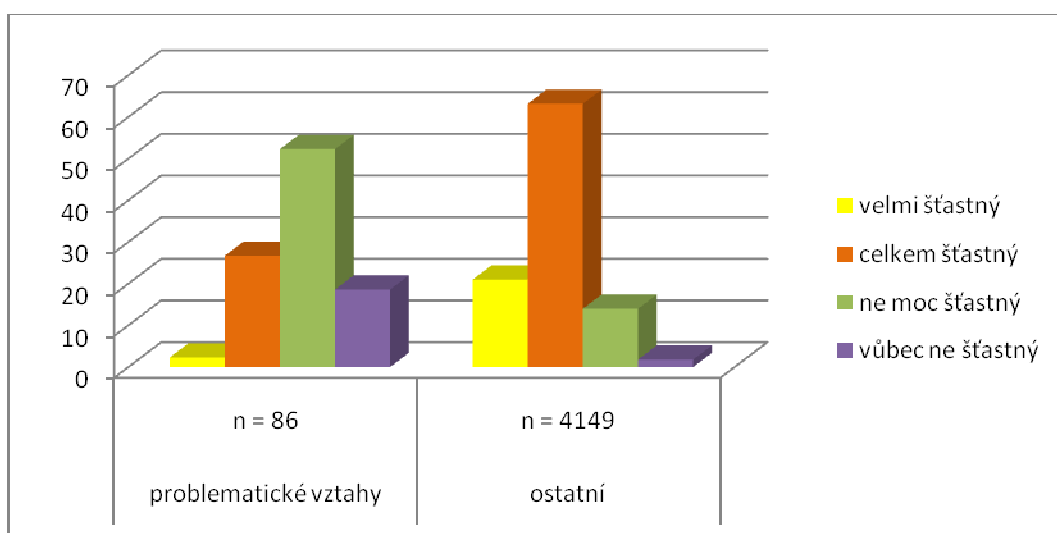
4.4.1 Vliv sociálních vztahů na hodnocení zdravotního stavu a pocitu štěstí

Zdravotní stav jako ne moc dobrý nebo špatný hodnotilo 38,3 % dětí s problematickými sociálními vztahy, což je 3x více než u dětí s normálními vztahy (11,1 %). Téměř 6x více dětí s problematickými vztahy hodnotilo svůj zdravotní stav jako špatný (8,1 %) ve srovnání s dětmi ostatními (1,4 %). Zdravotní stav jako vynikající hodnotilo pouze 9,3 % dětí s problémy ve vztazích, v kategorii *ostatní* ho jako vynikající vnímalo 25,9 % dětí. (Obr. 18). Další výsledky uvádíme v Tab. 19 (Příloha C, str. 146).



Obr. 18 Graf Zdravotní stav ve vztahu k sociální exkluzi v %

Ještě výraznější rozdíly mezi sledovanými skupinami jsou patrné v hodnocení pocitu štěstí (Obr. 19). Téměř 71 % dětí s problematickými vztahy uvedlo, že se cítí ne moc šťastně nebo vůbec ne šťastně. Je to 4,5x více než u dětí z kategorie *ostatní*, ve které se cítilo nešťastně 15,8 % respondentů. Velmi šťastných dětí v kategorii *problematické vztahy* bylo 2,3 %, což je 9x méně než v kategorii *ostatní*, kde se tak cítilo 21 % dotázaných (Tab. 20, Příloha C, str. 146).



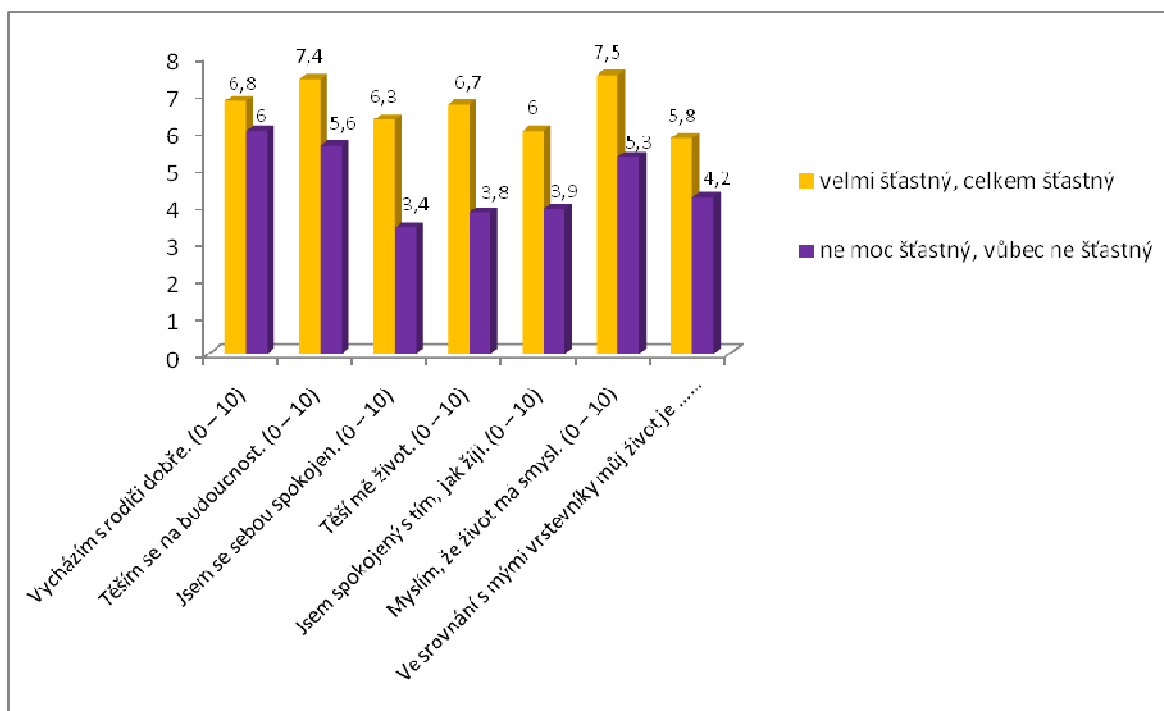
Obr. 19 Graf Pocit štěstí ve vztahu k sociální exkluzi v %

4.4.2 Vnímání štěstí v kategorii dětí s problematickými vztahy

V další analýze jsme se podrobněji zaměřili na 86 respondentů z kategorie *problematické vztahy*. Jednalo se o děti, které uvedly, že se cítí osamělé, že je pro ně obtížné hovořit s matkou o věcech, které je trápí, těžko si nacházejí přátele a nejsou mezi vrstevníky oblíbené. Přesto některé z nich odpověděly, že jsou velmi šťastné nebo celkem šťastné. Zajímalo nás, čím se tato skupina respondentů dále vyznačuje, co má společného a čím se liší od dětí, které uvedly, že se cítí ne moc šťastně nebo vůbec ne šťastně. Sledovali jsme vztahy k pohlaví, věku, místu bydliště, subjektivně vnímanému zdravotnímu stavu, formální struktuře rodiny, k množství společně stráveného volného času v rodině, k adaptaci na školu, k míře pocíťovaných nároků na školní výkon a k jedné ze škál kvality života (Životní spokojenost). Jednalo se o položku sestavenou ze sedmi podotázek zaměřených na posouzení života jako celku. Podotázky zohledňovaly vztahy v rodině, sebepercepci, pohled do budoucnosti a zamyšlení nad smyslem života.

Výsledky ukázaly, že vnímaný pocit štěstí u dětí s problémy ve vztazích nezávisel ani na věku, ani na pohlaví, místu bydliště, formální struktuře rodiny, adaptaci na školu nebo míře pocíťovaných nároků na školní výkon a nesouvisel ani se subjektivně vnímaným zdravotním stavem. Statisticky významně ($p < 0,001$) však závisel na množství společně stráveného volného času v rodině. Děti, které uvedly, že se s rodiči denně schází u jídla a denně spolu hovoří o různých věcech, se zároveň častěji cítily šťastné nebo velmi šťastné, přestože měly problémy ve vztazích.

Vnímání štěstí u sociálně exkludovaných dětí dále statisticky významně souviselo s pohledem do budoucnosti, spokojeností se sebou samým a se svým životem a s vnímaným smyslem života (Obr. 20). Děti, které uvedly, že se těší na budoucnost, jsou se sebou spokojené, těší je život, jsou spokojené s tím, jak žijí, a myslí si, že život má smysl, zároveň statisticky významně častěji uváděly, že se cítí šťastné. Podrobné výsledky uvádíme v Tab. 21, (Příloha C, str. 147).

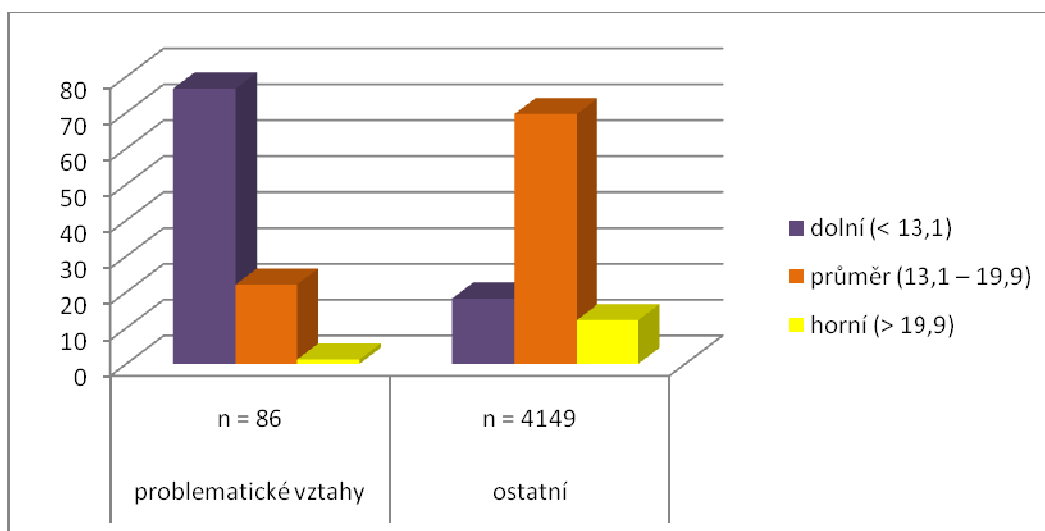


Obr. 20 Graf Vnímání štěstí v kategorii problematické vztahy

4.4.3 Vliv sociálních vztahů na hodnocení kvality života na škálách CI a HŠ

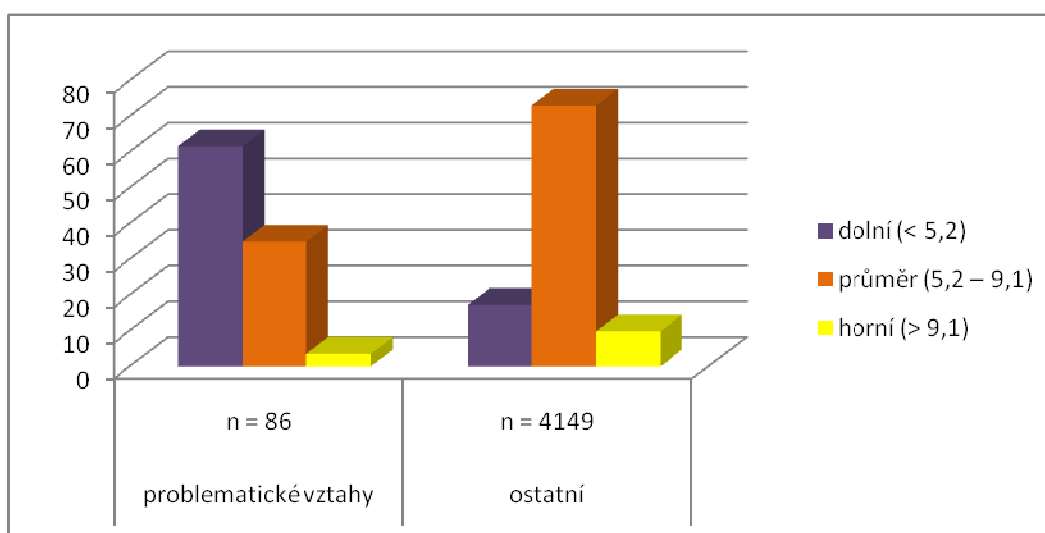
Kromě subjektivního hodnocení zdravotního stavu a pocitu štěstí jsme sledovali vliv sociálních vztahů na hodnocení kvality života na škálách HŠ a CI (Obr. 21, Obr. 22).

Děti s problémy ve vztazích uváděly 4x častěji dolní interval (76,7 %) na HŠ škále než děti, které problémy ve vztazích neudávaly (18,2 %). Jen 1,2 % dětí s problematickými vztahy uvedlo na HŠ hodnoty v horním indexu. Bylo to 10x méně než ve skupině *ostatní*, kde hodnoty v horním intervalu HŠ mělo 12,2 % respondentů (Tab. 22, Příloha C, str. 147). Rozdíly mezi oběma sledovanými skupinami byly statisticky významné na $p < 0,001$.



Obr. 21 Graf HŠ ve vztahu k sociální exkluzi v %

Rovněž u sledovaného indikátoru CI uváděly děti s problémy ve vztazích častěji hodnoty v dolním intervalu než děti z kategorie *ostatní* (61,6 % oproti 17,2 %). Hodnoty v horním indexu uvedlo 3,5 % dětí z kategorie *problematické vztahy* a 9,8 % dětí ze skupiny *ostatní* (Tab. 23, Příloha C, str. 147). Rozdíly mezi oběma kategoriemi byly statisticky významné na $p < 0,001$.



Obr. 22 Graf CI ve vztahu k sociální exkluzi v %

4.5 Kvalita života ve vztahu k rizikové konzumaci alkoholu a kouření

Analýzu souvislostí mezi rizikovou konzumací alkoholu (tj. konzumace více než 5 sklenic alkoholu při jedné příležitosti třikrát, čtyřikrát nebo častěji za poslední měsíc), kouřením cigaret a KŽ jsme prováděli pouze v kategorii patnáctiletých. Jen u této věkové skupiny byla riziková konzumace alkoholu ve studii HBSC zjišťována a navíc procento dětí, které uvedly, že kouří nejméně jedenkrát týdně, bylo v kategorii patnáctiletých oproti průměru dvojnásobné (22 %).

Respondenty jsme rozdělili do čtyř skupin. Skupiny A a B se týkaly kouření, skupiny C a D konzumace alkoholu. Do skupiny A jsme zařadili děti, které uvedly, že nekouří, nebo kouří méně často než jedenkrát týdně; do skupiny B děti, které uvedly, že kouří každý den nebo nejméně jednou týdně; do skupiny C děti, které alkohol nepily, nebo vypily za poslední měsíc větší množství alkoholu maximálně dvakrát, a do skupiny D jsme zařadili respondenty, kteří uvedli, že za poslední měsíc nejméně třikrát nebo častěji konzumovali nadměrné množství alkoholu.

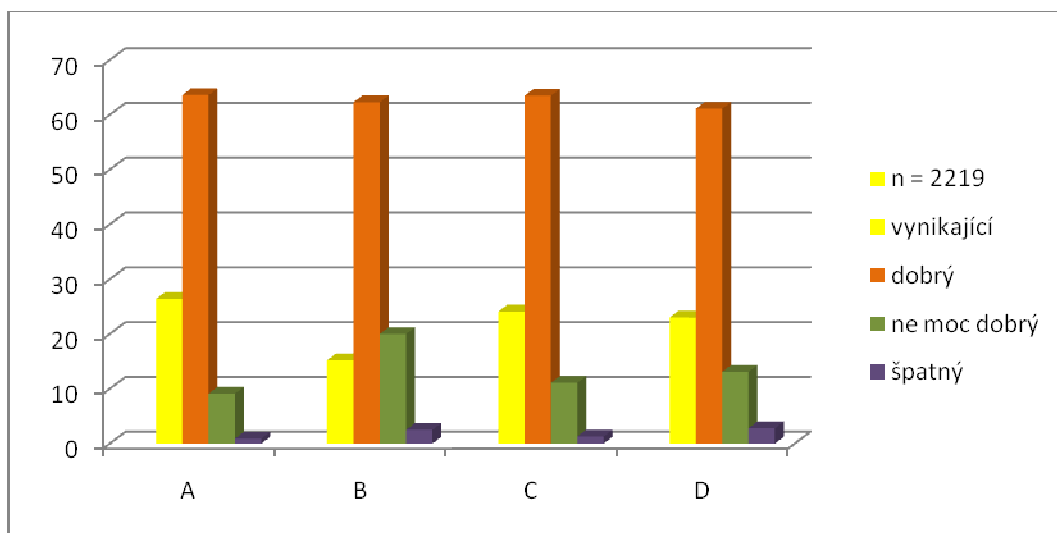
Z celkového počtu 2219 patnáctiletých dětí bylo 84 % těch, které uvedly, že alkohol ve větším množství nepily vůbec, nebo ho během posledního měsíce vypily za jednu příležitost větší množství maximálně dvakrát. 16 % respondentů odpovědělo, že za poslední měsíc konzumovali více než 5 sklenic alkoholu při jedné příležitosti třikrát, čtyřikrát nebo častěji. Kouření každý den nebo nejméně jednou týdně uvedlo 21,7 % patnáctiletých dětí. Rozdíly mezi odpověďmi chlapců a dívek nebyly v oblasti kouření a pití alkoholu statisticky významné.

4.5.1 Vliv kouření a rizikové konzumace alkoholu na subjektivní hodnocení zdraví

Respondenti z kategorie A, kteří podle odpovědí nekouřili, nebo kouřili méně často než jedenkrát týdně, hodnotili svůj zdravotní stav lépe než respondenti z kategorie B, kteří odpověděli, že kouří každý den nebo nejméně jednou týdně (Obr. 23). V kategorii A vnímalo celkem 26,4 % dospívajících svůj zdravotní stav jako vynikající, v kategorii B to

bylo jen 15,2 % dětí. Jako ne moc dobrý nebo špatný hodnotilo svůj zdravotní stav 10 % dětí z kategorie A a 22,5 % dětí z kategorie B. Rozdíly mezi oběma skupinami byly statisticky významné na $p < 0,001$. Podrobnější výsledky uvádíme v Tab. 24 (Příloha C, str. 148).

U pití alkoholu jsme naopak statisticky významné rozdíly mezi skupinou respondentů, kteří alkohol nepili, nebo ho konzumovali v malém množství (C), a skupinou, ve které děti konzumovaly nadměrné množství alkoholu (D), neprokázali (Obr. 23). Zdravotní stav jako vynikající hodnotilo 24,1 % dětí z kategorie C a 23,0 % dětí z kategorie D. Dospívající, kteří uvedli, že za poslední měsíc konzumovali větší množství alkoholu, sice hodnotili častěji svůj zdravotní stav jako ne moc dobrý nebo špatný (15,9 %) ve srovnání s dospívajícími, kteří alkohol nepili vůbec, nebo ho pili v malém množství (12,4 %), rozdíl 3,5 % však nebyl statisticky významný. Další výsledky uvádíme v Tab. 24 (Příloha C, str. 148).



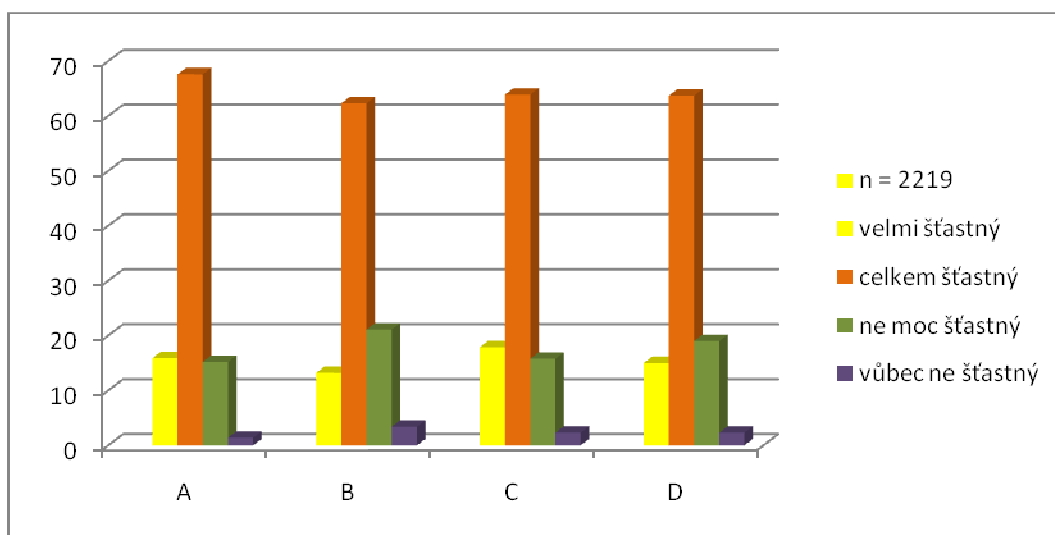
Obr. 23 Graf Zdravotní stav ve vztahu ke kouření a pití alkoholu v %

4.5.2 Vliv kouření a rizikové konzumace alkoholu na hodnocení pocitu štěstí

Podobné vztahy jako u subjektivního hodnocení zdravotního stavu jsme našli u hodnocení pocitu štěstí (Obr. 24). 83,5 % dětí, které uvedly, že nekouří, nebo kouří v malém množství, se cítilo velmi šťastně nebo celkem šťastně. V kategorii B (děti, které uvedly, že kouří denně nebo častěji než jednou týdně) se takto cítilo jen 75,5 % dotázaných. Naopak dospívající, kteří kouřili, se častěji cítili ne moc šťastně nebo vůbec ne šťastně (24,5 %) ve

srovnání s dětmi, které nekouřily (16,6 %). Další výsledky uvádíme v Tab. 25 (Příloha C, str. 148). Rozdíly mezi sledovanými skupinami C a D byly statisticky významné na $p < 0,01$.

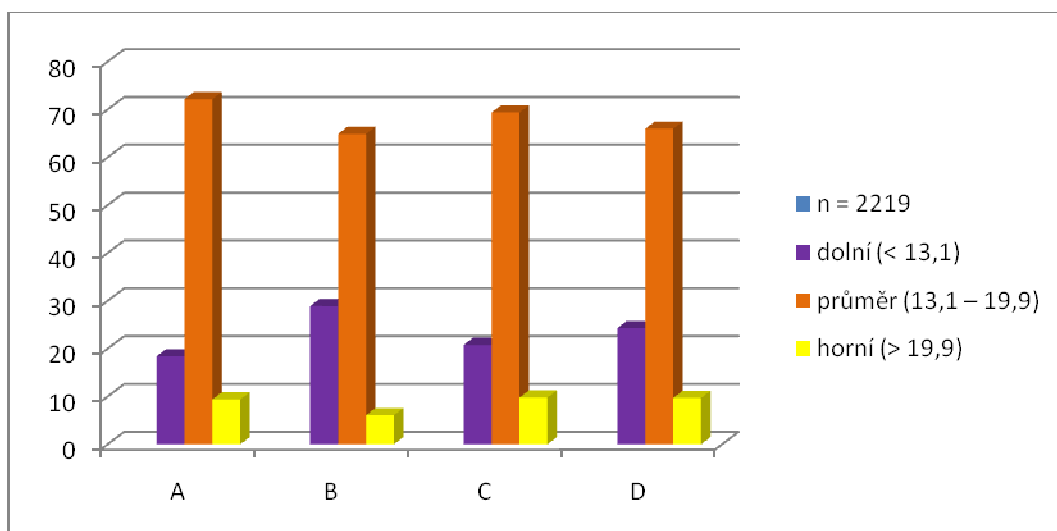
U proměné *riziková konzumace alkoholu* jsme statisticky významný vztah k pocitu štěstí nenašli (Obr. 24). Velmi šťastně se cítilo sice více respondentů, kteří alkohol nepili nebo jej pili v malém množství (17,9 %) ve srovnání se skupinou, která uvedla, že alkohol pila za poslední měsíc nadměrně (15,0 %), rozdíly však nebyly veliké. Obě sledované skupiny se dokonce ve stejné frekvenci vyjádřily, že se necítí vůbec šťastně (2,3 % respondentů ze skupiny C a 2,3 % respondentů ze skupiny D). Další výsledky uvádíme v Tab. 25 (Příloha C, str. 148).



Obr. 24 Graf Pocit štěstí ve vztahu ke kouření a pití alkoholu v %

4.5.3 Vztah kouření a rizikové konzumaci alkoholu k hodnocení KŽ na škálách HŠ a CI

Respondenti, kteří odpověděli, že nekouří, nebo kouří jen v malém množství (skupina A), uváděli častěji hodnoty v horním indexu HŠ a méně často hodnoty v dolním indexu HŠ ve srovnání se skupinou dětí, které napsaly, že kouří (B). Ve skupině A uvedlo 18,4 % respondentů hodnoty v dolním indexu na HŠ, ve skupině B to bylo 28,9 % dotázaných. Hodnoty v horním indexu mělo 9,4 % dětí ze skupiny A a 6,1 % dětí ze skupiny B. Rozdíly mezi sledovanými skupinami byly statisticky významné na $p < 0,001$ (Obr. 25). Výsledky uvádíme v Tab. 26 (Příloha C, str. 148).

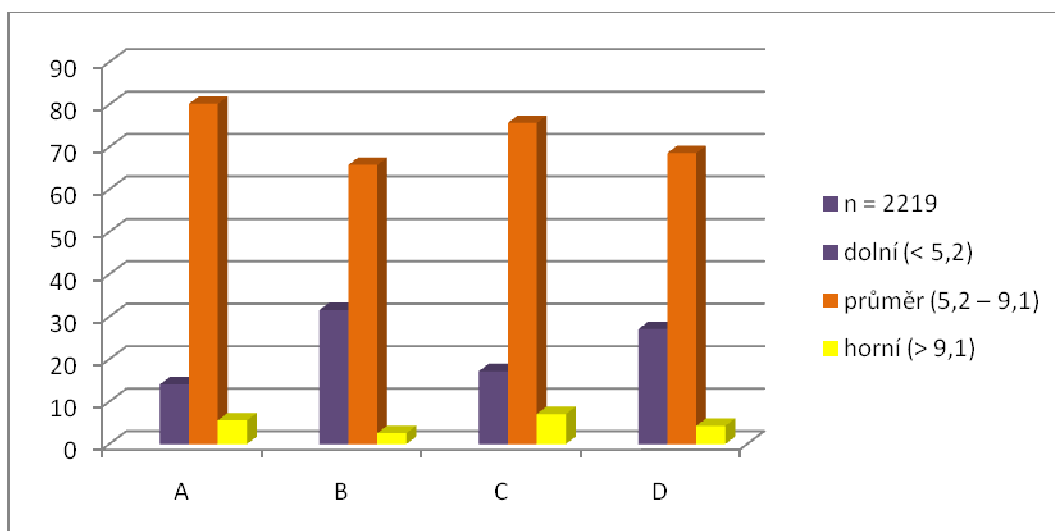


Obr. 25 Graf HŠ ve vztahu ke kouření a pití alkoholu v %

Statisticky významný vztah HŠ k rizikové konzumaci alkoholu jsme neprokázali. Děti, které alkohol nepily, uváděly méně často hodnoty v dolním indexu HŠ ve srovnání s dětmi, které pily nadměrné množství alkoholu, ale rozdíly nebyly výrazné (20,8 % skupina C, 24,3 % skupina D). Procento dětí, které uvedlo horní index HŠ, se ve skupině C (9,8 %) a ve skupině D (9,7 %) prakticky nelišilo. Další výsledky uvádíme v Tab. 26 (Příloha C, str. 148).

U CI jsme zjistili statisticky významné vztahy jak s kouřením, tak s rizikovým pitím alkoholu (Obr. 26). Dvakrát více dětí, které odpověděly, že kouří denně nebo častěji než jedenkrát týdně (B), uvádělo na CI hodnoty v rozmezí dolního intervalu (31,6 %) ve srovnání s dětmi ze skupiny A, které nekouřily (14,1 %). Rozdíly byly výrazné i v intervalu průměr (skupina A 80,2 %, skupina B 65,8 %). Hodnoty v horním indexu uvedlo 5,6 % respondentů ze skupiny A a 2,6 % respondentů ze skupiny B. Rozdíly byly statisticky významné na $p < 0,001$.

Statisticky významně ($p < 0,001$) se lišily i odpovědi ve skupinách rozdělených podle pití alkoholu (C a D). O 10 % méně dětí ze skupiny, která alkohol nepila nebo ho pila v omezené míře (C), uvádělo na CI hodnoty v dolním intervalu (17,2 %) ve srovnání se skupinou dětí, které uvedly, že za poslední měsíc nejméně třikrát konzumovaly nadměrné množství alkoholu (27,1 %). Hodnoty v horním indexu CI uvedlo 7,1 % dospívajících ze skupiny C a jen 4,3 % dospívajících ze skupiny D. Výsledky uvádíme v Tab. 27, (Příloha C, str. 148).

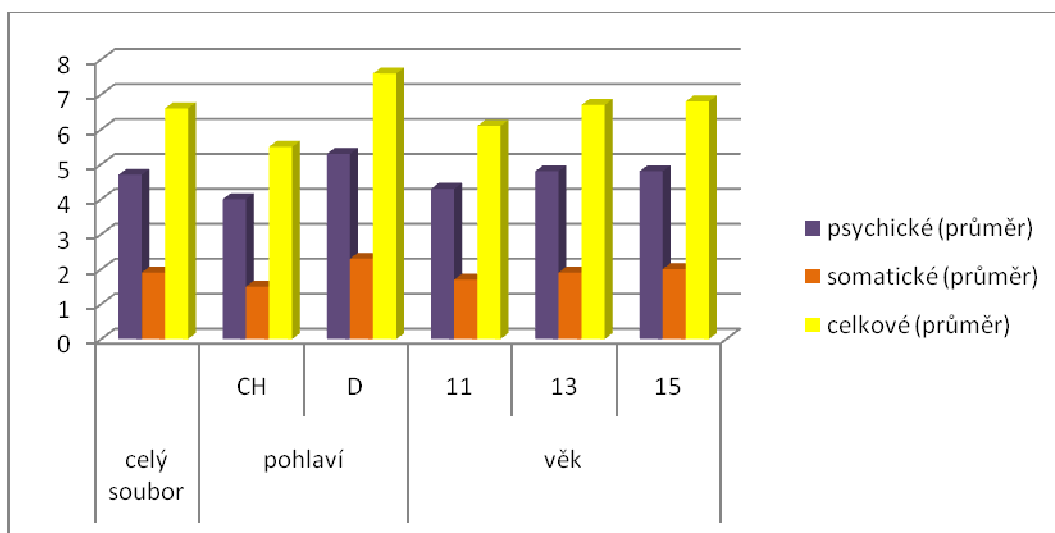


Obr. 26 Graf CI ve vztahu ke kouření a pití alkoholu

4.6 Psychosomatické obtíže

V našem šetření jsme výskyt psychosomatických obtíží zjišťovali pomocí položky, která zahrnovala 11 podotázek na konkrétní obtíže za posledních 6 měsíců – *bolesti hlavy, žaludku, ramen, krční páteře, bolesti v zádech, pocity skleslosti, podrážděnost, špatnou náladu, nervozitu, napětí, potíže při usínání, malátnost, závratě, obavy, strach, únavu a vyčerpání*. Z odpovědí na pětistupňové časové škále jsme pomocí bodování vytvořili indexy. Vyšší index znamenal vyšší frekvenci sledovaných potíží. U celkových obtíží dosahoval index rozmezí 0–33; u obtíží psychických (pocity skleslosti, podrážděnost, špatná nálada, nervozita, napětí, potíže při usínání, obavy, strach, únava a vyčerpání) dosahoval index rozmezí hodnot 0–18 a u obtíží somatických (bolesti hlavy, žaludku, v zádech, malátnost, závratě, bolesti ramen, krční páteře) dosahoval index rozmezí hodnot 0–15.

Průměrná hodnota celkových obtíží u našeho sledovaného souboru byla 6,6, přičemž index psychických obtíží dosahoval vyšších hodnot (4,7) než index obtíží somatických (1,9). Toto zjištění platilo pro obě pohlaví a všechny sledované kategorie podle věku i místa bydliště (Obr. 27).



Obr. 27 Graf Index obtíží v posledních šesti měsících

Pro zjišťování vztahů mezi mírou obtíží, pohlavím, věkem a místem bydliště dětí jsme indexy obtíží rozdělili do tří kategorií, na průměrné (průměr \pm SD), podprůměrné (méně jak průměr - SD) a nadprůměrné (více jak průměr + SD). Po vyhodnocení χ^2 testem jsme prokázali statisticky významnou souvislost ($p < 0,001$) mezi mírou obtíží, pohlavím a věkem. U vztahu somatických obtíží k věku byla hladina významnosti $p < 0,01$. Nejvyšší hodnoty, což znamená nejhorší výsledky ve všech třech sledovaných kategoriích obtíží psychických, somatických i celkových, uváděly dívky. Index celkových obtíží u dívek byl 7,6, u chlapců 5,5. Index psychických obtíží u dívek dosáhl hodnoty 5,3, u chlapců 4,0. Index somatických obtíží byl u dívek 2,3, u chlapců 1,5.

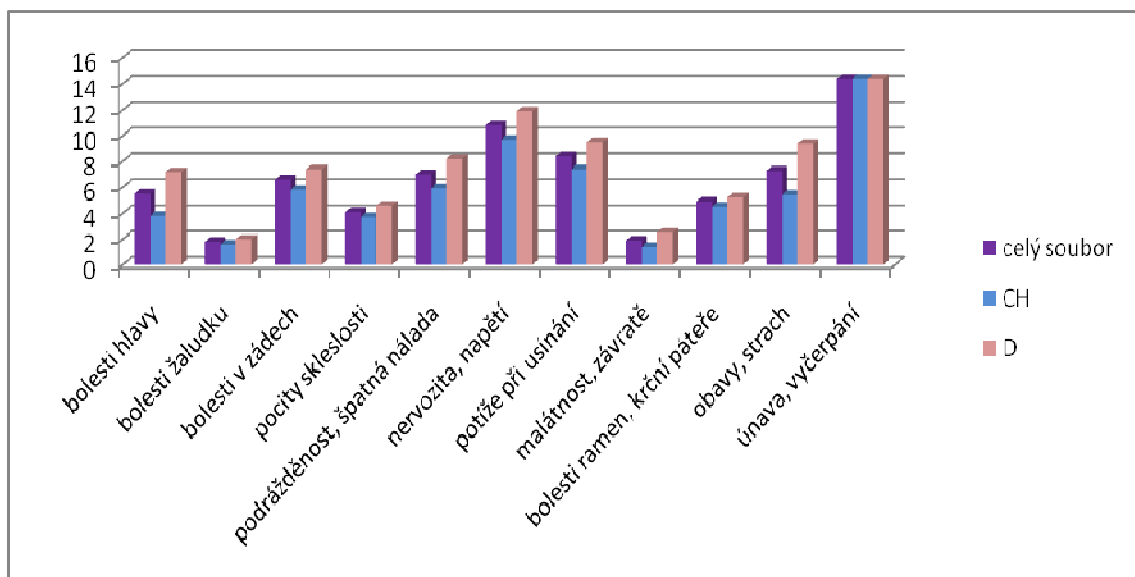
Míra celkových obtíží se zvyšovala s přibývajícím věkem. Průměrný index v kategorii jedenáctiletých dětí byl 6,1, v kategorii třináctiletých 6,7 a v kategorii patnáctiletých 6,8. Další výsledky uvádíme v Tab. 28 (Příloha C, str. 149).

Neprokázali jsme statisticky významné vztahy mezi mírou obtíží a místem bydliště.

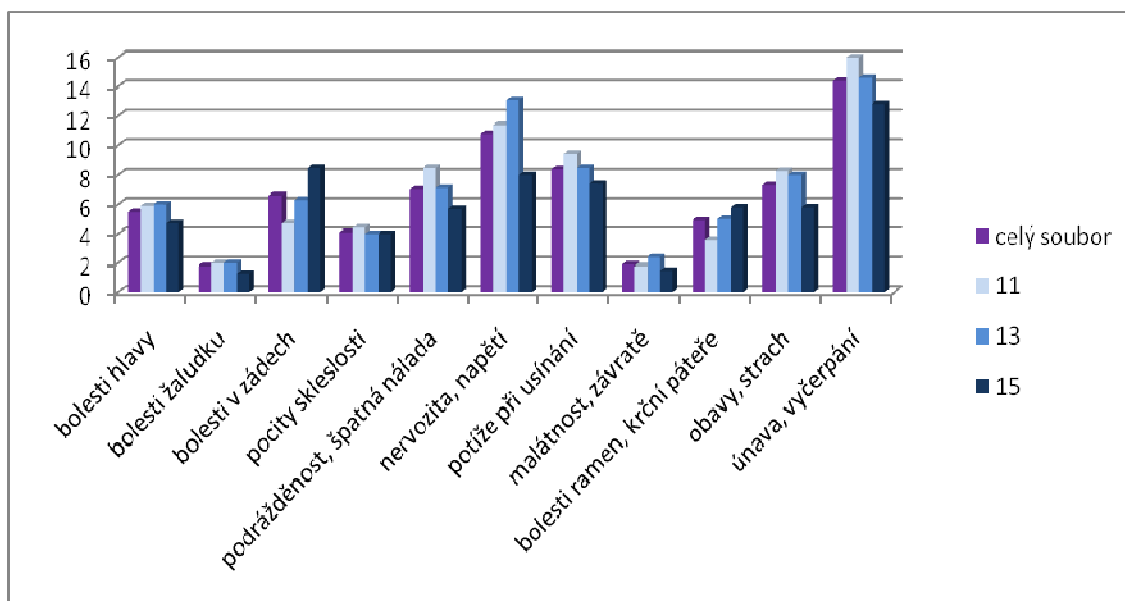
Po zaměření pozornosti na konkrétní obtíže v intervalu každý den jsme zjistili nejvyšší indexy u únavy, vyčerpání, nervozity a napětí (Obr. 28, Obr. 29). Únavu a vyčerpání pociťovalo každý den 14,4 % dětí bez rozdílu v pohlaví, ale s rozdíly v jednotlivých věkových kategoriích. Nejvíce dětí, které si stěžovaly na únavu a vyčerpání každý den, bylo z nejmladší věkové kategorie (16,0 %) a nejméně si stěžovaly děti patnáctileté (12,8 %). Desetina dětí (10,8 %) si stěžovala na nervozitu a napětí, přičemž nejčastěji si na tyto

potíže stěžovaly dívky (11,9 %) a jedenáctileté děti (11,4 %). Nejméně si na nervozitu a napětí stěžovali respondenti z kategorie patnáctiletých (8,0 %). Téměř desetina dívek (9,5 %) a desetina jedenáctiletých dětí (9,4 %) uvedla také každodenní potíže při usínání. Nejmladší děti si ve srovnání s dalšími dvěma věkovými kategoriemi stěžovaly častěji na podrážděnost a špatnou náladu (8,5 %). V kategorii třináctiletých mělo tyto potíže denně 7,1 % respondentů, v kategorii patnáctiletých jen 5,7 % dotázaných.

Ze somatických problémů děti nejčastěji uváděly bolesti v zádech. Více si na ně stěžovaly dívky (7,4 %) než chlapci (5,8 %) a jejich frekvence se zvyšovala s rostoucím věkem. Denními bolestmi v zádech trpělo 4,7 % jedenáctiletých, 6,3 % třináctiletých a 8,5 % patnáctiletých dětí. Na každodenní bolesti hlavy si stěžovalo téměř dvakrát více dívek než chlapců (7,2 % proti 3,8 %), při porovnání věkových kategorií jimi nejvíce trpěly děti třináctileté (6,0 %) a nejméně děti patnáctileté (4,7 %). Nejméně dětí uvádělo, že trpí denně bolestmi žaludku (1,8 %), malátností a závratěmi (1,9 %). Podrobné výsledky uvádíme v Tab. 29 (Příloha C str. 149).



Obr. 28 Graf Indexy obtíží každý den podle pohlaví

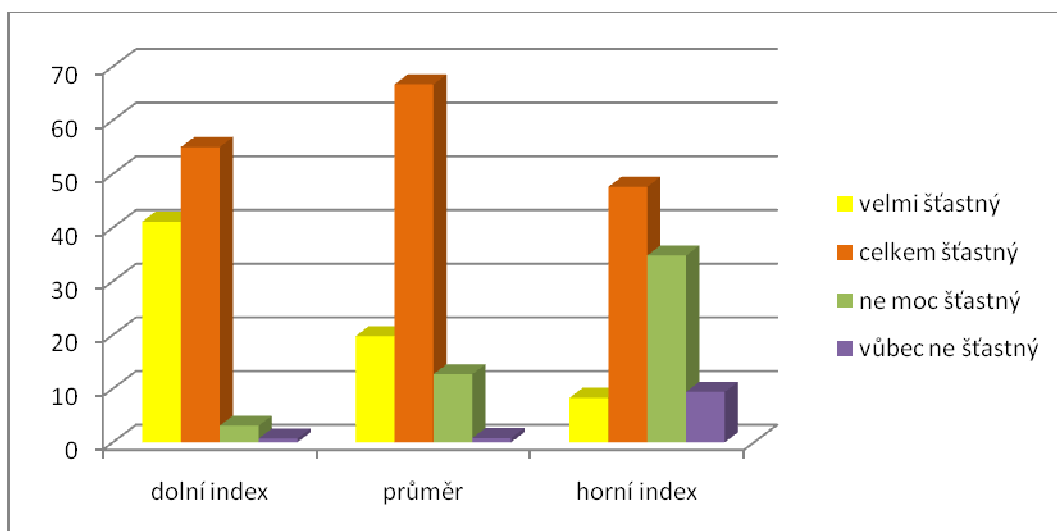


Obr. 29 Graf Indexy obtíží každý den podle věku

4.6.1 Vztah psychosomatických obtíží k vybraným indikátorům KŽ

Zajímalo nás, jak souvisí míra psychosomatických obtíží se subjektivně vnímanou kvalitou života. Pro posuzování vztahů jsme vybrali 3 indikátory: pocit štěstí, HŠ a CI.

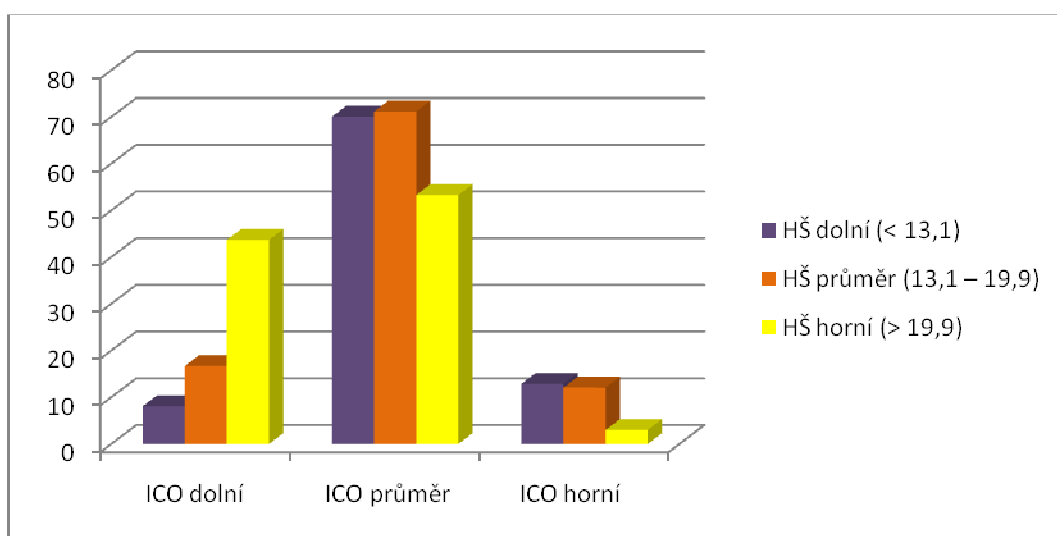
Děti, které měly dolní index psychosomatických obtíží (tj. hodnoty nižší než 0,7) byly zároveň výrazně šťastnější než děti, jejichž odpovědi na psychosomatické obtíže se pohybovaly v horním indexu (Obr. 30). 41,1 % dětí s dolním indexem obtíží se cítilo velmi šťastně a 55,0 % dětí celkem šťastně. Jinými slovy, šťastně se cítilo 96,1 % dětí, které měly minimum tělesných a psychických obtíží. V kategorii horní index (tj. míra obtíží vyšší než 12,5) se velmi šťastně cítilo jen 8,3 % dětí. V této kategorii se zároveň 44,2 % dětí cítilo ne moc šťastně nebo vůbec ne šťastně. Vztahy mezi mírou psychosomatických obtíží a vnímaným pocitem štěstí byly statisticky významné na $p < 0,001$. Děti, které si více stěžovaly na uvedené obtíže, se cítily signifikantně méně šťastné. Výsledky uvádíme v Tab. 30 (Příloha C, str. 149).



Obr. 30 Graf Pocit štěstí ve vztahu k indexu celkových obtíží v %

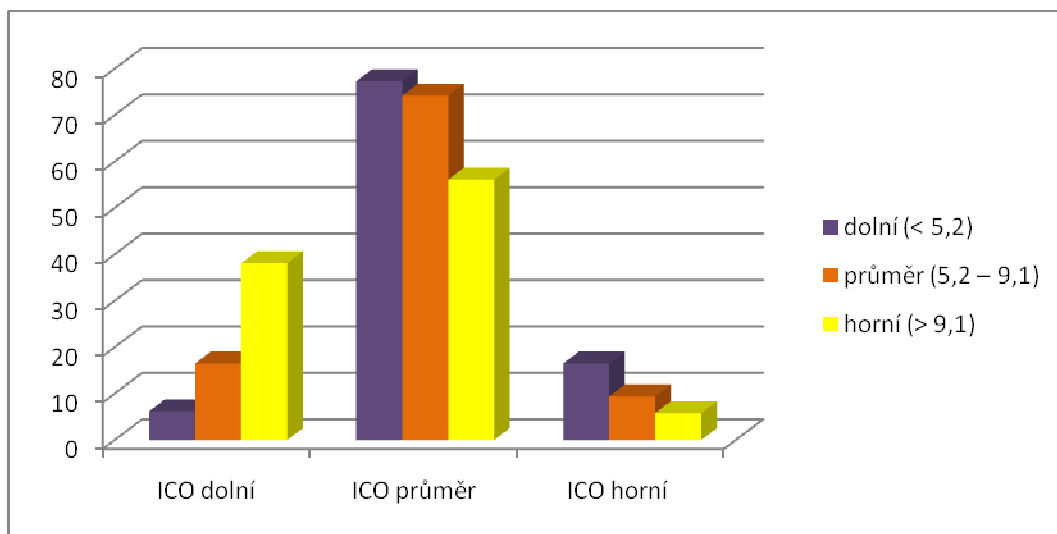
Podobné vztahy platily i u dalších sledovaných indikátorů kvality života – HŠ a CI (Obr. 31, Obr. 32).

43,7 % dětí, jejichž míra celkových obtíží byla v dolním indexu (nízká), uvádělo hodnoty v horním indexu HŠ, to znamená vyšší spokojenost se životem. Děti s vyšší mírou psychosomatických obtíží (horní index) měly hodnoty na HŠ v horním indexu jen minimálně (3,0 %). Podrobné výsledky uvádíme v Tab. 31 (Příloha C, str. 150). Sledované vztahy mezi mírou psychosomatických obtíží a životní spokojeností na HŠ byly statisticky významné na $p < 0,001$.



Obr. 31 Graf HŠ ve vztahu k indexu celkových obtíží (ICO) v %

Po vyhodnocení χ^2 testem jsme prokázali také statisticky významnou souvislost ($p < 0,001$) mezi mírou psychosomatických obtíží a indikátorem CI (Obr. 32). Děti, které trpěly častěji psychosomatickými obtížemi (horní index) uváděly více hodnoty v dolním indexu na CI (16,5 % dětí) a méně hodnoty v horním indexu CI (5,8 %). Naopak děti, které měly méně obtíží, uváděly častěji vyšší hodnoty na CI (horní index uvedlo 38,1 % dětí) a méně často hodnoty v dolním indexu (6,2 %). Výsledky uvádíme v Tab. 32 (Příloha C, str. 150).



Obr. 32 Graf CI ve vztahu k indexu celkových obtíží (ICO) v %

5 Diskuze

V naší práci jsme se zaměřili na sledování subjektivních indikátorů kvality života u reprezentativního vzorku českých dětí ve věku 11, 13 a 15 let. Vzhledem k tomu, že kvalita života je multidimenzionální koncept, je velmi obtížné ji definovat a diagnostikovat. Pro náš výzkum jsme zvolili kombinaci tří navzájem se prolínajících faktorů, které nejčastěji kvalitu života představují: subjektivního vnímání úrovně vlastního zdraví, osobní pohody (well-being) a životní spokojenosti. K měření jsme použili položky týkající se subjektivního hodnocení zdravotního stavu a pocitu štěstí. Spokojenost se životem, s rodinou, školou, se sebou samým, psychickou i fyzickou pohodu, náladu, vnímanou autonomii, výhled do budoucnosti a smysl života jsme hodnotili pomocí čtyř rozdílných škál – Cantrilův index, Huebnerova škála, Kidscreen-10 index a škála Životní spokojenost. Kombinace sledovaných indikátorů nám tak umožnila postihnout kvalitu života v dimenzi fyzické, duševní, sociální i duchovní.

5.1 Kvalita života

Většina českých dětí vykazovala na sledovaných škálách kvality života (Cantrilův index, Huebnerova škála, Kidscreen-10 index a škála Životní spokojenost) vysoké hodnoty, které pro celý soubor dosahovaly dvou třetin možného maxima. Každá škála má jiné rozmezí hodnot, ale u všech položek znamenají vyšší hodnoty také vyšší kvalitu života.

Na desetistupňové škále Cantrilův index uvedlo 51 % dětí kvalitu života na stupni 8 a více (Hodačová a kol., 2008a) a téměř 80 % českých dětí uvedlo hodnoty 6 a vyšší (Hlaváčková a kol., 2009).

Vysokou míru životní spokojenosti u dospívajících prokázaly i jiné studie. Např. Antaramian, Huebner a Valois (2008), kteří zjišťovali životní spokojenost u jihoamerických adolescentů, rovněž zjistili v průměru vysokou míru spokojenosti ve všech sledovaných

doménách čtyřicetipoložkové Huebnerovy škály, přičemž nejvyšších hodnot dosáhly domény spokojenost s přáteli a sebou samým.

Řada studií (Valášková, Ježek, 2002; Currie et al., 2004; Csémy a kol., 2005; Currie et al., 2008; Michel, Bisseger, Fuhr, Abel, 2009) ukazuje, že kvalita života dospívajících souvisí s věkem a pohlavím (s narůstajícím věkem se snižuje a je nižší u dívek než u chlapců). I v naší studii se tato souvislost potvrdila. Dívky a starší děti dosahovaly na škálách kvality života nižších průměrných hodnot.

Ve většině ze 41 zemí zapojených do studie HBSC v roce 2006 byly výsledky podobné. Na Cantrilově indexu, pomocí kterého byla ve studii hodnocena životní spokojenost, uváděli chlapci vyšší hodnoty než dívky. Spokojenější byli chlapci v severních a západních zemích než v zemích jižních a východních (Currie et al., 2008).

Většina dětí ze sledovaných zemí v rámci studie HBSC uváděla v roce 2006 na Cantrilově indexu vysokou spokojenost, tedy hodnoty 6 a více na desetibodové škále. U českých dětí to bylo 81 % respondentů, což ale v mezinárodním srovnání znamená umístění až v druhé polovině pořadí ve všech třech věkových kategoriích. Kategorie jedenáctiletých českých dětí se dokonce v hodnocení života na Cantrilově indexu umístila mezi 41 zeměmi až na 39. místě. Hůře dopadly už jen Rumunsko a Turecko (Currie et al., 2008).

Srovnáme-li naše výsledky s výsledky studie z roku 2002, sledujeme rozdíly v hodnocení životní spokojenosti na Huebnerově škále a Cantrilově indexu. České děti v naší studii uváděly na Huebnerově škále v průměru o 1,0 vyšší hodnoty než děti v roce 2002, přičemž nejnižší hodnoty dosáhly stejně jako v roce 2002 dívky a nejvyšší hodnoty jedenáctileté děti. Naopak průměrná hodnota Cantrilova indexu v roce 2006 klesla, a to u jedenáctiletých dětí o 0,4 a u dívek o 0,3 (Csémy a kol., 2005). Výsledek může být ovlivněn tím, že Huebnerova škála podrobněji, pomocí šesti podotázek, zjišťuje pocity spokojenosti se životem a chodem věcí v něm, kdežto Cantrilův index je jednoduchý nástroj (žebřík), kde 0 znamená nejhorší možný život a 10 nejlepší možný život, jaký si děti pro sebe dovedou představit, a na základě této představy pak umístí na příslušný stupínek svůj život. Komparace s ideálem nejlepšího možného života, který se v naší společnosti

posunuje stále výše a je úzce spojen s konzumem a materiálními hodnotami, pak může být příčinou horšího výsledku.

Nižší spokojenost u starších adolescentů je pravděpodobně ovlivněna specifiky daného vývojového období, především změnami v myšlení, emočním vývoji a v tělesném schématu (Vágnerová, 2005). Pro myšlení je charakteristická zvýšená sebereflexe, introspekce a sebehodnocení. Dospívající jsou nadměrně kritičtí, jejich vztah k sobě samému se v závislosti na vysoko umístěné představě ideálního já mění (Macek, 1999; Vágnerová, 2005). Tělesný vzhled se stává významnou součástí osobní identity a častou příčinou nespokojenosti (Valášková, Ježek, 2002; Vágnerová, 2005). Se vzrůstajícím věkem dospívající o svém vzhledu více uvažují. Nespokojenost s tělem se zvyšuje kolem 13. roku. Dospívající, kteří jsou se svým vzhledem spokojeni, mívají i vyšší kvalitu života (Csémy a kol., 2005).

Tělesné změny u dívek jsou nápadnější než u chlapců a dívkami samotnými jsou často vnímané jako omezující (Valášková, Ježek, 2002). Dívky považují vzhled jednotlivých tělesných partií za důležitější než chlapci a jsou s tělesným vzhledem méně spokojené (Valášková, Ježek, 2002; Polášková, Masopustová, Ježek, 2008).

Prožívání tělesných změn je silně ovlivněno kulturou, celospolečenskými hodnotami a ideálem krásy. V naší společnosti je ideál krásy postaven vysoko, zdůrazňována je zejména ženská krása ve vztahu ke štíhlosti. Dívky již od páté třídy hodnotí svůj vzhled především v závislosti na tělesné hmotnosti (Csémy a kol., 2005). Postava dospívajících dívek se v adolescenci ideálu štíhlosti spíše vzdaluje, což může být příčinou jejich nižší spokojenosti (Krch, Csémy, Drábková, 2004).

Důvodem horší subjektivně vnímané kvality života u dívek by mohla být i skutečnost, že jsou více než chlapci zaměřeny na allocentrické hodnoty spojené se sociocentrickou orientací, potřebou porozumění a pomoci druhým, což jim může v dnešní spíše individualisticky zaměřené společnosti přinášet problémy (Macek, 1999; Mareš, 2005a). Zdrojem obav u dospívajících dívek může být představa o ideálním já, které je spojováno více s maskulinními vlastnostmi (Janošová, 2005).

Na genderové rozdíly v subjektivně vnímané kvalitě života dospívajících upozornila i studie Škody, Doulíka, Hajerové-Müllerové (2008). Autoři poukázali na skutečnost, že vyšší kvalita života u chlapců může souviset s tím, že chlapci méně často prožívají negativní emoce a zároveň svoje emoce lépe než dívky zvládají a jsou méně než dívky zaměřeni na mezilidské vztahy. K závěru, že dívky jsou citlivější a více se zabývají svými pocity než chlapci stejného věku, došli také Koukola a Ondřejová (2006). Nižší spokojenost u dívek může být zapříčiněna i tím, že dívky se méně než chlapci věnují fyzické aktivitě a častěji se nudí (Škoda, Doulík, Hajerová-Müllerová, 2008).

Rozdíly v kvalitě života byly v některých tuzemských výzkumech zjištěny i u dospělé populace, a to opět v neprospěch žen (Křížová, 2005; Hnilica, 2005).

5.1.1 Hodnocení zdravotního stavu

Subjektivně vnímaný zdravotní stav je nejčastěji zjišťovaným indikátorem kvality života a u dospívajících je vhodnějším indikátorem pro sledování celkového zdravotního stavu než tradiční morbidita a mortalita (Currie et al., 2008). Sledování subjektivních obtíží u dětí má velký význam, neboť vnímaná pohoda výrazně ovlivňuje objektivní chování dítěte. Necítí-li se dítě dobře, nechodí do školy, užívá léky, navštěvuje lékaře a chová se jako nemocné, i když chybí objektivní příčiny potíží (Currie et al., 2004).

Z našeho výzkumu vyplynulo pozitivní zjištění, že téměř 90 % českých dětí hodnotilo svůj zdravotní stav jako vynikající nebo dobrý. Na druhou stranu více než desetina dětí vnímala zdravotní stav jako ne moc dobrý nebo dokonce špatný. Jednalo se ve větší míře o dívky. Naše výsledky jsou srovnatelné s výsledky studie HBSC z roku 2002 (Csémy a kol., 2005) a podporují je i závěry z mezinárodních šetření, které uvádějí, že starší děti a dívky hodnotí obvykle svůj zdravotní stav hůře (Currie et al., 2004; Fröjd, Kaltiala-Heino, Rimpelä, 2007; Currie et al., 2008).

Ne příliš potěšující skutečností je, že v posledním šetření studie HBSC se české jedenáctileté děti, které hodnotily své zdraví jako ne moc dobré nebo špatné, umístily na 16. místě, tedy v první polovině mezi 41 sledovanými zeměmi. Starší děti v mezinárodním

srovnání dopadly lépe – třináctileté se umístily na 29. a patnáctileté dokonce na 33. místě (Currie et al., 2008). Jinými slovy, v rámci mezinárodního srovnání dopadla kategorie českých jedenáctiletých dětí, které hodnotily své zdraví jako ne moc dobré nebo špatné hůře než kategorie dětí třináctiletých a patnáctiletých.

Při zaměření pozornosti na jednotlivé konkrétní zdravotní obtíže jsme zjistili, že si děti více stěžují na obtíže psychické než somatické. Zajímalo nás, které obtíže se u českých dětí vyskytují denně nejvíce. Nejčastěji si děti z našeho sledovaného souboru stěžovaly na únavu a vyčerpání, přičemž nejvíce trápily respondenty z nejmladší věkové kategorie. Nejméně si na únavu a vyčerpání stěžovaly děti patnáctileté. Podobně tomu bylo i u většiny ostatních psychických obtíží – podrážděnosti, špatné náladě, potíží při usínání, obavách a strachu. Počet dětí, které měly tyto obtíže denně, se snižoval s rostoucím věkem. Tento výsledek je poněkud překvapující, neboť období kolem 10. a 11. roku by mělo být dobou relativně nejlepšího zdraví a vysoké tělesné výkonnosti. Navíc se jedná o etapu životního realismu, maximální extroverze k vnějšímu světu, období pestrých zájmů a kamarádství, což vede k předpokladu, že děti v tomto věku budou v nejlepší duševní i tělesné pohodě (Matějček, 2005).

Četnost psychických obtíží byla opět závislá na pohlaví. Dívky si na všechny sledované obtíže stěžovaly častěji než chlapci. Nejvíce se výsledky lišily u obav a strachu. Ty denně pociťovalo o 4 % více dívek než chlapců.

Ze somatických obtíží děti nejčastěji uváděly bolesti v zádech (převážně děti patnáctileté) a bolesti hlavy. Bolesti v zádech mohou být důsledkem vadného držení těla, jehož výskyt stoupá s věkem dětí (Kříž, 2004), jsou spojeny se sedavým způsobem života, nedostatkem všestranného pohybu nebo obezitou.

Na každodenní bolesti hlavy si stěžovalo téměř dvakrát více dívek než chlapců. Bolest hlavy častěji než jednou týdně uvádělo v rámci studie HBSC 16 % českých dětí, což znamenalo 15. pořadí mezi 41 zeměmi v kategorii třináctiletých, 17. pořadí v kategorii třináctiletých a 28. pořadí v kategorii patnáctiletých (Currie et al., 2008). Migrénové bolesti hlavy patří mezi somatické stavy, které jsou výrazně ovlivňovány duševní složkou (Balcar, 2006).

Pokud porovnáme naše výsledky s výsledky studie z roku 2002, zjistíme, že indexy celkových psychosomatických obtíží vzrostly v průměru o 0,1 až 1,0. Nejvyšší nárůst je v oblasti celkových obtíží u dívek (o 1,0) a u patnáctiletých dětí (o 0,9). Výrazně stoupl index celkových obtíží také u jedenáctiletých dětí (o 0,7). V této kategorii bylo nejvíce dětí, které si stěžovaly na každodenní únavu a vyčerpání.

Jednou z příčin této skutečnosti může být horší fyzická kondice dětí, způsobená nedostatkem pohybu a převažujícím pasivním trávením volného času (Csémy a kol., 2005; Holčík, 2008). Na druhou stranu snaha některých rodičů vyplnit dětem volný čas co nejvíce a vysoké požadavky na výkony a výsledky dětí ve škole i v oblasti mimoškolní činnosti mohou jejich každodenní únavu a vyčerpání zvyšovat. Blahutková a Charvát (2009) zjistili vyšší míru stresu u dětí, jejichž rodiče mají příliš vysoké aspirace, a u dětí, které jsou zapojeny do mnoha organizovaných aktivit, kde tráví všechn svůj volný čas.

Neadekvátně vysoké nároky, které nezohledňují individuální předpoklady a neodpovídají schopnostem a možnostem dítěte, vytvářejí vnitřní konflikty, napětí, tlak, strach, tíseň a další negativní emoce. Pokud dítě není schopno takové citové přetížení ventilovat, vzrůstá pravděpodobnost vzniku psychosomatické poruchy nebo dokonce poruchy ve vývoji osobnosti dítěte (Balcar, 2006; Čáp, Mareš, 2001).

Subjektivně vnímaná úroveň zdraví souvisí kromě jiného se symptomy deprese a úzkosti (Currie et al., 2008). Výskyt depresivních symptomů u dětí souvisí s vyšší mírou problémového chování, agresí a delikvencí (Čermák, Klimusová, Vízdalová, 2005). Psychickým obtížím dětí je třeba věnovat pozornost a nepodceňovat je. U dětí je psychická složka daleko více než u dospělých propojena se somatickou a čím jsou děti mladší, tím snadněji se přetížení různými patologickými vlivy přenáší z jedné složky do druhé (Balcar, 2006).

V rámci objektivní interpretace výsledků je nutné zdůraznit, že průměrný index psychosomatických obtíží dosahoval zhruba pětiny možného maxima a v žádné ze sledovaných kategorií nepřesáhl hodnotu 7,6 z celkově možných 33 bodů.

V našem výzkumu jsme potvrdili statisticky významné vztahy mezi zdravotním stavem, mírou psychosomatických obtíží, vnímaným pocitem štěstí a spokojeností se životem na

Huebnerově škále a Cantrilově indexu. Děti, které uvedly horší zdravotní stav a vyšší míru subjektivních obtíží, uváděly také častěji dolní indexy na Huebnerově škále a Cantrilově indexu a cítily se méně šťastné. Jinými slovy byly méně spokojené se svým životem. Vztah se dá interpretovat i obráceně – děti s nižší spokojeností v životě se cítily zdravotně hůře a měly více psychosomatických obtíží. Vztah mezi špatným fyzickým zdravím a životní nespokojeností u dospívajících popisuje i americká studie, která zjišťovala souvislosti mezi vnímanou životní spokojeností a HRQL (health-related quality of life) u téměř pěti tisíc 13–18letých adolescentů (Zullig, Valois, Huebner, Drane, 2005).

5.1.2 Hodnocení pocitu štěstí

Více než 80 % dětí z našeho sledovaného souboru se cítilo šťastných. Nejšťastnější ze sledovaných věkových kategorií byly jedenáctileté děti. S věkem procento velmi šťastných dětí klesalo. Dívky a starší děti uváděly, že jsou méně šťastné. Téměř pětina dětí uvedla, že se necítí šťastně. Nejvyšší procento dětí, které odpověděly, že nejsou vůbec šťastné, bylo v kategorii třináctiletých dívek a v kategorii jedenáctiletých chlapců. V kategorii jedenáctiletých chlapců bylo zároveň nejvíce dětí, které uvedly, že se cítí velmi šťastně.

Ve srovnání s výsledky studie HBSC z roku 2002 kleslo v roce 2006 procento dívek, které uvedly, že se cítí velmi šťastné a zvýšil se počet dívek, které se cítí nešťastné. Nejvýraznější rozdíl jsme shledali v kategorii dívek třináctiletých, kde procento velmi šťastných kleslo od roku 2002 z 31 % na 24 % v roce 2006 a naopak o 5 % více třináctiletých dívek v roce 2006 odpovědělo, že se cítí ne moc šťastné (Csémy a kol., 2005).

5.1.3 Kvalita života dospívajících ve vztahu k místu bydliště

Zajímavé je zjištění, že kvalita života dětí nezávisí na místě bydliště. Domnívali jsme se, že vyšší hodnoty budou vykazovat děti žijící na vesnici, kde se dá předpokládat vyšší míra sociální integrace do skupiny a užší vztahy. V našem výzkumu jsme nepotvrdili statisticky

významné vztahy mezi sledovanými indikátory kvality života a bydlením na vesnici, malém městě nebo velkém městě.

Zjištěný výsledek může být ovlivněn skutečností, že v posledních letech dochází k přesunu části obyvatelstva z měst na venkov. V rámci suburbanizace vznikají nové příměstské zóny, dochází ke srůstání sídel a životní styl lidí žijících na venkově se stále více přibližuje městskému (Illner, 2006; Petrussek, 2009). Rozdíly mezi venkovem a městem se postupně zmenšují (Huddart-Kennedy, Beckley, McFarlane and Solange Nadeau, 2009). Dalším důvodem může být fakt, že převážná většina obcí v sídelní struktuře ČR jsou obce malé nebo střední, velkoměst je pouze pět, přičemž typickou metropolí je pouze hlavní město Praha (ČSÚ, 2007).

Velikost obcí a její vztah k různým faktorům se v současnosti dostaly v ČR do popředí zájmu. Kritizován u nás bývá zejména vysoký počet malých obcí vzhledem k horším možnostem jejich sociálního a ekonomického rozvoje, a tím nižší kvalitě života jejich obyvatel. Výzkumy ale neposkytují jednoznačné závěry o optimální velikosti sídel (Illner, 2006).

Důležitější než velikost sídel je pro kvalitu života zřejmě komunita a vztahy v ní. Vzájemně propojené společenství, v němž jsou lidé schopni recipročně uspokojovat své potřeby, spolupracovat a rozvíjet vztahy, může vznikat i v rámci velkých měst (Giddens, 1999), a naopak rozvoj výstavby, vznik satelitních měst a přesun městského obyvatelstva na venkov může způsobovat nárůst anonymity a odcizení (Petrussek, 2009). V dalším výzkumu by bylo vhodné zaměřit se spíše na konkrétní aspekty místa bydliště, jako jsou např. sociální vztahy, vazby, délka života v místě bydliště, příležitosti ke společným setkáním, tradice a rituály, možnosti trávení volného času, vzdálenost do přírody nebo přítomnost zahrady v okolí domu.

5.2 Kvalita života ve vztahu k rodině

Potřeba žít ve funkční a úplné rodině a mít v jejich členech oporu je jedním z nejdůležitějších indikátorů kvality života dětí a dospívajících (Svatoš, Švarcová, 2006;

Neusar, Mareš, 2007). V naší práci jsme k analýze vztahů z oblasti rodiny zvolili dva faktory. Zajímalo nás, jak kvalitu života dětí ovlivňuje jednak formální struktura rodiny, jejíž charakter se v současnosti mění, a jednak množství společně stráveného volného času, kterého v dnešních rodinách ubývá.

Téměř tři čtvrtiny dotázaných respondentů uvedly, že žijí v úplné rodině, více než desetina dětí, že žije v následné rodině, necelá šestina dětí, že žije jen s jedním rodičem, a 1,4 % dětí uvedlo, že s rodiči nežijí. V rodině bez rodičů žilo statisticky významně více chlapců než dívek. V rámci mezinárodního srovnání je podle odpovědí dětí v ČR struktura rodin podobná jako např. v Anglii nebo na Islandu (Currie et al., 2008). Podle výsledků studie HBSC z roku 2006 je však ČR v horní třetině zemí s nejmenším počtem úplných rodin. Na Slovensku je úplných rodin o 14 % více než v ČR (Currie et al., 2008).

Překvapivé bylo zjištění, že více než 60 % dětí uvedlo, že s rodiči tráví málo času. Míru společně stráveného času jsme posuzovali podle odpovědí na otázku, jak spolu rodina tráví volný čas. Zaměřili jsme se pouze na aktivity, které by podle našeho názoru měla rodina provozovat denně – být spolu alespoň u jednoho jídla a posedět a pohovořit o různých věcech. Neanalyzovali jsme naopak aktivity, které může rodina provozovat méně často (dívání se na televizi, hraní společenských her, navštěvování přátel a příbuzných, provozování sportu, chození na procházku).

V naší práci jsme prokázali statisticky významnou souvislost mezi vybranými aspekty kvality života, formální strukturou rodiny a množstvím společně stráveného času.

Děti z neúplných rodin hodnotily svůj zdravotní stav hůře než děti z rodin úplných. V rodinách s oběma biologickými rodiči bylo nejméně nešťastných dětí, naopak nejvíce nešťastných dětí žilo v rodinách bez rodičů. Také hodnoty Cantrilova indexu a Huebnerovy škály se snižovaly směrem od úplných po neúplné rodiny. U dětí žijících s oběma biologickými rodiči byly hodnoty Cantrilova indexu a Huebnerovy škály vyšší, než je průměr celého sledovaného souboru.

Naše závěry jsou srovnatelné s výsledky HBSC z roku 2002 (Csémy a kol., 2005) a podporují je i výsledky některých zahraničních studií. Antaramian, Huebner a Valois (2008) potvrdili vztah mezi formální strukturou rodiny a doménou *family satisfaction*

(spokojenost v rodině) posuzovanou v rámci čtyřicetipoložkové Huebnerovy škály. Dospívající z rodin s jedním rodičem a rodin následných vykazovali ve sledované doméně nižší spokojenost. Fröjd, Kaltiala-Heino a Rimpelä (2007), kteří zjišťovali vztah mezi formální strukturou rodiny, kontrolou ze strany rodičů a problémovým chováním u reprezentativního vzorku 17 643 finských dospívajících ve věku od 14 do 16 let, potvrdili, že dospívající z neúplných rodin hodnotili svůj zdravotní stav hůře, měly vyšší míru úzkosti a depresivních symptomů.

Česká rodina je i přes stagnaci rozvodů v 90. letech v porovnání s Evropou málo stabilní a rozvodem končí téměř polovina z uzavřených manželství (Možný, 2008). V roce 2007 poklesl počet rozvodů v ČR, přesto rozvodem v tomto roce skončilo 49 manželství ze sta a podíl rozvedených manželství s nezletilými dětmi činil 59,1 % z celkového počtu 31 129 (ÚZIS ČR, 2008). Blahutková a Charvát (2009) zjistili, že vyšší míra stresu u školních dětí významně souvisí s neupokojivou situací v rodině, a to především s rozvodem rodičů.

Matějček (2005) upozorňuje na velmi důležitou životní epochu dítěte mezi mladším a starším školním věkem, kterou označuje jako střední školní věk. Jedná se o období kolem 10. a 11. roku dítěte. Zdůrazňuje, že v tomto věku probíhá významný proces diferenciacie identity podle pohlaví a pro harmonický rozvoj potřebuje dítě dost vzorů mužského a ženského chování v přirozených podmínkách. Stejný autor také upozorňuje na výzkumy doloženou skutečnost, že děti ve středním školním věku snášejí nejhůře rozvody rodičů a nejhůře přijímají matčina nového partnera (Matějček, 2005).

Úplná rodina je významným protektivním faktorem rizikového chování (Csémy a kol., 2005; Krch, Csémy, 2006; Fröjd, Kaltiala-Heino, Rimpelä, 2007). Přítomnost obou rodičů v rodině zvyšuje pravděpodobnost vyššího socioekonomického statusu, lepších výchovných podmínek, vyšší kontroly a podpory ze strany rodičů, větší diferencovanosti sociálních vzorů (Krch, Csémy, 2006).

Formální struktura rodiny však bezprostředně souvisí s dalšími faktory, které ovlivňují zdravý vývoj dětí. I v úplné rodině může vysoká vytíženost rodičů v zaměstnání, nedostatek času na děti, převažující pasivní trávení volného času u počítače a televize snižovat u dětí spokojenost se životem. Významnou roli ve zdravém vývoji dětí hraje také

rodinná koheze, atmosféra, pozornost a zájem ze strany rodičů, kvalita vzájemných vztahů, sociálních vzorů a kontaktů, dobrá komunikace a společně strávený čas v rodině (Csémy a kol., 2005; Krch, Csémy, 2006; Fröjd, Kaltiala-Heino, Rimpelä, 2007; Currie et al., 2008; Weisskirch, 2009).

Snadná komunikace s matkou a otcem významně souvisí s vyšším vlivem rodiny na adolescenta. Komunikace s otcem je pro adolescenty obecně obtížnější (Currie et al., 2008). Komunikovat s rodiči je snadné pro většinu českých dětí, přesto se v rámci mezinárodního srovnání studie HBSC umístily v těchto sledovaných kategoriích na spodních příčkách pořadí, a to především děti jedenáctileté (Currie et al., 2008).

Fröjd, Kaltiala-Heino, Rimpelä (2007) zjistili, že zájem a kontrola ze strany rodičů je faktorem, který příznivě ovlivňuje mentální zdraví adolescentů. Adolescenti, jejichž rodiče znali jejich kamarády a věděli, jak tráví páteční a sobotní večery, vykazovali méně symptomů problémového chování, úzkosti a deprese. Na druhou stranu vysoká míra kontroly, přísnost při posuzování vrstevnických vztahů a příliš autoritativní výchova vedou k silnější orientaci na vrstevníky a k oslabení vlivu rodiny (Macek, 2002 a). Pozitivní vztah rodičů k dětem asociuje asertivní chování, které umožňuje lépe zvládat zátěžové situace, a naopak negativní, odmítavé postoje rodičů vyvolávají v dětech pasivitu nebo agresivitu (Vašašová 2005).

Míra společně stráveného času byla v naší studii významnějším kritériem ve vztahu ke kvalitě života než formální struktura rodiny. Děti z rodin, které tráví hodně volného času společně, uváděly vyšší kvalitu života na vybraných škálách. O 8 % více dětí z rodin, které tráví hodně společného času, hodnotilo svůj zdravotní stav jako vynikající ve srovnání s dětmi z rodin, které tráví málo společného volného času. Ještě výraznější rozdíly byly ve vztahu k vnímanému pocitu štěstí. Téměř o 10 % více dětí z rodin, které spolu tráví hodně volného času, uvádělo, že se cítí velmi šťastně nebo celkem šťastně v porovnání s dětmi, které uvedly, že s rodinou tráví málo času. Téměř dvakrát více dětí z rodin, kde tráví málo společného času, se cítilo ne moc šťastných nebo vůbec ne šťastných ve srovnání s dětmi z rodin, kde spolu tráví hodně času. Také hodnoty na Cantrilově indexu a Huebnerově škále souvisely s mírou společně stráveného času. Průměrná hodnota Cantrilova indexu

u dětí, které tráví s rodinou hodně volného času, byla o 0,7 vyšší než u dětí, které tráví s rodinou málo času, hodnota Huebnerovy škály byla vyšší o 1,5.

5.3 Kvalita života ve vztahu ke škole

Škola je dalším činitelem, který může významně ovlivňovat spokojenost a zdraví adolescentů (Csémy a kol., 2005; Veselá, J., Veselá, G., 2008). Zaměřili jsme se na sledování dvou faktorů – vztahu dětí ke škole a subjektivně vnímané míry nároků na školní výkon.

Do skupiny dobře adaptovaných žáků jsme zařadili děti, které uvedly, že se jim ve škole líbí (moc nebo celkem) a zároveň souhlasily s tvrzeními, že je učitelé povzbuzují k vyjadřování vlastních názorů, že s nimi jednájí spravedlivě, že jim poskytnou v případě potřeby pomoc a zajímají se o ně jako o člověka.

Výsledky studie ukázaly, že třetině českých dětí se ve škole líbí a hodnotí učitele převážně kladně a téměř desetině dětí se ve škole nelíbí a učitele hodnotí převážně záporně. Záporné hodnocení učitelů může souviset s faktem, že většina z nich stále zastává tradiční pojetí výuky a vyžaduje od žáků memorování učiva (Fialová, Feltlová, 2008). Poledňová a Zobačová (2002) zjistily, že obavy z učitele jsou spolu s obavami ze spolužáků a s hodnoceným školním výkonem nejčastějším zdrojem psychické zátěže a stresu.

Nároky učitelů a rodičů jako vysoké hodnotila téměř čtvrtina z celého sledovaného souboru, nároky jako přiměřené vnímala necelá polovina všech respondentů.

Pozitivní vztah ke škole je vnímán jako jeden ze zdrojů dobrého zdraví a protektivní faktor rizikových aktivit (Currie et al., 2008). Ve většině zemí jsou dívky ve věku 11–15 let ve škole spokojenější než chlapci. Míra spokojenosti ve škole je ve většině zemí signifikantně nižší u dětí z chudších rodin (Currie et al., 2008).

Vztah českých dětí ke škole není příliš příznivý. Podíl dětí, které mají velmi rády školu, se v roce 2006 pohyboval v rozmezí od 9 % (patnáctiletí chlapci) do 16 % (jedenáctileté dívky). V rámci mezinárodního srovnání studie HBSC se české děti v oblasti vztahu ke škole umístily na spodních příčkách pořadí, kategorie jedenáctiletých dokonce až na posledním místě ze všech 41 zemí (Currie et al., 2008). Tato skutečnost je poměrně trvalou záležitostí. Českých dětí, které mají velmi rády školu, je dlouhodobě malé procento a patří jim poslední příčky v mezinárodním srovnání. Nutno ale podotknout, že se od roku 1997 počet českých dětí, které mají velmi rády školu, zvýšil o 3 až 5 % (Currie et al., 2000; Currie et al., 2004; Currie et al., 2008).

Stejně tak v kladném hodnocení spolužáků jsou české děti hluboko pod průměrem studie HBSC. Jako nápomocné a vstřícné hodnotilo v roce 2006 spolužáky 47,5 % českých dětí, což je téměř o 20 % méně než dosahoval průměr studie HBSC, kde takto hodnotilo spolužáky 65 % dětí (Currie et al., 2008).

Adaptace na školu a míra pociťovaných nároků v naší studii významně souvisela se subjektivně vnímanou kvalitou života dětí. Průměrná hodnota Huebnerovy škály u celého souboru byla 16,6 a průměrná hodnota Cantrilova indexu 7,3. Děti špatně adaptované a děti pociťující vysoké nároky ze strany rodičů a učitelů udávaly častěji na Huebnerově škále hodnoty nižší než 13,1 a na Cantrilově indexu hodnoty nižší než 5,2.

Dvakrát více dětí, kterým se ve škole nelíbilo a které hodnotily učitele záporně, označilo svůj zdravotní stav za ne moc dobrý nebo špatný. A naopak více než 90 % dobře adaptovaných dětí hodnotilo svůj zdravotní stav pozitivně. Ještě výraznější rozdíl se ukázal v hodnocení pocitu štěstí. Až čtyřikrát více špatně adaptovaných dětí uvedlo, že nejsou šťastné. Je to výrazně více, než udávaly děti v roce 2002 (Csémy a kol., 2005). Pozitivní ve srovnání s posledními výsledky studie HBSC je nižší procento dobře adaptovaných dětí, které se cítí nešťastné. V naší studii to bylo 7,7 %, ve studii z roku 2002 12,0 % (Csémy a kol., 2005).

Vyšší procento dětí pociťujících vysoké nároky rodičů a učitelů hodnotilo svůj zdravotní stav jako ne moc dobrý a špatný. Pozitivní je zjištění, že počet dětí, které takto hodnotily svůj zdravotní stav, je nižší, než uvádějí výsledky z roku 2002 (Csémy a kol., 2005). Více

dětí, které vnímaly nároky ze strany rodičů i učitelů na jejich školní výkon jako vysoké, zároveň uvádělo, že se cítí nešťastně a udávalo hodnoty v dolním intervalu Huebnerovy škály a Cantrilova indexu. Nejvýraznější rozdíl mezi oběma posuzovanými skupinami byl ve vnímání pocitu štěstí. Téměř 3x více dětí pociťujících vysoké nároky uvedlo, že se cítí nešťastně ve srovnání se skupinou respondentů, kteří hodnotili nároky rodičů a učitelů jako přiměřené.

Výsledky studie HBSC z roku 2006 ukazují, že starší děti ve většině zemí vnímají nároky na jejich školní výkon jako vyšší (Currie et al., 2008), což může být jeden z důvodů snižující se kvality života s rostoucím věkem v období časně adolescence.

5.4 Kvalita života a sociální vztahy

Kvalita sociálních kontaktů, vnímaná sociální opora, sociální integrace do skupiny, sociální soudržnost, akceptace a sociální přínos vymezují sociální dimenzi osobní pohody a kvality života (Kebza, 2005). Blízká osoba jako zdroj sociální opory výrazně zvyšuje kvalitu života jedinců (Křížová, 2005). Absence intimního vztahu naopak zvyšuje vulnerabilitu osob (Janečková, 2005).

Sociální vztahy jsme v naší práci posuzovali na základě odpovědí na 4 položky: subjektivně vnímanou kvalitu vztahů v rodině, osamělost, potíže v komunikaci s matkou a problémy ve vztazích s vrstevníky.

Chlapci hodnotili vztahy v rodině o něco lépe než dívky. Nejspokojenější ve vztazích v rodině byly jedenáctileté děti. Se vzrůstajícím věkem se spokojenost zhoršovala. Děti z vesnice a města hodnotily vztahy v rodině téměř shodně. Problémy ve vztazích, které souvisely se sociální exkluzí, mělo 1,8 % dětí z celého sledovaného souboru. Statisticky významně častěji uváděly problémy ve vztazích dívky.

Výsledky potvrdily, že problémy ve vztazích jsou významným faktorem, který ovlivňuje kvalitu života dospívajících.

Zdravotní stav jako ne moc dobrý nebo špatný hodnotilo 3x více dětí s problematickými sociálními vztahy ve srovnání se skupinou dětí bez problémů ve vztazích. Téměř 6x více dětí s problematickými vztahy hodnotilo svůj zdravotní stav jako vyloženě špatný.

Ještě výraznější rozdíly mezi sledovanými skupinami byly patrné v hodnocení pocitu štěstí. Téměř tři čtvrtiny dětí s problematickými vztahy uvedlo, že se cítí ne moc šťastně nebo vůbec ne šťastně. Je to 4,5x více než u dětí bez problémů ve vztazích.

Ve srovnání s výsledky studie HBSC z roku 2002 se rozdíl mezi skupinou dětí s problematickými vztahy a skupinou dětí s normálními sociálními vztahy zvýšil. Dvakrát více dětí s problematickými vztahy v našem výzkumu hodnotilo své zdraví jako ne moc dobré nebo špatné a téměř třikrát více těchto dětí se cítilo ne moc šťastných nebo vůbec ne šťastných oproti dětem s problematickými vztahy z roku 2002 (Csémy a kol., 2005).

Velmi šťastných dětí v kategorii *problematické vztahy* bylo 9x méně než v kategorii *ostatní*. Na tuto skupinu dětí jsme se zaměřili podrobněji. Jednalo se o děti, které uvedly, že se cítí často osamělé, současně že je pro ně obtížné nebo velmi obtížné hovořit s matkou o věcech, které je trápí, těžko si nacházejí přátele a nejsou mezi vrstevníky oblíbené, a přesto odpověděly, že jsou velmi šťastné nebo celkem šťastné. Zajímalo nás, čím se tato skupina respondentů dále vyznačuje, co má společného a čím se liší od dětí, které uvedly, že se cítí ne moc šťastně nebo vůbec ne šťastně.

Výsledky ukázaly, že vnímaný pocit štěstí u dětí s problémy ve vztazích nezávisel ani na věku, ani na pohlaví, místu bydliště, formální struktuře rodiny, adaptaci na školu nebo míře pocíťovaných nároků na školní výkon a nesoúvisel ani se subjektivně vnímaným zdravotním stavem. Statisticky významně však souvisel s množstvím společně stráveného volného času v rodině. Děti, které uvedly, že se s rodiči denně schází u jídla a denně spolu hovoří o různých věcech, se zároveň častěji cítily šťastné nebo velmi šťastné, přestože měly problémy ve vztazích.

Vnímání štěstí u sociálně exkludovaných dětí dále statisticky významně souviselo s většinou položek na škále Životní spokojenost. Děti, které uvedly, že se těší na budoucnost, že jsou se sebou spokojené, těší je život, jsou spokojené s tím, jak žijí, a myslí si, že život má smysl, zároveň statisticky významně častěji uváděly, že se cítí šťastné.

Spokojenost se sebou samým, kladné sebehodnocení, naděje a vnímaný smysl života jsou kladné psychologické jevy, které představují významné zdroje k zvládnání stresorů. Podle Antonovského (1996) jsou smysluplnost (*meaningfulness*) spolu s vírou ve zvládnutelnost požadavků (*manageability*) a schopností rozumět světu (*comprehensibility*) tři základní aspekty zdroje zdravotní síly. Domníváme se tedy, že jedinci, kteří těmito zdroji disponují, se mohou cítit šťastně i přesto, že mají problémy v sociálních vztazích. Prožitek smyslu, smysluplnosti života, směřování a celkové zaměření života jedince patří do duchovní dimenze osobnosti, souvisí s transcendentem (něčím, co člověka přesahuje), s vyrovnaností a moudrostí. Spiritualita je důležitým zdrojem při zvládnání těžkých životních situací a oblastí, která významně ovlivňuje kvalitu života jedince (Křivohlavý, 2002; Balcar, 2005; Křivohlavý, 2006; Hodačová, 2008b).

Děti s problémy ve vztazích uváděly 4x častěji dolní interval na Huebnerově škále než děti, které problémy ve vztazích neudávaly. Jen 1,2 % dětí s problematickými vztahy uvedlo na Huebnerově škále hodnoty v horním indexu. Bylo to 10x méně než ve skupině *ostatní*. Rozdíly mezi oběma sledovanými skupinami byly statisticky významné. Nižší hodnoty na Cantrilově indexu a Huebnerově škále u dětí s problémy ve vztazích potvrdili i Csémy a kol. (2005). Děti z této skupiny měly také větší výskyt psychosomatických obtíží (Csémy a kol., 2005).

5.5 Kvalita života ve vztahu k rizikové konzumaci alkoholu a kouření

V naší práci jsme se zaměřili na kouření cigaret a rizikovou konzumaci alkoholu pouze u patnáctiletých dětí. Důvodem byla především skutečnost, že riziková konzumace alkoholu (tj. konzumace více než 5 sklenic alkoholu při jedné příležitosti třikrát, čtyřikrát nebo častěji za poslední měsíc) nebyla ve studii HBSC u jedenáctiletých a třináctiletých dětí zjišťována. Také procento kuřáků je v kategorii patnáctiletých výrazně vyšší (21,5 %) než v kategorii třináctiletých (8,5 %) a v kategorii jedenáctiletých (1,5 %) (Currie et al., 2008).

Pětina dospívajících z našeho sledovaného souboru uvedla, že kouří každý den nebo nejméně jednou týdně a 16 % respondentů přiznalo rizikovou konzumaci alkoholu, to znamená více než 5 sklenic alkoholu při jedné příležitosti třikrát, čtyřikrát nebo častěji za poslední měsíc. Genderové rozdíly jsme nepotvrdili, odpovědi chlapců a dívek se statisticky významně nelišily.

Kouření a konzumace alkoholu je u dospívajících v ČR nejrozšířenější formou zdraví ohrožujícího chování (Csémy a kol., 2005). Výsledky Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), která zjišťuje užívání alkoholu a jiných návykových látek mezi mládeží ve věku 15–16 let, ukazují, že česká mládež zaujímá ve sledovaných kritériích spotřeby alkoholu a tabáku pozici nad evropským průměrem (Hibell, Guttormsson, Ahlström, 2009).

První zkušenosti s alkoholem a tabákem získávají české děti již ve věku 10–13 let a jejich spotřeba stoupá s věkem (Csémy a kol., 2005; Csémy, Chomynová, Sadílek, 2008; Currie et al., 2008; Hrubá, Žaloudíková, 2009). Hrubá a Žaloudíková (2009) v semilongitudinální studii hodnotící účinnost programu „*Normální je nekouřit*“ zjistily, že téměř čtvrtina desetiletých dětí již zkusila kouřit a zhruba desetina jich kouřila opakovaně. Stejně autorky poukazují také na skutečnost, že desetileté děti jsou úspěšné v nákupu cigaret v obchodech a že i jednorázové kouření je spojeno s vyšší frekvencí konzumace alkoholu (Hrubá, Žaloudíková, 2009).

Podle studie HBSC 41 % českých patnáctiletých dívek a 45 % českých patnáctiletých chlapců uvedlo, že začali kouřit ve 13 letech nebo dříve. Je to výrazně více než činil průměr studie (30 %). Nejméně jednou týdně kouřilo 1,5 % jedenáctiletých, 8,5 % třináctiletých a 21,5 % patnáctiletých českých dětí. I v tomto sledovaném kritériu byly české děti nad průměrem studie HBSC (Currie et al., 2008). Podobně dopadá i srovnání pravidelné konzumace alkoholu nejméně jedenkrát týdně. České děti ve všech věkových kategoriích převyšují v této oblasti průměrné hodnoty dosažené ve studii HBSC (Currie et al., 2008).

Poslední studie ESPAD, která sledovala dospívající ve věku 15–16 let, zjistila, že každý den kouří 25 % českých adolescentů, podíl denních kuřáků od roku 2003 celkově mírně

poklesl, ale u dívek se naopak mírně zvýšil. Nadměrné dávky alkoholu v posledních třiceti dnech konzumovalo podle studie ESPAD 52 % českých studentů (Hibell, Guttormsson, Ahlström, 2009). Je to výrazně více, než v naší studii, kde nadměrnou konzumaci alkoholu za poslední měsíc přiznalo 16 % dospívajících. Domníváme se, že nárůst konzumace alkoholu mezi patnáctým a šestnáctým rokem věku může být ovlivněn ukončením základní školní docházky, přechodem na jiný typ školy, životem na internátu nebo v jiném přechodném bydlišti, získanou relativní volností a nižší mírou rodičovské kontroly.

Analýza souvislostí mezi rizikovou konzumací alkoholu, kouřením cigaret a kvalitou života potvrdila statisticky významné vztahy, a to především ve vztahu ke kouření. Dospívající, kteří kouřili denně nebo alespoň jedenkrát týdně, měli nižší kvalitu života na všech sledovaných škálách. Dvakrát více dětí, které uvedly, že kouří denně nebo alespoň 1x týdně, označilo svůj zdravotní stav za ne moc dobrý nebo špatný ve srovnání s dětmi, které nekouřily. Ve skupině kuřáků hodnotilo téměř dvakrát méně dětí svůj zdravotní stav jako vynikající ve srovnání se skupinou dětí, která nekouřila. Dospívající z kategorie kuřáků častěji uváděli dolní indexy na sledovaných škálách Cantrilův index a Huebnerova škála.

Vztahy mezi rizikovým pitím alkoholu a sledovanými indikátory kvality života nebyly statisticky významné, s výjimkou škály Cantrilův index. O 10 % méně dětí ze skupiny, která alkohol nepila nebo ho pila v omezené míře, uvádělo na Cantrilově indexu hodnoty v dolním intervalu ve srovnání se skupinou dětí, které uvedly, že za poslední měsíc nejméně třikrát konzumovaly nadměrné množství alkoholu. Výsledek může být ovlivněn tím, že pití alkoholu je mezi mládeží velmi rozšířeným typem chování a pití nadměrných dávek tzv. *binge drinking* patří mezi typické vzorce konzumace alkoholu, zvláště u starších adolescentů (Adámková, Vondráčková, Vacek, 2009). Dosvědčuje to i závěr studie HBSC z roku 2006, kdy dvě procenta českých jedenáctiletých dětí přiznala opakovanou opilost, u patnáctiletých už to byla celá třetina sledovaného souboru (Currie et al., 2008).

Tolerance ke kouření cigaret a pití alkoholu je i přes obecně známá rizika v ČR vysoká. Postoje a chování dospělých ovlivňují postoje dětí a dospívajících, kteří pak chápou zejména pití alkoholu jako normální a společensky akceptovanou součást sociálních kontaktů (Sovinová, Csémy a kol., 2003). Souvislost spotřeby cigaret, alkoholu a jiných

drog se sociálním prostředím je doložena v mnoha výzkumech a je považována za jednu ze sociálních determinant zdraví (Holčík, 2009).

Preventivní snahy jsou podle výsledků studií zatím neúčinné (Currie et al., 2008; Hibell, Guttormsson, Ahlström, 2009; Žaloudíková, Hrubá, 2009). Zdravotní politika ČR je zaměřena především na poskytování zdravotnických služeb, sociální determinanty zdraví jsou u nás stále podceňovány, výchova ke zdravému životnímu stylu málo státem podporovaná, dostupnost alkoholu a cigaret je vysoká (Holčík, 2009; Žaloudíková, Hrubá, 2009).

Sovinová, Csémy a kol. (2003) doporučují do prevence zapojit více praktické lékaře, kteří by mohli cíleně, a tím pádem rychleji a účinněji řešit problémy s alkoholem u konkrétních osob. Domníváme se, že vhodným a pravděpodobně i levnějším řešením by bylo do prevence zapojit všeobecné a dětské sestry. Oblast prevence a edukace je neodmyslitelnou součástí obou profesí a naplní vysokoškolských studijních programů zaměřených na ošetřovatelství. Po vhodné úpravě legislativy a kompetencí by sestry mohly úzce spolupracovat s rodinami, se školami a jinými institucemi na výchovně-vzdělávacích a preventivních programech v oblasti zdraví, mohly by účinněji vyhledávat rizikové skupiny dětí a rodin a cíleně s ohledem na konkrétní potřeby jedinců, skupin nebo komunit řešit zjištěné problémy. Podle osvědčeného vzoru ze zahraničí (např. Finsko, Kanada, USA) by i u nás mohla být vytvořena nová specializace v ošetřovatelství se zaměřením na veřejné zdraví, tzv. Public Health Nurse. Jedná se o sestru, která pracuje v primární sféře a významně se podílí na zlepšování zdravotního stavu obyvatel dané země. Je zaměřena na prevenci nemocí, podporu a ochranu zdraví v široké populaci a prioritně se orientuje na vysoce rizikové skupiny osob. Spolupracuje se specialisty z různých oborů, provádí ve spolupráci s lékařem preventivní prohlídky ve školách, organizacích a komunitách, je v úzkém kontaktu s rodinami, realizuje preventivní programy a má zodpovědnost za implementaci legislativních opatření vztahujících se k ochraně zdraví (Manitoba Health, 1998).

6 Závěr

Kvalita života je multidimenzionální koncept, který se stal předmětem zkoumání v mnoha vědních oborech. Důležitou pozici si získal především v medicíně, sociologii a v psychologii. Sledování kvality života souvisí s holistickým pohledem na člověka a s komplexními koncepcemi zohledňujícími zdraví v širokých souvislostech.

Cílem naší práce bylo sledovat specifické ukazatele subjektivně vnímané kvality života u reprezentativního vzorku českých dětí ve věku 11, 13 a 15 let v rámci rozsáhlého mezinárodního šetření HBSC, analyzovat kvalitu života českých dětí podle věku, pohlaví a místa bydliště a posoudit kvalitu života dospívajících ve vztahu k dalším významným faktorům (formální struktura rodiny, množství společně stráveného volného času v rodině, adaptace na školu, subjektivně vnímaná míra nároků na školní výkon, sociální exkluze, pití alkoholu a kouření tabáku).

Vzhledem k tomu, že kvalita života je multidimenzionální koncept, je velmi obtížné ji definovat a měřit. Pro náš výzkum jsme zvolili kombinaci tří navzájem se prolínajících indikátorů, které nejčastěji kvalitu života představují: subjektivního vnímání úrovně vlastního zdraví, osobní pohody (well-being) a životní spokojenosti. K měření jsme použili položky týkající se subjektivního hodnocení zdravotního stavu a pocitu štěstí. Spokojenost se životem, s rodinou, školou, se sebou samým, psychickou i fyzickou pohodu, náladu, vnímanou autonomii, výhled do budoucnosti a smysl života jsme hodnotili pomocí čtyř rozdílných škál – Cantrilův index, Huebnerova škála, Kidscreen-10 index a škála Životní spokojenost. Kombinace sledovaných proměnných nám tak umožnila postihnout kvalitu života ve všech dimenzích – fyzické, duševní, sociální i duchovní.

Na základě získaných výsledků můžeme konstatovat, že průměrná kvalita života reprezentativního vzorku českých dětí je vysoká. Na sledovaných škálách kvality života uváděla většina dětí hodnoty vyšší než dvě třetiny možného maxima a více než 80 % dětí

se cítilo šťastných (velmi nebo celkem). Na indikátoru Cantrilův index však kvalita života od roku 2002 klesla, a to u dívek a jedenáctiletých dětí.

Téměř 90 % dětí z našeho sledovaného souboru označilo svůj zdravotní stav jako vynikající nebo dobrý. Na druhou stranu více než desetina dětí vnímala zdravotní stav jako ne moc dobrý nebo dokonce špatný. Jednalo se ve větší míře o dívky.

Ze souboru sledovaných psychosomatických obtíží si děti častěji stěžovaly na obtíže psychické než somatické. Dívky uváděly všechny sledované obtíže častěji než chlapci. Z psychických obtíží děti nejčastěji udávaly únavu a vyčerpání, přičemž nejvíce tyto problémy trápily respondenty z nejmladší věkové kategorie. Ze somatických obtíží děti nejčastěji uváděly bolesti v zádech (převážně děti patnáctileté) a bolesti hlavy. Průměrný index psychosomatických obtíží od roku 2002 vzrostl, a to nejvíce u dívek, dále pak u dětí z kategorie patnáctiletých a jedenáctiletých.

V našem výzkumu jsme zjistili statisticky významné vztahy mezi zdravotním stavem, mírou psychosomatických obtíží, vnímaným pocitem štěstí a spokojeností se životem na Huebnerově škále a Cantrilově indexu. Děti, které uvedly horší zdravotní stav a vyšší míru subjektivních obtíží, uváděly také častěji dolní indexy na Huebnerově škále a Cantrilově indexu a cítily se méně šťastné.

Kvalita života našeho sledovaného souboru statisticky významně závisela na pohlaví a věku dětí. Horší kvalitu života uváděly dívky a starší děti. Nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly mezi místem bydliště a sledovanými indikátory kvality života.

Statisticky významná souvislost byla zjištěna mezi vybranými aspekty kvality života, strukturou rodiny, trávením společného času v rodině, adaptací na školu a nároky kladenými na děti, dále mezi kvalitou života, sociální exkluzí a kouřením cigaret.

Vyšší kvalitu života uváděly děti z úplných rodin a děti z rodin, kde členové spolu tráví hodně společného času. Děti z neúplných rodin hodnotily svůj zdravotní stav hůře než děti z rodin úplných. V rodinách s oběma biologickými rodiči bylo nejméně nešťastných dětí, naopak nejvíce nešťastných dětí žilo v rodinách bez rodičů. Hodnoty Cantrilova indexu a Huebnerovy škály se snižovaly směrem od úplných po neúplné rodiny. U dětí žijících

s oběma biologickými rodiči byly hodnoty Cantrilova indexu a Huebnerovy škály vyšší, než je průměr celého sledovaného souboru.

Množství společně stráveného volného času v rodině se v naší studii ukázalo jako jedno z nejvýznamnějších kritérií kvality života dětí. Děti z rodin, které tráví hodně volného času společně, uváděly vyšší kvalitu života na vybraných škálách, častěji hodnotily svůj zdravotní stav jako vynikající a častěji uváděly, že se cítí velmi šťastně nebo celkem šťastně v porovnání s dětmi, které uvedly, že s rodinou tráví málo času. O to závažnější je zjištění, že více než 60 % dětí z našeho sledovaného souboru uvedlo, že s rodiči tráví málo času.

V našem výzkumu jsme zjistili statisticky významné vztahy mezi sledovanými indikátory kvality života a vybranými faktory z oblasti školy. Děti, které měly pozitivní vztah ke škole a k učitelům a které vnímaly nároky rodičů a učitelů na jejich školní výkony jako přiměřené, uváděly častěji vyšší hodnoty na Cantrilově indexu a Huebnerově škále, cítily se šťastnější a hodnotily lépe svůj zdravotní stav. Pouze třetina respondentů však uvedla, že se jim ve škole líbí, a vyjádřila kladný vztah k učitelům. Téměř desetina dětí se podle našich zjištění ve škole nelíbí a učitele hodnotí převážně záporně. Nároky učitelů a rodičů jako vysoké hodnotila téměř čtvrtina z celého sledovaného souboru.

Naše výsledky ukázaly, že kvalitu života dospívajících významně ovlivňují sociální vztahy. Děti, které uvedly, že se cítí často osamělé, současně že je pro ně obtížné nebo velmi obtížné hovořit s matkou o věcech, které je trápí, těžko si nacházejí přátele a nejsou mezi vrstevníky oblíbené, uváděly statisticky významně častěji nižší hodnoty na Cantrilově indexu a Huebnerově škále, častěji hodnotily svůj zdravotní stav jako ne moc dobrý nebo špatný a častěji uváděly, že se cítí ne moc šťastné nebo nešťastné. Statisticky významně častěji uváděly problémy ve vztazích dívky. Chlapci hodnotili vztahy v rodině o něco lépe než dívky. Nejspokojenější ve vztazích v rodině byly jedenáctileté děti. Se vzrůstajícím věkem adolescentů se spokojenost zhoršovala. Děti z vesnice a města hodnotily vztahy v rodině téměř shodně.

Vnímání štěstí u dětí, které udávaly problémy ve vztazích, statisticky významně souviselo s množstvím společně stráveného času v rodině a s většinou položek na škále *Životní*

spokojenost. Děti, které uvedly, že se s rodiči denně schází u jídla a denně spolu hovoří o různých věcech, se zároveň častěji cítily šťastné nebo velmi šťastné, přestože měly problémy ve vztazích (cítily se častěji osamělé, těžko si nacházely přátele, byly v kolektivu méně oblíbené a bylo pro ně obtížné hovořit s matkou o věcech, které je trápí). Děti, které uvedly, že se těší na budoucnost, že jsou se sebou spokojené, těší je život, jsou spokojené s tím, jak žijí, a myslí si, že život má smysl, zároveň statisticky významně častěji uváděly, že se cítí šťastné.

Analýza vztahů mezi rizikovou konzumací alkoholu, kouřením cigaret a kvalitou života potvrdila statisticky významnou souvislost především s kouřením. Dospívající, kteří uvedli, že kouří denně nebo alespoň jedenkrát týdně, měli nižší kvalitu života na všech sledovaných škálách. Statisticky významný vztah mezi kvalitou života a rizikovou konzumací alkoholu jsme prokázali pouze na škále Cantrilův index.

Z našich výsledků vyplynulo, že kvalita života dospívajících souvisí s věkem, pohlavím, formální strukturou rodiny, množstvím společně stráveného volného času v rodině, vztahem ke škole, mírou pocíťovaných nároků na školní výkon, sociálními vztahy a s kouřením, a naopak nesouvisí s místem bydliště. Nejvýznamnějšími faktory, které ovlivňují subjektivně vnímanou kvalitu života u dětí, jsou podle našich zjištění sociální vztahy a množství společně stráveného času v rodině. Značný vliv na vnímaný pocit štěstí mají i u dětí spirituální aspekty, zejména prožitek smyslu, smysluplnosti života, víra v sebe sama a v budoucnost.

Kvalitu života a behaviorální aspekty životního stylu u dětí a dospívajících je důležité i nadále sledovat a hodnotit, neboť bezprostředně souvisí se zdravím. Zdraví je významnou individuální i celospolečenskou hodnotou. Výsledky výzkumů sledujících kvalitu života a životní styl u adolescentů jsou cenným zdrojem informací o jejich postojích, chování, subjektivně vnímaném zdraví, štěstí a spokojenosti v různých oblastech života. Umožňují poznat pozitivní i negativní vlivy na zdraví dospívajících v širokém sociálním kontextu. Tím mohou usnadnit přípravu efektivních programů zaměřených na prevenci, ochranu a podporu zdraví mladé generace, která si vzorce chování teprve osvojuje. Společnost, která chce prosperovat, se musí o zdraví populace zajímat a cíleně pracovat na jeho zlepšování.

7 Literatura

1. ADÁMKOVÁ, T.; JURYSTOVÁ, L.; GABRHELÍK, R. a kol. Primární prevence na školách zapojených do projektu EUDAP 2. *Adiktologie* 2009, r. 9, č. 3, s. 86-94. ISSN 1213-3841.
2. ADÁMKOVÁ, T.; VONDRÁČKOVÁ, P.; VACEK, J. Užívání alkoholu u vysokoškolských studentů. *Adiktologie* 2009, r. 9, č. 2, s. 96-103. ISSN 1213-3841.
3. ANTONOVSKY, A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*. Oxford University Press 1996. Vol. 11, No 1, str. 11-18.
4. ANTARAMIAN, S. P.; HUEBNER, E. S.; VALOIS, R. F. Adolescent Life Satisfaction. *Applied Psychology: An International Review*, 2008, 57, pp. 112–126. Doi: 10.1111/ij. 1464-0597.2008.00357.x.
5. BAČOVÁ, V. Identita v sociální psychologii. In: Výrost, J.; Slaměník, I. (Eds.) *Sociální psychologie*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. s. 109 – 125. ISBN 978-80-247-1428-8. (a)
6. BAČOVÁ, V. Problematika rodu v psychologii – sociální psychologie ženy a muže. In: Výrost, J.; Slaměník, I. (Eds.) *Sociální psychologie*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. s. 161–178. ISBN 978-80-247-1428-8. (b)
7. BALCAR, K. Životní smysl a kvalita života. In: PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha : Triton, 2005. s. 23 – 31. ISBN 80-7254-657-0.
8. BALCAR, K. Psychologické aspekty psychosomatických poruch v dětství a dospívání. In: Řičan, P.; Krejčířová, D. a kol. (Eds.) *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. s. 141–150. ISBN 80-247-1049-8.
9. BALHAROVÁ, J. Pohlavní vývoj současné dětské generace. In: Macek, P., Dalajka, J. *Vývoj a utváření osobnosti v sociálních a etnických kontextech*. 1. vyd. Brno : Masarykova univerzita, 2005. s. 234–245. ISBN 80-210-3804-7.
10. BÁRTLOVÁ, S. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd. Praha : Grada Publishing, 2005. ISBN 80-247-1197-4.
11. BAŠTECKÁ, B., GOLDMAN, P. *Základy klinické psychologie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-550-4.
12. BEDNÁŘ, M. Počátky řecké medicíny ve vztahu k filosofii. In: PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha : Triton, 2005. s. 23–31. ISBN 80-7254-657-0.
13. BERGSMA, J.; ENGEL, G. L. Quality of life: does measurement help? *Health Policy* 10, 1988, p. 267–279.
14. BLAHUTKOVÁ, M.; DAN, J. Zdraví a osobní pohoda: některé nové přístupy a metody posuzování. In: Řehulka, E. et al. (Eds.) *School and Health, 3/2008, Současný diskurs zkoumání školy a zdraví*. Brno : Masarykova univerzita, 2008. s. 123-128. ISBN 978-80-210-4930-7.
15. BLAHUTKOVÁ, M.; CHARVÁT, M. Šikana ve škole. In: Řehulka, E. et al. (Eds.) *School and Health, 3/2008, Sociální a zdravotní aspekty výchovy ke zdraví*. Brno : Masarykova univerzita, 2008. s. 143–148. ISBN 978-80-210-4930-7.

16. BLAHUTKOVÁ, M.; CHARVÁT, M. Stress in School. In.: Řehulka, E. et al. (Eds.) *School and Health 21, 2009. Topical Issues in Health Education*. Brno : Masarykova univerzita, 2009. s. 69–74. ISBN 978-80-210-4930-7.
17. BLATNÝ, M. Osobnostní předpoklady sebehodnocení a životní spokojenosti: shody a rozdíly. In: Blatný, M. a kol. *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. 1. vyd. Brno : Masarykova univerzita & Nakladatelství MSD, 2005. ISBN 80-86633-35-7.
18. BLATNÝ, M.; HRDLIČKA, M.; SOBOTKOVÁ, V. a kol. Prevalence antisociálního chování českých adolescentů z městských oblastí. *Československá psychologie 2006*, r. 50, č. 4, s. 297–310. ISSN 0009-062X.
19. BŘICHÁČEK, V. Sociálně maladaptované děti a mládí. In: Dunovský, J. a kol. *Sociální pediatrie*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1999. s. 151–158. ISBN 80-7169-254-9.
20. BŘICHÁČEK, V. Odolnost rodiny. In: Plaňava, I.; Pilát, M. (Eds.) *Děti, mládež a rodiny v období transformace*. Brno : Barrister & Principal, 2002. s. 10 – 19. ISBN 80-86598-36-5.
21. CANTRIL, H. The pattern of human concern. New Brunswick, NJ, Rutgers University Press, 1965.
22. CAPALDI, D.M.; STOOLMILLER, M.; KIM, H.K.; YOERGER, K. Growth in alcohol use in at-risk adolescent boys: Two-part random effects prediction models. *Drug and Alcohol Dependence 2009*, 105, pp. 109–117. ISSN 03768716.
23. CÍSAŘOVÁ, P. Jsem doma tam, kde žiji. *Psychologie dnes 2005*, roč. XI, č. 10, s. 11–15. ISSN 1212-9607.
24. COAN, R. W. *Optimální osobnost a duševní zdraví. Hrdina, umělec, mudrc nebo světec?* 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1999. ISBN 80-7169-662-5.
25. CSÉMY, L. a kol. *Životní styl a zdraví českých školáků. Z výsledků mezinárodní srovnávací studie Světové zdravotnické organizace The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*. 1. vyd. Praha : Psychiatrické centrum, 2005. ISBN 80-85121-94-8.
26. CSÉMY, L.; CHOMYNOVÁ, P.; SADÍLEK, P. *ESPAD 07. Evropská školní studie o alkoholu a jiných drogách. Česká republika, 2007. Přehled hlavních výsledků za rok 2007 a trendů v období 1995 až 2007* [online]. Praha : Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti, Úřad vlády České republiky, Psychiatrické centrum Praha, 2008. [cit. 2009-14-12]. Dostupný z WWW http://www.drogy-info.cz/index.php/o_nas/klicove_indikatory/populacni_pruzkumy/souhrn_vysledku_studie_espad_2007_v_ceske_republice
27. CURRIE, C. et al. *Health and Health Behavior among Young People. Health Behaviour in School-aged Children study (HBSC) International Report*. Copenhagen : WHO, 2000.
28. CURRIE, C. et al. *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey*. (Health Policy for Children and Adolescents; No. 4. Copenhagen : WHO, 2004. ISBN 92 890 1372 9.
29. CURRIE, C. et al. *Inequalities in Young People's Health. Health behaviour in school-aged children international report from the 2005/2006 survey*. No 5. 1. vyd. Copenhagen : WHO, 2008. ISBN 978 92 890 7195 6.
30. ČÁP, J.; MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. 656 s. ISBN 80-7178-463-X.

31. ČERMÁK, I.; KLIMUSOVÁ, H.; VÍZDALOVÁ, H. Deprese v dětství a její vztah k problémům chování. *Československá psychologie* 2005, r. 49, č. 3, s. 223-236. ISSN 0009-062X.
32. ČSÚ. Ženy a muži v datech. Kapitola 1: Obyvatelstvo, rodiny a domácnosti [online]. Praha : Český statistický úřad. [cit. 2009-11-12]. Dostupný z WWW [http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/230032104E/\\$File/14150801.pdf](http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/230032104E/$File/14150801.pdf)
33. ČSÚ. Města české republiky k 1.12. 2007. [online]. Praha : Český statistický úřad. [cit. 2009-11-12]. Dostupný z WWW [http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/0E0030741A/\\$File/14090803.pdf](http://www.czso.cz/csu/2008edicniplan.nsf/t/0E0030741A/$File/14090803.pdf)
34. ČSÚ. Demografická ročenka měst (1998 - 2008) [online]. Praha : Český statistický úřad. [cit. 2009-11-12]. Dostupný z WWW [http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/t/340027521D/\\$File/401809m.pdf](http://www.czso.cz/csu/2009edicniplan.nsf/t/340027521D/$File/401809m.pdf)
35. DALAJKA, J.; JEŽEK, S. Belief in a Just World. In: Ježek, S.; Lacinová, L. (Eds.) *Fifteen-Year-Olds in Brno. A Slice of Longitudinal Self-Reports*. 1. vyd. Brno : Masaryk University, 2008. s. 85–94. ISBN 978-80-210-4755-6.
36. DE BRUYN, E.H.; CILLESSEN, A.H.N. Leisure Activity Preferences and Perceived Popularity in Early Adolescence. *Journal of Leisure Research* 2008, Vol. 40, No.3, pp. 442–457. ISSN 0022-2216.
37. DIENER, E.; LUCAS, R. E.; OISHI, S. Subjective well-being. In: SNYDER, C. S.; LOPEZ, S. J. (Eds.) *Handbook of positive psychology*. Oxford : Oxford University Press, 2002. s. 63–73.
38. DRBAL, C.; BENCKO, V. Prostředí, zdraví, jeho determinanty a kvalita života. In: PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha : Triton, 2005. s. 234–241. ISBN 80-7254-657-0.
39. DUDOVÁ, R. Práce jako řešení? Strategie obživy osamělých matek v ČR. *Sociologický časopis* 2009, r. 45, č. 4, s. 753–784. ISSN 0038-0288.
40. DUNOVSKÝ, J.; KOVAŘÍK, J. Rodina. In: Dunovský, J. a kol. *Sociální pediatrie. Vybrané kapitoly*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1999. s. 91–100. ISBN 80-7169-254-9.
41. EISER, C.; MORSE, R. Quality of Life Measures in Chronic Diseases of Childhood. *Health Technology Assessment*, 2001, vol. 5, no. 4, p. 1–154. ISSN 1366-5278. (a)
42. EISER, C.; MORSE, R. *A Review of Measures of Quality of Life in Children with Chronic Illness*. Arch. Dis. Child 2001, p. 205-211. ISSN 0003-9888. (b)
43. FIALOVÁ, D.; FELTLOVÁ, D. Vzdělávací oblast Člověk a zdraví. In: Řehulka, E. et al. (Eds.) *School and Health, 3/2008, Současný diskurs zkoumání školy a zdraví*. Brno : Masarykova univerzita, 2008. s. 39–43. ISBN 978-80-210-4930-7.
44. FRÖJD, S.; KALTIALA-HEINO, R.; RIMPELÄ, M. The Assotiation of Parental Monitoring and Family Structure with Diverse Maladjustment Outcomes in Middle Adolescent Boys and Girls. *Nordic Journal of Psychiatry* 2007, vol. 61, no 4, pp. 296–303.
45. GIDDENS, A. *Sociologie*. 1. vyd. Praha : Argo, 1999. ISBN 80-7203-124-4.
46. GRECMANOVÁ, H. Klima současné školy. In: Chráska, M.; Tomanová, D.; Holoušová, D. (Eds.) *Klima současné české školy*. Sborník příspěvků z 11. konference CPdS. Brno : Konvoj, 2003. s. 14–27. ISBN 80-7203-064-5.
47. HAMANOVÁ, J. *Rizika poškození zdraví dospívajících*. In: SZÚ Praha. *Manuál prevence v lékařské praxi. Prevence poruch zdraví dětí a mládeže*. Praha : Fortuna, 1998. s. 63–69. ISBN 80-7071-108-6.

48. HELUS, Z. *Sociální psychologie pro pedagogy*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2007. ISBN 978-80-247-1168-3.
49. HIBELL, B.; GUTTORMSSON, U.; AHLSTRÖM, S. et al. *The 2007 ESPAD Report. Substance Use Among Students in 35 European Countries*. Stockholm : CAN, 2009. ISBN 978-91-7278-219-8.
50. HLAVÁČKOVÁ, E. a kol. Životní spokojenost českých dětí jako významný koncept ovlivňující zdraví. *Kontakt 2009*, vol XI., č. 1, s. 149–155. ISSN 1212-4117.
51. HNILICA, K. Předmluva k II. dílu. In: PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha : Triton, 2005. s. 245–249. ISBN 80-7254-657-0. (a)
52. HNILICA, K. Věk, pohlaví a kvalita života. In: PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha : Triton, 2005. s. 415–441. ISBN 80-7254-657-0. (b)
53. HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In: PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha : Triton, 2005. s. 205–216. ISBN 80-7254-657-0
54. HNILICOVÁ, H.; BENCKO, V. Kvalita života – vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví. *Praktický lékař 2005*, roč. 85, č. 11, s. 656–660. ISSN 0032-6739.
55. HODAČOVÁ, L. Sledování životní spokojenosti u českých dětí. In: Szárazová, M.; Kavcová, E. (Eds.) *Podpora zdravia, prevencia a hygiena v teórii a praxi – V. Martin : Beriss, 2008. s. 380–384. ISBN 978-80-88866-58-9. (a)*
56. HODAČOVÁ, L. Změny ve vnímání a prožívání spirituality u lidí, kteří prožili traumatickou událost (kvalitativní šetření). In: Mareš, J a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících III*. 1. vyd. Brno : MSD, 2008. s 219–235. ISBN 978-80-7392-076-0. (b)
57. HOLČÍK, J. Zdraví dětí a životní prostředí – Evropská strategie. In: Řehulka, E. et al. (Eds.) *School and Health, 3/2008, Současný diskurs zkoumání školy a zdraví*. Brno : Masarykova univerzita, 2008. s- 11–15. ISBN 978-80-210-4930-7.
58. HOLČÍK, J. *K teoretickým základům cesty ke zdraví. Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví*. 1. vyd. Brno : MSD, 2009. ISBN 978-80-7392-089-0.
59. HONZÁK, R. Civilizační choroby pohledem psychiatra. *Zdravotnické noviny 2009*, roč. 58, č. 40. Příloha Lékařské listy 16, s. 6–8. ISSN 0044-1996.
60. HRUBÁ, D.; ŽALOUĐÍKOVÁ, I. Desetiletí kuřáci se liší od svých nekouřících vrstevníků. In: 5. *Mezinárodní konference ŠKOLA A ZDRAVÍ 21. ANOTACE*. Brno : Masarykova univerzita, 2009, s. 23. ISBN 978-80-7392-0982-2.
61. HUDDART-KENNEDY, E.; BECKLEY, T. M.; MCFARLANE AND SOLANGE NADEAU, B. L. Rural-Urban Differences in Environmental Concern in Canada. *Rural Sociology 74* (3), 2009, pp. 309–329.
62. HUEBNER, E. S. Initial development of the student life satisfaction scale. *School psychology International 1991*, 12, pp. 231–240. ISSN 0143-0343.
63. HURD, N.M.; ZIMMERMAN, M.A.; XUE, Y. Negative Adult Influences and the Protective Effects of Role Models: A Study with Urban Adolescents. *Journal of Youth and Adolescence 2009*, vol. 38, Iss. 6, pp. 777–790. ISSN 00472891.

64. ILLNER, M. Velikost obcí, efektivita jejich správy a lokální demokracie. In: Vajdová, Z.; Čermák, Z.; Illner, M. *Autonomie a spolupráce: důsledky ustavení obecního zřízení v roce 1990*. Praha : Sociologický ústav akademie věd, 2006. ISBN 80-7330-086-9.
65. JANEČKOVÁ, H. Životní události a kvalita života. In: PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha : Triton, 2005. s. 451–472. ISBN 80-7254-657-0.
66. JANÍK, T. a kol. *Kurikulum – výuka – školní klima – učitelské vzdělávání. Analýza nálezů českého pedagogického výzkumu (2001-2008)*. Brno : Masarykova univerzita, 2009. ISBN 978-80-210-4771-6.
67. JANOŠOVÁ, P. Postoje rodiny a školy vůči dívkám a chlapcům – očima dospívajících. In: Macek, P., Dalajka, J. *Vývoj a utváření osobnosti v sociálních a etnických kontextech*. 1. vyd. Brno : Masarykova univerzita, 2005. s. 395–404. ISBN 80-210-3804-7.
68. JARKOVSKÁ, L. Školní třída pod genderovou lupou. *Sociologický časopis 2009*, roč. 45, č. 4, str. 727–752. ISSN 0038-0288.
69. JEŽEK, S. et al. The Psychological Branch of the ELSPAC Study: A Survey of 15-Year-Old Respondents. In: Ježek, S.; Lacinová, L. (Eds.) *Fifteen-Year-Olds in Brno. A Slice of Longitudinal Self-Reports*. 1. vyd. Brno : Masaryk University, 2008. s. 7–11. ISBN 978-80-210-4755-6.
70. JOSHI, V. *Stres a zdraví*. 1. vyd. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-211-9.
71. KACHLÍK, P.; HAVELKOVÁ, M. Postoje a názory žáků 3 vybraných škol v Jihomoravském kraji k problematice patologických závislostí. 5. *Mezinárodní konference ŠKOLA A ZDRAVÍ 21. ANOTACE*. Brno : Masarykova univerzita, 2009, s. 30. ISBN 978-80-7392-0982-2.
72. KATRŇÁK, T. Proměny české rodiny v devadesátých letech. In: Smékal, V.; Macek, P. (Eds.) *Utváření a vývoj osobnosti. Psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Brno : Barrister & Principal, 2002. s. 227–246. ISBN 80-85947-83-8.
73. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha : Academia, 2005. ISBN 80-2001307-5.
74. KEBZA, V.; ŠOLCOVÁ, I. Koncept osobní pohody (well-being) a jeho psychologické a interdisciplinární souvislosti. In: Blatný, M. a kol. *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. 1. vyd. Brno : Masarykova univerzita & Nakladatelství MSD, 2005. ISBN 80-86633-35-7.
75. KELLER, J. *Úvod do sociologie*. 4. vyd. Praha : Slon, 2002. ISBN 80-85850-25-7.
76. KERNOVÁ, V. Preventivní programy k ozdravení dětské populace. In: Řehulka, E. et al. (eds.) *School and Health, 3/2008, Současný diskurs zkoumání školy a zdraví*. Brno : Masarykova univerzita, 2008. s. 7–10. ISBN 978-80-210-4930-7.
77. KOLÁŘ, M. Projekt sedmivrstevné prevence školního šikanování. In: Chráska, M.; Tomanová, D.; Holoušová, D. (eds.) *Klima současné české školy*. Sborník příspěvků z 11. konference CPdS. Brno: Konvoj, 2003, s. 28–31. ISBN 80-7203-064-5.
78. KOUKOLA, B.; ONDŘEJOVÁ, E. Kvalita života žáků ZŠ měřená dotazníkem PedsQL 4.0 (pilotní studie). In: MAREŠ, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. 1. vyd. Brno : MSD, 2006. s. 183–188. ISBN 80-86633-65-9.
79. KOVÁČ, D. Kultivace integrované osobnosti. *Psychologie dnes 2004*, roč. 11, č. 2, s. 32–34. ISSN 1212-9607.

80. 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.
81. KOŽENÝ, J.; CSÉMY, L.; TIŠANSKÁ, L. Strukturální analýza modelu životní spokojenosti adolescentů. *Československá psychologie 2007*, roč. 51, č. 3, s. 224–237. ISSN 0009-062X.
82. KRCH, F.D.; CSÉMY, L.; DRÁBKOVÁ, H. Rizikové jídelní chování českých adolescentů – školní studie. *Praktický lékař, 2004*, roč. 84, č. 9, s. 492–497. ISSN 0032-6739.
83. KRCH, F.D.; CSÉMY, L.; SOVINOVÁ, H. a kol. Dietní zvyklosti českých dětí. *Československá psychologie 2005*, roč. 49, č. 4, s. 323–332. ISSN 0009-062X.
84. KRCH, F.D.; CSÉMY, L. Rodinná struktura a životní styl českých dětí. *Praktický lékař, 2006*, roč. 86, č. 12., s. 676–679. ISSN 0032-6739.
85. KRCH, F.D.; CSÉMY, L. Nadváha, jídelní zvyklosti a dietní tendence dospívajících. *Praktický lékař, 2008*, roč. 88, č. 3, s. 155–159. ISSN 0032-6739.
86. KRCH, F.; CSÉMY, L. Prevalence symptomů mentální anorexie u školní mládeže v České republice. *Československá psychologie, 2009*, roč. 53, č. 2, s. 140–148. ISSN 0009-062X.
87. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
88. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2002. ISBN 80-247-0179-0.
89. KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-835-X.
90. KŘIVOHLAVÝ, J. Měření kvality života objektivními ukazateli. In: PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha : Triton, 2005. s. 281–287. ISBN 80-7254-657-0.
91. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1370-5.
92. KŘÍŽ, J. a kol. *Zdravotní stav populace. Jak jsme na tom se zdravím?* 1. vyd. Praha : Státní zdravotní ústav, 2004.
93. KŘÍŽKOVÁ, A.; VOHLÍDALOVÁ, M. Rodiče na trhu práce: mezi prací a péčí. *Sociologický časopis 2009*, roč. 45, č. 1, str. 31–60. ISSN 0038-0288.
94. KŘÍŽOVÁ, E. Sociologické podmínky kvality života. In: PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha : Triton, 2005. s. 351–364. ISBN 80-7254-657-0.
95. LANDGRAF, J. M.; MANUNSELL, E.; NIXON-SPEECHLEY, K. et al. Canadian-French, German and UK Version of the Child Health Questionnaire: Methodology and Preliminary Item Scaling Results. *Quality of Life Research, 1998*, vol. 7, P. 433–445. ISSN 0962-9343.
96. LANGMEIER, J.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie*, 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-195-X.
97. LEE, A. H.; MEULENERS, L. B.; FRASER, M. L. Adolescent Quality of Life in Australia. In: Preedy, V. R.; Watson, R. R. (Eds.) *Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures*. New York : Springer New York, 2009. s. 2537–2554. ISBN 978-0-387-78664-3.
98. LENDEROVÁ, M.; RÝDL, K. *Radostné dětství? Dítě v Čechách devatenáctého století*. 1. vyd. Praha : Paseka, 2006. ISBN 80-7185-647-9.

99. LOVAŠ, L. Malé sociální skupiny. In: Výrost, J.; Slaměník, I. (Eds.) *Sociální psychologie*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. s. 321–337. ISBN 978-80-247-1428-8. (a)
100. LOVAŠ, L. Agrese. In: Výrost, J.; Slaměník, I. (Eds.) *Sociální psychologie*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. s. 267–283. ISBN 978-80-247-1428-8. (b)
101. MACEK, P. *Adolescence. Psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. 1. vyd. Praha : Portál, 1999. ISBN 80-7178-348-X.
102. MACEK, P. Adolescence a čeští dospívající na přelomu století. In: Smékal, V.; Macek, P. (Eds.) *Utváření a vývoj osobnosti. Psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Brno : Barrister & Principal, 2002. s. 113–128. ISBN 80-85947-83-8. (a)
103. MACEK, P. Psychosociální charakteristiky a proces utváření identity adolescentů: co je typické a co se v posledním desetiletí mění. In: Plaňava, I.; Pilát, M. (Eds.) *Děti, mládež a rodiny v období transformace*. Brno : Barrister & Principal, 2002. s. 248–261. ISBN 80-86598-36-5. (b)
104. MACEK, P. Kde končí dospívání a kde začíná dospělost? In: Macek, P., Dalajka, J. *Vývoj a utváření osobnosti v sociálních a etnických kontextech*. 1. vyd. Brno : Masarykova univerzita, 2005. s. 217–225. ISBN 80-210-3804-7.
105. MACEK, P.; ŠIRŮČEK, J. Clarity of Self. In: Ježek, S.; Lacinová, L. (Eds.) *Fifteen-Year-Olds in Brno. A Slice of Longitudinal Self-Reports*. 1. vyd. Brno : Masaryk University, 2008. s. 39–45. ISBN 978-80-210-4755-6.
106. MANITOBA HEALTH. COMMUNITY HEALTH ASSESSMENT UNIT. The Role of the Public Health Nurse within the Regional Health Authority [online]. Manitoba Health, October, 1998. [cit. 2009-11-12]. Dostupný z WWW <http://www.gov.mb.ca/health/rha/docs/rolerha.pdf>
107. MAREŠ, J.; JEŽEK, S. Sociální prostředí školy očima adolescentů. In: Smékal, V.; Macek, P. (Eds.) *Utváření a vývoj osobnosti. Psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Brno : Barrister & Principal, 2002. s. 173–189. ISBN 80-85947-83-8.
108. MAREŠ, J. Zamyšlení nad pojmem klima školy. In: Chráska, M.; Tomanová, D.; Holoušová, D. (Eds.) *Klima současné české školy*. Sborník příspěvků z 11. konference CPdS. Brno: Konvoj, 2003, s. 32–42. ISBN 80-7203-064-5.
109. MAREŠ, J. Prosociální osobnost. In: Macek, P., Dalajka, J. *Vývoj a utváření osobnosti v sociálních a etnických kontextech*. 1. vyd. Brno : Masarykova univerzita, 2005. s. 77–89. ISBN 80-210-3804-7. (a)
110. MAREŠ, J. Intervence ovlivňující psychosociální klima školy. In: Ježek, S. (Ed.) *Psychosociální klima školy III*. 1. vyd. Brno : MSD, 2005. ISBN 80-86633-45-4. (b)
111. MAREŠ, J. Problémy s pojetím pojmu kvalita života a s jeho definováním. In: MAREŠ, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. 1. vyd. Brno : MSD, 2006. s. 11–28. ISBN 80-86633-65-9. (a)
112. MAREŠ, J. Nová klasifikace charakteristik mentálního zdraví. In: MAREŠ, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. 1. vyd. Brno : MSD, 2006. s. 57–68. ISBN 80-86633-65-9. (b)
113. MAREŠ, J. Kvantitativní generické nástroje pro diagnostiku kvality života u dětí. In: MAREŠ, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. 1. vyd. Brno : MSD, 2006. s. 107–140. ISBN 80-86633-65-9. (c)
114. MAREŠ, J.; MAREŠOVÁ, J. Kvalita života související se zdravím. In: MAREŠ, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. 1. vyd. Brno : MSD, 2006. s. 29–42. ISBN 80-86633-65-9.

115. MAREŠ, J. Kvalita života u dětí a dospívajících ve školním kontextu. In: Mareš, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících II*. 1. vyd. Brno : MSD, 2007. s. 83–98. ISBN 978-80-7392-008-1. (a)
116. MAREŠ, J. Kvantitativní generické nástroje pro diagnostiku kvality života u dětí II. In: Mareš, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících II*. 1. vyd. Brno : MSD, 2007. s. 99–108. ISBN 978-80-7392-008-1. (b)
117. MAREŠ, J. Kvalitativní metody pro zjišťování kvality života u dětí a dospívajících. In: Mareš, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících II*. 1. vyd. Brno : MSD, 2007. s. 109–128. ISBN 978-80-7392-008-1. (c)
118. MAREŠ, J. Kulturní a etnické souvislosti zjišťování kvality života u dětí a dospívajících. In: Mareš, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících III*. 1. vyd. Brno : MSD, 2008. s. 11–28. ISBN 978-80-7392-076-0. (a)
119. MAREŠ, J. Individualizované zjišťování kvality života. In: Mareš, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících III*. 1. vyd. Brno : MSD, 2008. s. 69–109. ISBN 978-80-7392-076-0. (b)
120. MAREŠ, J. Struktura proměnných používaných pro zkoumání kvality života u dětí. In: Mareš, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících III*. 1. vyd. Brno : MSD, 2008. s. 111–124. ISBN 978-80-7392-076-0. (c)
121. MARTENS, M. P. et al. The Co-Occurrence of Alcohol Use and Gambling Activities in First-Year College Students. *Journal of American College Health*, 2009, vol 57, no 6, p. 597–602. ISSN 0744-8481.
122. MARX, D.; VANÍČKOVÁ, E. Dítě ohrožené prostředím. In : Lebl, J.; Provazník, K.; Hejčmanová, L. et al. *Preklinická pediatrie*. 2. vyd., Praha : Galén, 2007. s. 213–218. ISBN 978-80-7262-438-6.
123. MASOPUSTOVÁ, Z. et al. Depressive Symptoms in Adolescence. In: Ježek, S.; Lacinová, L. *Fifteen-Year-Olds in Brno. A Slice of Longitudinal Self-Reports*. 1. vyd. Brno : Masaryk University, 2008. s. 71–76. ISBN 978-80-210-4755-6.
124. MATĚJČEK, Z. *Výbor z díla*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1056-6.
125. MAXIMOVA, K. et al. Do you see what I see? Weight status misperception and exposure to obesity among children and adolescents. *International Journal of Obesity*, 2008, vol. 32, p. 1008–1015.
126. MAYBERRY, M.L.; ESPELAGE, D.L.; KOENIG, B. Multilevel Modeling of Direct Effect and Interactions of Peers, Parents, School, and Community Influences on Adolescent Substance Use. *Journal of Youth and Adolescence* 2009, vol. 38, Iss. 8, pp 1038–1050. ISSN 00472891.
127. MICHEL, G.; BISSEGER, C.; FUHR, D. C.; ABEL, T. Age and gender differences in health-related quality of life of children and adolescents in Europe: A multilevel analysis. *Quality of Life Research* 2009, vol. 18, Iss 9, pp. 1147–1157.
128. MOONS, P.; MARQUET, K.; BUDTS, W. et al. Validity, Reliability and Responsiveness of the „Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Direct Weighting“ (SEIQoL – DW) in Congenital Heart Disease. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2004, vol. 2, no. 27, p. 1–8. ISSN 1477-7525.
129. MOŽNÝ, I. *Rodina a společnost*. 2. vyd. Praha : Sociologické nakladatel., 2008. ISBN 978-80-86429-87-8.
130. NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost. Současné poznatky a perspektivy léčby*. 1. vyd., Praha : Portál, 2000. ISBN 80-7178-831-7.
131. NEŠPOR, K. Chraňte děti před počítači a počítače před dětmi. *Časopis lékařů českých* 2009, roč. 148, č. 9, s. 442–444. ISSN 0008-7335. (a)

132. NEŠPOR, K. Léčba závislosti na kanabinoidech. *Praktický lékař* 2009, roč. 89, č. 7, s. 390–392. ISSN 0032-6739. (b)
133. NEUSAR, A.; MAREŠ, J. Kvalita dětí z pohledu dětí ze základních škol ve věku 8–15 let. In: Mareš, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících II*. 1. vyd. Brno : MSD, 2007. s. 139–158. ISBN 978-80-7392-008-1.
134. NICKERSON, A. B.; SLATER, E.D. School and Community Violence and Victimization as Predictors of Adolescent Suicidal Behavior. *School Psychology Review*. Bethesda : Jun 2009. Vol. 38, Iss. 2, pp. 218–233.
135. PAVLÁT, J. Děti v rozvodových sporech: Severoamerické studie 1980–2001. *Československá psychologie* 2005, roč. 49, č. 5, s. 412–421. ISSN 0009-062X.
136. PAYNE, J. Autenticita a kvalita života. In: PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha : Triton, 2005. s. 61–69. ISBN 80-7254-657-0. (a)
137. PAYNE, J. *Tři cesty ke štěstí*. In: PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha : Triton, 2005. s. 104–117. ISBN 80-7254-657-0. (b)
138. PEŠKOVÁ, J. Společenská determinace školního klimatu. In: Chráska, M.; Tomanová, D.; Holoušová, D. (eds.) *Klima současné české školy*. Sborník příspěvků z 11. konference CPdS. Brno: Konvoj, 2003, s. 43–45. ISBN 80-7203-064-5.
139. PETRUSEK, M. *Základy sociologie*. 1. vyd. Praha : Akademie veřejné správy o.p.s., 2009. ISBN 978-80-87207-02-4.
140. POLÁŠKOVÁ, E.; MASOPUSTOVÁ, Z.; JEŽEK, S. Body Changes and Their Perception in Middle Adolescence. In: Ježek, S.; Lacinová, L. *Fifteen-Year-Olds in Brno. A Slice of Longitudinal Self-Reports*. 1. vyd. Brno : Masaryk University, 2008. s. 77–83. ISBN 978-80-210-4755-6.
141. POLEDŇOVÁ, I.; ZOBÁČOVÁ, J. Psychická zátěž dětí základních škol. In: Plaňava, I.; Pilát, M. (Eds.) *Děti, mládež a rodiny v období transformace*. Brno : Barrister & Principal, 2002. s. 217–227. ISBN 80-86598-36-5.
142. PROKOPOVÁ, A. Prosociálnost v kontextu podpory zdraví ve škole. In: Řehulka, E. et al. (eds.) *School and Health, 3/2008, Současný diskurz zkoumání školy a zdraví*. Brno : Masarykova univerzita, 2008. s. 111–121. ISBN 978-80-210-4930-7.
143. PROVAZNÍK, K.; HAVLÍNOVÁ, M.; PROVAZNÍKOVÁ, H. Škola a školní zátěž. In: SZÚ Praha. *Manuál prevence v lékařské praxi. Prevence poruch zdraví dětí a mládeže*. Praha : Fortuna, 1998. s. 59–62. ISBN 80-7071-108-6.
144. PROVAZNÍK, K.; VIGNEROVÁ, J.; BLÁHA, P. Hodnocení tělesného růstu a vývoje dítěte. In : Lebl, J.; Provazník, K.; Hejzmanová, L. et al. *Preklinická pediatrie*. 2. vyd., Praha : Galén, 2007. s. 23–35. ISBN 978-80-7262-438-6.
145. PRŮCHA, J. *Moderní pedagogika*. 1. vyd. Praha : Portál, 1997. ISBN 80-7178-170-3.
146. RAPHAEL, D; RUKHOLM, E.; BROWN, I. et al. The Quality of Life Profile – Adolescent Version: Background, Description, and Initial Validation. *Journal of Adolescent Health* 1996, vol. 19, p. 236–375. ISSN 1054-139X.

147. RAVENS-SEIBERER, U.; RAJMIL, L.; ERHART, M. et al. Cross-Cultural Validation of the Generic Kidscreen Child Measure: Results from Representative Surveys in 12 European Countries (Abstract). *Quality of Life Research*, 2004, vol. 13, no. 9, p. 1524. ISSN 0962-9343.
148. RAVENS-SEIBERER, U.; GOSCH, A.; RAJMIL, L. et al. *KIDSCREEN-52 quality of life measure for children and adolescents*. Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research, 2005, 5 (3), p. 353–364.
149. ROBITAIL, S. RAVENS-SEIBERER, U.; BRUIL, J. et al. Validity of the European Kidscreen-52 Proxy Measure. (Abstract). *Quality of Life Research*, 2004, vol. 13, no. 9, p. 1524. ISSN 0962-9343.
150. RYBÁŘOVÁ, M. a kol. Kvalita života vysokoškoláků zjišťovaná zjednodušenou metodou SEIQoL. In: Mareš, J. a kol. (Eds.) *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. 1. vyd. Brno : MSD, 2006. s. 189–198. ISBN 80-86633-65-9.
151. ŘEHULKOVÁ, J. How Do Fifteen-Year-Old Adolescents Spend Their Free Time – Respondents of The Study ELSPAC. In: Řehulka, E. et al. *School and Health 21, 2009. Topical Issues in Health Education*. Brno : Masarykova univerzita, 2009. s. 89–93. ISBN 978-80-210-4930-7.
152. ŘIČAN, P. Obecné principy psychického vývoje jako základ pro poznání psychických poruch u dětí. In: Řičan, P.; Krejčířová, D. a kol. (Eds.) *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. s. 45–51. ISBN 80-247-1049-8.
153. SELIGMAN, M. E. P.; CSIKSZENTMIHALYI, M. Positive psychology: An Introduction. *American Psychologist* 2000, vol. 55, Iss. 1, pp. 5–14. ISSN 0003066X.
154. SCHNEIDROVÁ, D. Vývojové charakteristiky vývojového a dorostového věku. In: SZÚ Praha. *Manuál prevence v lékařské praxi. Prevence poruch zdraví dětí a mládeže*. Praha : Fortuna, 1998. s. 41–44. ISBN 80-7071-108-6.
155. SIMONOVÁ, N. Proměny v mezigeneračním přenosu dosaženého vzdělání v České republice v historické perspektivě. *Sociologický časopis* 2009, roč. 45, č. 2, s. 291–313. ISSN 0038-0288.
156. SKORUNKA, D. Projevy somatizace a kvalita života u dětí a dospívajících: perspektiva rodinného terapeuta. In: Mareš, J. a kol. (Eds.) *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. 1. vyd. Brno : MSD, 2006. s. 43–56. ISBN 80-86633-65-9.
157. SLAMĚNÍK, I. Afiliace, atraktivita, láska. In: Výrost, J.; Slaměník, I. (Eds.) *Sociální psychologie*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. s. 249–265. ISBN 978-80-247-1428-8. (a)
158. SLAMĚNÍK, I. Konformita. In: Výrost, J.; Slaměník, I. (Eds.) *Sociální psychologie*. 2. vyd. Praha : Grada Publishing, 2008. s. 339 – 355. ISBN 978-80-247-1428-8. (b)
159. SMÉKAL, V. Vývoj osobnosti dítěte. In: Smékal, V.; Macek, P. (Eds.) *Utváření a vývoj osobnosti. Psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Brno : Barrister & Principal, 2002. s. 9–26. ISBN 80-85947-83-8.
160. SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. 2. vyd. Praha : Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-250-8.
161. SOBOTKOVÁ, V. a kol. Typologie antisociálního chování v rané adolescenci a jeho vztah k dalším formám rizikového chování. *Československá psychologie* 2009, roč. 53, č. 5, s. 428–440. ISSN 0009-062X.

162. SOVINOVÁ, H.; CSÉMY, L. a kol. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. Praha : SZÚ, 2003. ISBN 80-7071-230-9.
163. STRACHMAN, A.; IMPETT, E.A.; HENSON, J.M.; PENTZ, M.A. Early Adolescent Alcohol Use and Sexual Experience by Emerging Adulthood: A 10-Year Longitudinal Investigation. *Journal of Adolescent Health* 2009, Vol 45, pp. 478–482. ISSN 1054139X.
164. SVATOŠ, T.; ŠVARCOVÁ, E. Indikátory kvality života žáků základní školy (příspěvek k výzkumné metodologii). In: Mareš, J. a kol. (Eds.) *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. 1. vyd. Brno : MSD, 2006. s. 171–182. ISBN 80-86633-65-9.
165. SÝKORA, L. Suburbanizace a její důsledky: výzva pro výzkum, usměrňování rozvoje území a společenskou angažovanost. In: Sýkora, L. *Suburbanizace a její sociální, ekonomické a ekologické důsledky*. Praha : Ústav pro ekopolitiku, 2002. ISBN 80-901914-9-5.
166. ŠAFÁŘOVÁ, M. Rizikové chování v adolescenci. In: Smékal, V.; Macek, P. (Eds.) *Utváření a vývoj osobnosti. Psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Brno : Barrister & Principal, 2002. s. 191–208. ISBN 80-85947-83-8.
167. ŠÍMA, P. Civilizační nemoci aneb Nemoci západního životního stylu. *Zdravotnické noviny* 2009, roč. 58, č. 40. Příloha Lékařské listy 16, str. 3–5. ISSN 0044-1996.
168. ŠIRŮČEK, J. Evropská longitudinální studie těhotenství a dětství. In: Smékal, V.; Macek, P. (Eds.) *Utváření a vývoj osobnosti. Psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Brno : Barrister & Principal, 2002. s. 29–35. ISBN 80-85947-83-8.
169. ŠIRŮČEK, J.; ŠIRŮČKOVÁ, M. Risk Behavior. In: Ježek, S.; Lacinová, L. *Fifteen-Year-Olds in Brno. A Slice of Longitudinal Self-Reports*. 1. vyd. Brno : Masaryk University, 2008. s. 25–37. ISBN 978-80-210-4755-6.
170. ŠKODA, J.; DOULÍK, P.; HAJEROVÁ-MÜLLEROVÁ, L. Genderové diference v subjektivním hodnocení kvality života u mládeže v severočeském regionu. In: Mareš, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících III*. 1. vyd. Brno : MSD, 2008. s. 173–201. ISBN 978-80-7392-076-0.
171. ŠTECH, S. Jaké jsou děti na konci základní školy? Srovnání po deseti letech. *Psychologie dnes* 2005, roč. XI, č. 6, str. 16–18. ISSN 1212-9607.
172. ŠTĚPÁNKOVÁ, M. *Morálka a svědomí v pojetí adolescentů*. In: Smékal, V.; Macek, P. *Utváření a vývoj osobnosti. Psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. Brno : Barrister & Principal, 2002. s. 163–172. ISBN 80-85947-83-8.
173. ŠTĚRBA, J. Dětská onkologie – slovo úvodem. *Onkologie* 2009, roč. 45, č. 3 (4), s. 212. ISSN 1802-4475.
174. STRÍŽENEC, M. *Novšie psychologické pohľady na religiositu a spiritualitu*. Slovak Academic Press: Ústav experimentálnej psychologie, 2007. ISBN 978-80-88910-24-4.
175. ŠTVERÁK, V. *Stručné dějiny pedagogiky*. 1. vyd. Praha : Státní pedagogické nakladatelství, 1983.
176. TEMELOVÁ, J.; SÝKORA, L. Možnosti využití územního plánování pro prevenci prostorové segregace. [online]. Praha : UK, 2004. [cit. 2009-08-04]. Dostupné z WWW. http://everest.natur.cuni.cz/akce/segregace/publikace/Temelova_Sykora.pdf
177. THE KIDSCREEN GROUP EUROPE. *The KIDSCREEN Questionnaires. Quality of life questionnaires for children and adolescents. Handbook*. Lengerich, Pabst Science Publishers, 2006.

178. THE KIDSCREEN GROUP, 2004. *Description of the KIDSCREEN instruments*. [online]. Hamburg : University Clinic Hamburg-Eppendorf, [cit. 2009-05-04]. Dostupné z WWW. http://kidscreen.port4949.net/cms/sites/kidscreen.port4949.net/files/kidscreen_description.pdf
179. TOUŽIMSKÁ, Z. Agresivita u dětí. In: Říčan, P.; Krejčířová, D. a kol. (Eds.) *Dětská klinická psychologie*. 4. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. s. 245–250. ISBN 80-247-1049-8.
180. UNICEF. Innocenti Report Card 7, 2007. *Child poverty in perspective: An overview of child well-being in rich countries. The most comprehensive assessment to date of the lives and well-being of children and adolescents in the economically advanced nations*. UNICEF Innocenti Research Centre, Florence : 2007. ISBN-10: 88-89129-43-3. ISBN-13: 978-88-89129-43-2.
181. ÚZIS ČR. *Výběrové šetření o zdravotním stavu české populace 2002. HIS CR 2002*. Praha : ÚZIS ČR, 2003. ISBN 80-7280-296-8.
182. ÚZIS. *Zdravotnická ročenka České republiky*. Praha : ÚZIS ČR, 2008. ISSN 1210-9991. ISBN 978-80-7280-783-3.
183. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8.
184. VALÁŠKOVÁ, M.; JEŽEK, S. Prožívání tělesných změn v adolescenci a jejich vliv na sebehodnocení adolescentů. In: Smékal, V.; Macek, P. *Utváření a vývoj osobnosti. Psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. 1. vyd. Brno : Barrister& Principal, 2002. s. 147–161. ISBN 80-85947-83-8.
185. VANÍČKOVÁ, E. Nemůžeme vinit děti. *Psychologie dnes 2005*, roč. XI, č. 7–8, str. 16–18. ISSN 1212-9607.
186. VAŠAŠOVÁ, Z. Súvislosti výchovných štýlov v rodine a asertívneho správania adolescentov. In: Macek, P., Dalajka, J. *Vývoj a utváření osobnosti v sociálních a etnických kontextech*. 1. vyd. Brno : Masarykova univerzita, 2005. s. 388–394. ISBN 80-210-3804-7.
187. VEENHOVEN, R. The Four Qualities of Life. *Journal of Happiness Studies* 2000, vol. 1, no 1, p 1–39. ISSN 1389-4978.
188. VESELÁ, J. *Některé problémy mládeže na začátku nového tisíciletí*. 1. vyd. Pardubice : Univerzita Pardubice, 2003. ISBN 80-7194-558-1.
189. VESELÁ, J.; VESELÁ, G. Sociální klima žáků sedmých tříd. In: Řehulka, E. et al. (eds.) *School and Health, 3/2008, Sociální a zdravotní aspekty výchovy ke zdraví*. Brno : Masarykova univerzita, 2008. s. 107–119. ISBN 978-80-210-4930-7.
190. VIGNEROVÁ, J.; BLÁHA, P. Růst a vývoj dítěte. In: SZÚ Praha. *Manuál prevence v lékařské praxi. Prevence poruch zdraví dětí a mládeže*. Praha : Fortuna, 1998. s. 10–34. ISBN 80-7071-108-6.
191. VIGNEROVÁ, J. *6. Celostátní antropologický výzkum, SZÚ*. [online]. Praha : SZÚ, 2009. [cit. 2009-09-12]. Dostupné z WWW. <http://www.szu.cz/publikace/data/6-celostatni-antropologicky-vyzkum>
192. WEISSKIRCH, R. S. Parenting by Cell Phone: Parental Monitoring of Adolescents and Family Relations. *Journal of Youth and Adolescence*, 2009, vol. 38, Iss. 8, pp. 1123–1140. ISSN 00472891.
193. WHO. *Zdraví 21 – Osnova programu zdraví pro všechny v Evropském regionu do 21. století*. Praha : MZ ČR, 2001. ISBN 80-85047-19-5.

194. WHO QOL GROUP. *The World Health Organization quality of life assessment (the WHOQOL): Position paper from the World Health Organization*. *Social Science and Medicine* 41, 1995. s. 1403–1409.
195. ZULLIG, K. J.; VALOIS, R. F.; HUEBNER, E. S.; DRANE, J. W. Adolescent health-related quality of life and perceived satisfaction with life. *Quality of Life Research*, 2005, vol. 14, Iss. 6, pp. 1573–1584. ISSN 1573-2649.
196. ŽÁK, S. Mystika života. In: PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha : Triton, 2005. s. 137–145. ISBN 80-7254-657-0.
197. ŽALOUĐÍKOVÁ, I.; HRUBÁ, D. Results of The Study on The Program Non-Smoking Is A Norm in The Third Class of Elementary School. In: Řehulka, E. et al. (eds.) *School and Health, 3/2008, Sociální a zdravotní aspekty výchovy ke zdraví*. Brno : Masarykova univerzita, 2008. s. 181–193. ISBN 978-80-210-4930-7.

8 Přílohy

8.1 Seznam příloh

Příloha A Tabulka zemí participujících na studii HBSC od roku 1983	139
Příloha B Seznam tabulek	140
Příloha C Tabulky	141
Příloha D Seznam grafů	151
Příloha E Dotazník Mládež a zdraví 2006	152

8.2 Příloha A Tabulka zemí participujících na studii HBSC od roku 1983

HBSC SURVEYS: COUNTRIES AND REGIONS INCLUDED IN THE INTERNATIONAL DATA FILES (Currie et al., 2008, s. 7)

1983/1984	1985/1986	1989/1990	1993/1994	1997/1998	2001/2002	2005/2006
1 Austria	1 Austria	1 Austria	1 Austria	1 Austria	1 Austria	1 Austria
2 Denmark	2 Denmark	2 Belgium	2 Belgium	2 Belgium	2 Belgium	2 Belgium
3 England	3 Finland	3 Denmark	2 Belgium (French)	2 Belgium (Flemish)	2 Belgium (Flemish)	2 Belgium (Flemish)
4 Finland	4 Norway	4 Finland	3 Canada	3 Belgium (French)	3 Belgium (French)	3 Belgium (French)
5 Norway	5 Belgium (French)	5 Hungary	4 Denmark	4 Canada	4 Canada	4 Canada
	6 Hungary	6 Israel	5 Finland	5 Czech Republic	5 Czech Republic	5 Croatia
	7 Israel	7 Netherlands	6 Hungary	6 Denmark	6 Denmark	6 Czech Republic
	8 Netherlands	8 Norway	7 Israel	7 Estonia	7 England	7 Denmark
	9 Scotland	9 Scotland	8 Latvia	8 Finland	8 Estonia	8 England
	10 Spain	10 Spain	9 Northern Ireland	9 France	9 Finland	9 Estonia
	11 Sweden	11 Sweden	10 Norway	10 Germany	10 France	10 Finland
	12 Switzerland	12 Switzerland	11 Poland	11 Greenland	11 Germany	11 France
	13 Wales	13 Wales	12 Scotland	12 Hungary	12 Greece	12 Germany
		14 Canada	13 Spain	13 Israel	13 Greenland	13 Greece
		15 Latvia	14 Sweden	14 Latvia	14 Hungary	14 Greenland
		16 Northern Ireland	15 Switzerland	15 Lithuania	15 Ireland	15 Hungary
		17 Poland	16 Wales	16 Northern Ireland	16 Israel	16 Ireland
			17 Belgium (Flemish)	17 Norway	17 Latvia	17 Israel
			18 Czech Republic	18 Poland	18 Lithuania	18 Italy
			19 Estonia	19 Russian Federation	19 Norway	19 Latvia
			20 France	20 Scotland	20 Poland	20 Lithuania
			21 Germany	21 Slovakia	21 Portugal	21 Malta
			22 Greenland	22 Sweden	22 Russian Federation	22 Netherlands
			23 Lithuania	23 Switzerland	23 Scotland	23 Norway
			24 Russian Federation	24 Wales	24 Spain	24 Poland
			25 Slovakia	25 England	25 Sweden	25 Portugal
				26 Greece	26 Switzerland	26 Russian Federation
				27 Ireland	27 United States	27 Scotland
				28 Portugal	28 Wales	28 Slovakia
				29 United States	29 Croatia	29 Slovenia
					30 Italy	30 Spain
					31 Malta	31 Sweden
					32 Netherlands	32 Switzerland
					33 Slovenia	33 TFYR
					34 TFYR Macedonia†	Macedonia†
					35 Ukraine	34 Ukraine
						35 United States
						36 Wales
						37 Bulgaria
						38 Iceland
						39 Luxembourg
						40 Romania
						41 Turkey

8.3 Příloha B Seznam tabulek

Tab. 1 Subjektivní hodnocení zdravotního stavu podle věku a pohlaví v %	141
Tab. 2 Subjektivní hodnocení zdravotního stavu podle pohlaví v %.....	141
Tab. 3 Hodnocení pocitu štěstí v %	141
Tab. 4 Hodnocení pocitu štěstí podle pohlaví v %	142
Tab. 5 Průměrné hodnoty škál kvality života	142
Tab. 6 Koeficienty korelace (Pearson) mezi škálami KŽ	142
Tab. 7 Zdravotní stav v závislosti na struktuře rodiny a trávení společného času v %	143
Tab. 8 Pocit štěstí v závislosti na struktuře rodiny a trávení společného času v %.....	143
Tab. 9 CI a HŠ v závislosti na struktuře rodiny a trávení společného času.....	143
Tab. 10 Zdravotní stav ve vztahu k adaptaci na školu v %	144
Tab. 11 Pocit štěstí ve vztahu k adaptaci na školu v %.....	144
Tab. 12 HŠ ve vztahu k adaptaci na školu v %.....	144
Tab. 13 CI ve vztahu k adaptaci na školu v %	144
Tab. 14 Zdravotní stav ve vztahu k míře nároků v %.....	145
Tab. 15 Pocit štěstí ve vztahu k míře nároků v %.....	145
Tab. 16 HŠ ve vztahu k míře nároků v %	145
Tab. 17 CI ve vztahu k míře nároků v %.....	145
Tab. 18 Vztahy v rodině, průměrné indexy	146
Tab. 19 Zdravotní stav v souvislosti se sociálními vztahy v %	146
Tab. 20 Pocit štěstí v souvislosti se sociálními vztahy v %	146
Tab. 21 KŽ ve vztahu k sociální exkluzi (n=86)	147
Tab. 22 HŠ v souvislosti se sociálními vztahy v %.....	147
Tab. 23 CI v souvislosti se sociálními vztahy v %.....	147
Tab. 24 Zdravotní stav ve vztahu ke kouření a pití alkoholu v %	148
Tab. 25 Pocit štěstí ve vztahu ke kouření a pití alkoholu v %.....	148
Tab. 26 HŠ ve vztahu ke kouření a pití alkoholu, údaje uvedeny v %	148
Tab. 27 CI ve vztahu ke kouření a pití alkoholu, údaje uvedeny v %	148
Tab. 28 Index obtíží v posledních šesti měsících.....	149
Tab. 29 Obtíže každý den, údaje uvedeny v %.....	149
Tab. 30 Pocit štěstí ve vztahu k indexu celkových obtíží v %	149
Tab. 31 HŠ ve vztahu k indexu celkových obtíží v %.....	150
Tab. 32 CI ve vztahu k indexu celkových obtíží v %.....	150

8.4 Příloha C Tabulky

8.4.1 Tabulky – kvalita života

Tab. 1 Subjektivní hodnocení zdravotního stavu podle věku a pohlaví v %

pohlaví		věková kategorie		
		11	13	15
chlapec	vynikající	32,7	31,7	32,0
	dobrý	57	59,2	58,1
	ne moc dobrý	7,6	7,6	8,5
	špatný	2,7	1,5	1,3
dívka	vynikající	21,9	18,4	15,6
	dobrý	64,4	67,4	68,8
	ne moc dobrý	12,1	12,8	14,4
	špatný	1,6	1,4	1,2

Tab. 2 Subjektivní hodnocení zdravotního stavu podle pohlaví v %

Zdravotní stav	pohlaví	
	chlapci	dívky
vynikající	32,1	18,5
dobrý	58,1	67,0
ne moc dobrý	7,9	13,1
špatný	1,8	1,4

Tab. 3 Hodnocení pocitu štěstí v %

pohlaví		věková kategorie		
		11	13	15
chlapec	velmi šťastný	32,8	21,9	17,6
	celkem šťastný	54,5	65,0	67,5
	ne moc šťastný	10,3	11,5	12,8
	vůbec ne šťastný	2,4	1,5	2,0
dívka	velmi šťastná	24,1	17,0	12,9
	celkem šťastná	58,8	60,1	65,2
	ne moc šťastná	15,0	19,5	20,3
	vůbec ne šťastná	2,0	3,4	1,6

Tab. 4 Hodnocení pocitu štěstí podle pohlaví v %

Pocit štěstí	pohlaví	
	chlapci	dívky
velmi šťastný	23,9	17,8
celkem šťastný	62,6	61,5
ne moc šťastný	11,6	18,4
vůbec ne šťastný	2,0	2,3

Tab. 5 Průměrné hodnoty škál kvality života

	pohlaví		věk			průměr pro celý soubor
	CH	D	11	13	15	
Cantrilův index (0–10)	7,4	7,1	7,5	7,2	7,1	7,3
Směrodatná odchylka	1,8	1,9	2,1	1,8	1,7	1,9
Huebnerova škála (6–24)	17,0	16,2	17,1	16,4	16,3	16,6
Směrodatná odchylka	3,4	3,5	3,6	3,4	3,3	3,5
Kidscreen-10 Index (10–50)	37,1	35,2	36,9	36,2	35,7	36,2
Směrodatná odchylka	5,7	5,8	6,4	5,7	5,4	5,8
Životní spokojenost (0–70)	55,5	53,4	56,8	54,0	52,9	54,5
Směrodatná odchylka	11,5	12,1	11,5	11,9	11,8	11,9

Tab. 6 Koeficienty korelace (Pearson) mezi škálami KŽ

	CI		KIDSCREEN		Životní spokojenost		HŠ	
	pohlaví		pohlaví		pohlaví		pohlaví	
	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D
CI			0,45	0,51	0,57	0,64	0,52	0,60
KIDSCREEN					0,55	0,61	0,56	0,63
Životní spokojenost							0,53	0,63
HŠ								

Pozn.: všechny hodnoty korelačního koeficientu jsou statisticky významné na $P < 0,001$

8.4.2 Tabulky – KŽ ve vztahu k rodině

Tab. 7 Zdravotní stav v závislosti na struktuře rodiny a trávení společného času v %

Zdravotní stav	formální struktura rodiny n = 4 764				společný čas n = 4 579	
	A n = 3329	B n = 567	C n = 754	D n = 64	hodně n = 1718	málo n = 2826
vynikající	26,1	22,8	24,1	26,6	30,4	22,4
dobrý	63,0	61,7	61,3	56,3	59,6	64,4
ne moc dobrý	9,6	12,5	12,7	15,6	8,8	11,4
špatný	1,3	3,0	1,9	1,6	1,2	1,8

Tab. 8 Pocit štěstí v závislosti na struktuře rodiny a trávení společného času v %

Pocit štěstí	formální struktura rodiny n = 4 764				společný čas n = 4 579	
	A n = 3329	B n = 567	C n = 754	D n = 64	hodně n = 1718	málo n = 2826
velmi šťastný	21,8	21,7	16,0	19,7	26,7	17,1
celkem šťastný	62,6	58,4	62,9	56,1	62,5	62,2
ne moc šťastný	13,6	17,6	18,1	22,7	9,5	18,1
vůbec ne šťastný	2,0	2,3	3,0	1,5	1,3	2,7

Tab. 9 CI a HŠ v závislosti na struktuře rodiny a trávení společného času

CI, HŠ	formální struktura rodiny n = 4 764				společný čas n = 4 579	
	A n = 3329	B n = 567	C n = 754	D n = 64	hodně n = 1718	málo n = 2826
Cantrilův index (0–10)	7,4	7,0	6,9	6,8	7,7	7,0
Směrodatná odchylka	1,8	2,1	1,9	2,6	1,8	1,9
Huebnerova škála (6–24)	16,9	16,0	16,0	15,8	17,6	16,1
Směrodatná odchylka	3,3	3,6	3,8	4,1	3,2	3,5

8.4.3 Tabulky – KŽ ve vztahu ke škole

Tab. 10 Zdravotní stav ve vztahu k adaptaci na školu v %

Zdravotní stav	dobrá adaptace n = 1598	špatná adaptace n = 451
vynikající	30,1	23,8
dobrý	60,6	57,6
ne moc dobrý	8,6	15,5
špatný	0,7	3,1

Tab. 11 Pocit štěstí ve vztahu k adaptaci na školu v %

Pocit štěstí	dobrá adaptace n = 1598	špatná adaptace n = 451
velmi šťastný	30,1	14,2
celkem šťastný	62,2	53,2
ne moc šťastný	6,8	25,9
vůbec ne šťastný	0,9	6,7

Tab. 12 HŠ ve vztahu k adaptaci na školu v %

Huebnerova škála (6 – 24)	dobrá adaptace n = 1598	špatná adaptace n = 451
dolní (< 13,1)	10,5	36,9
průměr (13,1–19,9)	70,4	58,5
horní (> 19,9)	19,2	4,6

Tab. 13 CI ve vztahu k adaptaci na školu v %

Cantrilův index (0 – 10)	dobrá adaptace n = 1598	špatná adaptace n = 451
dolní (< 5,2)	12,2	30,1
průměr (5,2–9,1)	72,6	60,2
horní (> 9,1)	15,2	7,9

Tab. 14 Zdravotní stav ve vztahu k míře nároků v %

Zdravotní stav	vysoké nároky n = 1148	přiměřené nároky n = 2020
vynikající	29,0	25,0
dobrý	58,4	64,9
ne moc dobrý	10,7	9,1
špatný	1,9	1,0

Tab. 15 Pocit štěstí ve vztahu k míře nároků v %

Pocit štěstí	vysoké nároky n = 1148	přiměřené nároky n = 2020
velmi šťastný	24,5	20,8
celkem šťastný	56,6	65,2
ne moc šťastný	15,4	12,7
vůbec ne šťastný	3,5	1,3

Tab. 16 HŠ ve vztahu k míře nároků v %

Huebnerova škála (6 – 24)	vysoké nároky n = 1148	přiměřené nároky n = 2020
dolní (< 13,1)	24,7	15,2
průměr (13,1–19,9)	63,0	70,9
horní (> 19,9)	12,3	13,9

Tab. 17 CI ve vztahu k míře nároků v %

Cantrilův index (0 – 10)	vysoké nároky n = 1148	přiměřené nároky n = 2020
dolní (< 5,2)	21,2	15,5
průměr (5,2–9,1)	67,0	74,0
horní (> 9,1)	11,9	10,5

8.4.4 Tabulky – KŽ a sociální vztahy

Tab. 18 Vztahy v rodině, průměrné indexy

	pohlaví		věk			průměr pro celý soubor
	CH	D	11	13	15	
Vztahy v rodině (0–10)	7,7	7,5	8,0	7,6	7,3	7,6
Směrodatná odchylka	2,1	2,2	2,1	2,1	2,1	2,1

Tab. 19 Zdravotní stav v souvislosti se sociálními vztahy v %

Zdravotní stav	problematické vztahy n = 86	ostatní n = 4149
vynikající	9,3	25,9
dobry	52,3	63,0
ne moc dobrý	30,2	9,7
špatný	8,1	1,4

Tab. 20 Pocit štěstí v souvislosti se sociálními vztahy v %

Pocit štěstí	problematické vztahy n = 86	ostatní n = 4149
velmi šťastný	2,3	21,0
celkem šťastný	26,7	63,2
ne moc šťastný	52,3	14,0
vůbec ne šťastný	18,6	1,8

Tab. 21 KŽ ve vztahu k sociální exkluzi (n=86)

Škála Životní spokojenost podotázky a–g	průměr		medián	
	velmi šťastný, celkem šťastný	ne moc šťastný, vůbec ne šťastný	velmi šťastný, celkem šťastný	ne moc šťastný, vůbec ne šťastný
Vycházím s rodiči nebo s tím, kdo se o mě stará, dobře. (0–10)	6,8	6,0	7	6
SD	2,4	2,6		
Těším se na budoucnost. (0–10)	7,4	5,6	8	5
SD	2,5	3,3		
Jsem se sebou spokojen. (0–10)	6,3	3,4	6	3
SD	2,4	2,5		
Těší mě život. (0–10)	6,7	3,8	7	3,5
SD	2,9	2,7		
Jsem spokojený s tím, jak žiji. (0–10)	6,0	3,9	6	4
SD	2,6	2,6		
Myslím, že život má smysl. (0–10)	7,5	5,3	7	5
SD	2,5	3,6		
Ve srovnání s mými vrstevníky, myslím, že můj život je ... (0–10)	5,8	4,2	5	5
SD	2,6	2,7		

Tab. 22 HŠ v souvislosti se sociálními vztahy v %

Huebnerova škála (6 – 24)	problematiké vztahy n = 86	ostatní n = 4149
dolní (< 13,1)	76,7	18,2
průměr (13,1–19,9)	22,1	69,6
horní (> 19,9)	1,2	12,2

Tab. 23 CI v souvislosti se sociálními vztahy v %

Cantrilův index (0 – 10)	problematiké vztahy n = 86	ostatní n = 4149
dolní (< 5,2)	61,6	17,2
průměr (5,2–9,1)	34,9	73,0
horní (> 9,1)	3,5	9,8

8.4.5 Tabulky – KŽ ve vztahu ke kouření a rizikové konzumaci alkoholu

Tab. 24 Zdravotní stav ve vztahu ke kouření a pití alkoholu v %

Zdravotní stav n = 2219	A	B	C	D
vynikající	26,4	15,2	24,1	23,0
dobrý	63,6	62,3	63,5	61,1
ne moc dobrý	9,1	20,0	11,1	13,1
špatný	0,9	2,5	1,3	2,8

Tab. 25 Pocit štěstí ve vztahu ke kouření a pití alkoholu v %

Pocit štěstí n = 2219	A	B	C	D
velmi šťastný	15,9	13,2	17,9	15,0
celkem šťastný	67,6	62,3	63,9	63,7
ne moc šťastný	15,2	21,1	15,8	19,0
vůbec ne šťastný	1,4	3,4	2,3	2,3

Tab. 26 HŠ ve vztahu ke kouření a pití alkoholu, údaje uvedeny v %

Huebnerova škála n = 2219	A	B	C	D
dolní (< 13,1)	18,4	28,9	20,8	24,3
průměr (13,1 – 19,9)	72,2	64,9	69,4	66,0
horní (> 19,9)	9,4	6,1	9,8	9,7

Tab. 27 CI ve vztahu ke kouření a pití alkoholu, údaje uvedeny v %

Cantrilův index n = 2219	A	B	C	D
dolní (< 5,2)	14,1	31,6	17,2	27,1
průměr (5,2 – 9,1)	80,2	65,8	75,7	68,6
horní (> 9,1)	5,6	2,6	7,1	4,3

8.4.6 Tabulky – KŽ ve vztahu k psychosomatickým obtížím

Tab. 28 Index obtíží v posledních šesti měsících

Obtíže	celý soubor	pohlaví		věk		
		CH	D	11	13	15
psychické (průměr)	4,7	4,0	5,3	4,3	4,8	4,8
směrodatná odchylka	4,1	3,8	4,3	4,2	4,2	3,9
somatické (průměr)	1,9	1,5	2,3	1,7	1,9	2,0
směrodatná odchylka	2,6	2,3	2,7	2,4	2,7	2,6
celkové (průměr)	6,6	5,5	7,6	6,1	6,7	6,8
směrodatná odchylka	5,9	5,5	6,2	5,9	6,2	5,8

Tab. 29 Obtíže každý den, údaje uvedeny v %

Obtíže	celý soubor	pohlaví		věk		
		CH	D	11	13	15
bolesti hlavy	5,5	3,8	7,2	5,9	6,0	4,7
bolesti žaludku	1,8	1,6	2,0	2,0	2,0	1,3
bolesti v zádech	6,6	5,8	7,4	4,7	6,3	8,5
pocit skleslosti	4,1	3,7	4,6	4,4	4,0	4,0
podrážděnost, špatná nálada	7,0	5,9	8,2	8,5	7,1	5,7
nervozita, napětí	10,8	9,7	11,9	11,4	13,1	8,0
potíže při usínání	8,4	7,4	9,5	9,4	8,5	7,4
malátnost, závratě	1,9	1,4	2,5	1,8	2,4	1,5
bolesti ramen, krční páteře	4,9	4,5	5,2	3,6	5,0	5,8
obavy, strach	7,3	5,4	9,4	8,3	8,0	5,8
únava, vyčerpání	14,4	14,4	14,4	16,0	14,6	12,8

Tab. 30 Pocit štěstí ve vztahu k indexu celkových obtíží v %

Pocit štěstí	Index celkových obtíží		
	dolní	průměr	horní
velmi šťastný	41,1	19,8	8,3
celkem šťastný	55,0	66,7	47,6
ne moc šťastný	3,1	12,7	34,8
vůbec ne šťastný	0,7	0,8	9,4

Tab. 31 HŠ ve vztahu k indexu celkových obtíží v %

Huebnerova škála (6–24)	Index celkových obtíží		
	dolní	průměr	horní
dolní (< 13,1)	8,1	70,1	12,9
průměr (13,1–19,9)	16,7	71,2	12,1
horní (> 19,9)	43,7	53,3	3,0

Tab. 32 CI ve vztahu k indexu celkových obtíží v %

Cantrilův index (0–10)	Index celkových obtíží		
	dolní	průměr	horní
dolní (< 5,2)	6,2	77,3	16,5
průměr (5,2–9,1)	16,5	74,2	9,4
horní (> 9,1)	38,1	56,1	5,8

8.5 Příloha D Seznam grafů

Obr. 1 Graf Subjektivní hodnocení zdravotního stavu podle věku a pohlaví v %	71
Obr. 2 Graf Hodnocení pocitu štěstí podle věku a pohlaví v %.....	72
Obr. 3 Graf Cantrilův index podle pohlaví a věku (0–10).....	73
Obr. 4 Graf Huebnerova škála podle pohlaví a věku (6–24)	74
Obr. 5 Graf Kidscreen-10 Index podle pohlaví a věku (10–50)	74
Obr. 6 Graf Životní spokojenost podle pohlaví a věku (0–70)	75
Obr. 7 Graf Zdravotní stav v závislosti na struktuře rodiny a trávení společného času v %.....	77
Obr. 8 Graf Pocit štěstí v závislosti na struktuře rodiny a trávení společného času v %.....	78
Obr. 9 Graf CI ve vztahu ke struktuře rodiny a trávení společného času	79
Obr. 10 Graf HŠ ve vztahu ke struktuře rodiny a trávení společného času	80
Obr. 11 Graf zdravotní stav ve vztahu k adaptaci na školu v %	81
Obr. 12 Graf Pocit štěstí ve vztahu k adaptaci na školu v %	82
Obr. 13 Graf HŠ ve vztahu k adaptaci na školu v %.....	83
Obr. 14 Graf CI ve vztahu k adaptaci na školu v %.....	83
Obr. 15 Graf Pocit štěstí ve vztahu k míře nároků v %.....	85
Obr. 16 Graf HŠ ve vztahu k míře nároků v %.....	85
Obr. 17 Graf CI ve vztahu k míře nároků v %	86
Obr. 18 Graf Zdravotní stav ve vztahu k sociální exkluzi v %	88
Obr. 19 Graf Pocit štěstí ve vztahu k sociální exkluzi v %.....	88
Obr. 20 Graf Vnímání štěstí v kategorii problematické vztahy	90
Obr. 21 Graf HŠ ve vztahu k sociální exkluzi v %.....	91
Obr. 22 Graf CI ve vztahu k sociální exkluzi v %.....	91
Obr. 23 Graf Zdravotní stav ve vztahu ke kouření a pití alkoholu v %	93
Obr. 24 Graf Pocit štěstí ve vztahu ke kouření a pití alkoholu v %	94
Obr. 25 Graf HŠ ve vztahu ke kouření a pití alkoholu v %.....	95
Obr. 26 Graf CI ve vztahu ke kouření a pití alkoholu	96
Obr. 27 Graf Index obtíží v posledních šesti měsících.....	97
Obr. 28 Graf Indexy obtíží každý den podle pohlaví	98
Obr. 29 Graf Indexy obtíží každý den podle věku	99
Obr. 30 Graf Pocit štěstí ve vztahu k indexu celkových obtíží v %.....	100
Obr. 31 Graf HŠ ve vztahu k indexu celkových obtíží (ICO) v %	100
Obr. 32 Graf CI ve vztahu k indexu celkových obtíží (ICO) v %	101

8.6 Příloha E Dotazník Mládež a zdraví 2006

MLÁDEŽ A ZDRAVÍ

3. LÉKAŘSKÁ FAKULTA UNIVERZITY KARLOVY STÁTNÍ ZDRAVOTNÍ ÚSTAV SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE

Milá žákyně, milý žáku,

vyplněním tohoto dotazníku nám pomůžeš získat poznatky o způsobu života mladých lidí. V rámci mezinárodního výzkumu je v tomto roce dotazník se stejnými otázkami předkládán žákům stejného věku ve 30 zemích.

Nikde nemusíš uvádět svoje jméno. Odpovědi budou prohlížet a vyhodnocovat jenom pracovníci výzkumného týmu a nikdo jiný. Nebudou je prohlížet ani tvoji rodiče a učitelé. Po vyplnění můžeš dotazník vložit do obálky a obálku zalepit.

Každou otázku čti pozorně a při vyplňování nevynech žádnou otázku. Opravdu nás zajímají právě tvoje názory a zkušenosti, proto odpověď samostatně a za sebe. Není to test, nejsou zde správné nebo nesprávné odpovědi.

1. Jsi (1) chlapec (2) dívka

2. Do které třídy (ročníku) chodíš?

- (1) 5. třída ZŠ
(2) 7. třída ZŠ (nebo odpovídající ročník víceletého gymnázia, např. sekunda 8letého gymnázia)
(3) 9. třída ZŠ (příp. kvarta 8letého gymnázia)

3. Datum narození: den: |_|_| měsíc: |_|_| rok: |_|_|_|_|

4. Národnost: (1) česká (2) jiná

5. Kolik vážíš? V současné době vážímkg

6. Jak jsi vysoký/á? Moje výška jecm

7. Kde bydlíš?

- (1) na vesnici
(2) na malém městě
(3) ve velkém městě

8. Ve vesnici, městě, ve kterém nyní žiješ...

- (1) bydlím od narození
(2) bydlím od let

9. V místě, kde bydlím je:

- (1) základní škola – pouze 1. – 5. třída
(2) jedna základní škola – 1. – 9. třída
(3) více základních škol
(4) není žádná základní škola

10. V místě, kde bydlím je (z uvedených možností označ všechny, které se v místě tvého bydliště vyskytují):

- | | |
|--|--|
| (1) <input type="checkbox"/> mateřská škola | (8) <input type="checkbox"/> veřejná knihovna |
| (2) <input type="checkbox"/> jedna střední škola (např. gymnázium) | (9) <input type="checkbox"/> kino |
| (3) <input type="checkbox"/> více středních škol | (10) <input type="checkbox"/> divadlo |
| (4) <input type="checkbox"/> odborné učiliště | (11) <input type="checkbox"/> kulturní dům |
| (5) <input type="checkbox"/> vysoká škola | (12) <input type="checkbox"/> obchod/obchody |
| (6) <input type="checkbox"/> hřiště | (13) <input type="checkbox"/> supermarket/supermarkety |
| (7) <input type="checkbox"/> tělocvična | |

11. Do školy chodím ve stejné vesnici nebo městě, kde bydlím.

- (1) ano
(2) ne

12. Jak dlouho ti obvykle trvá cesta z domova do školy?

- (1) méně než 5 minut
(2) 5 – 15 minut
(3) 15 – 30 minut
(4) 30 minut až hodinu
(5) více než hodinu

13. Jakým způsobem absolvuješ hlavní část cesty směrem do školy či naopak ze školy v tvůj typický den?

CESTA DO ŠKOLY	CESTA ZE ŠKOLY
(1) <input type="checkbox"/> pěšky, chůzí	(1) <input type="checkbox"/> pěšky, chůzí
(2) <input type="checkbox"/> na kole	(2) <input type="checkbox"/> na kole
(3) <input type="checkbox"/> autobusem, vlakem, tramvají, metrem	(3) <input type="checkbox"/> autobusem, vlakem, tramvají, metrem
(4) <input type="checkbox"/> v autě, na motorce či skútru	(4) <input type="checkbox"/> v autě, na motorce či skútru
(5) <input type="checkbox"/> jiným způsobem	(5) <input type="checkbox"/> jiným způsobem

14. Jak často za týden jíš nebo piješ uvedené potraviny a nápoje?

(Označ křížkem jednu možnost v každé řádce.)

	(1) nikdy	(2) méně často než 1x za týden	(3) jednou týdně	(4) 2 - 4 dny v týdnu	(5) 5 - 6 dnů v týdnu	(6) každý den	(7) častěji než jednou denně
1. Ovoce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Zeleninu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sladkosti (bonbony, čokoládu, sušenky)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Kolu nebo jiné sladké nápoje s obsahem cukru	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Jak často obvykle snídáš (něco víc než sklenici čaje, mléka nebo džusu)?

Zaškrtni jen jeden rámeček pro všední dny týdne a jeden pro víkend

<u>Ve všední dny snídám...</u>	<u>O víkendu snídám...</u>
(1) <input type="checkbox"/> nikdy nesnídám v týdnu	(1) <input type="checkbox"/> nikdy nesnídám o víkendu
(2) <input type="checkbox"/> jeden den	(2) <input type="checkbox"/> o víkendu obvykle snídám jenom jeden den (v sobotu nebo v neděli)
(3) <input type="checkbox"/> dva dny	(3) <input type="checkbox"/> o víkendu obvykle snídám oba dny (v sobotu i v neděli)
(4) <input type="checkbox"/> tři dny	
(5) <input type="checkbox"/> čtyři dny	
(6) <input type="checkbox"/> pět dní	

16. Jaké jsou tvoje stravovací zvyklosti?

	(1) ano	(2) ne
a) Svačím ve škole.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Obědvám ve škole teplé jídlo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Svačím odpoledne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Jím něco mezi snídaní, dopolední svačinou, obědem, odpolední svačinou a večeří.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Piji ve škole (pokud nic nepiješ, nevyplňuj).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1) mléko	(2) jiné nápoje
		(3) vodu

17. Držíš v současné době dietu nebo děláš něco jiného, abys shodil/a váhu?

- (1) ne, protože moje váha je v pořádku
 (2) ne, ale potřebuji něco shodit
 (3) ne, protože potřebuji spíš něco přibrat
 (4) ano

18. Podle tvého vlastního mínění je tvoje postava:

- (1) příliš hubená
 (2) trochu hubená
 (3) tak akorát
 (4) trochu tlustá
 (5) příliš tlustá

19. Odpověz, prosím, jak často se u tebe vyskytlo následující chování:

(označ jedno okénko v každém řádku)

	nikdy	občas	1x – 2x za měsíc	1x týdně nebo častěji
1. Cvičení kvůli váze a postavě	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Zvracení vyvolané záměrně ze strachu z tloušťky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Užití projímadel jako prostředku kontroly váhy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Užití prášků na hubnutí nebo snižujících chuť k jídlu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4

20. Jak často si čistíš zuby?

- (1) častěji než jednou denně
- (2) jednou denně
- (3) nejméně jednou týdně, ale ne denně
- (4) méně než jednou týdně
- (5) nikdy

Tělesná aktivita je jakákoli činnost, při níž se zrychlí srdeční frekvence a člověk se zadýchá. Fyzická aktivita se může dít při sportu, školních aktivitách, při hře s přáteli nebo cestou do školy. Některé příklady fyzické aktivity: běhání, rychlá chůze, jízda na kolečkových bruslích, jízda na kole, na skateboardu, tanec, plavání, basketbal, fotbal.

V následující otázce sečti veškerou svou fyzickou aktivitu za den.

21. V kolika dnech z uplynulých 7 dnů ses věnoval fyzické aktivitě celkem alespoň 1 hodinu za celý den?

- 0 1 den 2 3 4 5 6 7 dní
ani jeden den

22. Mimo školu: Jak často se ve svém volném času věnuješ nějaké fyzické aktivitě v takové míře, že nemůžeš popadnout dech nebo se zpotíš?

- (1) každý den
- (2) 4 – 6x týdně
- (3) 2 – 3x týdně
- (4) jedenkrát týdně
- (5) jedenkrát měsíčně
- (6) méně než jedenkrát měsíčně
- (7) nikdy

23. Mimo školu: Kolik hodin se ve svém volném času věnuješ nějaké fyzické aktivitě v takové míře, že nemůžeš popadnout dech nebo se zpotíš?

- (1) nic, ani půl hodiny denně
- (2) asi půl hodiny denně
- (3) asi hodinu denně
- (4) 2 až 3 hodiny denně
- (5) 4 až 6 hodin denně
- (6) 7 nebo víc hodin denně

24. Jakou formou pohybové aktivity provozuješ?

- (1) osvobozen/a od školní tělesné výchovy
- (2) pouze ve škole
- (3) ve škole a pohyb s kamarády, s rodinou
- (4) ve škole a v klubu (Sokol, Skaut apod.)
- (5) ve škole a závodní sportovní příprava

25. Asi tak kolik hodin denně se ve svém volném čase díváš na televizi nebo na video?

Označ odpověď zvlášť pro všední dny v týdnu a zvlášť pro víkendy.

Ve všední dny...

- (1) vůbec se nedívám
- (2) asi půl hodiny denně
- (3) asi hodinu denně
- (4) asi dvě hodiny denně

O víkendu...

- (1) vůbec se nedívám
- (2) asi půl hodiny denně
- (3) asi hodinu denně
- (4) asi dvě hodiny denně

- (5) asi 3 hodiny denně
 (6) asi 4 hodiny denně
 (7) asi 5 hodin denně
 (8) asi 6 hodin denně
 (9) asi 7 nebo víc hodin denně

- (5) asi 3 hodiny denně
 (6) asi 4 hodiny denně
 (7) asi 5 hodin denně
 (8) asi 6 hodin denně
 (9) asi 7 nebo víc hodin denně

26. Kolik hodin denně obvykle hraješ hry na počítači nebo na Playstationu apod. ve svém volném čase?

Označ odpověď zvlášť pro všední dny v týdnu a zvlášť pro víkendy.

Ve všední dny...

- (1) vůbec nic
 (2) asi půl hodiny denně
 (3) asi hodinu denně
 (4) asi dvě hodiny denně
 (5) asi 3 hodiny denně
 (6) asi 4 hodiny denně
 (7) asi 5 hodin denně
 (8) asi 6 hodin denně
 (9) asi 7 nebo víc hodin denně

O víkendu...

- (1) vůbec nic
 (2) asi půl hodiny denně
 (3) asi hodinu denně
 (4) asi dvě hodiny denně
 (5) asi 3 hodiny denně
 (6) asi 4 hodiny denně
 (7) asi 5 hodin denně
 (8) asi 6 hodin denně
 (9) asi 7 nebo víc hodin denně

27. Kolik hodin denně obvykle používáš počítač pro chatování, brouzdání po internetu, mailování, domácí úkoly ve svém volném čase?

Označ odpověď zvlášť pro všední dny v týdnu a zvlášť pro víkendy.

Ve všední dny...

- (1) vůbec nic
 (2) asi půl hodiny denně
 (3) asi hodinu denně
 (4) asi dvě hodiny denně
 (5) asi 3 hodiny denně
 (6) asi 4 hodiny denně
 (7) asi 5 hodin denně
 (8) asi 6 hodin denně
 (9) asi 7 nebo víc hodin denně

O víkendu...

- (1) vůbec nic
 (2) asi půl hodiny denně
 (3) asi hodinu denně
 (4) asi dvě hodiny denně
 (5) asi 3 hodiny denně
 (6) asi 4 hodiny denně
 (7) asi 5 hodin denně
 (8) asi 6 hodin denně
 (9) asi 7 nebo víc hodin denně

28. Kouřil/a jsi někdy tabák? (Myslíme tím alespoň jednu cigaretu, doutník nebo dýmku)

- (1) ano (2) ne

29. Jak často kouříš v současné době?

- (1) každý den
 (2) nejméně jednou týdně, ale ne denně
 (3) méně často než jednou týdně
 (4) nekouřím

30. Kolik kusů cigaret v průměru vykouříš za týden ?

Je to asi tak |_____| kusů cigaret

31. Kouří tvoji rodiče a nejlepší kamarád/ka ? (V každé řádce musí být jen jeden křížek.)

		kouří denně (1)	kouří občas (2)	nekouří (3)	nevím (4)	nemám, nevídáme se (5)
a)	Máma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	Táta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c)	Kamarád/ka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Jak často se v současné době napiješ nějakého alkoholického nápoje jako je pivo, víno nebo lihoviny?

Do odpovědi započítej i případy nebo situace, kdy piješ jen velmi malá množství těchto nápojů.

(V každé řádce označ jeden rámeček.)

	každý den (1)	každý týden (2)	každý měsíc (3)	zřídka (méně než jednu měsíčně) (4)	nikdy (5)
1. pivo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. víno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. lihovina (vodka, rum atp.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. míchané nápoje s alkoholem (např. tonik s fernetem apod.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

33. Odpovídají pouze žáci ve věku 14 – 16 let: Kolik ti bylo let, když jsi POPRVÉ kouřil/a cigarety, napil/a se alkoholu....

Pokud jsi tuto věc nikdy nedělal/a (nikdy se ti nestala), zaškrtni rámeček „nikdy“, jinak napiš věk.

- | | | |
|---|--------------------------------|-------------------|
| 1. Pil/a alkohol (myslíme tím třeba vypítí malé sklenky, ale ne, když sis jen lízl/a) | <input type="checkbox"/> Nikdy | Bylo mi _____ let |
| 2. Opil/a se | <input type="checkbox"/> Nikdy | Bylo mi _____ let |
| 3. Kouřil/a cigarety (více než si jenom jednou šluknul/a) | <input type="checkbox"/> Nikdy | Bylo mi _____ let |
| 4. Kouřil/a marihuanu | <input type="checkbox"/> Nikdy | Bylo mi _____ let |

34. Odpovídají pouze žáci ve věku 14 – 16 let: Užíval/a jsi někdy marihuanu?

	nikdy	1x či 2x	3x - 5x	6x - 9x	10x- 19x	20x- 39x	40x nebo častěji
1. V životě	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. V posledních 12 měsících	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. V posledních 30 dnech	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

35. Vypil/a jsi někdy takové množství alkoholu, že jsi byl/a opravdu opilý/á?

- (1) ne, nikdy
 (2) ano, jednou
 (3) ano, 2-3 krát
 (4) ano, 4-10 krát
 (5) ano, víc než 10 krát

36. Odpovídají pouze žáci ve věku 14 – 16 let: Kolikrát jsi vypil/a během posledních 30 dnů 5 nebo více sklenic nějakého alkoholického nápoje při jedné příležitosti, např. za jeden večer? Sklenicí alkoholického nápoje myslíme půllitrovou sklenici piva nebo dvoudecovou sklenici vína nebo půldecovou odličku nějakého destilátu (vodka, rum).

- (1) čtyřikrát nebo častěji
 (2) třikrát
 (3) dvakrát
 (4) jednou
 (5) V posledním měsíci jsem ani jednou nevypil/a 5 nebo více sklenek za jednu příležitost
 (6) Nikdy v životě jsem nevypil/a 5 nebo více sklenek za jednu příležitost

37. Nyní bychom se tě chtěli zeptat, s kým bydlíš.

Ne všechny děti bydlí s oběma svými rodiči. Některé bydlí jenom s jedním z rodičů, jsou ale i případy, kdy děti bydlí na střídačku vždy část roku s jedním rodičem a část roku s druhým a mají tak vlastně dvě rodiny a dva domovy. A my bychom rádi věděli, jak je to u tebe.

Prosím, v první otázce ber v úvahu, kde po většinu času žiješ, a označ lidi, kteří tam žijí s tebou.

Hlavní domov <i>Křížkem označ všechny, kteří s tebou bydlí</i> <u>Dospělí</u>	<u>Děti</u>
(1) <input type="checkbox"/> Vlastní matka (2) <input type="checkbox"/> Vlastní otec (3) <input type="checkbox"/> Nevlastní matka (nebo otcova družka) (4) <input type="checkbox"/> Nevlastní otec (nebo druh matky) (5) <input type="checkbox"/> Babička (6) <input type="checkbox"/> Děda (7) <input type="checkbox"/> Žiju v dětském domově (8) <input type="checkbox"/> Je to jinak: napište slovy jak	Napiš, kolik bratrů nebo sester s tebou bydlí (včetně nevlastních). Pokud s tebou nebydlí žádný bratr nebo sestra, napiš 0. Bydlí se mnou bratrů Bydlí se mnou sester

38. Máš ještě druhý domov nebo druhou rodinu např. pokud jsou tvoji rodiče rozvedeni, či žijí odloučeně?

DRUHÝ DOMOV:

(1) <input type="checkbox"/> Ne (přejdi k otázce 39) (2) <input type="checkbox"/> Ano Jak často zde býváš? (1) <input type="checkbox"/> asi tak polovinu doby (2) <input type="checkbox"/> pravidelně, ale méně než polovinu doby (3) <input type="checkbox"/> někdy (4) <input type="checkbox"/> skoro nikdy	<u>Děti</u> Napiš, kolik bratrů nebo sester s tebou bydlí (včetně nevlastních). Pokud s tebou nebydlí žádný bratr nebo sestra, napiš 0. Bydlí se mnou bratrů Bydlí se mnou sester
<i>Křížkem označ všechny, kteří s tebou bydlí</i> <u>Dospělí</u> (1) <input type="checkbox"/> Vlastní matka (2) <input type="checkbox"/> Vlastní otec (3) <input type="checkbox"/> Nevlastní matka (nebo otcova družka) (4) <input type="checkbox"/> Nevlastní otec (nebo druh matky) (5) <input type="checkbox"/> Babička (6) <input type="checkbox"/> Děda (7) <input type="checkbox"/> Žiju v dětském domově (8) <input type="checkbox"/> Je to jinak: napište slovy jak	

39. Jak snadné je pro tebe hovořit s uvedenými osobami o věcech, které tě opravdu trápí?
Označ jedno okénko v každém řádku.

	velmi snadné	snadné	obtížné	velmi obtížné	nemám takovou osobu
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
a) Vlastní otec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Nevlastní otec	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Vlastní matka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Nevlastní matka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Starší bratr/ři	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Starší sestra/y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Nejlepší přítel/-kyně	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Přátelé stejného pohlaví	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Přátelé opačného pohlaví	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40. Jaké zaměstnání mají tvoji rodiče?

Otec
Má tvůj otec práci?

- (1) Ano
 (2) Ne
 (3) Nevím
 (4) Nestýkám se s ním

Pokud ANO, napiš, kde pracuje (např. v nemocnici, v bance, v restauraci apod.):

.....

Sem, prosím, napiš, co je jeho práce (např. učitel, úředník, řidič autobusu apod.):

.....

Jestliže otec NEPRACUJE, uveď proč.
(Vyber a zaškrtni jednu z možností)

- (1) Je nemocný, v důchodu, studuje
 (2) Hledá si práci
 (3) Pečuje o druhé, nebo je prostě doma
 (4) Nevím

Jaké má tvůj táta vzdělání?

- (1) Základní
 (2) Je vyučený
 (3) Má maturitu
 (4) Má vysokoškolské vzdělání
 (5) Nevím

Matka
Má tvoje matka práci?

- (1) Ano
 (2) Ne
 (3) Nevím
 (4) Nestýkám se s ní

Pokud ANO, napiš, kde pracuje (např. v nemocnici, v bance, v restauraci apod.):

.....

Sem, prosím, napiš, co je její práce (např. prodavačka, úřednice, účetní apod.):

.....

Jestliže matka NEPRACUJE, uveď proč.
(Vyber a zaškrtni jednu z možností)

- (1) Je nemocná, v důchodu, studuje
 (2) Hledá si práci
 (3) Pečuje o druhé, nebo je prostě doma
 (4) Nevím

Jaké má tvoje máma vzdělání?

- (1) Základní
 (2) Je vyučená
 (3) Má maturitu
 (4) Má vysokoškolské vzdělání
 (5) Nevím

41. V této otázce uvádíme různé způsoby, jak rodiny tráví společně čas. Zajímá nás, jakým způsobem a jak často ty a tvoje rodina trávíte společně čas.

	každý den (1)	skoro denně (2)	tak jednouměně do týdne (3)	často (4)	nikdy (5)
1) Díváme se spolu na televizi nebo video	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Hrajeme nějaké společenské hry	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Jsme spolu u jídla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Jdeme spolu na procházku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Navštěvujeme spolu nějaká místa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Navštěvujeme přátele a příbuzné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Sportujeme spolu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Posedíme spolu a mluvíme o různých věcech	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. Kolik máš blízkých přátel mezi chlapci a mezi děvčaty?

<u>Mezi chlapci...</u>		<u>Mezi děvčaty...</u>	
(1) <input type="checkbox"/>	žádného	(1) <input type="checkbox"/>	žádnou
(2) <input type="checkbox"/>	jednoho	(2) <input type="checkbox"/>	jednu
(3) <input type="checkbox"/>	dva	(3) <input type="checkbox"/>	dvě
(4) <input type="checkbox"/>	tři nebo víc	(4) <input type="checkbox"/>	tři nebo víc

43. Kolik dnů v týdnu trávíš čas s přáteli rovnou po škole?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1 den	2	3	4	5 dnů
ani jeden den					

44. Kolik večerů za týden trávíš se svými kamarády/-kami?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1 večer	2	3	4	5	6	7 večerů
ani jeden večer							

45. U každé z následujících otázek označ, jak často jsi měl/a uvedené pocity v posledních týdnech:

	nikdy (1)	zřídka (2)	často (3)	téměř vždy (4)
1) Jsem spokojen/a s tím, jak mi věci vycházejí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) V mém životě jde vše dobře	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Ve svém životě bych chtěl/a změnit mnoho věcí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Přál/a bych si mít úplně jiný život	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Mám dobrý život	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Mám dobrý pocit z věcí, které mě potkávají	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46. Jak často si s kamarády telefonuješ, nebo posíláš SMS-ky nebo e-mailové zprávy?

- (1) zřídka nebo nikdy
(2) 1 až 2 dny v týdnu
(3) 3 až 4 dny v týdnu
(4) 5 až 6 dní v týdnu
(5) každý den, i několikrát denně

47. Cítíš se někdy osamělý/á?

- (1) ano, velmi často
(2) ano, dost často
(3) ano, někdy
(4) ne

48. Co soudíš o svém zdravotním stavu?

- (1) je vynikající
(2) je dobrý
(3) ne moc dobrý
(4) je špatný

49. Jak často jsi měl/a následující obtíže v posledních šesti měsících?

(Označ jedno okénko v každém řádku)

	zhruba každý den (1)	častěji než jednou týdně (2)	asi tak jednou týdně (3)	asi tak jednou měsíčně (4)	zřídka či nikdy (5)
1) bolesti hlavy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) bolesti žaludku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) bolesti v zádech	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) pocity skleslosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) podrážděnost, špatná nálada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) nervozita, napětí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) potíže při usínání	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) malátnost/závratě	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) bolesti ramen, krční páteře	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) obavy, strach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) únava, vyčerpání	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

50. Užíval/a jsi během posledního měsíce nějaký lék kvůli následujícím potížím?

	Ne (1)	Ano, jednou (2)	Ano, víckrát (3)
1. kašel, nachlazení <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. bolesti hlavy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. bolesti břicha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. potíže při usínání	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. nervozita, napětí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

51. Řekl/a bys o sobě, že:

- (1) vypadáš velmi dobře
- (2) vypadáš celkem dobře
- (3) vypadáš tak průměrně
- (4) nevypadáš moc dobře
- (5) vůbec nevypadáš dobře
- (6) o tom, jak vypadáš, nepřemýšlíš

52. Pokusili jsme se na obrázku naznačit žebřík ...

Vrchol žebříku s číslem „10“ označuje nejlepší možný život a stupínek označený „0“ ten nejhorší, jaký si pro sebe můžeš představit.

Když vezmeš v úvahu všechny věci kolem svého života, na který stupínek bys sám/sama sebe umístil/a? Zaškrtni okénko u čísla, které je nejbližší tomuto místu.

<input type="checkbox"/>	10 <i>Nejlepší možný život</i>
<input type="checkbox"/>	9
<input type="checkbox"/>	8
<input type="checkbox"/>	7
<input type="checkbox"/>	6
<input type="checkbox"/>	5
<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	0 <i>Nejhorší možný život</i>

53. V této otázce je stejný obrázek jako nahoře, ale zajímá nás, jak vnímáš vztahy v rodině

Vrchol žebříku s číslem „10“ označuje nejlepší možné vzájemné vztahy v rodině a stupínek označený „0“ ty nejhorší vztahy v rodině, jaké si pro sebe můžeš představit.

Jak jsi obvykle spokojený/á se vztahy v tvé rodině, na který stupínek bys je umístil/a? Zaškrtni okénko u čísla, které je nejbližší tomuto místu.

<input type="checkbox"/>	10 Nejlepší možné vztahy
<input type="checkbox"/>	9
<input type="checkbox"/>	8
<input type="checkbox"/>	7
<input type="checkbox"/>	6
<input type="checkbox"/>	5
<input type="checkbox"/>	4
<input type="checkbox"/>	3
<input type="checkbox"/>	2
<input type="checkbox"/>	1
<input type="checkbox"/>	0 Nejhorší možné vztahy

Mnoha mladým lidem se stane, že se poraní nebo mají úraz při činnostech jako je sport, hra nebo rvačka. K úrazu může dojít na nejrůznějších místech na ulici, doma nebo ve škole. Mezi úrazy a poranění můžeme počítat také, když se někdo popálí nebo se něčím otráví.

54. Kolikrát jsi měl/a během posledních 12 měsíců takový úraz, že jsi musel/a být ošetřen/a u lékaře?

- (1) Neměl/a jsem v posledních 12 měsících úraz či poranění
- (2) Jednou
- (3) Dvakrát
- (4) Třikrát
- (5) Čtyřikrát nebo vícekrát

55. Jaký máš v současnosti pocit ze svého života?

- (1) cítím se velmi šťastný/á
- (2) cítím se celkem šťastný/á
- (3) necítím se moc šťastný/á
- (4) necítím se vůbec šťastný/á

56. Co si myslí třídní učitel o tvém školním výkonu ve srovnání se spolužáky ve třídě?

Myslí si, že jsem:

- (1) velmi dobrý/á
- (2) dobrý/á
- (3) průměrný/á
- (4) slabší než průměrný/á

57. Jak se v současnosti ve škole cítíš?

- (1) moc se mi ve škole líbí
(2) celkem se mi ve škole líbí
(3) moc se mi ve škole nelíbí
(4) vůbec se mi ve škole nelíbí

58. Jak se k tobě chovají ve škole učitelé? U každého z těchto názorů označ, do jaké míry s ním souhlasíš nebo nesouhlasíš.

	naprosto souhlasím (1)	souhlasím (2)	ani tak ani tak (3)	nesouhlasím (4)	naprosto nesouhlasím (5)
1) Učitelé mě povzbuzují, abych vyjadřoval/a své vlastní názory ve třídě.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Učitelé s námi jednají spravedlivě.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Učitelé mi poskytnou pomoc, když ji potřebuji.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Moji učitelé se o mě zajímají jako o člověka.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

59. Označ křížkem jednu odpověď u každého názoru.

	naprosto souhlasím (1)	souhlasím (2)	ani tak ani tak (3)	nesouhlasím (4)	naprosto nesouhlasím (5)
Pokud jde o školu, a) moji <u>rodiče</u> ode mě čekají příliš.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Moji <u>učitelé</u> ode mě ve škole očekávají příliš.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

60. Máme zde výroky o spolužácích z tvé třídy. Označ, prosím, do jaké míry s těmito výroky souhlasíš.

(V každé řádce musí být jen jeden křížek.)

	zcela souhlasím (1)	souhlasím (2)	něco mezi (3)	nesouhlasím (4)	zcela nesouhlasím (5)
1. Žáci v naší třídě jsou rádi spolu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Většina žáků v naší třídě jsou milí a ochotní pomoci.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Spolužáci mě berou takového/vou, jaký/á jsem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

61. U každého z následujících tvrzení označ jednu možnost, jež nejlépe vystihuje skutečnost.

	Vůbec nesouhlasí	Spíše nesouhlasí	Spíše souhlasí	Zcela souhlasí
1. Těžko si nacházím přátele.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mám mnoho přátel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Jsem takový/á, že je těžké si mě oblíbit.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Mezi svými vrstevníky jsem oblíbený/á.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Cítím, že ostatní mě přijímají dobře.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	(1)	(2)	(3)	(4)

62. Jak tě stresují školní práce, školní povinnosti?

- (1) vůbec ne
- (2) jen málo
- (3) někdy trochu víc
- (4) dost hodně

63. Ulil/a jsi se někdy během tohoto školního roku z vyučování?

- (1) ne, ani jednou
- (2) ano, ale jen jednou
- (3) ano, víckrát

64. Měl/a jsi někdy dvojku z chování?

- (1) ne
- (2) ano, jednou
- (3) ano, víckrát

65. Kolikrát ses za posledních 12 měsíců s někým popral/a (dostal/a do rvačky) ?

- (1) Nepopral/a jsem se ani jednou
- (2) Jednou
- (3) Dvakrát
- (4) Třikrát
- (5) Čtyřikrát nebo víckrát

Následující dvě otázky jsou o šikaně. O šikanování mluvíme, když žák nebo skupina žáků říká nebo provádí ošklivé a nepříjemné věci jinému žáku (žákyni). Za šikanování považujeme i to, když nějaký žák soustavně "rýpe" nebo dráždí někoho jiného takovým způsobem, který tento žák/žákyně nemá rád/a. Za šikanování se ale nepovažuje, když se dva zhruba stejně silní žáci hádají nebo perou.

66. Jak často jsi byl/a ve škole v tomto smyslu šikanován/a během posledních měsíců?

- (1) nebyl/a jsem ve škole šikanován/a v posledních měsících
- (2) stalo se to jednou nebo dvakrát
- (3) bylo to asi dvakrát až třikrát za měsíc
- (4) asi tak jednou za týden
- (5) několikrát týdně

67. Jak často ses účastnil/a ve škole šikanování někoho jiného v posledních měsících?

- (1) nešikanoval/a jsem nikoho během posledních měsíců
- (2) jednou nebo dvakrát
- (3) asi tak dvakrát až třikrát do měsíce
- (4) asi tak jednou za týden
- (5) několikrát týdně

68. Má vaše rodina osobní automobil nebo jiné motorové vozidlo (dodávku apod.) ?

- (1) ne
- (2) ano, jeden
- (3) ano, dva nebo více

69. Máš u vás doma samostatný pokoj jenom sám/sama pro sebe?

- (1) ano
- (2) ne

70. Kolikrát jsi během posledního roku cestoval/a společně s vaší rodinou na prázdniny (na dovolenou)? (Nepočítej víkendové pobyty na chatě nebo chalupě).

- (1) ani jednou
- (2) jednou
- (3) dvakrát
- (4) více než dvakrát

71. Má vaše rodina vlastní počítač?

- (1) ne, žádný nemáme
- (2) máme jeden
- (3) máme dva
- (4) máme víc než dva

72. Jak dobře je na tom vaše rodina? Myslíme tím, jak je bohatá.

- (1) je na tom velmi dobře (je velmi bohatá)
- (2) je na tom dost dobře (je spíše bohatá)
- (3) je tak průměrná
- (4) není na tom moc dobře (není bohatá)
- (5) není na tom vůbec dobře (není vůbec bohatá)

73. Někteří mladí lidé jdou do školy nebo večer spát hladoví, protože doma není dost jídla. Jak často se něco takového stalo tobě?

- (1) pořád
- (2) často
- (3) někdy
- (4) nikdy

Otázka pouze pro dívky

74. Máš menstruaci (měsíčky)?

- (1) ne, nezačala jsem ještě menstruovat
- (2) ano, začala jsem menstruovat ve věku _____ let

!!! Otázky 75 až 77 vyplňují jen žáci ve věku 14-16 let !!!

75. Užíval/a (bral/a) jsi někdy v životě některou z uvedených drog? V každé řádce označ jen jeden čtvereček

	nikdy	jednou nebo dvakrát	3 krát až 5 krát	6 až 9 krát	10 až 19 krát	20 až 39 krát	40 krát nebo častěji
1. Extáze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Léky ovlivňující psychiku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Čichal/a ředidla, lepidla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

76. Užíval/a (bral/a) jsi někdy některou z těchto drog během posledních 12 měsíců? V každé řádce označ jen jeden čtvereček

	nikdy	jednou nebo dvakrát	3 krát až 5 krát	6 až 9 krát	10 až 19 krát	20 až 39 krát	40 krát nebo častěji
1. Extáze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Léky ovlivňující psychiku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Čichal/a ředidla, lepidla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	1	2	3	4	5	6	7

77. Měl/a jsi už pohlavní styk?

- (1) Na tuto otázku nechci odpovídat
 (2) Ano, poprvé to bylo v |_____| letech
 (3) Ne

78. Přečti si pozorně každou otázku. Jaká odpověď tě napadne jako první? Vyber si kolečko, které nejlépe vystihuje tvoji odpověď a zakřížkuj je.

Přemýšlej o minulém týdnu...

	vůbec ne	trochu	středně	hodně	úplně
a. Cítil/a ses dobře a v dobré kondici?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Cítil/a ses plný/á energie?	nikdy <input type="radio"/>	málokdy <input type="radio"/>	středně často <input type="radio"/>	dost často <input type="radio"/>	vždy <input type="radio"/>
c. Byl/a jsi smutný/á?	nikdy <input type="radio"/>	málokdy <input type="radio"/>	středně často <input type="radio"/>	dost často <input type="radio"/>	vždy <input type="radio"/>
d. Měl/a jsi dost času pro sebe?	nikdy <input type="radio"/>	málokdy <input type="radio"/>	středně často <input type="radio"/>	dost často <input type="radio"/>	vždy <input type="radio"/>
e. Mohl/a jsi ve svém volném čase dělat to, co jsi chtěl/a?	nikdy <input type="radio"/>	málokdy <input type="radio"/>	středně často <input type="radio"/>	dost často <input type="radio"/>	vždy <input type="radio"/>
f. Jednali s tebou rodiče spravedlivě?	nikdy <input type="radio"/>	málokdy <input type="radio"/>	středně často <input type="radio"/>	dost často <input type="radio"/>	vždy <input type="radio"/>

g.	Bavil/a ses dobře s přáteli?	nikdy <input type="radio"/>	málokdy <input type="radio"/>	středně často <input type="radio"/>	dost často <input type="radio"/>	vždy <input type="radio"/>
h.	Šlo ti to ve škole dobře?	vůbec ne <input type="radio"/>	trochu <input type="radio"/>	středně <input type="radio"/>	hodně <input type="radio"/>	úplně <input type="radio"/>
i.	Byl/a jsi schopný/á dávat pozor?	nikdy <input type="radio"/>	málokdy <input type="radio"/>	středně často <input type="radio"/>	dost často <input type="radio"/>	vždy <input type="radio"/>

79. Jak bys zhodnotil/a svůj život. Označ odpověď, která nejlépe vystihuje, jak se na tebe tvrzení hodí. Zakroužkuj vždy pouze jedno číslo v každém řádku.

a. Vycházím s rodiči nebo s tím, kdo se o mě stará, dobře

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
vůbec ne naprosto

b. Těším se na budoucnost.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
vůbec ne naprosto

c. Jsem se sebou spokojen/a.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
vůbec ne naprosto

d. Těší mě život.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
vůbec ne naprosto

e. Jsem spokojený/á s tím, jak žiji.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
vůbec ne naprosto

f. Myslím, že život má smysl.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
vůbec ne naprosto

g. Ve srovnání s mými vrstevníky myslím, že můj život je...

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
mnohem horší než mají ostatní mnohem lepší než mají ostatní

Děkujeme za vyplnění dotazníku

& & &