

**Univerzita Karlova v Praze
Lékařská fakulta v Hradci Králové**



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

Eva Hlaváčková

Autoreferát disertační práce

Doktorský studijní program *Hygiena, preventivní lékařství*

Hradec Králové

2010

Disertační práce byla vypracována v rámci *kombinovaného* studia doktorského studijního programu Hygiena, preventivní lékařství na Ústavu hygieny a preventivního lékařství Lékařské fakulty UK v Hradci Králové.

Student: Mgr. Eva Hlaváčková
Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií
Pardubická krajská nemocnice, a.s., Dětské oddělení

Školitel: MUDr. Lenka Hodačová, Ph.D.
Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové,
Ústav sociálního lékařství

Školitel specialista: doc. MUDr. Jindra Šmejkalová, CSc.
Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové,
Ústav hygieny a preventivního lékařství

Oponenti: prof. MUDr. Drahoslava Hrubá, CSc.
Masarykova univerzita Brno, Lékařská fakulta,
Ústav preventivního lékařství

doc. MUDr. Veronika Benešová, CSc.
Univerzita Karlova v Praze, 2. lékařská fakulta,
Ústav veřejného zdravotnictví a preventivního lékařství

Prostor pro doplnění místa konání a termínu obhajoby (6 cm k následujícímu textu) – doplní studijní odd.

S disertační prací je možno se seznámit na děkanátu Lékařské fakulty v Hradci Králové, Univerzity Karlovy v Praze, Šimkova 870, 500 38 Hradec Králové (tel. 495 816 131).

Doc. Ing. Zdeněk Fiala, CSc.
Předseda komise pro obhajoby disertačních prací
v doktorském studijním programu Hygiena, preventivní lékařství

Obsah

Souhrn	4
Summary	5
Seznam použitých zkratk.....	7
1 Úvod do problematiky	8
2 Cíle práce	10
3 Metodika	10
4 Výsledky	12
4.1 Kvalita života.....	12
4.1.1 Hodnocení zdravotního stavu	12
4.1.2 Hodnocení pocitu štěstí	13
4.1.3 Hodnocení KŽ na sledovaných škálách.....	13
4.2 Kvalita života ve vztahu k rodině	14
4.3 Kvalita života ve vztahu ke škole	15
4.4 Kvalita života a sociální vztahy	15
4.5 Kvalita života ve vztahu ke kouření a rizikové konzumaci alkoholu	16
5 Diskuze	17
5.1 Kvalita života.....	17
5.2 Kvalita života ve vztahu k místu bydliště.....	20
5.3 Kvalita života ve vztahu k rodině	21
5.4 Kvalita života ve vztahu ke škole	22
5.5 Kvalita života a sociální vztahy	23
5.6 Kvalita života ve vztahu ke kouření a rizikové konzumaci alkoholu	23
6 Závěr	25
7 Literatura.....	26
8 Přehled publikační činnosti autora.....	31

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 subjektivně vnímanou KŽ na základě subjektivního hodnocení zdravotního stavu, pocitu štěstí a celkové KŽ 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
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)
HŠ	Huebnerova škála
KŽ	Kvalita života
NCSS 2007	Statistický program
SD	Směrodatná odchylka
ÚZIS	Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR
WHO	Světová zdravotnická organizace (World Health Organization)

1 Úvod do problematiky

Kvalita života (KŽ) je složitý, multidimenzionální koncept, který se přes svou terminologickou a metodologickou nejednotnost dostal v současnosti do popředí zájmu v mnoha vědeckých oborech. Důležitou pozici získal především v medicíně, sociologii a v psychologii. Sledování KŽ souvisí s holistickým pohledem na člověka a s komplexními koncepcemi zohledňujícími zdraví v širokých souvislostech (Balcar, 2005; Kebza, 2005; Křížová, 2005; Mareš, 2006).

KŽ je vymezována z různých pohledů. Vývoj konceptu směřuje postupně k širšímu, obecnějšímu pojetí, ale všeobecně akceptovatelný model neexistuje (Kebza, 2005; Mareš, 2006). WHO (1995) definovala KŽ jedinců jako vnímání jejich pozice v životě v kontextu kultury a hodnotového systému, v němž žijí, a ve vztahu k jejich cílům, očekáváním, zájmům a požadavkům.

Většina odborníků se shoduje, že je možné zkoumat objektivní i subjektivní KŽ ve třech základních doménách (fyzické, psychické, sociální) a že se do hodnocení KŽ promítá minulost, současnost i budoucnost jedince a jeho sociální vztahy (Křížová, 2005). Podstatnou složkou většiny konceptů KŽ je hodnocení úrovně zdraví (Drbal, Bencko, 2005). Nejčastěji je pojem KŽ vyjádřen kombinací tří navzájem se prolínajících faktorů: subjektivním vnímáním úrovně vlastního zdraví, osobní pohody a životní spokojenosti. Někteří autoři pokládají za klíčovou součást KŽ osobní pohodu (well-being) a doporučují ji standardně sledovat v různých kontextech (Křivohlavý, 2004; Kebza, 2005; Skorunka, 2006).

Well-being, termín, který WHO použila k vymezení a definování zdraví, je do češtiny překládán různými autory různě, nejčastěji jako duševní nebo 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 (well-being) 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; Blatný, 2005; Kebza, Šolcová, 2005). Vliv na vnímanou osobní pohodu mají genetické predispozice (extroverze, neuroticismus), celkový postoj k životu a vidění světa (Macek, 1999; Křivohlavý, 2004). Well-being souvisí s pozitivními vztahy k sobě i k druhým lidem, s autonomií jedince, se zvládáním nároků, pocitem kompetence, sebehodnocením, smyslem života, prožitkem naděje, štěstím a radostí (Křivohlavý, 2004; Kebza, 2005). Tyto faktory se promítají do úrovně celkové KŽ. Zdraví a KŽ ovlivňuje pozitivně především dlouhodobě vnímaná vysoká úroveň osobní pohody (Křivohlavý, 2004).

Výzkumy zabývající se KŽ ve vztahu ke zdraví jsou zaměřené především na dospělé nemocné osoby. Méně často se aplikace používá u zdravých lidí a nejméně u dětí a dospívajících (Rybářová a kol., 2006; Svatoš, Švarcová, 2006). Nárůst výsledků výzkumů a rozvoj výzkumných nástrojů zjišťujících KŽ dětí a dospívajících lze vysledovat teprve po roce 2005 (Mareš, 2008 b). Výzkumy, které se zabývají KŽ u dětí a dospívajících, jsou podobně jako výzkumy u dospělých zaměřeny především na chronicky a vážně nemocné děti (Mareš, 2007; Lee, Meuleners, Fraser, 2009).

Přehled dostupných českých a slovenských prací zaměřených na KŽ u dětí podávají Mareš, Marešová (2006). Autoři zároveň upozorňují na některé jejich nedostatky, např. terminologickou a metodologickou nejednotnost, malý zájem o pozitivní vlivy na KŽ dětí či používání nestandardizovaných výzkumných nástrojů. Zdůrazňují nutnost respektovat vývojové, osobnostní, zdravotní a sociální odlišnosti, kterými se děti a dospívající liší od dospělých. Na děti výrazněji než na dospělé působí sociokulturní a etnické faktory, dítě je více ovlivňováno rodinou a vrstevnickou skupinou.

Potřeba žít ve funkční a úplné rodině a mít v jejích členech oporu je jedním z nejdůležitějších indikátorů KŽ dětí a dospívajících (Svatoš, Švarcová, 2006; Neusar, Mareš, 2007). Blízká osoba jako zdroj sociální opory výrazně zvyšuje KŽ jedinců (Křížová, 2005). Absence intimního vztahu naopak zvyšuje vulnerabilitu osob (Janečková, 2005). Kvalita sociálních kontaktů, vnímaná sociální opora, sociální integrace do skupiny, sociální soudržnost, akceptace a sociální přínos vymezují sociální dimenzi osobní pohody a KŽ (Kebza, 2005).

Do KŽ dětí a dospívajících se výrazně promítá škola a její sociální klima (Čáp, Mareš, 2001; Mareš, Marešová, 2006; Mareš, 2008 a). Pozitivní vztah ke škole je vnímán jako jeden ze zdrojů dobrého zdraví a protektivní faktor rizikových aktivit (Currie et al., 2008). 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).

Vliv na KŽ má také místo bydliště a komunita, ve které jedinec žije. Obojí může výraznou měrou ovlivňovat životní styl, zdraví a spokojenost jedince. Je-li komunita založena na vysoké sociální integraci, blízkých vztazích, na společné historii, tradicích, kultuře, hodnotách a cílech, pozitivně ovlivňuje prosperitu celého společenství (Holčík, 2009; Keller, 2002). Předmětem mnoha diskuzí a studií je optimální velikost obcí a její vliv na KŽ obyvatel. Výzkumy neposkytují jednoznačné závěry. Z ekonomického hlediska mají větší naděje na úspěch sídla větší. 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).

KŽ úzce souvisí s životním stylem, který je považován za jednu z determinant zdraví (Kebza, 2005; Holčík, 2009; Šíma, 2009). Jeho vymezení je velmi obtížné, zahrnuje širokou škálu všech lidských aktivit. Formuje se na základě sociálních vlivů, souvisí se stupnicí hodnot a se způsoby, jak jedinec těchto hodnot dosahuje (Baštecká, Goldmann, 2001). Za hlavní dimenze životního stylu jsou považovány výživa, fyzická aktivita, vztahy, osobní pohoda, způsob zvládnání stresu a absence, nebo naopak přítomnost závislostí (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).

2 Cíle práce

Cílem disertační práce bylo:

1. **v rovině teoretické** zmapovat problematiku konceptu KŽ, popsat specifika vývojového období adolescence a rizika ve vztahu ke zdraví, zaměřit se na nejpodstatnější faktory, které ovlivňují zdraví a KŽ dětí;
2. **v rovině empirické** sledovat specifické ukazatele KŽ a životního stylu u reprezentativního vzorku českých dětí ve věku 11, 13 a 15 let v rámci mezinárodní studie 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).

3 Metodika

Data byla získána v rámci mezinárodní studie HBSC prostřednictvím dotazníku. Sběr dat byl proveden v souladu s kritérii stanovenými WHO unifikovaným postupem (jednotná instrukce pro žáky, stejný způsob administrace ve třídě, odevzdávání vyplněných dotazníků v neoznačených obálkách). Byl realizován v květnu 2006 na 86 náhodně vybraných základních školách a víceletých gymnáziích ČR, po získání souhlasu ředitelů škol. Žáci vyplňovali dotazníky během jedné vyučovací

hodiny za přítomnosti zaškolených osob, schopných podat dětem doplňující vysvětlení. Rodiče dětí byli o výzkumu písemně předem informováni. Podmínkou pro zařazení žáků do studie bylo neodevzdání negativního vyjádření rodičů. Cílovou populací pro výzkum byl reprezentativní vzorek českých dětí ve věku 11, 13 a 15 let, celkem 4782 dětí. Anonymní dotazník obsahoval 79 položek rozdělených do několika domén: stravovací zvyklosti, fyzická aktivita, návykové chování, rodina, psychosociální adaptace, duševní zdraví, psychosomatické obtíže, úrazy, škola a KŽ.

Subjektivní vnímání KŽ jsme posuzovali na základě šesti položek:

- **subjektivního hodnocení zdravotního stavu** (*Co soudíš o svém zdravotním stavu?* Odpovědi: *je vynikající, dobrý, ne moc dobrý, špatný*);
- **pocitu štěstí** (*Jaký máš v současnosti pocit ze svého života?* Odpovědi: *cítím se velmi šťastný, celkem šťastný, ne moc šťastný, necítím se vůbec šťastný*);
- **Huebnerovy škály** (HŠ) 6 - podotázek (*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.* Odpovědi: *nikdy, zřídka, často, vždy*; rozmezí hodnot: 6 – 24, vyšší skóre znamenalo vyšší spokojenost se životem (Huebner, 1991);
- **Cantrilova indexu** (CI) - hodnocení života na škále (žebříku) s rozmezím hodnot 0 – 10 (0 znamená nejhorší možný život, 10 nejlepší život, jaký si děti dovedou představit, hodnoty 6 a více znamenají vysokou životní spokojenost) (Currie et al., 2008, Cantril, 1965);
- standardizovaného dotazníku **Kidscreen-10 Index** (The Kidscreen Group Europe, 2006) - 10 podotázek hodnocených pětibodovou škálou (*Cítíš se dobře a v dobré kondici? Cítíš se plný energie? Byl jsi smutný? Měl jsi dost času pro sebe? Mohl jsi ve svém volném čase dělat to, co jsi chtěl? Šlo ti to ve škole dobře? Byl jsi schopný dávat pozor? Jednali s tebou rodiče spravedlivě? Bavit se dobře s přáteli? Cítíš se někdy osamělý?*); rozmezí hodnot: 10 – 50, vyšší hodnoty znamenají vyšší KŽ;
- položky **Životní spokojenost** sestavené ze sedmi tvrzení (*Vycházím s rodiči nebo s tím, kdo se o mě stará dobře. Jsem se sebou spokojen; Jsem spokojený s tím, jak žiji; Těší mě život; Ve srovnání s mými vrstevníky myslím, že můj život je... Těším se na budoucnost. Myslím, že život má smysl.*) – hodnocení pomocí desetibodové škály, rozmezí hodnot: 0 – 70, vyšší hodnoty znamenají vyšší KŽ.

Kombinace uvedených proměnných nám umožnila postihnout KŽ života v dimenzi fyzické, duševní, sociální i duchovní. KŽ jsme dále posuzovali ve vztahu k vybraným indikátorům z úrovně rodinného

mikrosystému (formální struktura rodiny, množství společně stráveného času), rodinného mezosystému (postoje dětí ke škole a k učitelům, míra pocíťovaných nároků na školní výkon, sociální vztahy), rodinného makrosystému (místo bydliště – velké město, malé město, vesnice) a z oblasti rizikového chování (kouření, pití alkoholu).

Získané výsledky jsme analyzovali na základě následujících výzkumných otázek:

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

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).

4 Výsledky

4.1 Kvalita života

4.1.1 Hodnocení zdravotního stavu

Svůj zdravotní stav jako vynikající nebo dobrý hodnotilo 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). Zjistili jsme statisticky významnou souvislost ($p < 0,001$) mezi subjektivním hodnocením zdravotního stavu a pohlavím dětí. Výrazně nižší procento dívek ve všech věkových kategoriích označilo svůj zdravotní stav jako vynikající. 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. Nejistili jsme ani statisticky významné vztahy mezi subjektivním hodnocením zdravotního stavu a místem bydliště.

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.

4.1.2 Hodnocení pocitu štěstí

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 zjistili 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. Nejšťastnější ze sledovaných věkových kategorií byly jedenáctileté děti. 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 %). Neprokázali jsme statisticky významnou souvislost mezi hodnocením pocitu štěstí a místem bydliště.

4.1.3 Hodnocení KŽ na sledovaných škálách

Průměrné hodnoty na sledovaných škálách KŽ dosahovaly více než dvou třetin možného maxima. Přehled průměrných hodnot na škálách CI, HŠ, Kidscreen-10 Index a Životní spokojenost u celého sledovaného souboru i v kategoriích podle pohlaví a věku uvádíme v Tab. 1.

Tab. 1 Průměrné hodnoty škál KŽ

	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

Z tabulky 1 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 KŽ, pohlavím, věkem a místem bydliště dětí jsme získané hodnoty jednotlivých oblastí KŽ 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 zjistili statisticky významnou souvislost ($p < 0,001$) mezi všemi sledovanými proměnnými (CI, HŠ, Kidscreen-10 Index, Životní spokojenost), věkem a pohlavím dětí.

Korelační analýza (Pearson) ukázala těsnou souvislost mezi jednotlivými škálami KŽ, 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 $p < 0,001$.

4.2 Kvalita života ve vztahu k rodině

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. Více než 60 % dětí uvedlo, že s rodiči tráví málo času. V naší práci jsme zjistili statisticky významnou souvislost mezi vybranými aspekty KŽ, 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 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.

Míra společně stráveného času byla v naší studii významnějším kritériem ve vztahu ke KŽ než formální struktura rodiny. Děti z rodin, které tráví hodně volného času společně, uváděly vyšší KŽ 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.

4.3 Kvalita života ve vztahu ke škole

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

Adaptace na školu a míra pocíťovaných nároků v naší studii významně souvisela se subjektivně vnímanou KŽ dětí. Děti špatně adaptované a děti pocíťující vysoké nároky ze strany rodičů a učitelů udávaly častěji na HŠ hodnoty nižší než 13,1 a na CI hodnoty nižší než 5,2. (Průměrná hodnota HŠ u celého souboru byla 16,6 a průměrná hodnota CI 7,3.) Dvakrát více dětí, kterým se ve škole nelíbilo a které hodnotily učitele záporně, označilo svůj zdravotní stav jako 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 pocíť štěstí. Až čtyřikrát více špatně adaptovaných dětí uvedlo, že nejsou šťastné.

Vyšší procento dětí pocíťujících vysoké nároky rodičů a učitelů hodnotilo svůj zdravotní stav jako ne moc dobrý a špatný. 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 HŠ a CI. Nejvýraznější rozdíl mezi oběma posuzovanými skupinami byl ve vnímání pocíť štěstí. Téměř 3x více dětí pocíťujících vysoké nároky uvedlo, že se cítí nešťastně ve srovnání se skupinou respondentů, kteří hodnotili nároky rodičů a učitelů jako přiměřené.

4.4 Kvalita života a sociální vztahy

Chlapci hodnotili vztahy v rodině 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. 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. Statisticky významně častěji uváděly problémy ve vztazích dívky.

Výsledky potvrdily, že problémy ve vztazích jsou významným faktorem, který ovlivňuje KŽ dospívajících. Svůj zdravotní stav jako ne moc dobrý nebo špatný označilo 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 špatný. Ještě výraznější

rozdíly mezi sledovanými skupinami byly 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.

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 statisticky významně souvisí 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 dětí s problémy ve vztazích 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.

Děti s problémy ve vztazích uváděly 4x častěji dolní interval na HŠ než děti, které problémy ve vztazích neudávaly. Jen 1,2 % dětí s problematickými vztahy uvedlo na HŠ hodnoty v horním indexu. Bylo to 10x méně než ve skupině *ostatní*. Rozdíly mezi oběma sledovanými skupinami byly statisticky významné.

4.5 Kvalita života ve vztahu ke kouření a rizikové konzumaci alkoholu

V průměru 11 % dětí uvedlo, že kouří každý den nebo nejméně jednou týdně, 89 % dětí odpovědělo, že nekouří, nebo kouří méně často než jedenkrát týdně. V kategorii patnáctiletých bylo procento dospívajících, kteří uvedli, že kouří nejméně jedenkrát týdně, oproti průměru dvojnásobné (22 %). V této kategorii byla zároveň ve studii HBSC zjišťována riziková konzumace alkoholu (tj. konzumace více než 5 sklenic alkoholu při jedné příležitosti třikrát, čtyřikrát nebo častěji za poslední měsíc), kterou přiznalo 16 % patnáctiletých. Analýzu souvislostí mezi rizikovou konzumací alkoholu, kouřením cigaret a KŽ jsme vzhledem k výše uvedeným skutečnostem prováděli pouze v kategorii patnáctiletých.

Byly zjištěny statisticky významné vztahy, a to především ve vztahu ke kouření. Dospívající, kteří uvedli, že kouří denně nebo alespoň jedenkrát týdně, měli nižší KŽ 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. 83,5 % dětí, které uvedly, že nekouří, nebo kouří méně než jedenkrát týdně, se cítilo velmi šťastně nebo celkem šťastně. V kategorii kuřáků se takto cítilo jen 75,5 % dotázaných. Dospívající z kategorie kuřáků častěji uváděli dolní indexy na sledovaných škálách CI a HŠ.

Vztahy mezi nadměrným pitím alkoholu a sledovanými indikátory KŽ nebyly statisticky významné, s výjimkou škály CI. O 10 % méně dětí ze skupiny, která alkohol nepila, nebo ho pila v omezené míře, uvádělo na CI hodnoty v dolním intervalu ve srovnání se skupinou dětí, které uvedly, že za poslední měsíc nejméně třikrát konzumovaly nadměrné množství alkoholu.

5 Diskuze

5.1 Kvalita života

Většina českých dětí vykazovala na sledovaných škálách KŽ (CI, HŠ, Kidscreen-10 index a 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 KŽ.

Řada studií (Valášková, Ježek, 2002; Currie et al., 2004; Csémy a kol., 2005; Currie et al., 2008; Michel, Bisegger, Fuhr, Abel, 2009) ukazuje, že KŽ 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 KŽ nižších průměrných hodnot.

Ve většině ze 41 zemí zapojených do studie HBSC v roce 2006 byly výsledky podobné. Na CI, pomocí kterého byla ve studii hodnocena životní spokojenost, uváděli chlapci vyšší hodnoty než dívky (Currie et al., 2008). Většina dětí ze sledovaných zemí v rámci studie HBSC uváděla v roce 2006 na CI 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 CI umístila mezi 41 zeměmi až na 39. místě (Currie et al., 2008).

Srovnáme-li naše výsledky s výsledky studie z roku 2002, sledujeme rozdíly v hodnocení životní spokojenosti na HŠ a CI. České děti v naší studii uváděly na HŠ 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 CI od roku 2002 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 HŠ podrobněji, pomocí šesti podotázek zjišťuje pocity spokojenosti se životem a chodem věcí v něm, kdežto CI 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 KŽ 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 ve větší míře 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). Nespokojenost s tělem se zvyšuje kolem 13. roku. Dospívající, kteří jsou se svým vzhledem spokojeni, mívají i vyšší KŽ (Csémy a kol., 2005). Tělesné změny u dívek jsou nápadnější než u chlapců a dívkami samotnými jsou často vnímány jako omezující. Dívky považují vzhled jednotlivých tělesných partií za důležitější než chlapci a jsou s tělesným vzhledem méně spokojené (Valášková, Ježek, 2002; Polášková, Masopustová, Ježek, 2008).

Důvodem horší subjektivně vnímané KŽ u dívek může 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, 2005). 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 KŽ dospívajících upozornila i studie Škody, Doulíka, Hajerové-Müllerové (2008). Autoři poukázali na skutečnost, že vyšší KŽ 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, Doulák, Hajerová-Müllerová, 2008).

Subjektivně vnímaný zdravotní stav je nejčastěji zjišťovaným indikátorem KŽ 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 hodnotí 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).

Při zaměření pozornosti na jednotlivé konkrétní zdravotní obtíže jsme zjistili, že si děti více stěžují na obtíže psychické než somatické. Nejčastěji si stěžovaly na únavu a vyčerpání. Nejvíce tyto obtíže trápily respondenty z nejmladší věkové kategorie a naopak nejméně děti patnáctileté. Podobně tomu bylo i u většiny ostatních psychických obtíží - podrážděnosti, špatné nálady, 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 vnějšmu 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 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 s obezitou. Na každodenní bolesti hlavy si stěžovalo téměř dvakrát více dívek než chlapců.

Ve srovnání s výsledky studie z roku 2002 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.

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 zjistili statisticky významné vztahy mezi zdravotním stavem, mírou psychosomatických obtíží, vnímaným pocitem štěstí a spokojeností se životem na HŠ a CI. Děti, které uvedly horší zdravotní stav a vyšší míru subjektivních obtíží, uváděly také častěji dolní indexy na HŠ a CI a cítily se méně šťastné. 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 health-related quality of life u téměř pěti tisíc 13 – 18letých adolescentů (Zullig, Valois, Huebner, Drane, 2005).

5.2 Kvalita života ve vztahu k místu bydliště

Zajímavé je zjištění, že KŽ dětí nezávisí na místě bydliště. Domnívali jsme se, že vyšší KŽ 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 KŽ 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; Petrušek, 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).

Důležitější než velikost sídel je pro KŽ 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 (Petrušek, 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 k společným setkáním, tradice a rituály, možnosti trávení volného času, vzdálenost do přírody nebo přítomnost zahrady v okolí domu.

5.3 Kvalita života ve vztahu k rodině

V naší práci jsme zjistili statisticky významnou souvislost mezi vybranými aspekty KŽ, 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 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.

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 počet rozvodů poklesl, 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, 2007). 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.

Formální struktura rodiny však bezprostředně souvisí s dalšími faktory, které ovlivňují zdravý vývoj dětí. I v úplné rodině může vysoká vytiženost rodičů v zaměstnání, nedostatek času na děti, převažující pasivní trávení volného času u počítače a televize snižovat u dětí spokojenost se životem. Důležitou 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).

Míra společně stráveného času byla v naší studii významnějším kritériem ve vztahu ke KŽ než formální struktura rodiny. Děti z rodin, které tráví hodně volného času společně, uváděly vyšší KŽ na vybraných škálách. O to závažnější je zjištění, že většina respondentů uvedla, že s rodiči tráví málo času.

5.4 Kvalita života ve vztahu ke škole

Se subjektivně vnímanou KŽ dětí v naší studii významně souvisela také adaptace na školu a míra pocíťovaných nároků. Děti špatně adaptované a děti pocíťující vysoké nároky ze strany rodičů a učitelů udávaly častěji nižší KŽ. Vyšší procento dětí pocíťujících vysoké nároky hodnotilo svůj zdravotní stav jako ne moc dobrý a špatný. 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 KŽ s rostoucím věkem v období časně adolescence.

Až čtyřikrát více na školu špatně adaptovaných dětí uvedlo, že nejsou šťastné. Je to výrazně více, než udávaly děti v roce 2002. Pozitivní ve srovnání s posledními výsledky studie HBSC je nižší procento dobře adaptovaných dětí, které se cítí nešťastné (Csémy a kol., 2005).

Kladný 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. 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) (Currie et al., 2008). 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

děti, které mají velmi rády školu, zvýšil o 3 až 5 % (Currie et al., 2000; Currie et al., 2004; Currie et al., 2008).

5.5 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 KŽ (Kebza, 2005).

Naše výsledky potvrdily, že problémy ve vztazích jsou významným faktorem, který ovlivňuje KŽ dospívajících. 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).

Vnímání štěstí u sociálně exkludovaných dětí statisticky významně souviselo s množstvím společně stráveného volného času v rodině a 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 transcendentnem (něčím, co člověka přesahuje), s vyrovnaností a moudrostí. Spiritualita je důležitým zdrojem při zvládnání těžkých životních situací a oblastí, která významně ovlivňuje KŽ jedince (Křivohlavý, 2002; Balcar, 2005; Hodačová, 2008).

5.6 Kvalita života ve vztahu ke kouření a rizikové konzumaci alkoholu

V naší práci jsme se zaměřili na kouření 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).

Zjistili jsme statisticky významné vztahy mezi KŽ a kouřením. Dospívající, kteří uvedli, že kouří denně nebo alespoň jedenkrát týdně, měli nižší KŽ na všech sledovaných škálách. Vztahy mezi rizikovou konzumací alkoholu a sledovanými indikátory KŽ nebyly statisticky významné, s výjimkou škály CI. 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).

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).

Tolerance ke kouření cigaret a pití alkoholu je i přes obecně známá rizika v ČR vysoká. 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 je státem málo 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 jejich profese. 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 účinně 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 ošetrovatelství se zaměřením na veřejné zdraví, tzv. Public Health Nurse. Jedná se o sestru, která pracuje v primární sféře, je zaměřena na prevenci nemocí, podporu a ochranu zdraví v široké populaci a prioritně se orientuje na vysoce rizikové skupiny osob. (Manitoba Health, 1998).

6 Závěr

Na základě získaných výsledků můžeme konstatovat, že průměrná KŽ reprezentativního vzorku českých dětí je vysoká. Na sledovaných škálách KŽ uváděla většina dětí hodnoty vyšší než dvě třetiny možného maxima a více než 80 % dětí se cítilo šťastných (velmi nebo celkem). 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, 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 s pozitivním vztahem ke škole, 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 také 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.

KŽ a behaviorální aspekty životního stylu u dětí a dospívajících je důležité i nadále sledovat a hodnotit, neboť bezprostředně souvisí se zdravím. Výsledky výzkumů sledujících KŽ 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.

7 Literatura

1. ADÁMKOVÁ, T.; VONDRÁČKOVÁ, P.; VACEK, J. Užívání alkoholu u vysokoškolských studentů. *Adiktologie* 2009, r. 9, č. 2, s. 96-103. ISSN 1213-3841.
2. 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.
3. ANTARAMIAN, S. P.; HUEBNER, E. S.; VALOIS, R. F. Adolescent Life Satisfaction. *Applied Psychology: An International Review*, 2008, 57, pp. 112-126. Doi: 10.1111új. 1464-0597.2008.00357.x.
4. BALCAR, K. Životný 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.
5. BAŠTECKÁ, B., GOLDMAN, P. *Základy klinické psychologie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-550-4.
6. BLAHUTKOVÁ, M.; CHARVÁT, M. Stress in School. In.: Řehulka, E. et al. *School and Health 21, 2009. Topical Issues in Health Education*. Brno : Masarykova univerzita, 2009. s. 69 – 74. ISBN 978-80-210-4930-7.
7. 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.
8. CANTRIL, H. The pattern of human concern. New Brunswick, NJ, Rutgers University Press, 1965.
9. 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.
10. 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_espac_2007_v_ceske_republice
11. CURRIE, C. et al. *Health and Health Behavior among Young People. Health Behaviour in School-aged Children study (HBSC) International Report*. Copenhagen : WHO, 2000.
12. 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.

13. 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.
14. ČÁP, J.; MAREŠ, J. *Psychologie pro učitele*. 1. vyd. Praha : Portál, 2001. ISBN 80-7178-463-X.
15. 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)
16. 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.
17. 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.
18. FRÖJD, S.; KALTIALA-HEINO, R.; RIMPELÄ, M. The Association 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.
19. GIDDENS, A. *Sociologie*. 1. vyd. Praha : Argo, 1999. ISBN 80-7203-124-4.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. 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.
24. 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.
25. HUEBNER, E. S. Initial development of the student life satisfaction scale. *School psychology International* 1991, 12, pp. 231-240.
26. 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.
27. 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.

28. 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.
29. KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd., Praha : Academia, 2005. ISBN 80-2001307-5.
30. 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.
31. KELLER, J. *Úvod do sociologie*. 4. vyd., Praha : Slon, 2002. ISBN 80-85850-25-7.
32. 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.
33. 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.
34. KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie*. 1. vyd. Praha : Portál, 2004. ISBN 80-7178-835-X.
35. KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie smysluplnosti existence*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1370-5.
36. KŘÍŽ, J. a kol. *Zdravotní stav populace. Jak jsme na tom se zdravím?* 1. vyd. Praha : Státní zdravotní ústav, 2004.
37. 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.
38. 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.
39. MACEK, P. *Adolescence. Psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. 1. vyd. Praha : Portál, 1999. ISBN 80-7178-348-X.
40. 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>
41. 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.
42. 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)
43. 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)

44. 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)
45. 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. (b)
46. 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.
47. MATĚJČEK, Z. *Výbor z díla*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1056-6.
48. 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.
49. MOŽNÝ, I. *Rodina a společnost*. 2. vyd. Praha : Sociologické nakladatelství, 2008. ISBN 978-80-86429-87-8.
50. 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.
51. PETRUSEK, M. *Základy sociologie*. 1. vyd. Praha : Akademie veřejné správy o.p.s., 2009. ISBN 978-80-87207-02-4.
52. 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.
53. 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.
54. 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.
55. SOVINOVÁ, H.; CSÉMY, L. a kol. *Kouření cigaret a pití alkoholu v České republice*. 1. vyd. Praha : SZÚ, 2003. ISBN 80-7071-230-9.
56. 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.
57. 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.

58. 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.
59. 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
60. ÚZIS. *Zdravotnická ročenka České republiky*. Praha : ÚZIS ČR, 2007. ISSN 1210-9991. ISBN 978-80-7280-783-3.
61. VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8.
62. 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.
63. 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.
64. 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.
65. 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.
66. 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 Přehled publikační činnosti autora

Původní články

1. HLAVÁČKOVÁ E., HODAČOVÁ L., CSÉMY L., ŠMEJKALOVÁ J., ČERMÁKOVÁ E. Životní spokojenost českých dětí jako významný koncept ovlivňující zdraví. *Kontakt 2009*, vol. XI, s. 149 - 155. ISSN 1212-4117.
2. HLAVÁČKOVÁ E., HODAČOVÁ L., CSÉMY L., ŠMEJKALOVÁ J., ČERMÁKOVÁ E. Zdraví a zdravotní obtíže českých dětí. *Praktický lékař 2009*, roč. 89, č. 5, s. 252 – 255. ISSN 0032-6739.
3. HLAVÁČKOVÁ E., HODAČOVÁ L., CSÉMY L., ŠMEJKALOVÁ J., ČERMÁKOVÁ E. Kvalita života českých dětí. *Československá psychologie* – přijato k tisku (IF = 0,101)
4. HODAČOVÁ L., ŠMEJKALOVÁ J., ČERMÁKOVÁ E., SLEZÁK R., JACOB V., HLAVÁČKOVÁ E. Oral Health-Related Quality of Life in Czech Population. *Central European Journal of Public Health.*, č. 2 (přijato k tisku).

Statě v recenzovaných sbornících in extenso

1. HLAVÁČKOVÁ, E., BENDO VÁ, M. Komplexní přístup k bolesti u operovaných dětí na Dětském oddělení Krajské nemocnice Pardubice. In: Tóthová, V., Mojžíšová, A. (Eds.) *Nové trendy v ošetrovatelství III*. 1. vyd. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2004. s. 146 – 150. ISBN 80-7040-791-3.
2. HLAVÁČKOVÁ, E. Úloha sestry v prevenci a léčbě poruch příjmu potravy. In: Tóthová a kol. (Eds.) *Nové trendy v ošetrovatelství IV*. 1. vyd. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2005. s. 140–145. ISBN 80-7040-791-3.
3. ŠKVRŇÁKOVÁ, J., HLAVÁČKOVÁ, E. Studentská vědecká konference jako významný prvek bakalářského studia ošetrovatelství. In: Tóthová a kol. (Eds.) *Nové trendy v ošetrovatelství IV*. 1. vyd. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2005. s. 434 – 440. ISBN 80-7040-791-3.
4. HLAVÁČKOVÁ, E., ŠKVRŇÁKOVÁ, J. Mezinárodní mobility studentů a jejich význam pro ošetrovatelství. In: Tóthová a kol. (Eds.) *Nové trendy v ošetrovatelství V*. 1. vyd. České Budějovice : Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, 2006. s. 121–124. ISBN 80-7040-884-7.
5. HLAVÁČKOVÁ, E., HODAČOVÁ, L. Zdraví dětí v kontextu mezinárodní studie „Health Behaviour in School-Aged Children“. In: Čáp, J., Žiaková, K. (Eds.) *Ošetrovatel'stvo – teória, výskum a vzdelávanie*. 1. vyd. Martin : Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta Martin, 2007. s. 141–145. ISBN 978-80-88866-43-5.

6. ŠKVRŇÁKOVÁ, J., HLAVÁČKOVÁ, E., PELLANT, A. Ovlivňuje uspokojování psychických a sociálních potřeb kvalitu života u trvalých nosičů tracheostomické kanyly? In: Čáp, J., Žiaková, K. (Eds.) *Ošetrovatel'stvo – teória, výskum a vzdelávanie*. 1. vyd. Martin : Univerzita Komenského Bratislava, Jesseniova lekárska fakulta Martin, 2007. s. 486–489. ISBN 978-80-88866-43-5.
7. HODAČOVÁ L., HLAVÁČKOVÁ E., ČERMÁKOVÁ E., CSÉMY L., ŠMEJKALOVÁ J. Sledování kvality života českých dětí v rámci mezinárodní studie HBSC. In: Krejčí (Ed.). *Health Education and Quality of Life*. České Budějovice : University of South Bohemia, 2007. CD, strany neuváděny. ISBN 978-80-7040-993-0.
8. HODAČOVÁ L., HLAVÁČKOVÁ E., ČERMÁKOVÁ E., CSÉMY L., ŠMEJKALOVÁ J. Sledování životní spokojenosti u českých dětí. In: Szárazová, M.; Kavcová, E. (Eds.) *Podpora zdravia, prevencia a hygiena v teórii a praxi*. Martin : Beriss, 2008. s. 380–384. ISBN 978-80-88866-58-9.
9. HLAVÁČKOVÁ E., HODAČOVÁ L., CSÉMY L., ČERMÁKOVÁ E., ŠMEJKALOVÁ J. The School Environment and Selected Aspects of Quality of Life in Czech Children. In: Řehulka, E. et al. (Eds.) *School and Health 21. Genaral Issues in Health Education*. Brno : Masarykova univerzita, 2009. ISBN 978-80-210-4929-1.

Přednáška se zveřejněným krátkým abstraktem ve sborníku nebo bez abstraktu

1. HLAVÁČKOVÁ, E. Komplexní přístup k bolesti u operovaných dětí na Dětském oddělení Krajské nemocnice Pardubice. *Odborná konference „III. jihočeské ošetrovatelské dny“*, České Budějovice, 23.–24. 9. 2004.
2. HLAVÁČKOVÁ, E., ŠKVRŇÁKOVÁ, J. Význam a podmínky registrace sester. *Odborná konference pediatrických sester*. Pardubice, 17. 9. 2005.
3. HLAVÁČKOVÁ, E. Společenská prestiž sesterské profese. *Odborná konference „Ošetrovatelství v roce 2005“*. Praha, 9. 11. 2005.
4. HLAVÁČKOVÁ, E., HODAČOVÁ, L. Kvalita života a zdraví českých dětí. *Odborná konference II. Pardubické ošetrovatelské dny a II. Celostátní studentská vědecká konference bakalářských studijních programů Ošetrovatelství a Specializace ve zdravotnictví*. Pardubice, 13.–14. 4. 2007.
5. HLAVÁČKOVÁ E., HODAČOVÁ L., ŠMEJKALOVÁ J., CSÉMY L. Životní styl a kvalita života českých dětí ve městě a na vesnici. *Celostátní konference Lišutínovy dny*. Hradec Králové 14. 6. 2007. Poster. Abstrakt publikován v časopise *Hygiena*, 2007, roč. 52, č. 3, s. 92. ISSN 1802-6281.
6. MANDYSOVÁ, P., HLAVÁČKOVÁ, E. Promoting Evidence-Based Nursing Care in the Czech Republic. *Mezinárodní konference Efektivita, kvalita a spokojenost klientů ve zdravotnictví a sociální péči „ICEQ 2008“*, Praha 19. 3. 2008.
7. HLAVÁČKOVÁ, E., HODAČOVÁ, L., CSÉMY, L., ČERMÁKOVÁ E., ŠMEJKALOVÁ J. Škola a vybrané aspekty kvality života českých dětí. *Konference „Škola a zdraví 21“*. MU Brno, 25.–27. 8. 2008.

8. MANDYSOVÁ, P., HLAVÁČKOVÁ, E., EHLER, E. Research utilization in the Czech Republic: promoting the development of fall-prevention programs. *Mezinárodní konference WENR*, Vídeň, 2.–5. září, 2008. Abstractbook The 13th Research Conference of the Workgroup of European Nurse Researches ISBN 978-3-200-01265-3.
9. HLAVÁČKOVÁ, E., HODAČOVÁ, L., CSÉMY, L., ŠMEJKALOVÁ J. Životní spokojenost českých dětí jako významný koncept ovlivňující zdraví. *Konference „Solidarita pro zdraví v evropském regionu“*. České Budějovice, 11.–12. 9. 2008.
10. HLAVÁČKOVÁ, E. Sesterská dokumentace výživy u dětí. *Odborná konference „Péče sestry o dětského pacienta“*. Pardubice, 6. 2. 2009.
11. MANDYSOVÁ, P., HLAVÁČKOVÁ, E., JEDLINSKÁ, M. Týmový projekt pro podporu manažerských schopností. *Odborná konference „Pracovní den Marty Staňkové“*. 26. 3. 2009.
12. MANDYSOVÁ, P., HLAVÁČKOVÁ, E. Translating Foreign-developed Instruments to Guide Nursing Practice in the Czech Republic: Do They Encourage Evidence-based Nursing? *Odborná konference „Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve a v pôrodnej asistencii“*. Martin, 20.–21. 5. 2009.
13. HLAVÁČKOVÁ, E. Psychosomatické obtíže českých dětí. *Krajský ORL seminář*, Jablonné nad Orlicí, 29.–30. 5. 2009.

Další publikace

1. HLAVÁČKOVÁ, E., BENDOVIÁ, M. Zvládání pooperační bolesti u dětí. *Sestra*, 2004, roč. 14, č. 10, s. 8–9. ISBN 1210-0404.
2. PELLANT, A., MORAVCOVÁ, M., HLAVÁČKOVÁ, E. Umíme spojit teorii s praxí? *Sestra* 2005, roč. 15, č. 7–8, str. 57. ISBN 1210-0404.
3. MANDYSOVÁ, P., HLAVÁČKOVÁ, E., EHLER, E. Fyzikální vyšetření pro sestry: Glasgow coma scale. *Profese* 2008, roč. III, č. 2, s. 4–5. ISSN 1802-2081.
4. MANDYSOVÁ, P., HLAVÁČKOVÁ, E. Ošetrovatelství založené na důkazech – zahraniční databáze. *Sestra* 2009, roč. 19, č. 3, str. 19–20. ISSN 1210-0404.
5. MANDYSOVÁ, P., HLAVÁČKOVÁ, E. Základní vyšetření pacienta s edémem. *Diagnóza v ošetrovatelství* 2009, roč. 5, č. 7, s. 6–9. ISSN 1801-1349.