

# Zdraví a životní styl *děť a školáků*

Michal Kalman, Jana Vašíčková (eds.)

HBSC – ČESKÁ REPUBLIKA – 2013

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI

Zdraví a životní styl  
*děti a školáků*

---

Michal Kalman, Jana Vašíčková (eds.)

1. vydání

Eds © Michal Kalman, Jana Vašíčková, 2013

© Univerzita Palackého v Olomouci, 2013

Neoprávněné užití tohoto díla je porušením autorských práv a může zakládat občanskoprávní, správněprávní, popř. trestněprávní odpovědnost.

ISBN 978-80-244-3409-4



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Tato publikace vznikla v rámci projektu  
„Tvorba národní sítě podpory pohybové aktivity“ CZ.1.07/2.4.00/17.0013  
ve spolupráci s partnerem Platforma pro aplikace, výzkum a inovace.

## EDITOŘI

- Michal Kalman
- Jana Vašíčková

## AUTORSKÝ KOLEKTIV

- Ladislav Csémy
- Eva Čermáková
- Zdeněk Hamřík
- Eva Hlaváčková
- Lenka Hodačová
- Michal Kalman
- Vladimír Kebza
- Věra Kernová
- František David Krch
- Jan Pavelka
- Hana Provazníková
- Jarmila Rážová
- Hana Sovinová
- Jana Vašíčková
- Petr Weiss

## RECENZENTI

- doc. Ing. Mgr. Peter Tavel, Ph.D.
- doc. Mgr. Erik Sigmund, Ph.D.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

- HBSC
- Podpora pohybové aktivity
- Zdravotní determinanty
- BMI
- Veřejné zdraví
- Rodina a vrstevníci
- Škola a školní adaptace
- Sociální kapitál
- Kvalita života
- Životní spokojenost
- Výživa
- Rizikové chování – alkohol, tabák, drogy
- Sexuální chování
- Úrazy a násilí
- Volnočasové aktivity

## **JAZYKOVÁ KOREKTURA**

Mgr. Dagmar Mertová

## **SAZBA A GRAFICKÁ ÚPRAVA**











NatureDesign, Mgr. Petra Bílková

## **WEBOVÉ STRÁNKY PUBLIKACE**

[www.hbsc.upol.cz](http://www.hbsc.upol.cz)



## OBSAH

	Seznam tabulek	9		
	Seznam grafů	13		
	Úvodní slovo	15		
	1. Východiska studie, cíle, metody	17		
	1.1 Úvod	18		
	1.2 Rámcové cíle projektu	19		
	1.3 Metody a soubory	19		
	2. Dítě a jeho sociální prostředí	21		
	2.1 Úvod	23		
	2.2 Rodina	23		
	2.3 Vrstevníci	26		
	2.4 Škola a školní adaptace	29		
	2.5 Diskuze a závěry	32		
	3. Sociální kapitál	35		
	3.1 Úvod a metodologie	37		
	3.2 Deskriptivní analýza proměnných vztahujících se k sociálnímu kapitálu	39		
	3.3 Korelační analýza proměnných vztahujících se k sociálnímu kapitálu	42		
	3.4 Diskuze a závěry	45		
	4. Životní spokojenost a její determinanty	47		
	4.1 Úvod a metodologie	49		
	4.2 Životní spokojenost na sledovaných škálách	50		
	4.3 Životní spokojenost ve vztahu ke zdraví	52		
	4.4 Celkové zdraví	53		
	4.5 Psychosomatické obtíže	54		
	4.6 Životní spokojenost ve vztahu k rodině	56		
	4.7 Životní spokojenost ve vztahu ke škole	59		
	4.8 Diskuze	61		
	4.9 Závěry	65		
	5. Pohybová aktivita a volný čas	67		
	5.1 Úvod a metodologie	69		
	5.2 Pravidelná pohybová aktivita	70		
	5.3 Tělesná výchova	71		
	5.4 Cesta do školy a zpět	72		
	5.5 Volný čas rodin sledovaných dětí	75		
	5.6 Způsob trávení volného času	77		
	5.7 Sedavé chování ve volném čase	80		
	5.8 Diskuze a závěry	83		
	6. Tělesná hmotnost, stravovací a pohybové zvyklosti, tělesná spokojenost, dietní tendence	87		
	6.1 Úvod a metodologie	89		
	6.2 Tělesná hmotnost	89		
	6.3 Stravovací zvyklosti	92		
	6.4 Pohybová aktivita a tělesná hmotnost	94		
	6.5 Spokojenost s postavou	97		
	7. Výživa – spotřeba potravin a stravovací zvyklosti českých dětí	99		
	7.1 Úvod	102		
	7.2 Metodologie	102		
	7.3 Spotřeba nápojů s vysokým obsahem cukru	103		





7.4	Spotřeba sladkostí	105
7.5	Spotřeba ovoce a zeleniny	106
7.6	Spotřeba masa	110
7.7	Spotřeba mléka a mléčných výrobků	111
7.8	Spotřeba nízkotučných výrobků	112
7.9	Stravovací zvyklosti	114
7.10	Životní styl rodiny – stravovací zvyklosti, aktivity ve volném čase	120
7.11	Diskuze a závěry	120
8.	Kouření cigaret, pití alkoholi- ckých nápojů a užívání marihuany mezi českými dětmi školního věku	123
8.1	Úvod a metodologie	125
8.2	Kouření cigaret	125
8.3	Pití alkoholických nápojů	129

8.4	Ovlivnění alkoholem, opilost	132
8.5	Užívání marihuany	133
8.6	Diskuze a závěry	134
9.	Koitační debut	137
9.1	Úvod a metodologie	139
9.2	První soulož	139
9.3	Diskuze a závěry	141
10.	Úrazovost	143
10.1	Úvod a metodologie	145
10.2	Úrazy a organizovaná sportovní činnost	151
10.3	Úrazy a struktura rodiny	152
10.4	Diskuze a závěry	153



Medailonky	155
Referenční seznam	161



## SEZNAM TABULEK

<i>Tabulka 1</i> Původní vzorek a vyřazené případy	20	<i>Tabulka 17</i> Vývoj hodnot na škále HŠ od roku 2002	51
<i>Tabulka 2</i> Výzkumný soubor HBSC 2010 podle pohlaví	20	<i>Tabulka 18</i> Subjektivní hodnocení zdravotního stavu podle pohlaví v %	53
<i>Tabulka 3</i> Výzkumný soubor HBSC 2010 podle věkových kategorií	20	<i>Tabulka 19</i> Subjektivní hodnocení zdravotního stavu podle věku a pohlaví v %	53
<i>Tabulka 4</i> Výzkumný soubor HBSC 2010 podle věkových kategorií a pohlaví	20	<i>Tabulka 20</i> CI ve vztahu ke zdravotnímu stavu v %	54
<i>Tabulka 5</i> Ekonomické zajištění rodiny (%)	23	<i>Tabulka 21</i> HŠ ve vztahu ke zdravotnímu stavu v %	54
<i>Tabulka 6</i> Komunikace s rodinou v % („je obtížné hovořit o věcech, které mne trápí“)	24	<i>Tabulka 22</i> Index obtíží v posledních šesti měsících	54
<i>Tabulka 7</i> Vztahy mezi spolužáky (%)	27	<i>Tabulka 23</i> Obtíže každý den, údaje uvedeny v %	55
<i>Tabulka 8</i> Názory žáků na školu (%)	28	<i>Tabulka 24</i> CI ve vztahu k indexu celkových obtíží v %	56
<i>Tabulka 9</i> Názory žáků na učitele podle věku a pohlaví (%)	29	<i>Tabulka 25</i> HŠ ve vztahu k indexu celkových obtíží v %	56
<i>Tabulka 10</i> Názory žáků na učitele (%)	30	<i>Tabulka 26</i> CI a HŠ v závislosti na struktuře rodiny a trávení společného času	57
<i>Tabulka 11</i> Kolikrát se ulil/a ze školy během školního roku podle věku a pohlaví (%)	31	<i>Tabulka 27</i> CI v závislosti na struktuře rodiny a trávení společného času	57
<i>Tabulka 12</i> Obtíže v posledních 6 měsících několikrát týdně (vztah ke škole) (%)	32	<i>Tabulka 28</i> HŠ v závislosti na struktuře rodiny a trávení společného času	58
<i>Tabulka 13</i> Korelační analýza SES a zaměstnání rodičů k sociálnímu kapitálu relevantních proměnných (n = 4425)	42	<i>Tabulka 29</i> Zdravotní stav v závislosti na struktuře rodiny a trávení společného času v %	58
<i>Tabulka 14</i> Korelační analýza SES rodičů a dalších relevantních proměnných (n = 4425)	44	<i>Tabulka 30</i> CI ve vztahu k adaptaci na školu v %	59
<i>Tabulka 15</i> Průměrné hodnoty škál životní spokojenosti	50	<i>Tabulka 31</i> HŠ ve vztahu k adaptaci na školu v %	59
<i>Tabulka 16</i> Vývoj hodnot na škále CI od roku 2002	51	<i>Tabulka 32</i> Zdravotní stav ve vztahu k adaptaci na školu v %	60
		<i>Tabulka 33</i> CI ve vztahu ke kouření a pití alkoholu, údaje uvedeny v %	61

<i>Tabulka 34</i> HŠ ve vztahu ke kouření a pití alkoholu, údaje uvedeny v %	61	<i>Tabulka 51</i> Chatování, brouzdání po internetu, e-mailování, domácí úkoly na počítači v týdnu (%)	83
<i>Tabulka 35</i> Pravidelná pohybová aktivita (%)	70	<i>Tabulka 52</i> Chatování, brouzdání po internetu, e-mailování, domácí úkoly na počítači o víkendu (%)	83
<i>Tabulka 36</i> Pohybová aktivita dětí v letech 2002 a 2010 (%)	71	<i>Tabulka 53</i> Tělesná hmotnost sledovaných dětí	90
<i>Tabulka 37</i> Osvobozen od školní tělesné výchovy (%)	72	<i>Tabulka 54</i> Podváha, nadváha a obezita sledovaných dětí (%)	91
<i>Tabulka 38</i> Jakým způsobem absolvuješ hlavní část cesty směrem do školy (%)	73	<i>Tabulka 55</i> Vztah mezi tělesnou hmotností a šikanou (%)	92
<i>Tabulka 39</i> Jakým způsobem absolvuješ hlavní část cesty směrem ze školy (%)	73	<i>Tabulka 56</i> Stravovací zvyklosti sledovaných dětí (%)	93
<i>Tabulka 40</i> Způsob cesty do školy a zpět (%)	73	<i>Tabulka 57</i> Výběh potravin sledovaných dětí (%)	94
<i>Tabulka 41</i> Co by zlepšilo cestu do školy pěšky nebo na kole (%)	74	<i>Tabulka 58</i> Pohyb a tělesný vzhled (%)	95
<i>Tabulka 42</i> Jak rodiny sledovaných dětí tráví společně čas (%)	76	<i>Tabulka 59</i> Diety, hodnocení tělesného vzhledu (%)	96
<i>Tabulka 43</i> Organizované aktivity ve volném čase (%)	78	<i>Tabulka 60</i> Hodnocení tělesného vzhledu v závislosti na pohlaví a věku (%)	97
<i>Tabulka 44</i> Aktivity ve volném čase provozované alespoň 1x týdně (%)	79	<i>Tabulka 61</i> Spotřeba nápojů s vysokým obsahem cukru (%)	103
<i>Tabulka 45</i> Účast a činnost dětí v klubech či organizacích (%)	80	<i>Tabulka 62</i> Spotřeba sladkostí podle věku a pohlaví (%)	106
<i>Tabulka 46</i> TV, DVD a video ve všední dny (%)	81	<i>Tabulka 63</i> Spotřeba ovoce podle věku a pohlaví (%)	107
<i>Tabulka 47</i> TV, DVD a video o víkendu (%)	81	<i>Tabulka 64</i> Spotřeba zeleniny podle věku a pohlaví (%)	109
<i>Tabulka 48</i> Sledování TV a videa ve všední den v letech 1994, 1998, 2002 a 2010 (%)	82	<i>Tabulka 65</i> Spotřeba masa podle věku a pohlaví (%)	111
<i>Tabulka 49</i> Hraní her na PC nebo playstationu v týdnu (%)	82	<i>Tabulka 66</i> Spotřeba mléka a mléčných výrobků podle věku a pohlaví (%)	112
<i>Tabulka 50</i> Hraní her na PC nebo playstationu o víkendu (%)	82	<i>Tabulka 67</i> Spotřeba nízkotučných výrobků podle věku a pohlaví (%)	113



<i>Tabulka 68</i> Snídaně ve všední dny (%)	115	<i>Tabulka 81</i> Výskyt jiných forem návykového chování podle kuřáckého statusu (%)	128
<i>Tabulka 69</i> Snídaně ve všední dny (%) ve vztahu k ekonomické situaci rodiny	115	<i>Tabulka 82</i> Pití alkoholických nápojů jednou týdně nebo častěji podle druhu nápoje, pohlaví a věku (%)	130
<i>Tabulka 70</i> Snídaně o víkendu (%)	116	<i>Tabulka 83</i> Pití alkoholických nápojů jednou týdně nebo častěji podle druhu nápoje, pohlaví a věku (%)	130
<i>Tabulka 71</i> Pije ve škole podle pohlaví (n, %) a podle pohlaví a věku	117	<i>Tabulka 84</i> Pití alkoholických nápojů jednou týdně nebo častěji podle druhu nápoje, pohlaví a věku (%)	131
<i>Tabulka 72</i> Svačina ve škole podle pohlaví (n, %), podle pohlaví a věku a v závislosti na ekonomické situaci rodiny (%)	117	<i>Tabulka 85</i> Věk první zkušenosti s alkoholem	131
<i>Tabulka 73</i> Oběd ve škole podle pohlaví (n, %), podle pohlaví a věku a v závislosti na ekonomické situaci rodiny (%)	118	<i>Tabulka 86</i> Věk první opilosti	131
<i>Tabulka 74</i> Svačina odpoledne podle pohlaví (n, %), podle pohlaví a věku a v závislosti na ekonomické situaci rodiny (%)	118	<i>Tabulka 87</i> Opakovaná opilost (2x nebo častěji) podle pohlaví a věku (%)	132
<i>Tabulka 75</i> Ujídá mezi hlavními jídly podle pohlaví (n, %), podle pohlaví a věku a v závislosti na ekonomické situaci rodiny (%)	119	<i>Tabulka 88</i> Užívání marihuany podle pohlaví (celoživotně, za poslední rok a poslední měsíc)	134
<i>Tabulka 76</i> Společně trávený volný čas s rodinou dle aktivity a podle pohlaví a věku (%)	120	<i>Tabulka 89</i> Věk prvního sexuálního styku	139
<i>Tabulka 77</i> Porovnání kuřáctví u reprezentativního souboru českých dětí a dospívajících v letech 1994 až 2010 (%)	126	<i>Tabulka 90</i> „Měl/a někdy sexuální styk?“ – uvedení odpovědí dle pohlaví	140
<i>Tabulka 78</i> Prevalence denních kuřáků ve věkové skupině 15 let v roce 1994, 1998, 2002, 2006 a 2010 (%)	126	<i>Tabulka 91</i> Věk prvního sexuálního styku dle pohlaví	140
<i>Tabulka 79</i> Kuřácký status podle pohlaví v roce 2010 ve věkové skupině 15 let (%)	127	<i>Tabulka 92</i> „Měl/a někdy sexuální styk?“ – dle struktury rodiny	140
<i>Tabulka 80</i> Výskyt kouření podle struktury rodiny (%) v roce 2010, věková skupina 15 let	128	<i>Tabulka 93</i> „Měl/a někdy sexuální styk?“ – dle socioekonomického statusu otce	141
		<i>Tabulka 94</i> „Měl/a někdy sexuální styk?“ – dle socioekonomického statusu matky	141
		<i>Tabulka 95</i> Výskyt úrazů v posledním roce (2009–2010)	146

<i>Tabulka 96</i> Počet ošetření u lékaře ve vztahu k věku dítěte v roce 2010	147
<i>Tabulka 97</i> Počet ošetření u lékaře kvůli úrazu během posledního roku (1998)	148
<i>Tabulka 98</i> Počet ošetření u lékaře kvůli úrazu během posledního roku (2002)	148
<i>Tabulka 99</i> Počet ošetření u lékaře kvůli úrazu během posledního roku (2006)	149
<i>Tabulka 100</i> Počet ošetření u lékaře kvůli úrazu během posledního roku (2010)	149
<i>Tabulka 101</i> Vztah mezi výskytem úrazů a provozováním organizovaných aktivit alespoň 1x týdně a častěji u chlapců v procentech	151
<i>Tabulka 102</i> Vztah mezi výskytem úrazů a provozováním organizovaných aktivit alespoň 1x týdně a častěji u dívek v procentech	151
<i>Tabulka 103</i> Vztah struktury rodiny a úrazovosti dětí	152



## SEZNAM GRAFŮ

<i>Graf 1</i> Vývojový trend v ekonomické situaci rodiny v letech 2002–2010 (%)	24	<i>Graf 15</i> Vývoj pravidelného kuřáctví u chlapců v období 1994 až 2010 (%)	127
<i>Graf 2</i> Vývojový trend u dětí v komunikaci s otcem v letech 1998–2010 (%)	25	<i>Graf 16</i> Vývoj pravidelného kuřáctví u dívek 1994 až 2006 (%)	127
<i>Graf 3</i> Vývojový trend u dětí v komunikaci s matkou v letech 1998–2010 (%)	25	<i>Graf 17</i> Počty úrazů a jejich ošetření lékařem v roce 2010	147
<i>Graf 4</i> Způsob trávení volného času s rodinou, alespoň 1x týdně (%)	25	<i>Graf 18</i> Trendy úrazovosti dětí v letech 1998–2010 v procentech	150
<i>Graf 5</i> Trávení volného času s rodinou, v % odpovědí ( <i>posedí a povídají si spolu alespoň 1x týdně</i> )	26	<i>Graf 19</i> Trendy úrazovosti chlapců v letech 1998–2010 v procentech	150
<i>Graf 6</i> Procento dětí, které uvedly, že byly šikanovány alespoň jednou týdně nebo častěji	27	<i>Graf 20</i> Trendy úrazovosti dívek v letech 1998–2010 v procentech	150
<i>Graf 7</i> Vztahy mezi spolužáky ( <i>vztah ke škole</i> ) (%)	28	<i>Graf 21</i> Struktura rodiny a úrazovost dle pohlaví v procentech	152
<i>Graf 8</i> Vývojový trend v názorech žáků na učitele v letech 1998–2010	30	<i>Graf 22</i> Vztah mezi opakovanou opilostí a počtem úrazů u chlapců v procentech	153
<i>Graf 9</i> Kolikrát se ulil/a ze školy během školního roku podle vztahu ke škole (%)	31	<i>Graf 23</i> Vztah mezi opakovanou opilostí a počtem úrazů u dívek v procentech	153
<i>Graf 10</i> Vývoj hodnot na škále CI podle pohlaví	52		
<i>Graf 11</i> Vývoj hodnot na škále HŠ podle pohlaví	52		
<i>Graf 12</i> Spotřeba nápojů s vysokým obsahem cukru min. 1x denně (%) – v letech 2002, 2006 a 2010	105		
<i>Graf 13</i> Spotřeba ovoce min. 1x denně (%) v letech 2002, 2006 a 2010	108		
<i>Graf 14</i> Spotřeba zeleniny min. 1x denně (%) v letech 2002, 2006 a 2010	110		





## ÚVODNÍ SLOVO

Vážení čtenáři,

*dostává se vám do rukou ojedinělá publikace shrnující současné poznatky z oblasti životního stylu dětí a školáků. Cenné poznatky a data jsou založeny na výsledcích mezinárodní výzkumné studie o zdraví a životním stylu dětí a školáků HBSC – Health Behaviour in School-aged Children. Publikace názorně vystihuje specifické oblasti chování, které mají významný vztah k tělesnému a duševnímu zdraví dětí a mládeže zejména v oblasti stravovacích a pohybových zvyklostí, kouření, pití alkoholu, úrazovosti, využívání volného času, životní spokojenosti apod. Všechny tyto, ale i další determinanty jsou zasazeny do sociálního prostředí rodiny a školy.*

*Poznatky a data slouží nejen k monitorování současného stavu životního stylu dětí a mládeže, ale přispívají ke strategickému rozhodování při tvorbě strategií, politik a preventivních programů zaměřených na děti. Věříme, že se výsledky HBSC studie, které byly prezentovány také na půdě Senátu a Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky, stanou podnětným zdrojem informací pro vaši práci či studium.*

**doc. PhDr. Zbyněk Svozil, Ph.D.**

*děkan Fakulty tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci*







## 1. VÝCHODISKA STUDIE, CÍLE, METODY

## 1.1 ÚVOD

Životní styl a chování významně ovlivňují zdraví. Podílejí se na vzniku nemocí a invalidity, mohou vést k předčasné úmrtnosti. Příčinný vztah mezi chováním a výskytem mnoha nemocí je dostatečně prokázán. Příkladem může být příčinný vztah mezi kouřením a rakovinou plic nebo podíl nesprávné výživy, nedostatku tělesného pohybu, nadužívání alkoholu a kouření na onemocnění srdce a cév.

Sledování souvislostí mezi rizikovými faktory z oblasti chování a prevalencí chorob v populaci vedlo ke stanovení hlavních behaviorálních faktorů ohrožujících zdraví. Těmi jsou kouření, nesprávná výživa, nadměrná konzumace alkoholu a pohybová inaktivita.

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

Systematický mezinárodní výzkum forem chování ovlivňujících zdraví dětí a mládeže byl iniciován v Evropě v roce 1982. Záhy poté byl program převzat Světovou zdravotnickou organizací jako kolaborativní studie SZO. Dnes se studie stala mezinárodně známou jako *Health Behaviour in School-Aged Children: A WHO Cross-National Study [HBSC]*, (Currie, Hurrelmann, Settertobulte, Smith, & Todd, 2000; Currie et al., 2004; King, Wold, Tudor-Smith, & Harel, 1996).

Česká republika se poprvé účastnila studie spolu s dalšími 24 převážně evropskými státy v roce 1994. Výzkum se opakuje vždy ve čtyřletých intervalech a ČR se studie úspěšně účastnila i v roce 1998. Mezinárodní ohlas kolaborativní studie WHO roste a postupně se připojují další státy. Výzkumu v roce 1998 se účastnilo 30 zemí a dosud poslední vlny náboru dat se v roce 2002 a 2006 účastnilo 35, resp. 41 zemí. Hlavní výsledky mezinárodní studie, tj. přehled základních ukazatelů behaviorálních determinant zdraví dětí školního věku, jsou vždy publikovány ve zprávě, která je oficiální publikací WHO. Výsledky z České republiky jsou tedy zahrnuty již ve čtyřech zprávách: *The Health of Youth* (King et al., 1996), *Health and Health Behaviour among Young People* (Currie et al., 2000), *Young People's Health in Context* (Currie et al., 2004) a *Inequalities in young people's health: International report from the HBSC 2005/2006 survey* (Currie, Gabhainn et al., 2008). Kromě toho byly výsledky české části studie za rok 2002 publikovány ve sborníku *Mládež a zdraví* (Csémy, Krch, Provazníková, Rážová, & Sovinová, 2005).

Cílem projektu v roce 2010 bylo pokračování účasti v kolaborativní studii od roku 1994, získání nových poznatků o chování dětí školního věku a propojení nových dat s již existujícími z let 1994, 1998, 2002 a 2006, které byly pořízeny na reprezentativních souborech dětí v ČR.



## 1.2 RÁMCOVÉ CÍLE PROJEKTU

Předmětem výzkumného projektu je provedení komparativních analýz behaviorálních komponent zdraví u reprezentativního souboru českých dětí ve věku 11 až 15 let z roku 2010 a tam, kde je to možné, porovnání nových dat s výsledky z let 1994 až 2006. Analýzy sociodemografického kontextu a analýzy trendů byly zaměřeny na následující tematické okruhy:

- *Výživa, dietní tendence, problematika „body image“*
- *Pohybová aktivita a aktivity ve volném čase*
- *Psychosociální adaptace a duševní zdraví*
- *Úrazy*
- *Návyková rizika (kouření a spotřeba alkoholu)*

## 1.3 METODY A SOUBORY

Dotazový formulář použitý při studii v roce 2010 vycházel z mezinárodní (anglické) verze dotazníku, která byla vypracována koordinačním pracovištěm WHO. Dotazník pokrýval několik tematicky odlišných domén. Vedle základních sociodemografických ukazatelů to byly specifické oblasti chování, které mají významný vztah k tělesnému a duševnímu zdraví dětí a mládeže: kouření, užívání alkoholu, zdravotní a psychosomatické obtíže, užívání léků, výživa a stravovací zvyklosti, sportování a pohybové aktivity, rodina, úrazy.

*Sběr dat* byl připraven tak, aby byl zcela v souladu s kritérii, která stanovila mezinárodní koordinační rada projektu. Vlastní nábor dat byl proveden v červnu 2010. Výzkum HBSC 2010 byl uskutečněn na 94 školách ve všech krajích ČR. Z hlediska struktury tvořilo výběrový soubor 86 základních škol, ve kterých výzkum proběhl v 5., 7. a 9. třídách, a 8 víceletých gymnázií, kde výzkum proběhl v sekundách a kvartách (odpovídá 7. a 9. třídě ZŠ). Do výběrového souboru základních škol bylo začleněno 7 „ZDRAVÝCH ŠKOL“. Toto začlenění bylo provedeno na základě požadavku SZÚ, kdy 6 škol bylo vybráno nad rámec původně stanoveného výběrového souboru a 1 škola se s původně vybraným výběrovým souborem překrývala. Ve třídách, ve kterých výzkum probíhal, bylo zapsáno 6553 žáků, z nich bylo přítomno 5709 a omluveno 844 žáků. Nikdo z oslovených žáků neodmítl zúčastnit se výzkumu. Při optických kontrolách bylo vyřazeno 23 dotazníků pro nevěrohodnost či neúplnost, do elektronické podoby bylo převedeno 5686 dotazníků. Výběrový soubor tedy tvoří 5686 respondentů.

Ke statistickému testování rozdílu v procentuálním zastoupení sledované proměnné mezi dvěma skupinami (např. dívky × chlapci; 11letí × 15letí) byl opakovaně použit Test rozdílu dvou relativních hodnot (Reisenauer, 1970). Pokud nebude dále v textu uvedena konkrétní číselná hodnota p-level, je hladina statistické významnosti rozdílu stanovena na hodnotu  $p = 0,05$ .

## Analýza a redukce dat v mezinárodním datovém archívu na Bergenské univerzitě

Datový soubor náhodně vybraných škol, tj. bez 6 škol ze sítě Zdravých škol ( $n = 402$ ), byl zaslán k čištění do mezinárodního datového centra (NSD, Univerzita Bergen, Norsko), kde bylo provedeno čištění dat s následujícím výsledkem (*Tabulka 1*).

**Tabulka 1** Původní vzorek a vyřazené případy

	n	%
Původní vzorek (80 škol)	5284	100
Vyřazené případy a důvody vyřazení:		
Neuvedeno pohlaví nebo věk mimo povolené rozpětí	93	1,8
Věk mimo rozpětí v dané třídě	20	0,3
Výběr 90% v rámci $\pm$ půl roku od aritmetického průměru	746	14,11
Celkem vyřazeno	859	16,21
Vzorek po redukci	4425	83,7
Chybí věk (případy nebyly vyřazeny)	21	

## Základní charakteristiky výzkumného souboru 2010

**Tabulka 2** Výzkumný soubor HBSC 2010 podle pohlaví

Pohlaví	n	%
Chlapci	2145	48,5
Dívky	2280	51,5
Celkem	4425	100

**Tabulka 3** Výzkumný soubor HBSC 2010 podle věkových kategorií

Věkové kategorie	n	%
11 let	1426	32,4
13 let	1456	33,1
15 let	1522	34,6
Celkem	4404	100

**Tabulka 4** Výzkumný soubor HBSC 2010 podle věkových kategorií a pohlaví

Věkové kategorie	Pohlaví					
	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
11 let	719	33,7	707	31,2	1426	32,4
13 let	669	31,3	787	34,7	1456	33,1
15 let	747	35	775	34,2	1522	34,6
Celkem	2135	100	2269	100	4404	100



## 2. DÍTĚ A JEHO SOCIÁLNÍ PROSTŘEDÍ

*Hana Provazníková / Ladislav Csémy*

## HLAVNÍ ZJIŠTĚNÍ

- Ekonomická situace rodin respondentů je velmi dobrá.
- Polovina dotázaných dívek a více než 30% chlapců uvedlo, že hovořit s otcem o věcech, které je trápí, je nesnadné. Komunikace s matkou je pro obě pohlaví snazší. Vývojový trend v komunikaci s rodiči je pozitivní.
- Přibližně polovina dotázaných chlapců a třetina dívek navštěvuje sportovní organizace či kluby.
- 40% členů souboru s kamarády komunikuje denně – telefonuje, posílá SMS, je ve spojení přes internet.
- Dvě třetiny chlapců a dívek se domnívají, že se mají se spolužáky navzájem rádi. Polovina zúčastněných uvedla, že vrstevníci ve třídě jsou milí a pomáhají si.
- Více než 17% chlapců a 11% dívek se účastnilo během posledních měsíců šikanování a více než 15% sledovaných, bez rozdílu pohlaví, bylo šikanováno.
- Srovnání odpovědí dotazovaných v jednotlivých etapách sledování HBSC ukázala, že názory žáků na vztahy s učiteli se zlepšují.
- Chlapci a dívky, kteří vyjádřili se školou nespokojenost, jsou významně častěji nespokojeni s kvalitou vztahů mezi spolužáky, významně hůře hodnotí vztahy s učiteli a častěji vypověděli, že se ze školy „ulili“.
- Respondenti, kteří vyjádřili svoji nespokojenost se školou, se častěji domnívají, že na ně kladou učitelé vysoké nároky a také hůře hodnotí jejich studijní výsledky.
- Chlapci a dívky, kteří vyjádřili se školou nespokojenost, udávají častěji různé zdravotní obtíže.





## 2.1 ÚVOD

Zdraví člověka je podmíněno tím, zda a do jaké míry dokáže k ochraně, udržení a rozvoji svého vlastního zdraví přispět sám a jakou oporu najde v celé společnosti (Provazník, Komárek, Urban, & Hrnčíř, 2009).

Jedním z hlavních úkolů, který je v různých podobách zdůrazňován v několika cílech světového i národního programu Zdraví 21, je vytvářet ve společnosti podmínky, které přispějí k podpoře a rozvoji zdraví dětí a dospívající mládeže a naučit mladé lidi dělat rozhodnutí ve prospěch vlastního zdraví (World Health Organization, 1998; Vláda ČR, 2002). Významnou roli při vytváření podmínek pro zdravý vývoj dítěte hraje rodina, škola a nezanedbatelný význam má chování vrstevníků.

## 2.2 RODINA

Vývoj dítěte je závislý na spontánním soužití všech členů rodiny. Rodina určuje sociální status dítěte, ovlivňuje jeho životní styl.

Mezi faktory, které podmínky života mládeže ovlivňují, patří ekonomická úroveň rodiny. Výsledky studie naznačují, že finanční situace rodin respondentů je velmi dobrá. Důležitým ukazatelem ekonomického zajištění dotázaných dětí a mládeže je fakt, že pouze 3 % otců nepracují. Téměř 39 % chlapců a 28 % dívek uvedlo, že rodina je bohatá. V hodnocení finanční situace rodiny se liší patnáctiletí od svých spolužáků (*Tabulka 5*).

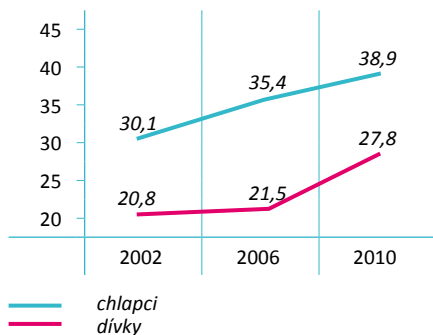
**Tabulka 5** Ekonomické zajištění rodiny (%)

	11 let		13 let		15 let		Celkem	
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky
Rodina je bohatá	42,4	32,6	40,4	29,3	34,4	21,8	38,9	27,8
V posledním roce cestoval/a min. 2x	53,4	59,7	56,2	51,2	46,5	44,1	51,8	51,5
Rodina má průměrné příjmy	50	59,6	53,5	61,3	59,4	67,2	54,4	62,8
Rodina má finanční starosti	7,6	7,7	6,1	9,4	6,2	11	6,7	9,4

Položili jsme si otázku, jak se mění hodnocení ekonomické situace rodin v jednotlivých etapách výzkumu HBSC. Při srovnání dat z roku 2002, 2006 a 2010 se ukázalo, že vývojový trend v hodnocení ekonomické situace rodin je pozitivní. Od roku 2002 se významně zvýšil počet respondentů, kteří považují finanční situaci své rodiny za dobrou (*Graf 1*).



**Graf 1** Vývojový trend v ekonomické situaci rodiny v letech 2002–2010



Ekonomická situace rodin byla dále hodnocena podle toho, zda rodiny dětí vlastní auto a zda dítě má samostatný pokoj. 90% respondentů, bez rozdílu pohlaví, vypovědělo, že rodina vlastní jedno nebo více aut a více než polovina uvedla, že má v bytě pokoj sám/sama pro sebe.

Více než ekonomické zajištění rodin vypovídají o zázemí, které rodina pro děti vytváří, způsoby a možnosti komunikace uvnitř rodiny.

14% respondentů uvedlo, že žije v rodině s jedním nevlastním rodičem. 42% z nich vypovědělo, že druhý domov navštěvuje pravidelně.

Na otázku, jak snadné je komunikovat s rodiči, odpověděla více než polovina patnáctiletých dívek, že je pro ně nesnadné hovořit s otcem o věcech, které je trápí. Stejně problémy má 34% patnáctiletých chlapců. Dotázaní jedenáctiletí přiznávají problémy s komunikací s rodiči v nižším procentu. Komunikace s matkou je pro obě pohlaví snazší (Tabulka 6).

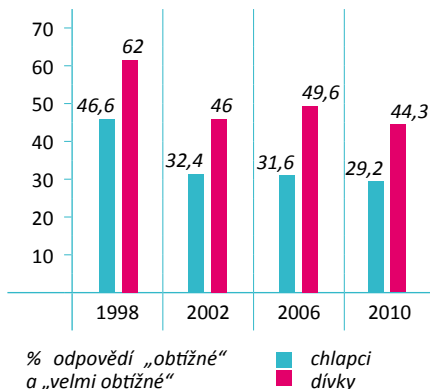
**Tabulka 6** Komunikace s rodinou v % („je obtížné hovořit o věcech, které mne trápí“)

	11 let		13 let		15 let		Celkem	
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky
S otcem	25,8	32,6	27,7	46,2	34	53,5	29,2	44,3
S matkou	15,5	11,1	20,1	17	21,1	23,5	19	17,4

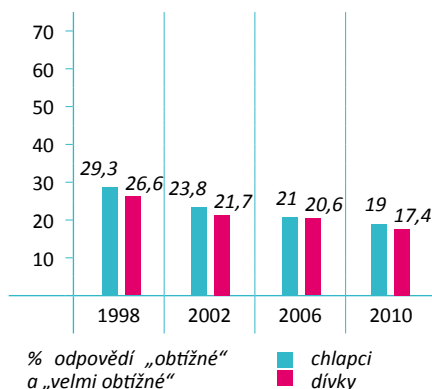
Důležité je zjištění pozitivních změn v interakci mezi rodiči a dětmi, srovnáme-li data z jednotlivých šetření studie HBSC. Významně méně chlapců i dívek v roce 2010, ve srovnání s respondenty v roce 1998, uvedlo, že je pro ně obtížné hovořit s otcem nebo matkou (Graf 2 a 3).



**Graf 2** Vývojový trend u dětí v komunikaci s otcem v letech 1998–2010 (%)

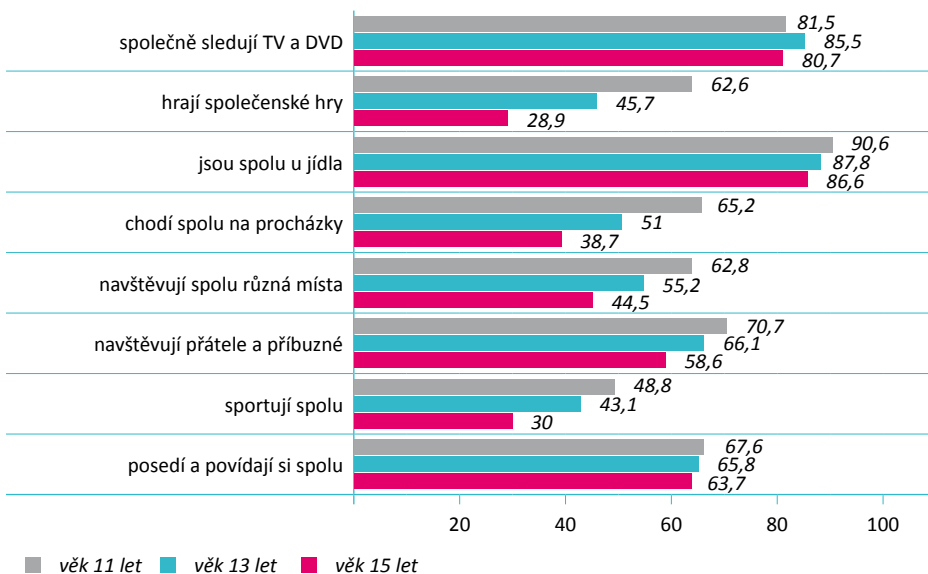


**Graf 3** Vývojový trend u dětí v komunikaci s matkou v letech 1998–2010 (%)



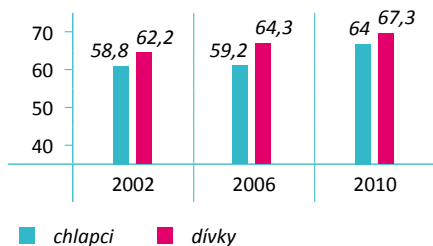
Zajímavé jsou výsledky, které shrnují odpovědi dětí na otázku „Jak často ty a tvoje rodina trávíte společně volný čas?“. Přesto, že se velká část souboru nachází ve věku, kdy se osamostatňuje z vlivu rodiny, zůstává vysoké procento respondentů ve všech věkových skupinách, kteří tráví nejméně jednou týdně svůj volný čas s rodiči. Společné aktivity se s věkem mění (Graf 4).

**Graf 4** Způsob trávení volného času s rodinou, alespoň 1x týdně (%)



V grafu 5 je uvedeno procento chlapců a dívek, kteří alespoň jedenkrát týdně s rodiči posedí a popovídají si. Data z jednotlivých etap šetření naznačují, že přibývá rodin, které se dětem ve volném čase věnují.

**Graf 5** Trávení volného času s rodinou, v % odpovědí (posedí a povídají si spolu alespoň 1x týdně)



## 2.3 VRSTEVNÍCI

Děti a mládež tráví stále více času jak ve formálních skupinách s dosazenou autoritou (škola, zájmové kroužky), tak v neformálních vrstevnických skupinách.

Položili jsme si otázku, kolik chlapců a dívek sledovaného souboru je členem nějaké zájmové organizace či sportovního klubu. Výsledky ukazují, že přibližně polovina dotázaných chlapců a třetina dívek navštěvují sportovní oddíl. O ostatní organizace a kroužky má zájem pouze 23 % dětí bez rozdílu pohlaví.

Vztahy mezi vrstevníky se formují a posilují vzájemnou interakcí. Na otázku, jak často komunikují s kamarády, telefonují, posílají krátké textové zprávy (SMS), jsou ve spojení přes internet, odpovědělo více než 40 % respondentů bez rozdílu pohlaví, že denně. Uvážíme-li význam vytváření vazeb mezi vrstevníky pro jejich psychosociální vývoj, je informace, že téměř 5 % chlapců i dívek přiznalo, že nemá žádného přítele, významná. 13 % zúčastněných vypovědělo, že se cítí být osamělí, významně častěji přiznaly tyto pocity dívky.

Kontakt s vrstevníky se realizuje především ve škole. Třída je sociální skupina, která má své normy, strukturu a své způsoby komunikace. Každé dítě má potřebu být vrstevníky ve třídě akceptováno.

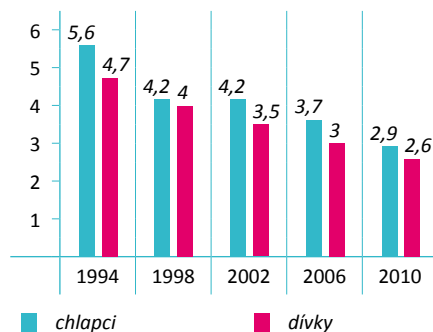
Rozložení odpovědí na otázky charakterizující vztahy mezi skupinami českých dětí ve třídě upozorňuje na určité problémy ve vzájemné komunikaci, podpoře a pomoci (Tabulka 7).

**Tabulka 7** Vztahy mezi spolužáky (%)

	11 let		13 let		15 let		Celkem	
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky
Žáci jsou rádi spolu	64,6	61,7	72	63,8	67,7	55,2	68	60,2
Žáci jsou milí a pomáhají si	57	63,4	54,4	55,5	54,2	54	55,1	57,5
Žáci se respektují	73,8	70,9	73,5	71,7	74,5	71,1	73,9	71,4
Byl/a šikanován/a během posledních měsíců	16	14,1	16,9	16,2	15,2	14,8	16	15,1
Účastnil/a se šikanování během posledních měsíců	11,1	7,8	17,8	12,2	22,5	12,8	17,3	11,1
Popral/a se 2x a vícekrát během roku	46,7	12,5	45,4	11,2	32,1	8,1	41,1	10,6

Více než třetina chlapců a dívek se nedomnívá, že jsou rádi spolu, a pouze zhruba polovina dotázaných uvedla, že jsou spolužáci milí a rádi pomohou. Pozornost vyžadují údaje o násilném chování. Více než 17% chlapců a 11% dívek přiznalo, že se během posledních měsíců účastnilo šikanování, a více než 15% sledovaných, bez rozdílu pohlaví, bylo šikanováno. Přes 40% chlapců se během roku víckrát popralo, častěji jedenáctiletí a třináctiletí.

Za pozitivní zjištění lze považovat, pokud srovnáváme výpovědi respondentů v jednotlivých etapách šetření, že ubylo dětí, které uvedly, že byly šikanovány v posledním období jednou i víckrát týdně (*Graf 6*).

**Graf 6** Procento dětí, které uvedly, že byly šikanovány alespoň jednou týdně nebo častěji

Necelá tři procenta chlapců a dvě procenta dívek přiznala, že se účastnila během posledních měsíců šikanování druhých, a to jednou nebo častěji během týdne. Při srovnání dat v jednotlivých etapách studie HBSC se ukázalo, že se počet dětí, které se šikany účastnily, nemění.

Při formování vztahů mezi vrstevníky ve třídě hraje významnou roli prostředí, celková atmosféra ve škole. Hodnocení školního prostředí dětmi je patrné z tabulky 8. Přes 20% dotázaných uvedlo, že se ve škole necítí dobře, významně častěji vyjádřila tyto pocity skupina patnáctiletých chlapců a dívek.

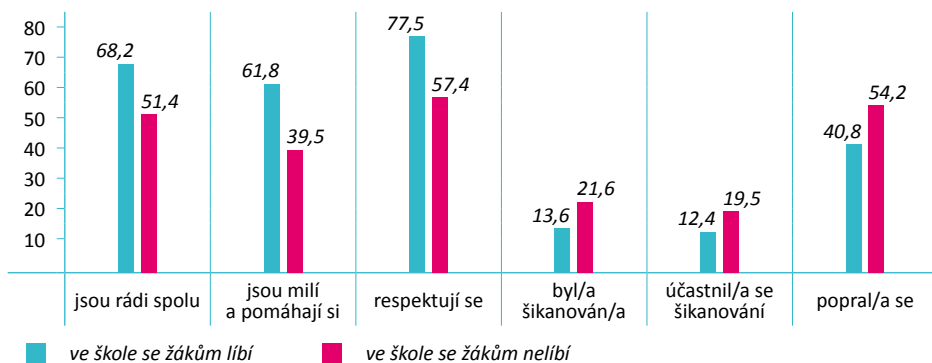
**Tabulka 8** Názory žáků na školu (%)

	11 let		13 let		15 let		Celkem	
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky
Ve škole se necítí dobře	22,9	18,4	26,6	21	31,5	27,3	27,1	22,3
Školní zátěž je stresující	7,2	5,8	8,4	8,6	6,7	6,2	7,4	6,9
Měl/a dvojku z chování	4,5	1,5	8,4	2,3	4,6	4,6	8,2	2,8

Položili jsme si otázku, jak se bude lišit hodnocení vztahů uvnitř skupiny vrstevníků mezi těmi, kterým se ve škole líbí (cítí se dobře), a ostatními, kteří hodnotí školu negativně.

Z grafu 7 je patrné, že dotázaní, kteří vyjádřili se školou nespokojenost, významně méně často hodnotí vztahy mezi spolužáky pozitivně. Chlapci i dívky, kterým se ve škole nelíbí (necítí se dobře), byli častěji šikanováni, ale také se častěji šikany zúčastnili.

**Graf 7** Vztahy mezi spolužáky (vztah ke škole) (%)





## 2.4 ŠKOLA A ŠKOLNÍ ADAPTACE

Úkolem školy je vytvářet v rámci vzdělávacích aktivit prostor pro rozvoj osobních předpokladů dětí, pro naplňování jejich potřeb, ovlivňovat kvalitu dětské populace. Škola není institucí, kde se dětem pouze předávají informace v jednotlivých předmětech a očekává se od nich plnění úkolů. Vzdělávací programy by měly být pozitivně stimulující, u dítěte posilovat důvěru, jistotu, pocit bezpečí, vytvářet podmínky pro jeho seberealizaci. Významný vliv na tvorbu školního prostředí, na kvalitu vazeb, které se vytvářejí ve třídě, má učitel. Respondenti v odpovědích na několik otázek vyjadřovali názory na jednání učitelů.

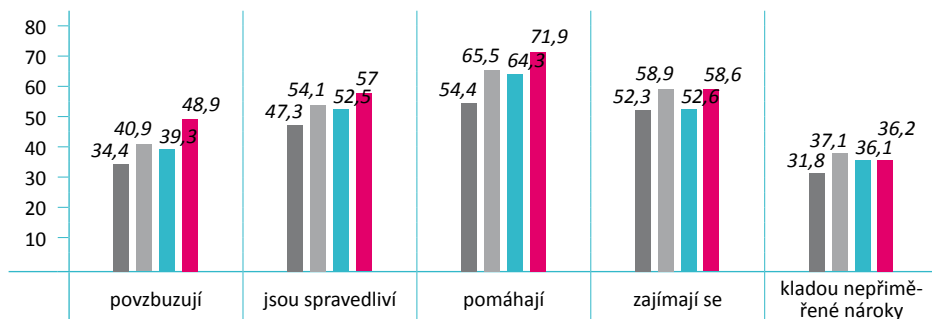
Zatímco téměř tři čtvrtiny jedenáctiletých žáků považují své učitele za spravedlivé a shodují se na tom, že jim pomáhají a zajímají se o jejich problémy, v patnácti letech kladně hodnotí své učitele méně než polovina dotázaných (*Tabulka 9*).

**Tabulka 9** Názory žáků na učitele podle věku a pohlaví (%)

	11 let		13 let		15 let		Celkem	
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky
Učitelé žáky povzbuzují	60,3	55,8	46	43,9	45	43	50,5	47,4
Učitelé jsou spravedliví	74,2	71,8	53,2	53,4	48	43,9	58,3	55,9
Učitelé pomáhají	80,4	82,4	65,3	68,6	67,1	68,8	70,9	72,9
Učitelé se zajímají	69,8	71,8	53,5	55,1	51,6	51,6	58,1	59,1
Učitelé kladou nepřiměřené nároky	40,7	34,5	39,3	35,7	35,7	31,8	38,5	34

Chování učitelů hodnotí dívky ve všech věkových skupinách, ve srovnání s chlapci, častěji pozitivně, domnívají se, že učitelé svým žákům pomáhají, zajímají se o jejich problémy a méně často považují požadavky učitelů za nepřiměřeně vysoké. Při porovnání dat z let 1998 až 2010 se ukázalo, že vývojový trend v hodnocení vztahu učitel–žák je pozitivní. V roce 2010 hodnotí jednání učitelů kladně vyšší procento dětí, domnívají se, že pomáhají, povzbuzují a jsou spravedliví (*Graf 8*).

**Graf 8** Vývojový trend v názorech žáků na učitele v letech 1998–2010



Pozn.: % odpovědí „naprosto souhlasí“ a „souhlasí“ ■ 1998 ■ 2002 ■ 2006 ■ 2010

Názory žáků na školu, na školní prostředí se do hodnocení jednání učitelů významně promítají. Pouze třetina respondentů, kterým se ve škole nelíbí (necítí se dobře), hodnotí učitele jako spravedlivé. Téměř 40% dotázaných, kteří jsou ve škole nespokojeni, se domnívá, že učitelé na ně kladou nepřiměřeně vysoké nároky, a více než 60% uvedlo, že jejich znalosti pedagogové nehodnotí kladně (*Tabulka 10*).

**Tabulka 10** Názory žáků na učitele (%)

	Chlapci		Dívky		Celkem	
	Líbí	Nelíbí	Líbí	Nelíbí	Líbí	Nelíbí
Učitelé žáky povzbuzují	56,5	34,2	52,6	29,4	54,4	31,9
Učitelé jsou spravedliví	65,4	39,3	61,9	35,2	63,6	37,3
Učitelé pomáhají	78,2	51,2	78	55,5	78,1	53,2
Učitelé se zajímají	64,6	40,7	64,7	39,7	64,7	40,2
Učitelé hodnotí znalosti žáků jako dobré	61,2	40,8	63	41,5	62,2	41,1
Učitelé kladou nepřiměřeně vysoké nároky	38,2	39	32,8	37,9	35,3	38,5

O vztahu žáků k prostředí školy, o jejich zájmu o školní programy vypovídají odpovědi na otázku „Kolikrát ses během školního roku ze školy ulil/a?“. Téměř 20% chlapců a 15% dívek přiznalo, že byli „za školou“ během roku víckrát. Významně častěji se „ulili“ patnáctiletí (*Tabulka 11*).

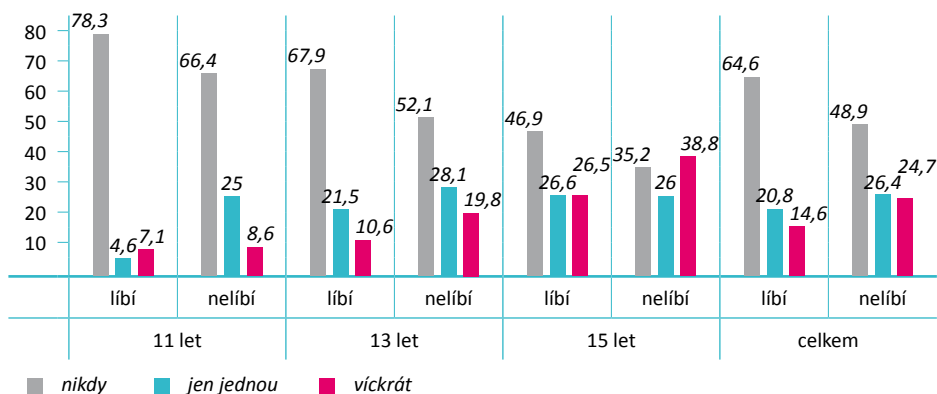


**Tabulka 11** Kolikrát se ulil/a ze školy během školního roku podle věku a pohlaví (%)

	11 let		13 let		15 let		Celkem	
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky
Nikdy	71,9	79,7	64	64,2	46	41,1	60,3	61,1
Jen jednou	18,6	14,7	20,8	25,1	22,7	30	20,8	23,6
Vícekrát	9,5	5,5	15,3	10,7	31,3	28,9	19	15,4

Srovnáme-li odpovědi žáků, kterým se ve škole nelíbí, se žáky, kteří vypověděli, že jsou ve škole spokojeni, je patrné, že svůj vztah ke škole řeší nespokojení chlapci i dívky často záškoláctvím (Graf 9).

**Graf 9** Kolikrát se ulil/a ze školy během školního roku podle vztahu ke škole (%)



Pozornost a hlubší analýzu vyžadují odpovědi dětí a mládeže na otázky zaměřené na psychosomatické obtíže v posledním půlroce. Skupina mládeže, které se ve škole nelíbí (necítí se dobře), významně častěji udává špatnou náladu a pociťuje nervozitu, napětí a obavy, má pocity únavy a vyčerpání (Tabulka 12).



**Tabulka 12** Obtíže v posledních 6 měsících několikrát týdně (vztah ke škole) (%)

Ve škole	Chlapci		Dívky		Celkem	
	Líbí	Nelíbí	Líbí	Nelíbí	Líbí	Nelíbí
Bolesti hlavy	11	19,1	21,7	32,1	16,7	25,2
Pocity skleslosti	9,2	16,6	16,3	29,4	13	22,6
Špatná nálada	20,6	35,6	28,6	46,4	24,9	40,7
Nervozita, napětí	26,6	36,1	31,5	49,3	29,2	42,3
Obavy, strach	11,4	19,7	21,4	37,7	16,8	28,2
Únava, vyčerpání	34,7	42,1	35	49,1	34,9	45,4

## 2.5 DISKUZE A ZÁVĚRY

Při vytváření podmínek pro zdravý vývoj dítěte je třeba se ptát, jaké je postavení dětí v současném světě, co od nich očekáváme, co jim poskytujeme, k jakým cílům je vedeme (Matoušek, 2003; Provazník, Komárek, Urban, & Hrnčíř, 2009). Je třeba analyzovat potřeby současné generace dětí a mládeže, sledovat trendy v jejich chování a identifikovat širokou škálu rizik, která mohou vést k ovlivnění jejich vývoje, jejich somatického a psychického zdraví (Kolář, 2002). Pro vývoj dítěte, formování jeho somatického, psychického i sociálního zdraví má rozhodující význam rodina. Rodina není uzavřená statická jednotka, ale dynamický systém, který je ovlivňován jak sociálním, kulturním, historickým vývojem společnosti, tak životními podmínkami, ve kterých se rodina nachází. Řada autorů upozorňuje na fakt, že se ve dvacátém století institut rodiny proměňuje. Příčinou proměn jsou jak změny v hodnotových orientacích, tak rozvolňování tradičních rodinných vazeb a rozrůžňování životních stylů (Havlíková, Malý, Csémy, & Bláha, 2006; Provazník et al., 2009; Vágnerová, 2005). Matoušek (2003) připomíná, že stále přibývá dětí v péči volně žijících dvojic nebo pouze jednoho dospělého. Sociální změny mění vztahy mezi dospělými a dětmi a přináší rizika negativního ovlivňování, především sociálního a emocionálního, vývoje dětí a mládeže. Výsledky studie HBSC upozornily na fakt, že jedním z nezanedbatelných vlivů působících na vývoj dítěte je ekonomická úroveň rodiny, kterou hodnotily české děti ve vysokém procentu kladně. Je třeba si uvědomit, že hodnocení finanční situace rodiny z výpovědí dětí je nepřesné. Srovnání ekonomického zázemí s jinými státy je nesnadné, protože je třeba vždy zvažovat nejen velkou ekonomickou variabilitu států, ale také vliv tradic různých zemí.

Výsledky studie potvrdily přetrvávající, i když ve srovnání s předcházejícími etapami výzkumu mírně se zlepšující problémy ve vztazích s rodiči. Při hodnocení výpovědí chlapců a dívek o možnostech komunikovat s rodiči je třeba uvážit fakt, že problémy s komunikací do jisté míry souvisejí s vývojovými změnami v dospívání.



Celková nejistota, emoční nevyrovnanost v období puberty často přispívají k vytvoření překážek v jednání s dospělým partnerem.

Vágnerová (2005) upozorňuje, že identifikace s vrstevnickou skupinou patří k nejvýznamnějším potřebám školního věku. V období dospívání mají vrstevnické skupiny roli socializační, poskytují podporu a bezpečí, mají význam pro rozvoj identity dítěte (Koukolník, & Drtinová, 2006). Vliv rodičů na vztahy a jednání dětí ve skupinách je omezený (Matoušek, 2003). Získání respektu, uznání, jistoty ve skupině je důležité pro vytváření vzorců chování, pro přijímání sociálních rolí. Vztahy mezi vrstevníky se formují především ve třídě. Vážná porucha vztahů uvnitř dětské skupiny může nastat, pokud v ní dochází k fyzickému či psychickému omezování jedince nebo části skupiny. Vyřazení z kolektivu může přerůst v šikany, v záměrné ponižování, zastrašování, manipulaci, opakované týrání. Šikana je označována jako onemocnění skupiny, nejedná se nikdy pouze o vztah mezi agresorem a obětí, vždy jsou postiženy vztahy uvnitř celé vrstevnické skupiny (Kolář, 2000). Řešení šikany je často složité, vyžaduje práci jak s obětí, tak s agresorem. Vzniku šikany je možno zabránit komunikací s dítětem, pozorností, zájmem pedagogů a rodičů o jeho problémy a zároveň vytvářením a nabídkou atraktivních školních a volnočasových programů.

Prostředí školy, všechny činnosti probíhající ve škole, programy výuky, školou organizovaná činnost by měly umožňovat optimální rozvoj vztahů mezi žáky a učiteli. Centrum občanského vzdělávání Masarykovy univerzity zdůrazňuje potřebu dialogu, práce s dětskými samosprávami, delegování zodpovědnosti na žáky. Při tvorbě pozitivně stimulujícího prostředí ve škole hraje v České republice významnou roli program „Škola podporující zdraví“. Program svým zaměřením na podporu zdraví pozitivně ovlivňuje biologický, psychický a sociální vývoj dítěte (Havlíková, & Kolář, 2001; Havlíková et al., 2006).





### 3. SOCIÁLNÍ KAPITÁL

*Vladimír Kebza*

## HLAVNÍ ZJIŠTĚNÍ

- Socioekonomický status (SES) rodičů je hodnocen nejčastěji (celkem cca 54 % hodnocení) v pásmu podprůměrného až nízkého SES, pouze necelá 2 % otců a 0,9 % matek spadají do kategorie nejvyššího SES, ale více než 9 % otců a téměř 9 % matek spadá do kategorie nejnižšího SES.
- V rámci volnočasových aktivit se přibližně 44 % dětí aktivně účastní činnosti ve sportovních klubech, větší část dotazovaného souboru dětí (cca 55 %) se činnosti ve sportovních klubech neúčastní. Pouze necelých 10 % dětí se podílí na nějaké dobrovolnické službě.
- Vzhledem k věku dětí je pochopitelné, že na činnosti politických organizací se podílí pouze cca 2 % z nich. Téměř 24 % dětí ze zkoumaného souboru se podílí na kulturních aktivitách (v oblasti umění – např. hudba, výtvarné umění atd., v oblasti vědeckých zájmů – např. historie atd.).
- Přibližně 45 % dotazovaných dětí si myslí, že místo, kde žijí, je možno považovat za opravdu dobré místo pro život. Přibližně 6 % dotazovaných dětí vyjádřilo názor, že místo jejich bydliště není moc dobrým místem pro život, a přibližně 1 % dětí si myslí, že místo, kde žijí, vůbec není dobrým místem pro život.
- Nadpoloviční část dotazovaných dětí (cca 56 %) uvedla, že se v místě bydliště cítí vždy bezpečně, necelých 34 % z nich uvedlo, že se zde cítí bezpečně většinou, necelých 8 % z nich se cítí v místě bydliště bezpečně alespoň někdy a 2,6 % dětí se cítí bezpečně jen zřídka, nebo dokonce nikdy.
- Více než 55 % dotazovaných dětí prožívá často pocit, že v jejich životě jde vše dobře (z toho více než 13 % jej prožívá téměř vždy), asi 37 % dětí tento pocit prožívá zřídka a cca 7 % vyjádřilo názor, že jej neprožívá nikdy.
- Pocit osamělosti prožívá téměř 6 % dotazovaných dětí velmi často, asi 7,5 % dětí dost často, cca 48 % dětí tento pocit prožívá někdy a přibližně 38 % dotazovaných dětí uvedlo, že jej neprožívá nikdy.
- S vyšší úrovní hodnocení bezpečnosti místa bydliště je spojeno více kladných odpovědí na otázku, zda otec a matka jsou zaměstnaní, a vyšší úroveň jejich SES.
- S vyšší úrovní SES otce a matky je spojena vyšší frekvence výskytu pozitivních pocitů (spokojenost s tím, jak věci v životě vycházejí; pocit, že v životě jde vše dobře; dobré hodnocení života), avšak se stoupající úrovní SES otce vzrůstá též frekvence pocitu osamělosti.



### 3.1 ÚVOD A METODOLOGIE

Z informací dostupných ve světovém odborném písemnictví lze usuzovat, že pojem „sociální kapitál“ byl pravděpodobně poprvé uveden do odborné literatury v roce 1916 v článku amerického pedagoga, inspektora venkovských škol L. J. Hanifana. Cílem jeho článku bylo zejména představení a zdůraznění významu role vstřícného a přátelského společenství lidí (pospolitosti), jejich vzájemných vztahů a institucí, které na základě těchto vztahů vznikají a rozvíjejí se pro úspěšné vzdělávání dětí (Hanifan, 1916). Další rozpracování tématu sociálního kapitálu se v podobě jedné samostatné kapitoly znovu objevuje v Hanifanově knize „The Community Center“ z roku 1920.

S dalším rozvojem a uplatněním pojmu „sociální kapitál“ jsou spojeni tři významní sociologové 20. a 21. století: P. Bourdieu, J. S. Coleman a R. Putman.

Sociální kapitál lze chápat jako souhrn sociálních vztahů, kontaktů, informací a činností v rámci společenské organizace, které vedou ke vzájemnému prospěchu (Putnam, 2001). K tomuto pojetí je třeba dodat, že k vyjádření efektu sociálního kapitálu je vhodné využít jak ukazatelů kvantitativních (počet a rozsah sociálních kontaktů, interakcí, vazeb), tak kvalitativních (hodnocení jejich subjektivně vnímaného přínosu, event. újmy vznikající v jejich důsledku).

Sociální interakce, vztahy, kooperace, sdílení společných radostí i starostí a s ním související sociální opora jsou považovány za významnou determinantu zdraví (Kebza, 2005).

Systematické uplatňování pojmu „sociální kapitál“ v sociologii je spjato s dílem francouzského filozofa, sociologa a antropologa P. Bourdieua (1930–2002). Bourdieu rozlišuje ve svých pracích tři základní formy kapitálu: ekonomický, sociální a kulturní. Jeho pojetí sociálního kapitálu (Bourdieu, 1983) vymezuje tento jev jako zdroje pocházející ze strany druhých lidí, které můžeme aktivizovat, mobilizovat a využít ve svůj prospěch za podmínky, že jsme s těmito lidmi spjati v dlouhodobějších vztazích, jež umožňují vzájemnou dobrou znalost a vzájemný respekt. P. Bourdieu též uvádí, že vyšší přínos sociálního kapitálu plyne těm participantům, kteří zastávají výhodnější pozice, což podporuje stávající sociální stratifikaci včetně principu nerovnosti mezi lidmi.

O další precizaci obsahu pojmu sociální kapitál se zasloužil též americký sociolog J. S. Coleman (1926–1995), který vymezil sociální kapitál ve smyslu určité formy racionální směny. Sociální kapitál v jeho pojetí (Coleman, 1988) umožňuje efektivní dosažení stanovených cílů cestou snižování souvisejících nákladů.

Americký politolog a sociální vědec R. D. Putman (nar. 1941) chápe sociální kapitál především ve smyslu rozsahu neformálních kontaktů, založených a rozvíjených na principu vzájemnosti (reciprocity), loajality a důvěry a vzájemného uznávání těchto principů a zásad. R. Putman se významně podílel na rozšíření pojmu sociální kapitál v jeho kolektivním pojetí, založeném na vzájemnosti a četnosti kontaktů. Upozornil však (Putnam, 2001, 2007) též na pokles úrovně sociálního kapitálu u mladší generace v poslední době a tím předznamenal značný rozvoj zájmu o tuto problematiku v současnosti. Jde totiž o aktuální problém nejenom v USA a západoevropských zemích, ale také v české společnosti.

V současnosti je výzkum sociálního kapitálu spojen přes velmi dynamický nárůst zájmu o tuto problematiku také s hledáním jeho jednotného pojetí. Právě prudký nárůst počtu teoretických příspěvků i empirických výzkumů sociálního kapitálu vedl k současné, již jen velmi obtížné přehlednosti, až nepřehlednosti jednotlivých koncepcí a ke stále naléhavější potřebě hledání jednotného teoretického i výzkumného paradigmatu, uplatnitelného i v mezinárodním srovnání. Sociální kapitál se stal součástí četných národních i mezinárodních výzkumů, z nejnámějších lze uvést např. European Social Survey (ESS), European Values Study (EVS), International Social Survey Programme (ISSP, 2008) nebo World Values Survey (WVS), jejichž bližší popis je dostupný z internetových zdrojů.

Mezi mnoha výzkumy sociálního kapitálu, uskutečněnými v posledních letech, zaujaly pozornost odborné veřejnosti též studie realizované z iniciativy Světové banky (Harpham, Grant, & Rodriguez, 2004). V rámci úsilí odborníků této instituce byly též vyvinuty některé původní výzkumné postupy a nástroje. Prvním z nich je „Social Capital Assessment Tool“ (SOCAT), velmi propracovaný soubor kvantitativních i kvalitativních metod sloužících ke studiu sociálního kapitálu na komunitní úrovni (Grootaert, & van Bastelaer, 2002), další, zatím zřejmě nejnovější metodou vyvinutou členy této výzkumné skupiny je rozsáhlý dotazníkový komplex „Integrated Questionnaire for the Measurement of Social Capital“ SC-IQ (Grootaert, Narayan, Nyhan Jones, & Woolcock, 2004), sloužící ke zjišťování úrovně a struktury sociálního kapitálu především v rozvojových zemích.

Do české sociologické literatury uvedl pojem sociální kapitál Možný (1991), který jej použil v souvislosti s analýzou rozpadu státního socialistického systému, dále s ním pracoval např. Matějů (1993) při výkladu determinant proměny sociálního kapitálu získaného za socialismu na jiné formy specifických kapitálů. V poslední době samozřejmě českých sociologických příspěvků na toto téma výrazně přibýlo v souvislosti se stále výraznější aktuálností tohoto tématu, věnuje se mu např. také Keller (Keller, 2009). Rozsáhlou přehledovou práci k problematice sociálního kapitálu publikovali v roce 2006 Šafr a Sedláčková ze Sociologického ústavu AV ČR.

V české a slovenské psychologické literatuře bylo téma sociálního kapitálu nastoleno a uvedeno v přehledovém článku Bačové (2007).

Dotazník, sloužící ke sběru empirických dat ve studii HBSC, obsahuje též pasáž zaměřenou na výzkum sociálního kapitálu u dětí. Tato pasáž však není součástí základních, povinných (mandatorních) položek studie HBSC a vzhledem k rozsahu celého dotazníku a nákladům nutným k jeho administraci a vyhodnocení nebyla do empirického výzkumu realizovaného v ČR zatím nikdy zařazena. Vzhledem k aktuálnosti tématu v současné době a jeho souvislostem s některými dalšími projekty, řešenými nyní v ČR v rámci evropské spolupráce (např. projekt EU GRADIENT), byla tato pasáž dotazníku zařazena do výzkumu realizovaného v roce 2010.



V dotazníku české studie HBSC pro rok 2010 je pasáž týkající se sociálního kapitálu tvořena položkami č. 39–50, zaměřenými na zaměstnání rodičů, způsoby trávení volného času, kontakty s přáteli, účast na činnosti zájmových klubů a organizací, hodnocení místa bydliště z hlediska bezpečnosti, spokojenost a úroveň sociálních vztahů.

Pokud jde o přehled a hodnocení získaných výsledků, hlavní zjištění jsou soustředěna v deskripci a další údaje následují jako výstupy korelační analýzy vybraných proměnných.

Pasáž týkající se ve studii HBSC sociálního kapitálu začíná otázkami zaměřenými na zaměstnání rodičů. Odpovědi na jednotlivé otázky představíme v následujících kapitolách.

## 3.2 DESKRIPTIVNÍ ANALÝZA PROMĚNNÝCH VZTAHUJÍCÍCH SE K SOCIÁLNÍMU KAPITÁLU

Ze 4425 oslovených dětí odpovědělo na otázku „Je otec zaměstnán?“, že v 90 % je otec zaměstnán, necelá 3 % dětí odpověděla, že zaměstnán není, a necelých 7 % buď na tuto otázku nezná odpověď, nebo se s otcem nestýká.

Socioekonomický status (SES) otce byl hodnocen na pětibodové stupnici nejčastěji v pásmu 3 a 4, tedy podprůměru až nízkého SES (celkem cca 54 % hodnocení), pouze necelá 2 % otců spadají do kategorie 1 – nejvyšší SES a více než 9 % do kategorie 5 – nejnižší SES.

Ze 4425 oslovených dětí odpovědělo na otázku „Je matka zaměstnána?“, že cca v 86 % je matka zaměstnána, cca 12 % dětí odpovědělo, že matka zaměstnána není, a jen 1,4 % dětí buď na tuto otázku neznalo odpověď, nebo se s matkou nestýkalo.

Na pětibodové hodnotící stupnici byl socioekonomický status (SES) matky hodnocen podobně jako v případě hodnocení SES otce nejčastěji v pásmu 3 a 4, tedy podprůměru až nízkého SES (více než 53 % hodnocení), pouze 0,9 % matek spadá do kategorie 1 – nejvyšší SES, ale téměř 9 % matek spadá do kategorie 5 – nejnižší SES.

Pokud jde o volnočasové aktivity, přibližně 44 % dětí se aktivně účastní činnosti ve sportovních klubech, větší část dotazovaného souboru dětí (cca 55 %) se činnosti ve sportovních klubech neúčastní. Další zjišťovanou možností trávení volného času byla dobrovolnická služba. Zde byly rozdíly v odpovědích dětí výraznější, pouze necelých 10 % dětí se podílí na nějaké dobrovolnické službě, cca 90 % z nich nikoli. Ještě výraznější rozdíly v odpovědích dětí na otázky týkající se volnočasových aktivit byly zjištěny u otázky vztahující se k činnosti v politických organizacích. Vzhledem k věku dětí je pochopitelné, že na činnosti politických organizací se podílí pouze cca 2 % z nich, zatímco cca 98 % nikoli. Jiná je ovšem situace v oblasti kulturních aktivit. Téměř 24 % dětí ze zkoumaného souboru se podílí v rámci svého volného času na kulturních aktivitách (umění – např. hudba, výtvarné umění atd., věda – např. historie atd.), cca 76 % se na těchto aktivitách nepodílí. Pokud jde o zapojení dětí do církevních aktivit, cca 7 % dětí se na církevních (resp. náboženských) aktivitách podílí, cca 93 % dětí nikoli.



Přibližně 23 % dětí uvádí v rámci svých volnočasových aktivit zapojení do dětských nebo mládežnických organizací, zatímco cca 77 % dětí nikoli. Činnost v nějakém jiném klubu, než bylo uvedeno výše, uvádí v rámci zkoumaného souboru cca 31 % dětí, zatímco cca 69 % dětí takovou činnost neuvádí.

## Deskripce místa bydliště

Pokud jde o hodnocení bezpečnosti v místě bydliště, nadpoloviční část (cca 56 %) dotazovaných dětí uvedla, že se v místě bydliště cítí bezpečně vždy, necelých 34 % z nich uvedlo, že se zde cítí bezpečně většinou, necelých 8 % z nich se cítí v místě bydliště bezpečně alespoň někdy a 2,6 % dětí se cítí bezpečně jen zřídka, nebo dokonce nikdy.

Přibližně 60 % dětí souhlasí (z toho více než 22 % silně) s názorem, že hrát si v místě jejich bydliště během dne venku je pro menší děti bezpečné. Téměř 15 % dotazovaných dětí s tímto konstatováním nesouhlasí (z toho 4,2 % silně) a cca 23 % dětí se vyjádřilo nejednoznačně, tj. zvolilo možnost „něco mezi“.

Poměrně značná část dotazovaných dětí, cca 45 %, si myslí, že místo, kde žije, je možno považovat za opravdu dobré místo pro život. Poněkud nižší úroveň souhlasu s touto otázkou („ano, je dobré“) vyjádřilo cca 28 % z nich, dalších cca 19 % dotazovaných dětí si myslí, že místo, kde žijí, je v pořádku. Přibližně 6 % dotazovaných dětí vyjádřilo názor, že místo jejich bydliště není moc dobrým místem pro život, a přibližně 1 % dětí si myslí, že místo, kde žijí, vůbec není dobrým místem pro život.

Pokud jde o názory dětí na způsob sociálních kontaktů a interakcí v místě jejich bydliště, přibližně 60 % z nich v zásadě souhlasí (z toho cca 26 % souhlasí silně) s konstatováním, že lidé se v místě jejich bydliště na ulici pozdraví a často se zastaví, aby si popovídali. Nesouhlas s tímto konstatováním vyjádřilo cca 12 % dotazovaných dětí (z toho 3,6 % nesouhlasilo silně) a přibližně 27 % z nich hodnotilo toto konstatování nejednoznačně, tj. něčím mezi souhlasem a nesouhlasem.

Ke konstatování, že lidem v okolí místa bydliště se dá důvěřovat, se vyjádřilo souhlasně téměř 29 % dotazovaných dětí (z toho více než 13 % vyjádřilo silný souhlas), přes 24 % dotazovaných dětí vyjádřilo s tímto konstatováním nesouhlas (z toho téměř 8 % vyjádřilo silný nesouhlas) a více než 36 % dětí se vyjádřilo nejednoznačně („něco mezi“).

Přibližně 60 % dotazovaných dětí vyjádřilo souhlas (z toho téměř 26 % silný souhlas) s další položkou této části dotazníku, že v místě jejich bydliště jsou dobrá místa pro trávení volného času, jako např. volnočasová centra, parky, obchody atd. Nesouhlas s tímto konstatováním vyjádřilo cca 16 % dotazovaných dětí (z toho téměř 5 % vyjádřilo silný nesouhlas) a přibližně 23 % dětí se vyjádřilo nejednoznačně („něco mezi“).

Dalším posuzovaným konstatováním bylo to, že vyjadřovalo možnost požádat v místě bydliště své sousedy o pomoc nebo laskavost. Přibližně 67 % dotazovaných dětí s tímto konstatováním vyjádřilo souhlas (z toho 27 % silný souhlas), cca 10 % dětí s tímto konstatováním nesouhlasilo (z toho 4 % vyjádřilo silný nesouhlas) a něco přes 22 % se vyjádřilo nejednoznačně („něco mezi“).



Pokud jde o posouzení konstatování, že většina lidí v místě bydliště je vstřícná a nápomocná, souhlasné stanovisko s ním vyjádřilo přes 51 % dotazovaných dětí (z nich cca 18 % s tímto konstatováním souhlasilo silně), nesouhlasné stanovisko vyjádřilo téměř 15 % dětí (z nich téměř 5 % vyjádřilo s tímto konstatováním silný nesouhlas) a poměrně rozsáhlá skupina 34 % dětí se vyjádřila nejednoznačně ve smyslu „něco mezi“.

### Deskripce rodinných vztahů a spokojenosti v životě

Velmi zajímavou demografickou proměnnou ve vztahu k sociálnímu kapitálu je počet sourozenců v rodině. Většina dotazovaných dětí (téměř 59 %) má jednoho sourozence, asi 16 % dětí dva sourozence a jen asi 5,6 % dětí tři sourozence.

Více než polovina dotazovaných dětí (cca 57 %) uvedla, že v rodině je snadné (cca 23 % z nich uvedlo, že velmi snadné) mluvit s vlastním otcem o věcech, které je trápí. Za obtížnou označila tuto možnost přibližně čtvrtina respondentů a za velmi obtížnou cca 8 % z nich. Přibližně 78 % z dotazovaných dětí označilo možnost mluvit s vlastní matkou v rodině o věcech, které je trápí, za snadnou (cca 43 % za velmi snadnou), zatímco jako obtížnou ji charakterizovalo cca 14 % respondentů a za velmi obtížnou cca 3 % respondentů.

Přibližně 57 % dotazovaných dětí vyjádřilo, že prožívá často (14,5 % z nich téměř vždy) převažující pocit spokojenosti s tím, jak jim věci v životě vycházejí, více než 37 % dětí však uvedlo, že tento pocit spokojenosti s chodem věcí v životě zažívá zřídka, a něco přes 5 % dětí se domnívá, že tento pocit nezažívá nikdy. Podobně je tomu též s hodnocením pocitu, že v životě jde vše dobře často (z toho více než 13 % jej prožívá téměř vždy), asi 37 % dětí tento pocit prožívá zřídka a cca 7 % vyjádřilo názor, že jej neprožívá nikdy.

Další z kategorie pocitů se týkal přání mít možnost změnit mnoho věcí v životě. Více než 36 % dotazovaných dětí tento pocit zažívá často, cca 18 % dětí téměř vždy, asi 35 % dětí jej však prožívá jen zřídka a cca 10 % dětí uvedlo, že jej neprožívá nikdy. Pokud jde o hodnocení přání mít úplně jiný život, cca 76 % dotazovaných dětí si tuto možnost nepřeje (cca 50 % z nich nikdy, cca 26 % jen zřídka), 14 % dětí by si přálo mít tuto možnost často a necelých 10 % dotazovaných dětí by si ji přálo vždy.

Přibližně 74 % dotazovaných dětí hodnotí svůj život jako dobrý, z toho cca 40 % jej tak hodnotí často a cca 34 % téměř vždy, ale cca 21 % dotazovaných dětí jej tak hodnotí jen zřídka a necelých 5 % dětí jej tak nehodnotí nikdy. Dobrý pocit z věcí, které je v životě potkávají, prožívá často více než 48 % dětí, cca 20 % dětí dokonce uvádí, že jej prožívá téměř vždy, asi 27 % dotazovaných dětí však tento pocit prožívá jen zřídka a cca 4 % dětí uvedla, že jej neprožívá nikdy.

Pocit osamělosti prožívá téměř 6 % dotazovaných dětí velmi často, asi 7,5 % dětí dost často, cca 48 % dětí tento pocit prožívá někdy a přibližně 38 % dotazovaných dětí uvedlo, že jej neprožívá nikdy.

### 3.3 KORELAČNÍ ANALÝZA PROMĚNNÝCH VZTAHUJÍCÍCH SE K SOCIÁLNÍMU KAPITÁLU

Ve všech částech korelační analýzy vybraných proměnných se objevily některé velmi zajímavé výsledky. Vzhledem k rozsahu sledovaných proměnných se budeme jmenovitě věnovat pouze těm korelacím, jež dosáhly statistické významnosti.

**Tabulka 13** Korelační analýza SES a zaměstnání rodičů k sociálnímu kapitálu relevantních proměnných (n = 4425)

$r_p$ Proměnné	Je otec zaměstnan?	SES otce	Je matka zaměstnaná?	SES matky
Činnost v klubu – sportovní oddíl	0,064**	0,131**	0,062**	0,118**
Činnost v klubu – dobrovolnická služba	-0,002	-0,017	0,000	-0,016
Činnost v klubu – politická organizace	-0,020	-0,008	-0,034*	-0,024
Činnost v klubu – kulturní spolek	0,019	0,057**	0,009	0,060**
Činnost v klubu – církevní skupina	0,015	0,013	-0,001	0,008
Činnost v klubu – mládežnická organizace	0,009	0,021	-0,012	0,009
Činnost v klubu – jiný klub	0,025	0,020	-0,020	-0,011
Činnost v klubu – neúčastní se	-0,026	-0,033	-0,049*	-0,051*
Bezpečnost v místě bydliště	0,077**	0,085**	0,034*	0,068**
Dobré místo pro život	0,082**	0,074**	0,048**	0,080**
Místo, kde žije – lidé se pozdraví	0,023	-0,008	0,004	-0,019
Místo, kde žije – hrát si venku je bezpečné	0,037*	0,042**	-0,008	-0,001
Místo, kde žije – lidem se dá důvěřovat	0,038*	0,063**	0,041**	0,053**
Místo, kde žije – dobrá místa pro volný čas	-0,017	0,010	0,040**	0,046**
Místo, kde žije – požádat sousedy o pomoc	0,028	0,051**	0,019	0,056**
Místo, kde žije – lidé jsou vstřícní a nápomocní	0,030	0,049**	0,049**	0,069**

SES: socioekonomický status

$r_p$ : Pearsonův korelační koeficient

\*\* Korelace je významná na 0,01 hladiny významnosti.

\* Korelace je významná na 0,05 hladiny významnosti.

V rámci první části korelační analýzy nelze pravděpodobně označit za překvapující pozitivní, statisticky významnou korelaci mezi aktivní účastí dětí na činnostech ve sportovních klubech a (pozitivní) odpovědi na otázku, zda otec a/nebo matka jsou zaměstnaní, a mezi jejich socioekonomickým statusem (SES).



Podstatně pozoruhodnější je zjištěná negativní korelace mezi účastí dětí v politických organizacích a zaměstnáním matky. Vyšší účast dětí na činnosti politických organizací je tedy spojena s nižším souhlasem v odpovědi na otázku, zda matka je zaměstnána.

Dále byla zjištěna pozitivní korelace mezi účastí dětí na kulturních činnostech a SES otce a matky (s vyšší účastí dětí na kulturních aktivitách je spojen vyšší SES rodičů). Podobně byla zjištěna negativní korelace mezi neúčastí na činnosti jakéhokoli klubu nebo organizace a zaměstnáním matky a jejím SES (vyšší neúčast na činnosti klubů a organizací je spojena s nižším počtem kladných odpovědí na otázku, zda matka je zaměstnána, a nižší úroveň jejího SES).

Poměrně výrazná pozitivní korelace byla zjištěna mezi hodnocením bezpečnosti v místě bydliště a zaměstnáním otce a matky a hodnocením jejich SES. S vyšší úrovní hodnocení bezpečnosti místa bydliště je spojeno více kladných odpovědí na otázku, zda otec a matka jsou zaměstnáni, a vyšší úroveň jejich SES.

Podobně výrazná pozitivní korelace byla zjištěna mezi souhlasně hodnoceným konstatováním, že místo bydliště je dobrým místem pro život, a zaměstnáním jejich otce a matky a hodnocením jejich SES. Vyšší souhlas s konstatováním, že místo bydliště je dobrým místem pro život, je spojen s vyšším počtem kladných odpovědí na otázku, zda otec a matka jsou zaměstnáni, a s vyšší úrovní jejich SES.

Pozitivní korelace byly též zjištěny mezi kladným hodnocením konstatování, že hrát si v místě bydliště během dne venku je pro menší děti bezpečné, a mezi zaměstnáním otce a jeho SES. Vyšší souhlas s konstatováním, že hrát si venku je bezpečné, je spojen s vyšším počtem kladných odpovědí na otázku, zda otec je zaměstnán, a s vyšší úrovní jeho SES.

Poměrně výrazné pozitivní korelace byly zjištěny mezi kladným hodnocením konstatování, že v místě bydliště se dá lidem důvěřovat, a zaměstnáním otce a matky a jejich SES. Vyšší souhlas s konstatováním, že v místě bydliště se dá lidem důvěřovat, je spojen s vyšším počtem kladných odpovědí na otázku, zda otec a matka jsou zaměstnáni, a s vyšší úrovní jejich SES.

Rovněž mezi kladným hodnocením konstatování, že v místě bydliště jsou dobrá místa pro trávení volného času, a zaměstnáním matky a jejím SES byla zjištěna pozitivní korelace. S vyšším souhlasem s konstatováním, že v místě bydliště jsou dobrá místa pro trávení volného času, jako např. volnočasová centra, parky, obchody, je spojen vyšší počet kladných odpovědí na otázku, zda matka je zaměstnána, a vyšší úroveň jejího SES.

Pozitivní korelace byly zjištěny také mezi kladným hodnocením konstatování, že v místě bydliště lze požádat sousedy o pomoc nebo laskavost, a mezi úrovní SES otce a matky. Vyšší souhlas s konstatováním, že v místě bydliště je možno požádat sousedy o pomoc nebo laskavost, je spojen s vyšším SES otce a matky.

Dále byla zjištěna rovněž pozitivní korelace mezi kladným hodnocením konstatování, že v místě bydliště a okolí je většina lidí vstřícná a nápomocná, a mezi zaměstnáním matky a SES otce i matky. Vyšší souhlas s konstatováním, že většina lidí je v místě bydliště a okolí vstřícná a nápomocná, je spojen s vyšším počtem kladných odpovědí na otázku, zda matka je zaměstnána, a s vyšší úrovní SES otce i matky.

**Tabulka 14** Korelační analýza SES rodičů a dalších relevantních proměnných (n = 4425)

$r_p$ Proměnné	SES otce	SES matky
Sourozenci	-0,018	0,007
Jak snadné je mluvit s vlastním otcem	-0,007	-0,018
Jak snadné je mluvit s vlastní matkou	-0,048**	-0,022
Pocity – spokojen/a, jak věci vycházejí	-0,070**	-0,105**
Pocity – v životě jde vše dobře	-0,054**	-0,091**
Pocity – změnit mnoho věcí	0,060**	0,069**
Pocity – úplně jiný život	0,084**	0,124**
Pocity – dobrý život	-0,038*	-0,097**
Pocity – dobrý pocit z věcí	-0,015	-0,069**
Osamělost	-0,040*	-0,034

SES: socioekonomický status

$r_p$ : Pearsonův korelační koeficient

\*\* Korelace je významná na 0,01 hladiny významnosti.

\* Korelace je významná na 0,05 hladiny významnosti.

Ve druhé části korelační analýzy byla naše pozornost zaměřena především na hodnocení souvislosti mezi SES otce a matky a počtem sourozenců, možností s nimi mluvit o věcech, které děti trápí, a hodnocením uvedených pocitů v posledních týdnech. Vzhledem k reverznímu skórování položek utvářejících proměnnou SES otce a matky a prožívaných pocitů jsou záporné hodnoty korelačních koeficientů vyjádřením kladných korelačních vztahů, takže můžeme konstatovat, že s vyšší úrovní SES otce a matky je spojena vyšší frekvence výskytu pozitivních pocitů (spokojenost s tím, jak věci v životě vycházejí; pocit, že v životě jde vše dobře; dobré hodnocení života), naopak záporná korelace se týká vztahu SES rodičů a potřeby změnit v životě mnoho věcí a přání mít úplně jiný život (s vyšší úrovní SES klesá potřeba měnit v životě mnoho věcí a mít úplně jiný život). Pozoruhodná je též zjištěná záporná korelace v poslední položce této druhé části korelační analýzy, naznačující, že se stoupající úrovní SES otce vzrůstá frekvence pocitu osamělosti.



### 3.4 DISKUZE A ZÁVĚRY

Vzhledem k tomu, že česká část mezinárodní studie HBSC dosud nikdy neobsahovala pasáž týkající se sociálního kapitálu, nelze zjištěné údaje porovnat s výsledky z minulých let.

Ani v dalších výzkumech, realizovaných v ČR, se neobjevuje problematika sociálního kapitálu u dětí příliš často.

Jednou z výjimek je výzkum J. Šafra a jeho spolupracovníků ze Sociologického ústavu AV ČR, realizovaný v rámci projektu „Sdílení hodnot“. Tento projekt, o jehož výsledcích informovaly mj. také Britské listy (2011), zahrnoval několik studií, z nichž jedna byla zaměřena na reprezentativní soubor dnešních třicátníků s názvem „Distinkce a hodnoty“ a podtitulem „Vliv kulturního a sociálního kapitálu rodiny původu na profesní status dnešních třicátníků – Husákových dětí“. Výsledky výzkumu mj. prokázaly, že statusové postavení dnešních třicátníků bylo zásadně ovlivněno jednak socioekonomickým statutem rodičů, jednak aspiracemi a motivací ze strany rodičů (vymezení co nejvyššího dosaženého vzdělání jako žádoucího cíle a podněcování dětí k jeho dosažení) a také vlivem sociálního kapitálu. Jeho vliv byl hodnocen jako jednak negativní (ten byl dán počtem sourozenců: se stoupajícím počtem sourozenců klesala kapacita rodičů se jim věnovat), jednak pozitivní (vyšší dosažené vzdělání staršího sourozence sehrávalo roli žádoucího vzoru pro mladšího/mladší z nich).

I v naší studii se projevil pozitivní vliv socioekonomického statusu rodičů na rozsah a způsoby naplnění volnočasových aktivit dětí. Jako zřejmě zásadní okolnost pro naplňování volnočasových činností dětí vystupuje skutečnost, zda otec a matka jsou zaměstnaní. Neúčast dětí na činnostech zájmových zařízení a klubů je spojena s nezaměstnáním matky a jejím nižším SES, ale současně je s nimi spojena vyšší účast dětí na činnostech politických organizací. Vzhledem k tomu, že zjištěná data jsou výsledkem korelační analýzy, nelze na jejich základě uvažovat o kauzálních souvislostech a je na místě brát v úvahu pouze zjištěné tendence.

Další z nich je i vztah mezi socioekonomickým statutem rodičů (či jeho části – zaměstnání otce a/nebo matky) a vnímanou úrovní bezpečí v místě bydliště, rozsahem a kvalitou sociálních interakcí, kooperace, vzájemnosti a důvěry v místě bydliště a hodnocením místa bydliště jako dobrého místa pro život.

Mezinárodní srovnání v rámci studie HBSC ukazuje, že nižší socioekonomický status v rodině je spojován s horším vnímáním zdravotního stavu, nižší úrovní životní spokojenosti a s určitým rozsahem opakujících se zdravotních potíží (Ravens-Sieberer et al., 2009).

Téma sociálního kapitálu se v posledních cca 15 letech stalo v souvislosti s rozvojem empirického výzkumu tohoto jevu významným tématem nejen v sociologii, ale prostřednictvím stále širšího uplatnění tohoto pojmu v dalších vědních oborech, např. v politologii, ekonomii či psychologii, se stalo tématem mezioborovým.

Dosud známé výsledky empirických studií potvrdily velmi úzkou souvislost sociálního kapitálu s řadou dalších tematických celků, jako je např. sociální interakce, participace, kooperace, reciprocita, důvěra, sociální opora, její zdroje (sociální sítě, resp. sítě sociálních vztahů), sociální koheze, ale i vnímání vlastního zdraví.

Ukazuje se též, že sociální kapitál v rodině může zřejmě významně ovlivnit pozdější postavení dětí v sociální stratifikaci, a tím naplnění jejich úspěšného životního vývoje.



#### 4. ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST A JEJÍ DETERMINANTY

*Eva Hlaváčková / Lenka Hodačová / Eva Čermáková*



## HLAVNÍ ZJIŠTĚNÍ

- Životní spokojenost českých dětí je dlouhodobě vysoká.
- Dívky uvádějí nižší životní spokojenost než chlapci.
- Míra životní spokojenosti klesá s rostoucím věkem dětí.
- Významnými determinantami životní spokojenosti jsou kromě pohlaví a věku formální struktura rodiny, míra společně stráveného času v rodině, vztah ke škole a k učitelům, subjektivně vnímaný zdravotní stav, konzumace alkoholu a tabáku.



## 4.1 ÚVOD A METODOLOGIE

Životní spokojenost (life satisfaction), osobní, duševní pohoda (well-being), kvalita života (quality of life) jsou pojmy, které spolu úzce souvisí a které jsou v odborné literatuře často používány jako synonyma (Blatný, 2010). Jejich zkoumání je v současnosti v popředí zájmu v mnoha vědních oborech, zejména pak v psychologii, sociologii a medicíně. Osobní pohoda se dokonce v posledních dvaceti letech stala jedním z nejvíce studovaných psychologických témat (Blatný, 2010; Mareš, 2006). Orientace na tyto oblasti souvisí s holistickým pohledem na člověka, s komplexním pojetím zdraví a salutogenezí. Řada studií ukazuje, že významnými determinantami životní spokojenosti jsou věk, zdravotní stav, fyzická výkonnost, sociální vztahy, socioekonomický status, životní události a spiritualita jedince v širokém slova smyslu (celkový životní postoj, transcendence, smysl života, víra, religiozita) (Kebza, 2005; Křivohlavý, 2004; Hodačová, 2008; Blatný, 2010; Hodačová, Hlaváčková, Csémy, Šmejkalová, & Čermáková, 2011).

Zkoumání životní spokojenosti (kvality života) u dětí má svá specifika, která pramení z odlišnosti jednotlivých vývojových období a z osobnostních zvláštností daných úrovní myšlení, vnímáním zdraví, interpretací stresorů a jejich zvládním. Na děti výrazněji než na dospělé působí sociokulturní a etnické faktory. Dítě je více ovlivňováno rodinou a vrstevnickou skupinou, má málo možností sociální prostředí měnit, omezenější rozsah zvládacích strategií než dospělý a méně než dospělý může rozhodovat samo o sobě (Hodačová, 2008; Mareš, 2006). Přehled dostupných českých a slovenských prací zaměřených na kvalitu života u dětí podávají Mareš a 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.

Naším cílem bylo sledovat životní spokojenost u reprezentativního vzorku českých dětí ve věku 11, 13 a 15 let v rámci mezinárodního šetření HBSC, popsat vývojové trendy od roku 2002, analyzovat životní spokojenost českých dětí na vybraných škálách podle věku a pohlaví a posoudit ji ve vztahu k dalším významným faktorům (subjektivně vnímané zdraví, formální struktura rodiny, množství společně stráveného volného času v rodině, adaptace na školu, vnímaná míra nároků na školní výkon, pití alkoholu a kouření tabáku).

Životní spokojenost jsme posuzovali na základě dvou standardizovaných položek: 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; Pál 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) (Cantril, 1965; Currie, Gabhainn et al., 2008).

Pro analýzu vztahů mezi sledovanými položkami životní spokojenosti, pohlavím, věkem a dalšími sledovanými proměnnými jsme zjištěné hodnoty na škálách HŠ a CI rozdělili do tří kategorií, na průměrné (průměr ± SD), podprůměrné (méně než průměr – SD) a nadprůměrné (více než průměr + SD).

## 4.2 ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST NA SLEDOVANÝCH ŠKÁLÁCH

České děti vykazovaly na škálách HŠ a CI vysoké hodnoty, které dosahovaly více než dvou třetin možného maxima. U CI byla průměrná hodnota pro celý soubor sledovaných dětí 7,5 (maximum je 10), u HŠ byl průměr 16,7 (maximum je 24). Přehled průměrných hodnot u celého sledovaného souboru i v kategoriích podle pohlaví a věku uvádíme v tabulce 15. Z tabulky je zřejmé, že dosažené průměrné aritmetické hodnoty na obou škálách jsou nižší u dívek a klesají se vzrůstajícím věkem dětí. Na škále CI uvedli chlapci v průměru o 0,2 vyšší hodnoty než dívky, na škále HŠ to bylo o 0,7 více než u dívek. Nejvyšší hodnoty ze všech kategorií dosáhly jedenáctileté děti. Dospívající z kategorie patnáctiletých označili na CI a HŠ naopak nejnižší hodnoty ze všech sledovaných skupin.

**Tabulka 15** Průměrné aritmetické hodnoty škál životní spokojenosti

	Pohlaví		Věk			Průměr pro celý soubor
	Chlapci	Dívky	11 let	13 let	15 let	
Cantrilův index (0–10)	7,6	7,4	7,8	7,5	7,3	7,5
Směrodatná odchylka	1,8	1,9	1,9	1,9	1,7	1,8
Huebnerova škála (6–24)	17,1	16,4	17,2	16,7	16,2	16,7
Směrodatná odchylka	3,5	3,7	3,6	3,6	3,5	3,6

### 4.2.1 VÝVOJ HODNOT NA SLEDOVANÝCH ŠKÁLÁCH CI A HŠ OD ROKU 2002

Vývoj hodnot na sledovaných škálách CI a HŠ zaznamenává mírné změny. Trvale platí vztahy, že chlapci uvádějí na škálách životní spokojenosti vyšší hodnoty než dívky a že životní spokojenost u dětí se vzrůstajícím věkem klesá. Na CI dosáhly děti ve všech kategoriích nejnižších hodnot v roce 2006, na HŠ v roce 2002. Vývojový trend ukazuje, že průměrné hodnoty na HŠ od roku 2002 trvale stoupají (s výraznějším nárůstem v roce 2006). Pouze v kategorii patnáctiletých dětí došlo v roce 2010 ve srovnání s rokem 2006 k poklesu o 0,1 (Tabulka 17). Hodnoty na škále CI více kolísají. V roce 2006 dochází k poklesu, a to zejména u jedenáctiletých dětí (o 0,4) a u dívek (o 0,3). V roce 2010



naopak zaznamenáváme ve všech kategoriích nárůst (o 0,2–0,3). V kategorii dívek se průměrná hodnota CI vrací na úroveň z roku 2002, v kategorii chlapců, třináctiletých a patnáctiletých dětí dosahuje CI v roce 2010 vyšších hodnot než v roce 2002, ale v kategorii jedenáctiletých dětí i přes nárůst zůstává průměrná hodnota CI o 0,1 nižší, než byla průměrná hodnota v roce 2002 (*Tabulka 16*).

**Tabulka 16** Vývoj průměrných hodnot na škále CI od roku 2002

Cantrilův index (0–10)	Pohlaví		Věk			Průměr pro celý soubor
	Chlapci	Dívky	11 let	13 let	15 let	
Rok 2002	7,5	7,4	7,9	7,3	7,2	-
Směrodatná odchylka	1,9	1,9	1,9	1,9	1,7	-
Rok 2006	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
Rok 2010	7,6	7,4	7,8	7,5	7,3	7,5
Směrodatná odchylka	1,8	1,9	1,9	1,9	1,7	1,8

*Pozn. Průměrné aritmetické hodnoty CI pro celý soubor v roce 2002 literatura neuvádí.*

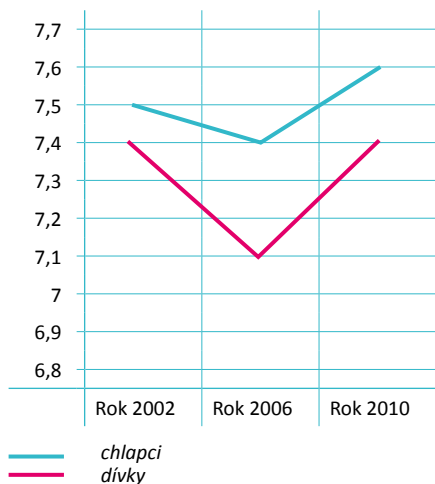
**Tabulka 17** Vývoj hodnot na škále HŠ od roku 2002

Huebnerova škála (6–24)	Pohlaví		Věk			Průměr pro celý soubor
	Chlapci	Dívky	11 let	13 let	15 let	
Rok 2002	15,6	15,5	15,8	15,5	15,4	-
Směrodatná odchylka	2,2	2,1	2,3	2,1	2,0	-
Rok 2006	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
Rok 2010	17,1	16,4	17,2	16,7	16,2	16,7
Směrodatná odchylka	3,5	3,7	3,6	3,6	3,5	3,6

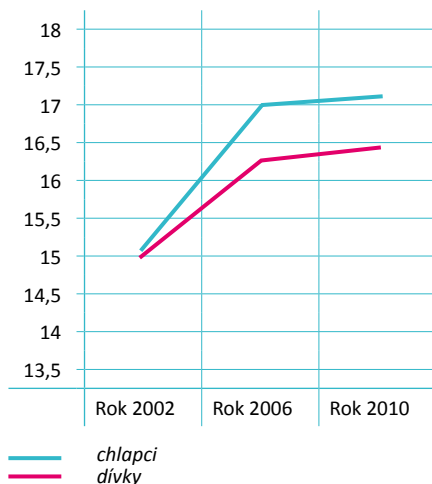
*Pozn. Průměrné hodnoty HŠ pro celý soubor v roce 2002 literatura neuvádí.*

Vývojové trendy na obou sledovaných škálách od roku 2002 uvádíme také v grafu 10 a 11.

**Graf 10** Vývoj hodnot na škále CI podle pohlaví



**Graf 11** Vývoj hodnot na škále HŠ podle pohlaví



### 4.3 ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST VE VZTAHU KE ZDRAVÍ

Životní spokojenost úzce souvisí se zdravím, proto jsme se zaměřili na analýzu subjektivně vnímaného zdravotního stavu (celkového zdraví a výskytu psychosomatických obtíží v posledních šesti měsících) ve vztahu k hodnotám na škálách CI a HŠ. Svoje celkové zdraví děti hodnotily pomocí čtyřbodové škály. Na otázku *Co soudíš o svém zdravotním stavu?* měly možnost volit odpovědi: *je vynikající, dobrý, ne moc dobrý, špatný*. Výskyt psychosomatických obtíží jsme 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, únavu 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.



#### 4.4 CELKOVÉ ZDRAVÍ

Svůj zdravotní stav jako vynikající nebo dobrý označilo celkem 90,3% dětí (91,3% chlapců, 89,2% dívek), jako ne moc dobrý a špatný 9,7% dětí (8,8% chlapců a 10,8% dívek). Prokázali jsme statisticky významnou souvislost ( $p < 0,001$ ) mezi subjektivním hodnocením zdravotního stavu a pohlavím dětí. Třetina chlapců označila svůj zdravotní stav jako vynikající, v kategorii dívek se takto vyjádřila jen necelá čtvrtina. Dívky většinou hodnotily svůj zdravotní stav jako dobrý (*Tabulka 18*).

**Tabulka 18** Subjektivní hodnocení zdravotního stavu podle pohlaví v %

Zdravotní stav	Pohlaví	
	Chlapci	Dívky
Vynikající	33,7	24,1
Dobrý	57,6	65,1
Ne moc dobrý	7,2	8,8
Špatný	1,6	2,0

Ve srovnání s chlapci klasifikovalo výrazně nižší procento dívek ve všech věkových kategoriích svůj zdravotní stav jako vynikající. Jako špatný označilo svůj zdravotní stav nejvíce děti z kategorie patnáctiletých dívek a nejméně z kategorie třináctiletých a patnáctiletých chlapců. U dívek jsme zjistili statisticky významné rozdíly ( $p < 0,001$ ) mezi subjektivním hodnocením zdraví a věkem. S rostoucím věkem hodnotilo významně méně dívek svůj zdravotní stav jako vynikající (*Tabulka 19*).

**Tabulka 19** Subjektivní hodnocení zdravotního stavu podle věku a pohlaví v %

Pohlaví		Věk		
		11 let	13 let	15 let
Chlapci	Vynikající	33,6	36,9	30,7
	Dobrý	58,6	53,4	60,5
	Ne moc dobrý	5,9	8,3	7,5
	Špatný	2,0	1,4	1,4
Dívky	Vynikající	30,4	23,4	19,0
	Dobrý	59,1	67,7	68,2
	Ne moc dobrý	8,5	7,3	10,4
	Špatný	2,0	1,6	2,4

Děti, které hodnotily svůj zdravotní stav jako vynikající nebo dobrý, uváděly statisticky významně častěji ( $p < 0,001$ ) hodnoty v horním indexu CI a HŠ než děti, které hodnotily svůj zdravotní stav jako ne moc dobrý nebo špatný (*Tabulka 20, Tabulka 21*).

**Tabulka 20** CI ve vztahu ke zdravotnímu stavu v %

Cantrilův index	Zdravotní stav			
	Vynikající	Dobrý	Ne moc dobrý	Špatný
(0–10)				
Dolní (< 5,2)	6,4	15,4	36,1	44
Průměr (5,2–9,1)	68,5	76,3	60,2	48
Horní (> 9,1)	25,1	8,4	3,6	8

**Tabulka 21** HŠ ve vztahu ke zdravotnímu stavu v %

Huebnerova škála	Zdravotní stav			
	Vynikající	Dobrý	Ne moc dobrý	Špatný
(6–24)				
Dolní (< 13,1)	10,4	20,9	44,1	44
Průměr (13,1–19,9)	63,5	68,9	51,2	46,7
Horní (> 19,9)	26,1	10,2	4,6	9,3

## 4.5 PSYCHOSOMATICKÉ OBTÍŽE

Průměrná hodnota psychosomatických obtíží u našeho sledovaného souboru byla 6,9. Nejvíce si na zdravotní obtíže stěžovaly patnáctileté dívky, nejméně děti z nejmladší věkové kategorie (*Tabulka 22*).

**Tabulka 22** Index obtíží v posledních šesti měsících

Obtíže	Celý soubor	Pohlaví		Věk		
		Chlapci	Dívky	11 let	13 let	15 let
Psychické (průměr)	4,8	4,2	5,4	4,3	4,8	5,2
Směrodatná odchylka	4,3	4	4,5	4,4	4,4	4,3
Somatické (průměr)	2,1	1,7	2,5	1,8	2,1	2,4
Směrodatná odchylka	2,8	2,6	2,9	2,8	2,7	2,9
Celkové (průměr)	6,9	5,9	7,9	6,1	6,9	7,6
Směrodatná odchylka	6,4	6	6,6	6,5	6,3	6,3



Po zaměření pozornosti na konkrétní obtíže v intervalu každý den jsme zjistili nejvyšší indexy u únavy, vyčerpání, nervozity a napětí (*Tabulka 23*). Desetina dětí (10,7%) si stěžovala na nervozitu a napětí, přičemž nejčastěji si na tyto obtíže stěžovaly dívky (12%) a jedenáctileté děti (11,4%). Více než desetina dívek (11,6%) a jedenáctiletých dětí (10,6%) uvedla také každodenní potíže při usínání.

Ze somatických problémů děti nejčastěji uváděly bolesti v zádech. Více si na ně stěžovaly dívky než chlapci a jejich frekvence se zvyšovala s rostoucím věkem. Dalšími nejčastěji uváděnými somatickými obtížemi byly bolesti hlavy, bolesti ramen a krční páteře. Na každodenní bolesti hlavy si stěžovalo téměř dvakrát více dívek než chlapců (7,3% proti 4,1%), při porovnání věkových kategorií jimi nejvíce trpěly děti třináctileté a nejméně děti patnáctileté. Každodenní bolesti ramen a krční páteře nejčastěji uváděly dívky a jedenáctileté děti. Nejméně dětí odpovědělo, že trpí denně bolestmi žaludku, malátností a závratěmi (*Tabulka 23*).

**Tabulka 23** Obtíže každý den, údaje uvedeny v %

Obtíže	Celý soubor	Pohlaví		Věk		
		Chlapci	Dívky	11 let	13 let	15 let
Bolesti hlavy	5,7	4,1	7,3	5,4	6,3	5,5
Bolesti žaludku	2,5	1,8	3,2	2,7	2,3	2,6
Bolesti v zádech	6,5	5,1	7,7	6,4	5,4	7,5
Pocity skleslosti	5,1	4,1	6,1	4,4	5,5	5,5
Podrážděnost, špatná nálada	8,1	7,1	9,1	7,9	9	7,4
Nervozita, napětí	10,7	9,3	12	11,4	11	9,7
Potíže při usínání	9,7	7,6	11,6	10,6	9,9	8,6
Malátnost, závratě	2,5	2	2,9	2,7	2,3	2,6
Bolesti ramen, krční páteře	5,7	4,7	6,7	5,9	5,6	5,6
Obavy, strach	7,5	5,3	9,6	7,9	7,7	7
Únava, vyčerpání	15,9	14,9	16,9	16,3	15,2	16,3

Pro zjišťování vztahů mezi mírou obtíží a životní spokojeností na škálách HŠ a CI jsme indexy obtíží rozdělili do tří kategorií, na průměrné (průměr  $\pm$  SD), podprůměrné (méně než průměr - SD) a nadprůměrné (více než průměr + SD). Děti, které měly dolní index psychosomatických obtíží (tj. uváděly je méně často), udávaly častěji hodnoty v horním indexu HŠ a CI, to znamená, že byly více spokojené se životem. Děti, které trpěly častěji psychosomatickými obtížemi (horní index), uváděly více hodnoty v dolním indexu na CI a HŠ a méně hodnoty v horním indexu sledovaných škál (*Tabulka 24*, *Tabulka 25*). Zjištěné rozdíly byly statisticky významné na  $p < 0,001$ .



**Tabulka 24** CI ve vztahu k indexu celkových obtíží v %

Cantrilův index	Index celkových obtíží		
	Dolní (< 0,9)	Průměr (1–12,9)	Horní (> 13,0)
(0–10)			
Dolní (< 5,2)	7,1	52,4	40,5
Průměr (5,2–9,1)	14,1	71,6	14,3
Horní (> 9,1)	26,6	63,6	9,8

**Tabulka 25** HŠ ve vztahu k indexu celkových obtíží v %

Huebnerova škála	Index celkových obtíží		
	Dolní (< 0,9)	Průměr (1–12,9)	Horní (> 13,0)
(6–24)			
Dolní (< 13,1)	7,5	16,3	45,2
Průměr (13,1–19,9)	66,4	69,6	48,9
Horní (> 19,9)	26,1	14	5,9

## 4.6 ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST 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 a jednak množství společně stráveného volného času. Formální strukturu rodiny jsme definovali z položky, v níž děti odpovídaly na otázku, s kým žijí v tzv. hlavním domově. Měly na výběr ze sedmi odpovědí (*vlastní matka, vlastní otec, nevlastní matka nebo otcova družka, nevlastní otec nebo druh matky, 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 rodičem; a v kategorii D děti, které odpověděly, že mají jen jednoho nevlastního rodiče nebo 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 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.

Z celkového počtu 4256 respondentů uvedlo 69 % dětí, že žije v úplné rodině, 13 % dětí, že žije v rodině s jedním biologickým a jedním nevlastním rodičem, 16 % respondentů odpovědělo, že žije jen s jedním vlastním rodičem, a 2 % dětí uvedla, že mají jen jednoho nevlastního rodiče nebo s rodiči nežijí. Z celkového počtu 4156 dětí, které



odpovídaly na otázky týkající se množství společně stráveného času s rodinou, jich většina (53%) uvedla, že s rodiči tráví málo času. Výsledky ukazují, že obě sledované proměnné mají na životní spokojenost dětí vliv. Hodnoty CI a HŠ se snižují směrem od úplných po neúplné rodiny a jsou nižší u dětí, které odpověděly, že tráví s rodinou málo společného času. U dětí žijících s oběma biologickými rodiči byly hodnoty CI a HŠ vyšší, než je průměr celého sledovaného souboru (CI = 7,7, průměr souboru je 7,5; HŠ = 17,1, průměr souboru je 16,7). Děti, které odpověděly, že s rodinou tráví hodně společného času, uváděly výrazně vyšší hodnoty na obou škálách než děti ze skupiny, která odpověděla, že s rodiči tráví málo času. Výsledky uvádíme v tabulce 26.

**Tabulka 26** CI a HŠ v závislosti na struktuře rodiny a trávení společného času

CI, HŠ	Formální struktura rodiny n = 4256				Společný čas n = 4156	
	A n = 2917	B n = 559	C n = 678	D n = 102	Hodně n = 1935	Málo n = 2221
Cantrilův index (0–10)	7,7	7,1	7,1	6,6	7,8	7,2
Směrodatná odchylka	1,7	2	2	2,6	1,8	1,8
Huebnerova škála (6–24)	17,1	15,9	16,1	15,3	17,4	16,1
Směrodatná odchylka	3,5	3,7	3,9	3,9	3,9	3,6

Po vyhodnocení  $\chi^2$  testem a T-testem jsme prokázali statisticky významnou souvislost ( $p < 0,001$ ) mezi vybranými škálami životní spokojenosti, formální strukturou rodiny a množstvím společně stráveného času. Děti žijící v rodinách s oběma biologickými rodiči nebo v rodinách, kde tráví hodně společného času, uváděly statisticky významně častěji hodnoty v horním indexu CI a HŠ než děti, které odpověděly, že s oběma biologickými rodiči nežijí nebo že tráví v rodině málo společného času. Výsledky uvádíme v tabulce 27 a 28.

**Tabulka 27** CI v závislosti na struktuře rodiny a trávení společného času

Cantrilův index	Formální struktura rodiny n = 4256				Společný čas n = 4156	
	A n = 2923	B n = 566	C n = 680	D n = 102	Hodně n = 1935	Málo n = 2240
(0–10)						
Dolní (< 5,2)	12,1	22,6	19,4	32,4	11,1	18,6
Průměr (5,2–9,1)	73,7	66,6	71,6	57,8	70,9	73,3
Horní (> 9,1)	14,3	10,8	9	9,8	18	8,1

**Tabulka 28** HŠ v závislosti na struktuře rodiny a trávení společného času

Huebnerova škála	Formální struktura rodiny n = 4256				Společný čas n = 4156	
	A n = 2905	B n = 561	C n = 681	D n = 105	Hodně n = 1938	Málo n = 2235
(6–24)						
Dolní (< 13,1)	16,4	29,8	26,9	32,4	15,2	24,4
Průměr (13,1–19,9)	68,1	58,8	61,7	60	65,8	65,5
Horní (> 19,9)	15,6	11,4	11,5	7,6	19	10,1

S formální strukturou rodiny a množstvím společně stráveného času v rodině statisticky významně ( $p < 0,001$ ) souviselo také subjektivní hodnocení zdraví. Děti z neúplných rodin hodnotily svůj zdravotní stav hůře než děti z rodin úplných. Jako vynikající nebo dobrý vnímalo zdravotní stav 91,9% 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 84,3% dětí (Tabulka 29). Menší rozdíly v subjektivním hodnocení zdravotního stavu byly ve vztahu k proměnné volného času. 90,6% dětí, které uvedly, že s rodiči tráví hodně společného času, hodnotilo svůj zdravotní stav jako vynikající nebo dobrý. Ve druhé sledované skupině to bylo 90,1% dětí. Nejvýraznější rozdíl mezi oběma skupinami (hodně a málo společného času) byl v hodnocení zdraví jako vynikajícího. O téměř 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 (32,8% proti 25,1%). Další výsledky uvádíme v tabulce 29.

**Tabulka 29** Zdravotní stav v závislosti na struktuře rodiny a trávení společného času v %

Zdravotní stav	Formální struktura rodiny n = 4256				Společný čas n = 4156	
	A n = 2917	B n = 559	C n = 678	D n = 102	Hodně n = 1935	Málo n = 2221
Vynikající	30	25,6	25,7	28,4	32,8	25,1
Dobrý	61,9	64,6	58,1	55,9	57,8	65
Ne moc dobrý	6,5	8,1	13,9	10,8	7,5	8,1
Špatný	1,5	1,8	2,4	4,9	2	1,7



## 4.7 ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST VE VZTAHU KE ŠKOLE

Adaptaci na školu jsme posuzovali podle odpovědí na otázky, které zjišťovaly, jak se dětem ve škole líbí a jak vnímají vztah s učiteli. Do skupiny dobře adaptovaných jsme zařadili děti, které uvedly, že se jim ve škole líbí (moc nebo celkem), a současně na otázku *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. Podle našich kritérií bylo dobře adaptovaných žáků celkem 1496, tj. 33,8 % z celého sledovaného souboru. Špatně adaptovaných dětí bylo 423, tj. 9,6 % z celého souboru. Čtvrtina dětí uvedla, že pociťuje vysoké nároky na školní výkon.

Analýza vztahů mezi životní spokojeností a sledovanými proměnnými *adaptace na školu a míra nároků* ukázala statisticky významné souvislosti především u adaptace na školu. Děti, které měly kladný vztah ke škole a k učitelům, uváděly zároveň vyšší hodnoty na CI a HŠ. Téměř 2x více dobře adaptovaných dětí udávalo hodnoty v horním intervalu CI a HŠ ve srovnání s dětmi špatně adaptovanými. Naopak 3x–5x více dětí ze skupiny špatně adaptovaných udávalo na CI a HŠ hodnoty v dolním intervalu oproti dětem z kategorie dobře adaptovaných (*Tabulka 30 a 31*). Vztahy byly významné na  $p < 0,001$ . U proměnné míra nároků jsme prokázali statisticky významný vztah pouze na HŠ. Děti, které pociťovaly ze strany rodičů a učitelů vysoké nároky, uváděly statisticky významně častěji ( $p < 0,001$ ) hodnoty v dolním intervalu HŠ.

**Tabulka 30** CI ve vztahu k adaptací na školu v %

Cantrilův index	Dobrá adaptace	Špatná adaptace
(0–10)	n = 1469	n = 433
Dolní (< 5,2)	10	27,5
Průměr (5,2–9,1)	70,5	63,5
Horní (> 9,1)	19,5	9

**Tabulka 31** HŠ ve vztahu k adaptací na školu v %

Huebnerova škála	Dobrá adaptace	Špatná adaptace
(6–24)	n = 1457	n = 423
Dolní (< 13,1)	11,4	35,9
Průměr (13,1–19,9)	67,1	57,4
Horní (> 19,9)	21,6	6,6

Adaptace na školu měla významný vztah také k subjektivně hodnocenému zdraví. Dobře adaptované děti statisticky významně častěji označily svůj zdravotní stav jako velmi dobrý nebo dobrý a naopak téměř 3x více špatně adaptovaných dětí odpovědělo, že vnímá svůj zdravotní stav jako ne moc dobrý nebo špatný ve srovnání s dětmi dobře adaptovanými (Tabulka 32).

**Tabulka 32** Zdravotní stav ve vztahu k adaptaci na školu v %

Zdravotní stav	Dobrá adaptace n = 1459	Špatná adaptace n = 427
Vynikající	34,3	22,5
Dobrý	58,9	59,3
Ne moc dobrý	5,3	14,3
Špatný	1,5	4

## Životní spokojenost ve vztahu k rizikovému chování (pití alkoholu a kouření cigaret)

Při analýze souvislostí mezi životní spokojeností a rizikovým chováním jsme se zaměřili na nejrozšířenější formy zdraví ohrožujícího chování u dospívajících – na pití alkoholu a kouření cigaret. Na základě odpovědí na otázky *Jak často kouříš v současné době?* (možnosti: *každý den, nejméně jednou týdně, ale ne denně, méně často než jednou týdně, nekouřím*) a *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.* (možnosti odpovědí: *každý den, každý týden, každý měsíc, zřídka/méně než jednou měsíčně, nikdy*) jsme děti rozdělili do 4 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 (tj. 84 % z celého sledovaného souboru respondentů); ve skupině B děti, které uvedly, že kouří denně nebo nejméně jedenkrát týdně (12 %); ve skupině C byly děti, které alkohol nepily nebo uvedly, že se napijí méně často než jednou měsíčně (59 %); a ve skupině D děti, které uvedly, že se alkoholu napijí každý den nebo každý týden (21 %). Děti, které uváděly, že se alkoholu napijí každý měsíc, jsme z analýzy vztahů vyřadili (20 %). Mezi sledovanými proměnnými jsme zjistili významné vztahy. Děti, které kouřily denně nebo nejméně jedenkrát týdně, a děti, které se napijí alkoholu každý den nebo každý týden, uváděly statisticky významně častěji ( $p < 0,001$ ) životní spokojenost na dolních indexech CI a HŠ než děti, které nekouřily a alkohol nepily. Jinými slovy byly se svým životem méně spokojené (Tabulka 33 a 34).



**Tabulka 33** CI ve vztahu ke kouření a pití alkoholu, údaje uvedeny v %

Cantrilův index	A	B	C	D
Dolní (< 5,2)	13,8	24,2	14,3	16,9
Průměr (5,2–9,1)	72,7	67,5	70,4	74,8
Horní (> 9,1)	13,5	8,3	15,3	8,3

**Tabulka 34** HŠ ve vztahu ke kouření a pití alkoholu, údaje uvedeny v %

Huebnerova škála	A	B	C	D
Dolní (< 13,1)	18,3	33,7	18,2	25,1
Průměr (13,1–19,9)	66,6	59	64,8	64,7
Horní (> 19,9)	15,1	7,3	17,1	10,1

## 4.8 DISKUZE

Většina českých dětí vykazovala na sledovaných škálách životní spokojenosti (CI a HŠ) vysoké hodnoty, které pro celý soubor dosahovaly dvou třetin možného maxima. Každá škála má jiné rozmezí hodnot, ale u obou položek znamenají vyšší hodnoty také vyšší životní spokojenost. Pokusíme-li se o mezinárodní srovnání, můžeme konstatovat, že většina dětí ze sledovaných zemí v rámci studie HBSC uváděla v roce 2006 na CI také vysokou spokojenost, tedy hodnoty 6 a více na desetibodové škále. U českých dětí to bylo celkem 81% respondentů, což ale v mezinárodním srovnání znamenalo umístění až v druhé polovině pořadí ve všech třech věkových kategoriích. Kategorie jedenáctiletých českých dětí se dokonce umístila mezi 41 zeměmi až na 39. místě. Hůře dopadly už jen Rumunsko a Turecko (Currie, Gabhainn et al., 2008).

Z našich výsledků vyplynulo, že dívky a starší děti dosahovaly na škálách životní spokojenosti nižších průměrných hodnot. Tento trend se od roku 2002 v ČR nemění. Nižší životní 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 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 (Vágnerová, 2005; Valášková, & Ježek, 2002). Nespokojenost s tělem se zvyšuje kolem 13. roku. 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 (Polášková, Masopustová, & Ježek, 2008; Valášková, & Ježek, 2002). Důvodem horší subjektivně vnímané životní spokojenosti 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 i 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 a 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 et al., 2008).

V naší práci jsme zjistili statisticky významnou souvislost mezi sledovanými škálami životní spokojenosti, formální strukturou rodiny a množstvím společně stráveného času. Děti z neúplných rodin byly s životem spokojené méně než děti z rodin úplných. 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 et al., 2005) i z roku 2006 (Hlaváčková, Hodačová, Csémy, Šmejkalová, & Čermáková, 2010) 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) 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, měli více psychosomatických symptomů a častěji užívali alkohol a jiné návykové látky. 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). Blahutková a Charvát (2009) zjistili, že vyšší míra stresu u školních dětí významně koreluje s neupokojivou situací v rodině, a to především s rozvodem rodičů. 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, 1999; Sobotková, 2007). Negativně na vývoj dětí působí především dva rizikové faktory rodinného prostředí: odcizené, zanedbávající prostředí, otevřené konflikty a agrese (Břicháček, 1999; 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). Důležitou roli ve zdravém vývoji dětí kromě formální struktury rodiny hraje také rodinná koheze, atmosféra, pozornost a zájem ze strany rodičů, kvalita vztahů, sociálních vzorů a kontaktů, dobrá komunikace a společně strávený čas v rodině (Csémy et al., 2005; Currie, Gabhainn et al., 2008; Fröjd et al., 2007; Krch, & Csémy, 2006). Míra společně stráveného času byla v naší studii dalším významným kritériem ve vztahu k životní spokojenosti. Děti z rodin, kde si rodiče na děti najdou denně nebo téměř denně čas na společné posezení a popovídání, uváděly vyšší životní spokojenost na vybraných škálách. O to závažnější je zjištění, že více než polovina



respondentů uvedla, že s rodiči takto tráví málo času. Na druhou stranu ve srovnání s rokem 2006 se počet těchto dětí o 7 % snížil (z 60 % v roce 2006 na 53 % v roce 2010), což je bezesporu pozitivní trend. Společně trávený volný čas a zájem rodičů, dodržování rodinných tradic a rituálů napomáhá propojování individuality dítěte s rodinnou historií, tvorbě skupinové a osobní identity, zvyšuje resilienci rodiny a v neposlední řadě je významným protektivním faktorem vzniku závislosti na psychoaktivních látkách (Krch, & Csémy, 2006).

Se subjektivně vnímanou životní spokojeností dětí v naší studii významně souvisela také adaptace na školu. Děti špatně adaptované udávaly častěji nižší životní spokojenost. Kladný vztah ke škole je vnímán jako jeden ze zdrojů dobrého zdraví a protektivní faktor rizikových aktivit (Currie, Gabhainn et al., 2008). Vztah českých adolescentů ke škole však není příliš příznivý. V rámci mezinárodního srovnání se v oblasti oblíbenosti školy, hodnocení školního prostředí, vztahů k učitelům a spolužákům umísťují většinou na konci pořadí všech sledovaných zemí (Currie, Gabhainn et al., 2008; Currie et al., 2000; 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 (Csémy et al., 2005; Macek, 1999; Poledňová, & Zobačová, 2002). Největší obavy mají děti z hodnocení a známkování, ze svých školních výkonů, z učitelů i spolužáků (Macek, 1999; Poledňová, & Zobačová, 2002). 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. Postoje dětí ke škole se liší podle pohlaví a mění se s věkem. Ve všech věkových skupinách a v rámci mezinárodního srovnání ve většině zemí bývají ve škole spokojenější dívky (Currie, Gabhainn et al., 2008; Currie et al., 2004). Jsou oblíbenější u vyučujících, svědomitější, mají na základní škole v průměru lepší výsledky než chlapci (Janošová, 2005). S rostoucím věkem spokojenost ve škole u obou pohlaví klesá. Starší žáci vnímají školní prostředí negativněji, jsou kritičtější k demokratičnosti prostředí a k podpoře ze strany učitelů (Csémy et al., 2005; Mareš, & Ježek, 2002; Vágnerová, 2005). Mají potřebu se vymanit ze závislosti na autoritách, jsou negativističtější, mají 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 (Macek, 1999; Vágnerová, 2005).

V naší práci jsme dále zjistili statisticky významné vztahy mezi životní spokojeností, pitím alkoholu a kouřením cigaret. Děti, které pravidelně kouřily a pily alkohol (i velmi malé množství), uváděly nižší životní spokojenost. Kouření a konzumace alkoholu je u dospívajících v ČR dlouhodobě nejrozšířenější formou zdraví ohrožujícího chování (Csémy et al., 2005). Výsledky Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách (ESPAD), zjišťující 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 et al., 2009). První zkušenosti s alkoholem a tabákem získávají české děti již ve věku 10–13 let a jejich spotřeba stoupá s věkem (Csémy, Chomynová, & Sadílek, 2008; Csémy et al., 2005; Currie, Gabhainn



et al., 2008). 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). Spotřeba cigaret, alkoholu a jiných drog je považována za jednu ze sociálních determinant zdraví (Holčík, 2009). Sociální determinanty zdraví jsou u nás ale stále podceňovány, preventivní snahy jsou podle výsledků studií málo účinné a dostupnost alkoholu a cigaret je vysoká (Holčík, 2009; Žaloudíková, & Hrubá, 2009).

Úzké vztahy jsme zjistili také mezi životní spokojeností a subjektivně vnímaným zdravotním stavem. Děti, které uváděly horší zdravotní stav a vyšší míru psychosomatických potíží, byly se svým životem méně spokojené. Vztah se dá interpretovat i obráceně. Děti, které jsou v životě méně spokojené, vnímají svoje zdraví jako horší. U dětí převládaly psychické obtíže nad somatickými. Po zaměření pozornosti na konkrétní obtíže v intervalu každý den jsme zjistili nejvyšší indexy u únavy, vyčerpání, nervozity a napětí. Více než desetina dívek a jedenáctiletých dětí uvedla také každodenní potíže při usínání. 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). Subjektivně vnímaná úroveň zdraví souvisí kromě jiného se symptomy deprese a úzkosti (Currie, Gabhainn et al., 2008). Výskyt depresivních symptomů u dětí souvisí s vyšší mírou problémového chování, agrese a delikvencí (Čermák, Klimusová, & Vízdalová, 2005).

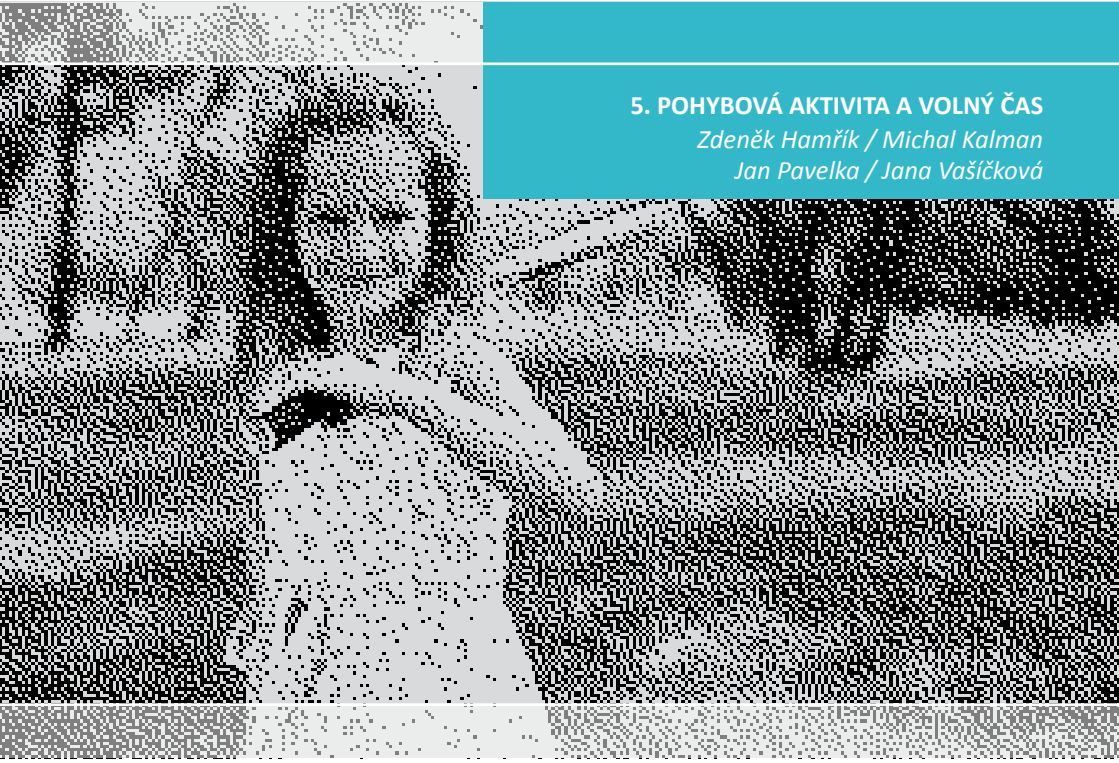


## 4.9 ZÁVĚRY

Na základě získaných výsledků můžeme konstatovat, že životní spokojenost je u českých dětí dlouhodobě vysoká. Na sledovaných škálách CI a HŠ uvádí většina dětí hodnoty vyšší než dvě třetiny možného maxima. Na škále HŠ pozorujeme od roku 2002 trvale mírně rostoucí trend, na škále CI došlo k mírnému poklesu v roce 2006, ale v roce 2010 se průměrné hodnoty vrátily zpět na úroveň z roku 2002.

V naší práci jsme zjistili statisticky významné vztahy mezi životní spokojeností, pohlavím a věkem dětí. Horší životní spokojenost uváděly dívky a starší děti. Životní spokojenost dětí dále souvisela s formální strukturou rodiny, množstvím společně stráveného volného času v rodině, vztahem dětí ke škole, s pitím alkoholu, kouřením a subjektivně vnímaným zdravím. Vyšší životní spokojenost statisticky významně častěji uváděly děti z úplných rodin, děti z rodin, které spolu tráví hodně společného času, děti s pozitivním vztahem ke škole, děti, které nekouřily, nepily alkohol, a děti, které se cítily zdravější a uváděly nižší míru psychosomatických obtíží. Uvedené vztahy platí dlouhodobě a od roku 2002 se nemění. Lze tedy konstatovat, že pohlaví, věk, subjektivně vnímané zdraví, rodina, škola, konzumace alkoholu a tabáku představují významné determinanty životní spokojenosti (kvality života) v dospívání.





## 5. POHYBOVÁ AKTIVITA A VOLNÝ ČAS

*Zdeněk Hamřík / Michal Kalman*

*Jan Pavelka / Jana Vašíčková*

## HLAVNÍ ZJIŠTĚNÍ

- Velká část dětí není dostatečně pohybově aktivní.
- Dívky jsou méně pohybově aktivní než chlapci.
- S rostoucím věkem u dětí klesá úroveň pohybové aktivity.
- Téměř 8 % českých dětí je osvobozeno od povinné školní tělesné výchovy.
- Jen 2 % dětí jezdí do školy na kole.
- Chlapci i dívky hodnotili jako dva nejdůležitější faktory, které by zlepšily cestu do školy pěšky nebo na kole: bezpečné přecházení a školní skříňky.
- Děti, chlapci i dívky, uváděly mezi nejdůležitější důvody k pohybové aktivitě: užít si zábavu, posílit zdraví, být v pohodě a vidět se s kamarády.
- Chlapci nejčastěji uváděli jako nedůležité důvody: hlídat si váhu, potěšit rodiče a vypadat dobře.
- Dívky opakovaně uváděly jako nedůležité důvody: zažít vzrušení, být dobrými ve sportu a hlídat si váhu.
- Mezi nejčastější způsoby, jakým sledované děti trávily s rodinou společný volný čas, patří sledování televize nebo videa, společné posezení a návštěva přátel či příbuzných. Méně často děti s rodinou sportují a hrají společenské hry.
- Z organizovaných volnočasových aktivit převažují u chlapců i dívek aktivity pohybového charakteru.
- 2 a více hodin před televizní obrazovkou tráví ve všední dny celkově 63,3%, o víkendu je to potom 73 % dětí.
- Hraním počítačových her tráví 2 a více hodin denně nadpoloviční většina chlapců, přičemž 2 a více hodin denně ve všední dny hraje počítačové hry 58,1% chlapců, o víkendu potom 65,8%. Pro dívky je naopak spíše typičtější chatování, brouzdání po internetu, e-mailování nebo psaní domácích úkolů na počítači.
- Celkově roste podíl dětí, které tráví svůj volný čas sedavě.



## 5.1 ÚVOD A METODOLOGIE

Úroveň pohybové aktivity a způsob trávení volného času hrají v životě mladých lidí velmi důležitou roli z hlediska fyzického, psychického i sociálního rozvoje (Currie et al., 2012) a přináší celou řadu zdravotních benefitů také v dospělosti (Lee et al., 2012). Vinou moderních technologií, urbanizace, sedavého zaměstnání a způsobu života závislého na automobilech se z našeho života z velké části vytratila každodenní pohybová aktivita. Na nedostatku pohybové aktivity se podílí také hektický životní styl, odlišné priority, změny v uspořádání rodiny a nedostatek kvalitních společenských vazeb. Příležitosti k pohybové aktivitě stále ubývá a ve většině zemí se dnes rozmáhá sedavý způsob života, což s sebou nese negativní důsledky v oblasti zdraví i společenské a ekonomické sféry (Bull, 2011; Bull et al., 2010; Global Advocacy for Physical Activity, 2010).

Celosvětový pokles pohybové aktivity je v dnešní době evidován také u dětí a mládeže, přičemž tyto trendy jsou doprovázeny snižujícím se objemem celkové pohybové aktivity a zvyšujícím se výskytem dětské nadváhy a obezity (Bradley, McMurray, Harrell, Deng, & Shibing, 2000; Lobstein, & Frelut, 2003; Ogden, Carroll, Kit, & Flegal, 2012a; Ogden, Carroll, Kit, & Flegal, 2012b; US Department of Health and Human Services, 2000). Výskyt nadváhy a obezity v dětském věku má vážné zdravotní důsledky v oblasti fyzické (kosterní, svalový, kardiovaskulární systém), psychické (sebevědomí, deprese) i sociální (začlenění se do kolektivu) a predisponuje v tomto ohledu dítě také do období dospělosti (Currie et al., 2012).

Důležitost pohybové aktivity v životě člověka si uvědomovali již zakladatelé HBSC studie. Když byla v letech 1983–1986 realizována první HBSC mezinárodní studie, do které se zapojilo pět zemí (Anglie, Dánsko, Rakousko, Finsko, Norsko), výzkum byl zaměřen právě na problematiku dvou hlavních témat: kouření a pohybové aktivity.

V současné době studie zkoumá hned několik otázek zaměřených na monitoring úrovně a participaci na pohybové aktivitě. Zjišťuje se, jaká je průměrná úroveň pohybové aktivity, kolikrát týdně a jak často dítě vykonává pohybovou aktivitu vysoké intenzity. HBSC studie však sleduje pohybovou aktivitu také sérií otázek zaměřených na aktivní transport dětí do a ze školy. Zjišťuje, jakým způsobem dítě absolvuje hlavní část cesty směrem do školy a ze školy a co by zlepšilo cestu do školy a zpět tak, aby mohla být absolvována pěšky nebo na kole.

Mandatorní otázky o pohybové aktivitě metodologicky vychází z mezinárodního dotazníku o pohybové aktivitě – IPAQ (International Physical Activity Questionnaire) a práce Prochasky, Sallise a Longa (2001) a hodnotí pohybovou aktivitu za uplynulých 7 dní. Otázky jsou zároveň vyhodnocovány v kontextu mezinárodních doporučení pro pohybovou aktivitu u dětí – minimálně 60 minut pohybové aktivity denně (Oja, Bull, Fogelholm, & Martin, 2010).

Dalšími otázkami řešenými v rámci kapitoly jsou otázky týkající se způsobu trávení volného času. Způsob, jakým dospívající tráví volný čas, je jedním z významných kritérií, která charakterizují jejich životní styl i životní styl jejich rodiny. Přirozeným způsobem se v něm odráží jejich individuální a rodinné možnosti a cíle, kulturní klima, hodnoty, zájmy a zvyklosti referenčního prostředí (Csémy et al., 2005).

## 5.2 PRAVIDELNÁ POHYBOVÁ AKTIVITA

Řada zahraničních zemí má vytvořenou národní strategii zaměřenou na podporu pohybové aktivity, ve které se definuje, jaká jsou národní pohybová doporučení pro různé cílové skupiny. Obvykle se dělí na tři kategorie: 1) děti a adolescenty, 2) dospělou populaci a 3) seniory. Většina těchto doporučení pro adolescenty říká, že by měli být aktivní alespoň 60 a více minut každý den. Jedná se zároveň o jeden z důvodů, proč je v HBSC výzkumné studii mandatorní (povinná) otázka „V kolika dnech z uplynulých 7 dní ses věnoval/a pohybové aktivitě celkem alespoň 1 hodinu za celý den?“ (Tabulka 35).

**Tabulka 35** Pravidelná pohybová aktivita (%)

	11 let		13 let		15 let	
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky
Ani 1 den	3,7	3,4	3,2	2,0	2,8	4,1
1	5,7	7,4	6,6	7,8	5,7	8,9
2	11,1	11,6	7,5	12,8	10,4	14,7
3	13,3	14,8	13,3	17,7	14,9	19,8
4	15,6	16,4	14,9	18,8	16,3	19,3
5	13,2	14,5	14,3	12,9	15,1	12,8
6	9,1	8,5	10,8	9,1	10,4	6,6
7 dní	28,4	23,4	29,5	18,9	24,4	13,9

Za předpokladu, že by v České republice platilo stejné doporučení k realizaci pohybové aktivity jako v zahraničí, jen 23 % českých dětí by splňovalo tuto pohybovou normu. Mezi skupinou chlapců a dívek byl statisticky významný rozdíl, přičemž české dívky (19 %) vykazují výrazně nižší úroveň pohybové aktivity než chlapci (27 %). V porovnání s rokem 2002 (Tabulka 36) dochází u obou pohlaví ke snižování úrovně pohybové aktivity (dívky 22,3 %, chlapci 31,1 %). Úroveň pohybové aktivity se mění mezi věkovými skupinami, přičemž s věkem dochází ke snižování. 26 % 11letých dětí je aktivních minimálně jednu hodinu denně, 13letých 24 % a 15letých již jen 19%. Opět dívky s rostoucím věkem vykazují rychlejší snižování úrovně pohybové aktivity než chlapci. 23,4 % 11letých dívek uvádělo, že jsou aktivní každý den, v 15 letech již jen 13,9%. Naopak 10,2 % dětí uvedlo, že se pohybové aktivitě věnuje jen jeden den v týdnu nebo ani jeden den.



**Tabulka 36** Pohybová aktivita dětí v letech 2002 a 2010 (%)

	Chlapci		Dívky	
	2002	2010	2002	2010
Ani 1 den	3,4	3,2	3,7	3,2
1	5,7	6,0	7,6	8,0
2	9,5	9,7	12,5	13,0
3	12,1	13,8	17,3	17,4
4	14,3	15,6	14,8	18,2
5	13,3	14,2	14,3	13,4
6	10,7	10,1	7,4	8,1
7 dní	31,1	27,4	22,3	18,7

### 5.3 TĚLESNÁ VÝCHOVA

Velmi důležitým prostředím, které zásadně ovlivňuje vztah dětí k pohybové aktivitě a jejich informovanost o důležitosti a významu PA v životě člověka, je škola (Department of Health, 2004). Vstup do školy změní každodenní život mnoha dětí. Dětství a dospívání jsou etapami lidského života, v nichž každý prochází významným tělesným i duševním vývojem, získává sociální a zdravotní návyky, které si uchová po celý život. Schopnost mladých lidí si odpovědně volit svůj vlastní zdravý životní styl je posilována jejich možnostmi podílet se na rozhodování i na konkrétních změnách podmínek, ve kterých žijí (přírodní a sociální okolnosti, vzdělání apod.). Školy jsou důležitým místem, ve kterém lze rozvíjet a chránit zdraví. To, jak žáci vnímají zdraví, může být významně ovlivněno obsahem používaných osnov, prostředí školy je zároveň důležitou determinantou zdraví. V širším pojetí může škola ovlivnit také vnímání, postoje, aktivitu a chování nejen žáků, ale i učitelů, rodičů, zdravotnického personálu a místní komunity (World Health Organization, 2001)

Školní prostředí sehrává významnou roli při podpoře pohybové aktivity dětí, nejenom díky dlouhodobému a pravidelnému absolvování organizačních a didaktických forem tělesné výchovy, ale také výchovně-vzdělávacímu a sociálnímu působení učitelů, vychovatelů a ostatních zaměstnanců školy v průběhu povinné školní docházky.

Česká republika v současné době vykazuje stoupající trend, kdy jsou děti osvobozeni od školní tělesné výchovy, a tedy přicházejí o možnost být aktivní, potažmo zvýšit tělesnou zdatnost. Část HBSC studie je právě z těchto důvodů zaměřena na účast ve školní TV a pohybovou aktivitu mimo školu a školská zařízení. Výsledky ukazují, že v současné době je 7,9 % českých dětí osvobozeno od povinné školní tělesné výchovy, přičemž počet chlapců (9,8 %) je vyšší než dívek (6 %) (Tabulka 37).



**Tabulka 37** Osvobozen/a od školní tělesné výchovy (%)

	Pohlaví	
	Chlapci	Dívky
Osvobozen/a od školní TV	9,8	6,0

## 5.4 CESTA DO ŠKOLY A ZPĚT

Významnou úlohu z hlediska podpory pohybové aktivity hraje sektor dopravy, zejména pak tzv. aktivní transport – chůze a jízda na kole (Pavelka, Sigmundová, Hamřík, & Kalman, 2012). Chůze je forma pohybové aktivity a způsob transportu, který je dostupný pro každého bez ohledu na věk, pohlaví nebo sociální status. Je bezpečná a může být snadno součástí každodenního domácího i pracovního programu. Jedinec si snadno může regulovat intenzitu, délku a frekvenci. Chůze je rytmická, dynamická aerobní aktivita vykonávaná velkými kosterními svaly. Má mnoho zdravotních pozitivních efektů a minimum vedlejších negativních účinků (Davis, Racioppi, Dora, Krech, & Von Ehrenstein, 2002; Edwards, & Tsouros, 2006). Na významu chůze v životě člověka se shodují také přední čeští experti v oblasti tělovýchovného lékařství a preventivní medicíny (Matouš, Matoušová, Kalvach, & Radvanský, 2002; Vondruška, & Barták, 1999). Jízda na kole má ve srovnání s chůzí poněkud vyšší zdravotní účinky, protože intenzita úsilí je větší. Velké kosterní svaly jsou využívány rytmicky, střídají se fáze aktivního zátěže a odpočinku. Studie analyzující vliv jízdy na kole na zdravotní stav dospělé populace (Jensen, Appleyard, Lange, Schnohr, & Scharling, 2001) prokázaly prostřednictvím sledování krevního tlaku, hladiny cholesterolu a velikosti body mass indexu pozitivní vliv pravidelného ježdění na kole na nižší mortalitu osob (o 39 %). Vondruška a Barták (1999) navíc dodávají, že z hlediska zatěžování pohybového aparátu představuje jízda na kole nižší riziko než např. běh.

Podpora aktivního transportu – chůze a jízdy na kole – by dle World Health Organization (2002) měla být základním pilířem strategií zaměřených na podporu pohybové aktivity. WHO (Davis et al., 2002; Edwards, & Tsouros, 2006) zároveň dodává, že současné dopravní podmínky v evropských městech nepodporují obyvatelstvo k rozhodnutí upřednostnit chůzi či jízdu na kole před dopravou automobilem. Cca 30 procent cest autem je tak na vzdálenost kratší než 3 km, což odpovídá cca 20 minutám svižné chůze, více než polovina cest automobilem na vzdálenost nepřesahuje 5 km. Vysoká úroveň motorizované dopravy pak přímo i nepřímo ovlivňuje zdraví celé populace (dopravními nehodami, respiračními problémy způsobenými znečištěným vzduchem a především snižováním úrovně pohybové aktivity).

Z hlediska aktivního transportu jsou v HBSC studii zásadní otázky zaměřeny na způsob dopravy dětí do školy a ze školy.

**Tabulka 38** Jakým způsobem absolvuješ hlavní část cesty směrem do školy (%)

	Věk					
	11 let		13 let		15 let	
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky
Pěšky	60,6	59,7	54,0	52,6	57,6	56,3
Na kole	2,4	1,4	2,3	1,6	3,5	0,8
Autobus, vlak, tramvaj, metro	22,9	23,2	33,4	37,8	31,4	37,3
Auto, motorka	13,5	15,1	9,4	7,9	7,2	5,1
Jiný způsob	0,5	0,7	0,9	0,1	0,3	0,5

**Tabulka 39** Jakým způsobem absolvuješ hlavní část cesty směrem ze školy (%)

	Věk					
	11 let		13 let		15 let	
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky
Pěšky	65,4	66,2	56,4	57,5	59,9	59,7
Na kole	2,6	1,3	3,0	1,6	3,8	0,9
Autobus, vlak, tramvaj, metro	25,1	24,4	35,1	37,3	32,5	36,7
Auto, motorka	6,3	7,7	4,6	3,1	3,1	2,1
Jiný způsob	0,5	0,4	0,9	0,4	0,7	0,5

**Tabulka 40** Způsob cesty do školy a zpět (%)

		Chlapci	Dívky	Celkem
Cesta do školy	Pěšky	57,5	56,0	56,7
	Na kole	2,8	1,3	2,0
	Autobus, vlak, tramvaj, metro	29,1	33,0	31,1
	Auto, motorka	10,1	9,2	9,6
	Jiný způsob	0,6	0,4	0,5
Cesta ze školy	Pěšky	60,7	61,0	60,8
	Na kole	3,1	1,3	2,2
	Autobus, vlak, tramvaj, metro	30,8	33,1	32,0
	Auto, motorka	4,7	4,2	4,5
	Jiný způsob	0,7	0,4	0,6

Výsledky analýzy HBSC studie 2010 ukazují, že 56,7 % dětí chodí pěšky do školy a 60,8 % chodí pěšky ze školy (*Tabulky 38–40*). Do školy jezdí autem nebo na motorce 9,6 % dětí a ze školy jezdí autem nebo na motorce 4,5 % dětí, z čehož vyplývá, že 5 % dětí vezou rodiče nebo někdo blízký autem nebo na motorce do školy a zpáteční cestu ze školy absolvují pěšky. S rostoucím věkem nepatrně klesá počet dětí, které chodí pěšky do školy a zpět, a současně roste počet dětí, které absolvují cestu do školy a zpět městskou hromadnou dopravou. S rostoucím věkem klesá počet dětí, které jezdí do školy a zpět autem nebo na motorce (11 % 11letých a 4 % 15letých). Jen 2 % dětí jezdí do školy na kole. Ve způsobu cesty do školy a zpět nejsou potvrzeny statisticky významné rozdíly mezi chlapci a dívkami.

Další část HBSC studie se zabývá faktory, které ovlivňují aktivní způsob dopravy do školy, tzn. chůzi či jízdu na kole. Dětem byla položena otázka „Co by zlepšilo tvou cestu do školy pěšky nebo na kole nebo co by tě přimělo do školy chodit pěšky nebo jezdit na kole?“ (*Tabulka 41*). Jedná se o důležité faktory využitelné například v oblasti komunální politiky podpory pohybové aktivity a vytváření podmínek pro pohybovou aktivitu.

**Tabulka 41** Co by zlepšilo cestu do školy pěšky nebo na kole (%)

	Chlapci		Dívky	
	Velmi důležité a důležité	Nedůležité	Velmi důležité a důležité	Nedůležité
Nepřerušovaná stezka pro chodce	59,5	40,5	66,2	33,8
Širší chodníky	51,8	48,2	57,1	42,9
Méně rušná doprava	66,8	33,2	73,2	26,8
Bezpečně nechat kolo u školy	76,4	23,6	79,1	20,9
Bezpečné přecházení	81,2	18,8	89,3	10,7
Společnost druhých	63,9	36,1	74,3	25,7
Nemít strach z přepadení cestou	65,3	34,7	80,9	19,1
Školní skříňky	79,9	20,1	85,3	14,7
Bydlet blíž u školy	39,2	60,8	42,4	57,6
Lepší pouliční osvětlení	46,1	53,9	60,4	39,6



Chlapci i dívky hodnotili jako dva nejdůležitější faktory 1) bezpečné přecházení (dívky 89,3%; chlapci 81,2%) a 2) školní skříňky (dívky 85,3%; chlapci 79,9%). Další hodnocení se mírně rozcházelo. Dívky uváděly jako významné faktory nemít strach z přepadení cestou do školy a zpět (80,9%), bezpečně nechat kolo u školy (79,1%) a společnost druhých při cestě do školy a zpět (74,3%). Faktor, který byl hodnocen jako nejméně důležitý, je blízkost bydliště od školy.

Oproti tomu chlapci uváděli jako významné faktory bezpečně nechat kolo u školy (76,4%) a méně rušná doprava (66,8%). Jako nejméně důležité faktory byly hodnoceny lepší pouliční osvětlení a blízkost bydliště od škol.

### 5.5 VOLNÝ ČAS RODIN SLEDOVANÝCH DĚTÍ

Způsob, jakým dospívající tráví volný čas, je jedním z významných kritérií, která charakterizují jejich životní styl i životní styl jejich rodiny. Přirozeným způsobem se v něm odráží jejich individuální a rodinné možnosti a cíle, kulturní klima, hodnoty, zájmy a zvyklosti referenčního prostředí. Způsob trávení volného času dětí je podmíněn jejich možnostmi a zkušeností, která se formuje především v rámci rodiny (Csémy et al., 2005).

**Tabulka 42** Jak rodiny sledovaných dětí tráví společně čas (%)

Způsob, jakým rodiny tráví společný volný čas	Chlapci	Dívky	Celkem
<b>Sledujeme TV nebo video</b>			
Každý den, skoro denně	59,0	55,1	57,0
Tak jednou týdně	24,6	26,3	25,5
Méně často, nikdy	16,3	18,6	17,5
<b>Hrajeme společenské hry</b>			
Každý den, skoro denně	21,7	17,2	19,4
Tak jednou týdně	26,9	25,0	25,9
Méně často, nikdy	51,4	57,8	54,7
<b>Jdeme spolu na procházku</b>			
Každý den, skoro denně	21,8	22,0	21,9
Tak jednou týdně	29,2	29,6	29,4
Méně často, nikdy	49,0	48,4	48,7
<b>Sportujeme</b>			
Každý den, skoro denně	20,6	16,7	18,65
Tak jednou týdně	21,1	22,6	21,85
Méně často, nikdy	58,3	60,8	59,55
<b>Navštěvujeme přátele a příbuzné</b>			
Každý den, skoro denně	23,6	21,8	22,7
Tak jednou týdně	41,6	43,0	42,3
Méně často, nikdy	34,8	35,2	35,0
<b>Posedíme spolu a mluvíme o různých věcech</b>			
Každý den, skoro denně	42,3	46,0	44,2
Tak jednou týdně	21,7	21,3	21,5
Méně často, nikdy	36,1	32,7	34,3



Mezi nejčastější způsoby, jakým sledované děti trávily s rodinou společný volný čas (*Tabulka 42*), patří sledování televize nebo videa, společné posezení a návštěva přátel či příbuzných. Méně často děti s rodinou sportují (téměř 60 % uvedlo odpověď méně často či nikdy) a hrají společenské hry. Jednotlivé uváděné aktivity se stejně jako v minulých šetřeních nevyklučovaly. Lze tedy usuzovat, že některé děti podnikají s rodinou minimum aktivit, jiné naopak většinu z nabízených aktivit.

## 5.6 ZPŮSOB TRÁVENÍ VOLNÉHO ČASU

Z organizovaných volnočasových aktivit převažují u chlapců i dívek aktivity pohybového charakteru (*Tabulka 43*). Přibližně 57 % sledovaných dětí uvedlo, že se alespoň 1x týdně věnuje týmovým sportovním aktivitám (fotbal, házená, basketbal, lední hokej). U organizovaných týmových aktivit provozovaných vícekrát než 2x týdně je významně vyšší podíl u chlapců – cca 44 %. Podíl dívek je přibližně 22 %. Organizované sportovní aktivity individuálního charakteru nejméně 1x v týdnu provozuje přibližně 63 % dětí, z toho 57,6 % chlapců a 67,4 % dívek.

Podstatně méně se sledované děti věnovaly volnočasovým aktivitám nepohybového charakteru. Přibližně 21 % dětí se ve svém volném čase věnuje skupinovým tanečním a dramatickým aktivitám (zpěv ve sboru, hra v kapele/orchestru, hra v divadelní skupině), přibližně 25 % dětí potom individuálními hudebními aktivitám (hra na hudební nástroj, individuální lekce hudby apod.). U obou aktivit tohoto „uměleckého“ charakteru jsme zaznamenali vyšší zastoupení dívek než chlapců.

**Tabulka 43 Organizované aktivity ve volném čase (%)**

Druh organizované aktivity ve volném čase	Chlapci	Dívky	Celkem
<b>Týmové sportovní aktivity (fotbal, házená, basketbal, lední hokej)</b>			
Nikdy	23,1	36,8	29,95
Méně než 2x–3x měsíčně	11,7	14,0	12,85
1x týdně	20,9	27,3	24,1
Častěji než 2x týdně	44,2	21,9	33,05
<b>Individuální sportovní aktivity (plavání, cyklistika, tanec, karate, atletika, gymnastika)</b>			
Nikdy	25,3	18,2	21,75
Méně než 2x–3x měsíčně	17,0	14,4	15,7
1x týdně	26,1	27,8	26,95
Častěji než 2x týdně	31,5	39,6	35,55
<b>Taneční a dramatické aktivity ve skupině (zpěv ve sboru, hra v kapele/orchestr, hra v divadelní skupině)</b>			
Nikdy	83,7	62,1	72,9
Méně než 2x–3x měsíčně	5,4	6,7	6,05
1x týdně	6,7	18,7	12,7
Častěji než 2x týdně	4,2	12,5	8,35
<b>Individuální hudební aktivity (hra na hudební nástroj, individuální lekce hudby)</b>			
Nikdy	76,4	62,3	69,35
Méně než 2x–3x měsíčně	4,6	6,2	5,4
1x týdně	11,3	18,5	14,9
Častěji než 2x týdně	7,8	13,0	10,4
<b>Další aktivity ve skupině (např. v církevním společenství, skauting)</b>			
Nikdy	80,0	81,7	80,85
Méně než 2x–3x měsíčně	5,5	5,2	5,35
1x týdně	9,8	9,4	9,6
Častěji než 2x týdně	4,7	3,7	4,2

Tabulka 44 znázorňuje procentuální zastoupení konkrétních aktivit, které sledované děti provozují ve svém volném čase alespoň 1x týdně. Z volnočasových aktivit pohybového charakteru u chlapců dominuje cyklistika, fotbal a vodní aktivity v létě, jako je plavání či surfování. Alespoň jednou týdně či 2x týdně a častěji provozuje tyto aktivity více než polovina chlapců. U dívek patří k nejoblíbenějším volnočasovým aktivitám pohybového charakteru vodní aktivity v létě (66,5% dívek provozuje vodní aktivity alespoň jednou týdně či 2x týdně a častěji), tanec (46,3%) a cyklistika (45,9%).



Zastoupení volnočasových aktivit nepohybového charakteru je značně menší, nedosahuje obvykle v průměru ani 10%. Výjimkou jsou individuální lekce hudby (předpokládáme většinou prostřednictvím návštěvy základních uměleckých škol) s 15,9% u dívek a 9,7% u chlapců. Hru na hudební nástroj v dechové kapele nebo orchestru uvádí 15,4% dívek a 8,1% chlapců. Zpěv ve sboru uvádí dále 13,2% dotazovaných dívek.

**Tabulka 44** *Aktivity ve volném čase provozované alespoň 1x týdně (%)*

Vybrané aktivity dětí ve volném čase provozované alespoň 1x týdně	Chlapci	Dívky
Fotbal	53,2	16,0
Házená	13,6	26,1
Basketbal nebo jiné míčové hry	39,6	44,2
Atletika	16,0	20,1
Gymnastika	5,5	12,3
Aerobik	1,7	15,0
Běh, jogging	29,9	35,3
Karate, judo, taekwondo	9,2	3,0
Zápas	19,9	4,9
Vzpírání, posilování	41,4	24,1
Tanec (disco, techno, lidové tance, balet)	11,3	46,3
Skauting	6,9	6,2
Plavání	30,1	33,3
Cyklistika	54,6	45,9
Lezení, rafting	9,6	7,4
Skateboard, kolečkové brusle	24,4	38,4
Turistika, rybaření	32,3	33,6
V létě: vodní aktivity (plavání, surfování, vodní lyžování)	50,3	66,5
V zimě: bruslení, hokej	40,7	42,9
Zpěv ve sboru	3,2	13,2
Hra na hudební nástroj v dechové kapele nebo orchestru	8,1	15,4
Zpěv/hra v kapele (popové, rockové)	5,4	10,0
Individuální lekce hudby	9,7	15,9
Hra v divadle	2,4	4,8
Aktivity v církevním společenství	4,8	5,1



Sledované děti byly dále dotazovány na činnost v klubu či organizaci (*Tabulka 45*). Nejvíce dětí – celkem 54,5% chlapců a 35,7% dívek se účastní činnosti ve sportovním oddílu či klubu. 14,5% dotazovaných chlapců a 13,5% dívek se neúčastní činnosti v žádném klubu nebo organizaci.

**Tabulka 45 Účast a činnost dětí v klubech či organizacích (%)**

Účast na činnosti v klubech či organizacích	Chlapci	Dívky
Sportovní oddíl (klub)	54,5	35,7
Dobrovolnická služba	11,1	8,5
Politická organizace	2,5	1,9
Kulturní spolek (hudba, věda, historie a jiné)	17,5	29,7
Církevní nebo náboženská skupina	6,9	7,4
Dětská nebo mládežnická organizace (klub)	23,2	23,7
Nějaký jiný klub	28,4	33,3
Neúčastním se činnosti žádného klubu nebo organizace	14,5	13,5

## 5.7 SEDAVÉ CHOVÁNÍ VE VOLNÉM ČASE

V posledních deseti letech se v souvislosti s enormním rozvojem moderních informačních technologií ve zvýšené míře objevuje pro zdraví člověka velmi podstatný fenomén – sedavé chování, které se v poslední dekádě stalo závažným tématem odborníků z oblasti podpory pohybové aktivity a zdraví (Hallal et al., 2012).

Sedavé chování představuje jakékoli chování (mimo spánek), které je charakterizováno energetickým výdejem nižším než 1,5 MET (Sedentary Behaviour Research Network, 2012). Zahrnuje tak kromě sezení u obrazovky televize či počítače, které jsou nejčastěji hodnoceny v rámci mezinárodních studií, také postávání či velmi lehké aktivity, např. četba, hraní deskových her apod. Z mezinárodních výzkumů dále vyplývá, že sedavé chování je na pohybové aktivitě nezávislý faktor (Marshall, Biddle, Gorely, Cameron, & Murdey, 2004) a je třeba odlišovat termín „sedavý“ od „neaktivní“. Termín neaktivní je zvykem používat pro osoby, které nesplňují doporučení pro pohybovou aktivitu střední intenzity (MVPA) (Sedentary Behaviour Research Network, 2012).

Sedavé chování je spojeno s rizikem celé řady onemocnění, jako je nadváha a obezita, kardiovaskulární onemocnění či diabetes mellitus 2. typu (Proper, Singh, van Mechelen, & Chinapaw, 2011), metabolickým kardiovaskulárním syndromem a hypertenzí (Mark, & Janssen, 2008; Pardee, Norman, Lustig, Preud'homme, & Schwimmer, 2007). Souvislost nadměrného sledování TV v dětství spojeného s nadváhou, nízkou zdatností, kouřením a zvýšeným cholesterolem v dospělém věku potvrdila také studie Hancoxe, Milneho a Poultona (2004). Nadměrné sledování televize u dětí je dále spojeno se



zvýšenou konzumací sladkých nápojů, tučných jídel a nižší konzumací ovoce a zeleniny (Currie, Gabhainn et al., 2008).

Sedavé chování se postupně dostává také do směrnic a mezinárodních doporučení, která například uvádějí, že přijatelná denní doba sledování televize by neměla přesahovat 2 hodiny denně (American Academy of Pediatrics. Committee on Public Education, 2001). Doporučení pro sedavé chování bylo v roce 2012 poprvé publikováno také v Kanadě, a to pro děti ve věku 0–4 roky (Tremblay, et al., 2012). Sigmundová, El Ansari, Sigmund a Frömel (2011), kteří se zabývali sedavým chováním u českých adolescentů, uvádějí, že za posledních deset let byl u českých adolescentů zjištěn nárůst času stráveného u počítače. Ten také koresponduje s nárůstem počtu domácností s počítačem a internetovým připojením.

HBSC z hlediska sedavého chování sleduje hned několik ukazatelů, a to sledování TV, DVD a videa ve všedních dnech a o víkendu, hraní počítačových her a her na playstationu ve všední den a o víkendu a chatování, brouzdání po internetu, e-mailování a psaní domácích úkolů na počítači v týdnu a o víkendu (*Tabulky 46 a 47*).

**Tabulka 46** TV, DVD a video ve všední dny (%)

Počet hodin sledování TV, DVD nebo videa	Chlapci	Dívky	Celkem
Vůbec	4,4	4,7	4,6
Půl hodiny denně	9,4	11,8	10,7
Hodina denně	21,1	21,8	21,4
2–3 hodiny denně	47,1	45,0	46,0
4–5 hodin denně	12,8	12,6	12,7
6 hodin a více	5,2	4,1	4,6

**Tabulka 47** TV, DVD a video o víkendu (%)

Počet hodin sledování TV, DVD nebo videa	Chlapci	Dívky	Celkem
Vůbec	5,4	5,2	5,3
Půl hodiny denně	6,6	8,1	7,3
Hodina denně	12,9	15,6	14,3
2–3 hodiny denně	39,8	42,2	41,0
4–5 hodin denně	23,3	20,7	21,9
6 hodin a více	12,0	8,3	10,1

15,3% dětí uvedlo, že se ve všední dny nedívá na TV, video či DVD nebo že se dívá maximálně půl hodiny denně. O víkendu toto udává 12,6% sledovaných dětí. Ve srovnání s rokem 2002 to představuje nárůst o téměř 6% ve všední dny. Dvě a více hodin před televizní obrazovkou tráví ve všední dny celkově 63,3% dětí (65,1% chlapců a 61,7% dívek), o víkendu je to potom 73% dětí (75,1% chlapců a 71,2% dívek). Následující tabulka 48 ukazuje vývoj počtu hodin u dětí strávených sledováním televize, videa či DVD ve všední dny. V tabulce chybí data naměřená v roce 2006, přesto však můžeme konstatovat, že počet hodin, které děti stráví před televizní obrazovkou, se v posledních 16 letech nijak výrazně nezměnil.

**Tabulka 48** Sledování TV a videa ve všední den v letech 1994, 1998, 2002 a 2010 (%)

Počet hodin	1994	1998	2002	2010
Neřádívá se	1,2	1,2	2,4	4,6
½ hodiny	7,2	7,5	7,1	10,7
1 hodina	23,9	21,7	17,0	21,4
2–3 hodiny	42,2	40,4	47,5	46,0
4 hodiny	13,2	14,1	13,2	8,6
Více než 4 hodiny	12,3	15,1	12,8	8,7

**Tabulka 49** Hraní her na PC nebo playstationu v týdnu (%)

Počet hodin	Chlapci	Dívky
Vůbec	11,6	36,2
½ hodiny	10,9	22,3
1 hodina	19,4	17,2
2 hodiny	21,1	12,9
3 hodiny	14,9	5,4
4 hodiny	8,4	2,6
5 hodin	5,6	1,5
6 hodin	2,5	0,5
7 hodin a více	5,6	1,3

**Tabulka 50** Hraní her na PC nebo playstationu o víkendu (%)

Počet hodin	Chlapci	Dívky
Vůbec	12,0	34,4
½ hodiny	8,4	19,7
1 hodina	13,9	16,1
2 hodiny	17,9	10,6
3 hodiny	12,3	7,9
4 hodiny	9,8	4,5
5 hodin	8,3	2,9
6 hodin	5,5	1,4
7 hodin a více	12,0	2,6

Hraním počítačových her tráví 2 a více hodin denně nadpoloviční většina chlapců, přičemž 2 a vícehodin denně ve všední dny hraje počítačové hry 58,1% chlapců, o víkendu potom 65,8% (Tabulky 49 a 50). Dívky jsou z hlediska aktivit na počítači zaměřeny spíše jiným způsobem a podíl dívek, které tráví čas hraním počítačových her, je výrazně menší. Dvě a více hodin denně hraje počítačové hry 24,2% dívek ve všední dny, 29,9% potom o víkendu.



Pro dívky je naopak spíše typičtější chatování, brouzdání po internetu, e-mailování nebo psaní domácích úkolů na počítači. U dívek se tak jedná spíše o aktivity sociálního charakteru. I přesto je podíl dětí, které tímto způsobem tráví čas, značně vysoký. Dvě a více hodin denně tráví chatováním, brouzdáním po internetu, e-mailováním či psaním domácích úkolů na počítači 41,7% chlapců ve všední dny a 45,2% o víkendu. Stejným způsobem tráví čas 52,3% dívek ve všední dny a 55% o víkendu (*Tabulka 51 a 52*).

**Tabulka 51** Chatování, brouzdání po internetu, e-mailování, domácí úkoly na počítači v týdnu (%)

Počet hodin	Chlapci	Dívky
Vůbec	11,4	8,0
½ hodiny	23,1	19,0
1 hodina	23,8	20,7
2 hodiny	16,5	21,3
3 hodiny	10,2	14,0
4 hodiny	6,1	8,3
5 hodin	3,2	4,4
6 hodin	1,7	1,7
7 hodin a více	4,0	2,6

**Tabulka 52** Chatování, brouzdání po internetu, e-mailování, domácí úkoly na počítači o víkendu (%)

Počet hodin	Chlapci	Dívky
Vůbec	18,2	12,7
½ hodiny	18,9	15,5
1 hodina	17,7	16,8
2 hodiny	15,1	15,6
3 hodiny	10,1	14,5
4 hodiny	6,4	9,2
5 hodin	5,4	6,2
6 hodin	2,3	4,0
7 hodin a více	5,9	5,5

## 5.8 DISKUZE A ZÁVĚRY

Pohybová aktivita je nezbytná pro naše zdraví. Mnoho experimentů a vědeckých důkazů potvrzuje, že adekvátní pravidelná pohybová aktivita přináší lidem – mužům a ženám všech věkových skupin, v různých zdravotních stavech, včetně lidí s psychickým či fyzickým postižením – širokou škálu fyzického, sociálního a mentálního užítku (World Health Organization, 2003). Být aktivní není jen názor či rozhodnutí, je to nutnost k žití, tedy pokud chceme žít zdravý plnohodnotný život.

V polovině devadesátých let dvacátého století byl přijat mezinárodní konsenzus o hodnotách pravidelně prováděné pohybové aktivity mírné intenzity. Světová zdravotnická organizace (WHO), Mezinárodní federace pro sportovní medicínu a mnoho jiných mezinárodních a národních organizací poukázalo na důležitost pohybové aktivity. Závěr konsenzu zní takto: „Denní pohybová aktivita by měla být přijímána jako základní kámen zdravého životního stylu.“

Z uvedených výsledků HBSC studie je zřejmé, že většina českých dětí není dostatečně pohybově aktivní, přičemž dívky jsou méně aktivní než chlapci. S rostoucím věkem u dětí klesá úroveň pohybové aktivity a téměř 8 % dětí je osvobozeno od povinné školní tělesné výchovy. Jen 2 % dětí jezdí do školy na kole. Chlapci i dívky hodnotili jako dva nejdůležitější faktory, které by zlepšily cestu do školy pěšky nebo na kole: bezpečné přecházení a školní skříňky. Děti, chlapci i dívky, uváděly mezi nejdůležitější důvody k pohybové aktivitě: užít si zábavu, posílit zdraví, být v pohodě a vidět se s kamarády. Chlapci nejčastěji uváděli jako nedůležité důvody: hlídat si váhu, potěšit rodiče a vypadat dobře. Dívky opakovaně uváděly jako nedůležité důvody: zažít vzrušení, být dobrý ve sportu a hlídat si váhu. Zároveň u dětí klesá podíl aktivně tráveného volného času a děti se ve volném čase stále výrazněji věnují sedavým aktivitám.

Výše uvedená data naznačují, že ačkoli Česká republika patřila v minulosti spíše k aktivním zemím, může se v budoucnu kvůli poklesu pohybové aktivity u dětí a vzrůstajícímu podílu sedavého chování u této cílové skupiny potýkat se značnými problémy v oblasti zdravotnického, sociálního i školského systému.

Pokles pohybové aktivity v evropském regionu už potvrzují také některé mezinárodní studie (Ng & Popkin, 2012). Pokles pohybové aktivity je dle Parliamentary Office of Science and Technology (2001) způsoben především následujícími faktory:

- snížením pohybové aktivity v práci,
- poklesem chůze a osobní bezpečnosti – zejména u dětí, žen a starších lidí,
- zvýšeným užíváním „energeticky úsporných“ zařízení na veřejných místech – eskalátory, výtahy, automatické dveře,
- snížením tělesné výchovy a sportu v některých školách,
- obavami dospělých o bezpečnost dětí při hrách bez dozoru,
- náhradou aktivního trávení volného času za pasivní zábavu – televize, počítačové hry, internet.


I přes výše naznačené problémy je problematika podpory pohybové aktivity v kontextu veřejné politiky a tvorby strategických dokumentů na úrovni obcí v České republice poměrně novým tématem. Navzdory tomu, že většina západních států má vytvořenou strategii podpory pohybové aktivity a v této oblasti došlo v posledních letech v Evropském regionu k zásadnímu posunu (Daugbjerg et al., 2009), problém nedostatečné úrovně pohybové aktivity obyvatel nebyl doposud v České republice rozeznán jako vážný politický problém (Kalman, & Hamřík, 2013b) a oblast prevence zůstávala spíše na okraji zájmu politické reprezentace. Česká republika tak doposud, stejně tak jako další středoevropské země – Polsko, Slovensko, Maďarsko, nemá vytvořenou národní strategii podpory pohybové aktivity (Kalman & Hamřík, 2013a). Pro pohybovou aktivitu nebyla zatím vydána doporučení ani v oblasti školství a školní tělesné výchovy.



Na základě dostupných vědeckých důkazů a několika efektivních strategií jsou ve světové literatuře doporučovány následující akce zaměřené na podporu pohybové aktivity a aktivní životní styl u dětí (Baranowski et al., 1997):

- nabádat rodiče k omezování „sedavého“ způsobu trávení volného času (sledování televize, hraní počítačových her aj.) dětí,
- maximalizovat počet hodin tělesné výchovy a rozšířit nabídku pohybových extrakurikulárních aktivit tak, aby se základní pohybové dovednosti staly součástí každodenního života dětí,
- podporovat školy, komunální organizace a vládní sportovní a volnočasové sektory, aby kladly větší důraz na participaci dětí na pohybové aktivitě,
- zlepšit urbanistické plánování tak, aby byly města a vesnice bezpečné pro chodce a cyklisty,
- zlepšit vztah mezi školou a komunitou.





**6. TĚLESNÁ HMOTNOST, STRAVOVACÍ  
A POHYBOVÉ ZVYKLOSTI, TĚLESNÁ  
SPOKOJENOST, DIETNÍ TENDENCE**

*František David Krch*



## HLAVNÍ ZJIŠTĚNÍ

- Ve sledovaném souboru trpěli chlapci častěji než děvčata nadváhou nebo obezitou. Ve věkové skupině patnáctiletých mělo nadváhu 19,1% chlapců a 9,2% děvčat.
- V období mezi 11 a 15 lety věku klesl počet děvčat s nadváhou a naopak mírně vzrostl počet chlapců s nadváhou.
- Pokles tělesné hmotnosti u děvčat v průběhu dospívání je často spojen se změnou stravovacích zvyklostí.
- V průběhu dospívání klesá počet dětí, které pravidelně chodí na obědy a snídají. V 15 letech pravidelně snídalo 52,4% chlapců a 47,2% děvčat.
- Děti s nadváhou uváděly významně nižší konzumaci sladkostí a slazených nápojů. Děvčata s nadváhou méně často jedla maso a častěji light výrobky.
- Děti s nadváhou méně často organizovaně sportovaly. Byla zjištěna korelace mezi nízkou tělesnou hmotností a atletikou, joggingem a ještě fotbalem u chlapců. S rostoucím věkem děti více oceňovaly význam pohybu, jestli chtějí dobře vypadat.
- S rostoucím věkem významně vzrůstal počet děvčat, která uváděla, že drží dietu nebo by měla zhubnout. S věkem ubýval počet chlapců, kteří se hlásili k dietě, naopak vzrůstal počet chlapců, kteří si přáli přibrat. V 15 letech uvedlo 25,1% děvčat, že drží dietu, a dalších 35,4%, že by ji mělo držet. Dívky byly ke svému vzhledu kritičtější než chlapci.



### 6.1 ÚVOD A METODOLOGIE

Tělesná hmotnost a tělesné proporce jsou viditelným, srovnatelným a v mnoha směrech i měřitelným ukazatelem fyzického růstu a tělesného zdraví. Sociální hodnota vlastního těla významně vzrůstá především v průběhu dospívání. Tělo a péče o něj se stávají významným předmětem zájmu a součástí sebehodnocení. Sebevědomí citlivě reaguje na osobní představu o tělesném vzhledu a výkonu. Svět dospívajících je velmi kompetitivní, postoje a hodnocení vrstevníků mají vysokou hodnotu. Fyzické dospívání je spojeno s velmi dramatickými a často nepříjemně prožívanými tělesnými změnami. Studie Groganové (2000) dokládá, že tělesná nespokojenost je v západoevropských zemích a USA normativní už od osmi let věku, což má signifikantní vliv na kvalitu života stále většího množství žen. Nespokojenost s tělem vede k většímu zaobírání se tělesnou hmotností a příjmem potravy a ke snaze po jejich účinnější, často nepřiměřené a dlouhodobě neudržitelné kontrole. Otázka tělesné hmotnosti je pak především otázkou stravovacích a pohybových zvyklostí, které se mění jak v průběhu života, tak v závislosti na sociálním kontextu a životním stylu jedince a jeho rodiny.

Se vzrůstajícím rizikem obezity vzrůstá i nespokojenost s tělesným vzhledem a tlak na dodržování diet (Krch, Csémy, Sovinová, Pro vazníková, & Rážová, 2005). V kultuře, která dává příliš velký důraz na tělesný vzhled, to může u mnoha adolescentů vést k rozvoji nebezpečných dietních strategií. Kromě toho, že jednostranná snaha redukovat tělesnou hmotnost může ohrožovat zdraví a kvalitu života, může v dlouhodobější perspektivě vést k nastolení nevhodných jídelních návyků, rezignaci na přiměřenost v jídle a pohybu a následně i ke vzrůstu nadváhy. To by například vysvětlovalo skutečnost, že i když je mezi dětmi většinou prevalence nadváhy a obezity vyšší u chlapců než u dívek, ve většině evropských zemí je u dospělé populace prevalence obezity v průměru o 3–6 % vyšší u žen (Kunešová et al., 2007). Nejenom obézní jsou pak pod velkým tlakem kontrolovat svoji postavu a hubnout. V souvislosti s mediálním významem štíhlosti, zdánlivou účinností nabízených prostředků na hubnutí, ale i ve srovnání s vyhublostí protagonistů světa dospívajících je potom nadváha, zejména u dívek, vnímána jako znak osobního selhání a sociálního neúspěchu.

### 6.2 TĚLESNÁ HMOTNOST

Fyzické zrání je přirozeně doprovázeno nárůstem tělesné hmotnosti, který je předmětem zájmu nejenom samotného adolescenta, ale i jeho rodiny, dětského lékaře a vrstevníků. Důraz je kladen především na celkovou tělesnou hmotnost a vzrůst. Nárůst tělesné hmotnosti je velmi energeticky náročný a je doprovázen změnami stravovacích a pohybových zvyklostí. Zatímco chlapci přibývají hlavně na svalové hmotě, dospívání děvčat je spojeno především se vzrůstem proporce tělesného tuku. Tělesný tuk a tukové zásoby jsou však pro mnoho děvčat a mladých žen spojeny s představou zdravotního ohrožení. Součástí HBSC studie byly i otázky na tělesnou hmotnost („Kolik v současné

době vážíš?“) a výšku. Následující výsledky (*Tabulka 53*) jsou uvedeny v hodnotách indexu tělesné hmotnosti (BMI = kg/m<sup>2</sup>). Mezi skupinou chlapců a dívek v rámci každé věkové skupiny je statisticky významný rozdíl.

**Tabulka 53** Tělesná hmotnost sledovaných dětí

Věková skupina	Chlapci	Dívky	Celkem
	BMI (SD)	BMI (SD)	BMI (SD)
5. třída	18,6 (3,2)	17,8 (2,9)	18,2 (3,1)
7. třída	19,8 (3,2)	19,1 (2,6)	19,4 (3,0)
9. třída	21,2 (3,1)	20,6 (2,8)	20,9 (3,0)

Dětská nadváha a obezita představují zdravotní a ve svých důsledcích i závažný sociální problém nejenom v České republice. Vysoká prevalence dětské obezity byla zjištěna především v USA a zemích jižní Evropy. Vzrůst prevalence dětské obezity v různých zemích světa je nerovnoměrný a závisí na rase, věku, pohlaví a geografickém

území. Stejně tak nekonzistentní jsou v různých zemích rozdíly v prevalenci nadváhy s ohledem na pohlaví. Většina studií však referuje, že prevalence nadváhy a obezity je vyšší u chlapců než u dívek (Hainerová, 2011; Janssen et al., 2005; Kunešová et al., 2007). Česká republika překvapivě patří mezi evropské země s relativně nižší prevalencí dětské nadváhy a obezity, i když v prevalenci obezity u dospělých se řadí na přední místa. HBSC šetření v České republice v roce 2006 (sledované děti byly váženy a měřeny) uvádí prevalenci obezity srovnatelnou s výsledky z roku 2010. V roce 2006 bylo obézních 3,1 % jedenáctiletých, 2 % třináctiletých a 2,7 % patnáctiletých dětí (Krch, & Csémy, 2008).

Pokud jde o oba extrémy (snížená vs. zvýšená hmotnost), už od 5. třídy převažují spíše děvčata se sníženou hmotností. Jako velmi nízká tělesná hmotnost bývá u dospělých považována hmotnost alespoň o 15 % nižší, než odpovídá věku a výšce. Takto nízká tělesná hmotnost je rovněž základním kritériem mentální anorexie (Krch et al., 2005). U dospělých to představuje hmotnost nižší než BMI 17,5. Jako kritéria nízké tělesné hmotnosti, nadváhy a obezity nám posloužily mezinárodně stanovené kritické hodnoty BMI, diferencované s ohledem na věk a pohlaví respondentů. Tyto hodnoty byly odvozeny Childhood Obesity Working Group of the International Obesity Task Force (IOTF) z rozsáhlého mezinárodního vzorku dětí a adolescentů. Jednotlivé hodnoty odpovídají běžně užívaným kritériím 17,5 pro vyhublost, 25 pro nadváhu a 30 pro obezitu v dospělosti (Cole, Bellizzi, Flegal, & Dietz, 2000). S ohledem na průměrný věk dětí z jednotlivých věkových skupin jsme užíli kritické hodnoty stanovené pro věk 11,5; 13,5 a 15,5 roku.

Tabulka 54 informuje o prevalenci podváhy (vyhublosti), nadváhy a obezity sledovaných dětí s ohledem na pohlaví. Výsledky jsou založeny na údajích získaných od respondentů, nebyly prověřovány nezávislým měřením. Mezi 11. a 13. rokem byl zjištěn statisticky významný úbytek děvčat s nadváhou a naopak mírný nárůst počtu děvčat s velmi nízkou tělesnou hmotností. Počet chlapců s nadváhou mírně stoupal, mezi 11. a 15. rokem však klesl počet obézních chlapců. Ve všech sledovaných věkových skupinách bylo statisticky významně více chlapců s nadváhou než děvčat, což se projevilo i v průměru nižší tělesné hmotnosti děvčat.

## 6. TĚLESNÁ HMOTNOST, STRAVOVACÍ A POHYBOVÉ ZVYKLOSTI, TĚLESNÁ SPOKOJENOST, DIETNÍ TENDENCE



**Tabulka 54** Podváha, nadváha a obezita sledovaných dětí (%)

Skupiny	Chlapci	Dívky	Celkem
5. třída			
Podváha	0,9	1,8	1,4
Normální	80,2	86,8	83,4
Nadváha	15,8	9,7	12,8
Obezita	3,1	1,7	2,4
7. třída			
Podváha	1	2,6	1,9
Normální	80,7	90,5	86
Nadváha	16,2	5,9	10,6
Obezita	2	1	1,5
9. třída			
Podváha	1,8	2,4	2,1
Normální	79	88,4	83,9
Nadváha	17,6	8,1	12,8
Obezita	1,5	1,1	1,3

Prevalence nadváhy a obezity podle kritérií IOTF byla nejvyšší ve věkové skupině jedenáctiletých dětí, kde mělo nadváhu 18,9% chlapců a 11,4% děvčat (včetně obézních). V patnácti letech se snížil počet děvčat s nadváhou na 9,2%, počet obézních chlapců a chlapců s nadváhou naopak mírně stoupl na 19,1%. Za použití stejných kritérií IOTF dospěl v roce 2005 k podobným výsledkům kolektiv autorů ve studii „Životní styl a obezita“ (Kunešová et al., 2007). Nejvyšší výskyt nadváhy zjistili u jedenáctiletých dětí, kde mělo nadváhu 21,4% chlapců a 17,8% dívek. Skutečnost, že mezi jedenáctiletými dětmi je nejvyšší výskyt nadváhy,

může souviset s nastavením kritických hodnot vzhledem k věku, vysokou interindividuální variací v tomto věku, kdy dochází k nejdramatičtějším změnám v tělesném vývoji, a možná i s tím, že přibývá obézních dětí.

Proporčně (ve srovnání s chlapci) zřetelnější pokles děvčat s nadváhou ve vyšších věkových skupinách může ukazovat na výraznější a s věkem vzrůstající dietní tendence u děvčat, které ovlivňují i jejich stravovací a pohybové zvyklosti. Pravděpodobně jde o vliv několika paralelně působících faktorů, které se rozdílně projevují s ohledem na pohlaví respondentů. Období mezi jedenáctým a třináctým, respektive patnáctým rokem věku je příznačné nejenom výraznými tělesnými změnami, které chlapci a dívky odlišně prožívají, ale i stále větší orientací na svět vrstevníků a osobní nezávislosti na rodině jak v oblasti stravovacích návyků, tak zájmů a pohybových zvyklostí. V průběhu dospívání se rovněž mění vztah k tělu, výkonu a tělesnému zdraví. V této souvislosti je u dospívajících děvčat poukazováno na rostoucí nespokojenost s tělem a strach z nadváhy.

Pokud jde o rodinné a sociální charakteristiky sledovaných dětí, měly obézní děti častěji nezaměstnané rodiče (nebylo to však potvrzeno na statisticky významné hladině). Matky dětí s nadváhou a obézních dětí měly významně ( $p < 0,05$ ) nižší sociálně ekonomický status, respektive potvrdila se závislost mezi socioekonomickým statutem matky a hmotností dětí. Nebyla zjištěna závislost mezi místem bydliště a tělesnou hmotností.

Období dospívání je také obdobím uvědomování si vlastní identity a vymezování se vůči referenčnímu sociálnímu prostředí. Nadváha je zpravidla vnímána jako společenský handicap, může být zdrojem tržnivých psychických obtíží a důvodem k šikaně. V následující tabulce 55 je uvedena proporce šikanovaných dětí v závislosti na tělesné hmotnosti a pohlaví.

**Tabulka 55** Vztah mezi tělesnou hmotností a šikanou (%)

Byl/a šikanován/a	Chlapci			Dívky		
	Normální	Nadváha	Obezita	Normální	Nadváha	Obezita
Nikdy	84,7	82,0	73,9	85,2	83,1	72,0
Několikrát	10,5	10,4	15,2	10,0	8,1	20,0
Častěji než 2–3x za měsíc	4,9	7,5	10,9	4,8	8,7	8,0

84% chlapců a 85% děvčat uvedlo, že nebyli nikdy šikanováni. Mezi dětmi, které byly šikanovány, však bylo signifikantně ( $p < 0,05$ ) více dětí s nadváhou. Tato skutečnost byla zřetelná zejména u obézních chlapců a děvčat. 17,9% chlapců s nadváhou a 26,1% obézních bylo šikanováno vedle 15,4% chlapců s normální hmotností. Počet šikanovaných obézních děvčat byl ve srovnání s jejich štíhlejšími vrstevnicemi dvojnásobný.

### 6.3 STRAVOVACÍ ZVYKLOSTI

Nadváha a obezita jsou dávány do souvislosti s jídelními zvyklostmi, respektive s konzumací některých vysokoenergetických potravin a s úbytkem pohybových aktivit. HBSC dotazník obsahoval několik otázek zaměřených na stravovací zvyklosti, konzumaci vybraných potravin a na frekvenci pohybových aktivit. V tabulce 56 jsou uvedeny stravovací zvyklosti sledovaných dětí diferencované s ohledem na pohlaví a věk.



**Tabulka 56** Stravovací zvyklosti sledovaných dětí (%)

	Chlapci			Dívky		
	11 let	13 let	15 let	11 let	13 let	15 let
Snídaně (víkend)	94,3	92	86,1	96,2	94,2	92,5
Snídaně (všední den)*	72,9	62,3	52,4	67,7	53,0	47,2
Svačina ve škole*	95,2	90,1	89,5	96,9	90,0	88,1
Teplý oběd ve škole*	77,3	74,9	66,4	80,8	75,4	64,2
Svačina odpoledne*	60,3	61,5	66,5	68,7	59,8	64,2
Ujídá mezi jídly	47,0	50,2	54,0	52,1	48,0	50,1
Pítí ve škole – mléko	6,4	3,9	4,1	3,7	1,7	1,9
Voda	19,6	20,3	20,1	19,0	22,2	35,8
Jiné nápoje	74,0	75,8	75,8	77,3	76,2	62,3

\*uváděná frekvence je každý den nebo alespoň 4x týdně

Ve stravovacích zvyklostech chlapců a dívek byl zjištěn statisticky významný rozdíl ( $p < 0,01$ ) v položkách snídaně o víkendu, snídaně ve všední den (děvčata méně často snídala) a pití (méně často pila mléko a slazené nápoje). Obězní a děti s nadváhou ve srovnání se svými vrstevníky významně ( $p < 0,05$ ) méně často obědvaly ve škole (62 : 74%) a méně často měly odpolední svačinu. Ostatní položky mezi dětmi s nadváhou a s normální tělesnou hmotností nediferencovaly. Děti, které často vynechávaly snídani, významně častěji nechodily ani na oběd.

V tabulce 57 je uvedena frekvence (několikrát denně + denně + 5–6 dnů v týdnu) konzumace ovoce, zeleniny, sladkostí, slazených nápojů, masa, mléka a mléčných výrobků a nízkotučných (light) potravin sledovaných dětí, diferencované s ohledem na pohlaví a věk.

**Tabulka 57 Výběr potravin sledovaných dětí (%)**

Dotazované potraviny	Chlapci			Dívky		
	11 let	13 let	15 let	11 let	13 let	15 let
Ovoce	56,4	45,6	43,3	71,3	63,2	57,9
Zelenina	45,7	43,9	39,2	58,5	51,8	54,3
Sladkosti	37,1	46,5	47,8	34,6	50,8	48,7
Slazené nápoje	29,8	39,8	41,5	25,1	33,2	28,7
Maso	59,4	64,8	67,3	53,9	57,6	53,1
Nikdy nejí maso	1,9	1,3	1,3	3,2	1,9	1,8
Mléko, ml. výrobky	66,9	68,8	64,0	69,7	65,8	62,8
Light výrobky	22,5	13,1	11,7	23,2	19,5	14,4

Děvčata významně častěji ( $p < 0,01$ ) jedla ovoce, zeleninu a light výrobky, na druhé straně ve srovnání s chlapci méně často jedla maso a mléčné výrobky a méně pila mléko a slazené nápoje. Poměrně překvapivá je nižší konzumace light výrobků u starších dětí. Mezi dětmi s normální tělesnou hmotností a s nadváhou byl zjištěn statisticky významný rozdíl v konzumaci sladkostí a slazených nápojů ( $p < 0,01$ ), masa a light výrobků u děvčat ( $p < 0,05$ ). Děti s nadváhou uváděly významně nižší konzumaci sladkostí a slazených nápojů zřejmě v souladu s doporučeními, jak redukovat tělesnou hmotnost. Děvčata s nadváhou, ve srovnání s vrstevnicemi s nižší tělesnou hmotností, také méně často jedla maso a častěji light výrobky. S přihlédnutím k věku respondentů je zajímavý nárůst konzumace sladkostí a slazených nápojů v období mezi pátou a sedmou třídou, který může souviset jak s rostoucí energetickou potřebou sledovaných dětí, tak s uvolněním dohledu dospělých a s vyšším kapesným. Starší chlapci v průměru uváděli, že jedí méně zeleniny, ovoce, mléka a mléčných výrobků a light výrobků a více masa a masných výrobků než mladší chlapci. U děvčat nebyla situace tak jednoznačná.

## 6.4 POHYBOVÁ AKTIVITA A TĚLESNÁ HMOTNOST

Několik otázek dotazníku bylo zaměřeno na to, jak často (v rozmezí každý den až nikdy) se respondenti ve svém volném čase věnují tělesné aktivitě, kolik hodin se jí zpravidla věnují a jakým typům tělesné aktivity (sportů) se věnují. Součástí šetření byly otázky zaměřené na čas strávený u televizoru a počítače.

Mezi dětmi s nadváhou a s normální hmotností byl zjištěn statisticky významný rozdíl v počtu dnů, během kterých se v posledním týdnu věnovaly fyzické aktivitě alespoň hodinu. Obézní chlapci a chlapci s nadváhou uváděli méně pohybu ( $p < 0,01$ ) než chlapci s normální hmotností. U děvčat nebyl tento rozdíl statisticky významný, respektive

## 6. TĚLESNÁ HMOTNOST, STRAVOVACÍ A POHYBOVÉ ZVYKLOSTI, TĚLESNÁ SPOKOJENOST, DIETNÍ TENDENCE



výsledky nebyly tak jednoznačné. Obézní děvčata se pohybovala spíše v extrémních polohách (častěji uváděla, že nemají pohyb nebo že mají naopak pohyb každý den). 12,5% obézních chlapců a 3,6% obézních děvčat nemělo tělesnou aktivitu delší jedné hodiny ani jeden den (jen 3,1% dětí s normální hmotností). Pokud jde o počet hodin, které děti věnují fyzickým aktivitám ve svém volném čase, nebyl zjištěn významný rozdíl s ohledem na hmotnost ani u chlapců, ani u děvčat. Statisticky významný rozdíl byl zjištěn mezi dětmi s normální tělesnou hmotností a dětmi s nadváhou ve formě pohybových aktivit. Děti s nadváhou a zejména pak obézní děti mnohem méně často uváděly, že provozují nějakou formu organizované tělesné aktivity (23,4% dětí s normální tělesnou hmotností a jen 9,4% obézních dětí). Děti s nadváhou a obézní děti uváděly více hodin strávených u televize i u počítače. Jak chlapci, tak dívky s rostoucím věkem uváděly, že méně hodin se pravidelně věnují pohybu. Zatímco v 11 letech každý den nebo téměř každý den sportovalo 47% chlapců a 39% děvčat, v patnácti letech to bylo 43,2% chlapců a 23,6% děvčat. S různých typů sportovních aktivit nejvíce korelovaly s nižší tělesnou hmotností atletika a jogging u děvčat a jogging, atletika a fotbal u chlapců.

Součástí dotazníku byly i otázky zaměřené na důvody, které vedou dospívající k pohybovým aktivitám. Respondenti měli posoudit na třístupňové škále (velmi důležité – docela důležité – nedůležité), jak je pohyb pro ně důležitý: 1) pokud pracují na svojí postavě, 2) pokud chtějí vypadat dobře, 3) pokud chtějí mít radost ze svého těla a 4) pokud si hledají váhu. Výsledky jsou uvedeny v následující tabulce (v tabulce 58 jsou vedeny jen extrémní alternativy: velmi důležitý x nedůležitý).

**Tabulka 58** Pohyb a tělesný vzhled (%)

	Chlapci			Dívky		
	11 let	13 let	15 let	11 let	13 let	15 let
<b>Pohyb pro radost z užívání svého těla</b>						
Velmi důležitý	46,3	41,1	35,5	37,9	35,1	33,9
Nedůležitý	10,3	16,8	16,9	14,0	14,6	13,2
<b>Pohyb při práci na svojí postavě</b>						
Velmi důležitý	47,3	50,1	47,8	39,9	45,5	48,0
Nedůležitý	11,0	9,5	10,6	12,9	8,4	6,5
<b>Pohyb, když chci vypadat dobře</b>						
Velmi důležitý	40,4	44,2	44,5	39,1	52,8	53,5
Nedůležitý	19,4	13,4	15,2	16,1	9,7	7,6
<b>Pohyb, když si hledám váhu</b>						
Velmi důležitý	43,2	30,0	20,7	39,5	35,2	32,2
Nedůležitý	13,6	24,8	35,8	14,4	18,6	17,2



V pohledu na roli pohybu při formování postavy a spokojenosti se svým tělem se chlapci a dívky významně lišili ( $p < 0,01$ ), i když tento rozdíl se měnil i v závislosti na věku. S rostoucím věkem chlapci zdůrazňovali osobní význam pohybu, pokud chtějí vypadat dobře, a současně měli tendenci snižovat význam pohybu při redukci tělesné hmotnosti. Starší děvčata podobně oceňovala pohyb jako velmi důležitý faktor, jestliže chtějí vypadat dobře, a stále více také připomínala roli pohybu v souvislosti s formováním postavy. Jak chlapci, tak dívky s věkem méně oceňovali pohyb jako prostředek, jak si příjemně užít svoje tělo.

## Dietní tendence

Období dospívání je také obdobím významných tělesných změn, změn ve stravovacích zvyklostech i v životním stylu. S tím souvisí i výraznější dietní tendence, které se začínají projevovat právě počátkem staršího školního věku. Sledované děti byly tázány, jestli v současné době drží dietu, aby snížily váhu, jestli potřebují zhubnout nebo jestli potřebují přibrat. Výsledky jsou uvedeny v tabulce 59.

**Tabulka 59** *Diety, hodnocení tělesného vzhledu (%)*

	Chlapci			Dívky		
	11 let	13 let	15 let	11 let	13 let	15 let
V současné době drží dietu	17,9	14,2	10,2	18,3	21,7	25,1
Nedrží dietu, ale potřeboval/a by zhubnout	20,1	18,6	19,2	25,3	33,8	35,4
Nedrží dietu, ale potřeboval/a by přibrat	11,5	13,6	20,4	9,9	8,3	6,7

Mezi dětmi s nadváhou a dětmi s normální hmotností byl ve všech uvedených kritériích statisticky významný rozdíl ( $p < 0,01$ ). Stejně tak byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi chlapci a dívkami ( $p < 0,01$ ). Zatímco dívky s rostoucím věkem častěji uváděly, že drží dietu nebo by ji měly držet, protože potřebují zhubnout, starší chlapci si významně často přáli přibrat a s věkem ubývalo i chlapců, kteří se hlásili k dietě. V jedenácti letech jde pravděpodobně o poměrně věcnou reakci na existující stav (případnou nadváhu), proto se také příliš neliší počet chlapců a dívek omezujících příjem energie. V patnácti letech jsou už výraznější genderové rozdíly. V patnácti letech 25,1% děvčat uvedlo, že v současné době drží dietu, a dalších 35,4% děvčat si myslí, že by potřebovalo zhubnout, přestože jen devět procent děvčat mělo skutečnou nadváhu. To znamená, že více než 60% sledovaných děvčat není v patnácti letech spokojeno s postavou a přálo by si zhubnout, často bez ohledu na svoji skutečnou hmotnost. Zhubnout by si přálo i necelých třicet procent patnáctiletých chlapců. Z tabulky 60 je zřejmé, že v závislosti na věku se chlapci a děvčata ve svých postojích k postavě diferencují a stoupá především počet děvčat, která nejsou spokojena se svojí postavou.



## 6.5 SPOKOJENOST S POSTAVOU

Na spokojenost (respektive nespokojenost) s vlastní postavou můžeme v HBSC studii usuzovat z odpovědí sledovaných dětí na otázku „Podle tvého vlastního mínění je tvoje postava: příliš hubená, trochu hubená, tak akorát, trochu tlustá a příliš tlustá?“ Přímá otázka na spokojenost s tělesným vzhledem nebyla ve studii položena.

**Tabulka 60** Hodnocení tělesného vzhledu v závislosti na pohlaví a věku (%)

Mínění o svojí postavě	Chlapci			Dívky		
	11 let	13 let	15 let	11 let	13 let	15 let
Příliš hubená	5,1	2,9	3,9	4,5	3,4	2,0
Trochu hubená	13,1	15,0	21,4	15,0	14,3	9,5
Tak akorát	53,8	57,9	52,6	52,6	48,8	50,3
Trochu tlustá	25,3	21,0	20,4	24,3	28,9	33,5
Příliš tlustá	2,6	3,2	1,7	3,6	4,8	4,7

Mezi hodnocením tělesného vzhledu chlapců a dívek byl statisticky významný rozdíl. Dívky byly relativně kritičtější ke svému vzhledu a chlapci relativně častěji uváděli, že nepřemýšlí o tom, jak vypadají. Z 3728 dětí, které měly normální tělesnou hmotnost, 60% chlapců a 54,3% dívek uvedlo, že mají postavu tak akorát. Zbývající chlapci s normální vahou si připadali spíše příliš hubení (24,2 %), zatímco děvčata hodnotila svoji postavu jako spíše tlustou (29,3 %). Chlapci s nadváhou měli tendenci svoji nadváhu spíše bagatelizovat. 40 % chlapců s nadváhou a 18,8% obézních chlapců uvedlo, že jejich postava je tak akorát. Jen 19,6% děvčat s nadváhou a 3,8% obézních děvčat hodnotilo svoji postavu jako „tak akorát“. Jako silná si připadala i 4 vyhublá děvčata a 5 chlapců s nejnižší tělesnou hmotností. Těchto 9 dětí (0,2%) by mohlo trpět mentální anorexií.

40,7% dětí (42,6% děvčat), které hodnotily svoji postavu jako trochu nebo příliš tlustou, současně uvedlo, že drží dietu, a dalších 51% dětí, že dietu sice nedrží, ale že by mělo. Ty děti, které hodnotily svoji postavu jako tlustou, rovněž častěji ( $p < 0,01$ ) uváděly, že častěji jedí light výrobky, méně pijí slazené nápoje a jedí sladkosti. Na druhé straně ale uváděly, že mají méně pohybu (počet hodin pohybu ve volném čase). Mezi respondenty, kteří hodnotili svoje tělo jako tlusté, a ostatními respondenty nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl ve vynechávání snídaně nebo oběda a kouření cigaret, což je někdy další způsob, jak kontrolovat tělesnou hmotnost.

Hodnocení tělesného vzhledu významně souviselo s hodnocením kvality současného života a zdravotního stavu. Jen 7,4% chlapců a 11,6% děvčat, kteří hodnotili svoji postavu jako „tak akorát“, uvedlo, že se často cítí osamělí. Mezi dětmi, které hodnotily svoji postavu jako tlustou, to bylo 25,5% chlapců a 36,8% děvčat. Děti, které hodnotily svoji postavu jako tlustou, ve srovnání s dětmi, které postavu hodnotily jako normální, byly rovněž méně spokojeny s tím, jak jim věci vycházejí, častěji uváděly, že nemají

dobrý život, že v jejich životě nejdou věci příliš dobře a chtěly by mít úplně jiný život nebo změnit mnoho věcí. 35,3% chlapců a 39,3% dívek, kteří hodnotili svoje tělo jako tlusté (5,9% chlapců a 6,7% děvčat hodnotících postavu jako normální), uváděli, že jejich zdravotní stav není dobrý nebo je špatný.

Z uvedených výsledků je zřejmé, že dospívající, kteří jsou spokojeni se svým vzhledem, mají tendenci pozitivně hodnotit i jiné aspekty svého života a že dobré tělesné a psychické zdraví je spojeno s pozitivní představou o svém vzhledu. Strach z tloušťky významným způsobem ovlivňuje kvalitu života člověka, ať už je, nebo není opodstatněný. Jeho měřítkem není jen míra skutečné nadváhy, ale i vnitřní prožitky, které jsou na něj vázány, a úsilí, které je věnováno kontrole tělesné hmotnosti a příjmu potravy. Zjištěná data potvrzují, že dietní tendence jsou patrné už u jedenáctiletých dívek a s věkem mají tendenci dále výrazně stoupat, zatímco mezi 11–15letými chlapci nebyl v tomto směru výraznější rozdíl. I když dietní tendence vzrůstají v závislosti na fyzické zralosti a tělesné hmotnosti, jsou zřetelné i u děvčat s přiměřenou nebo nízkou tělesnou hmotností.



**7. VÝŽIVA – SPOTŘEBA POTRAVIN  
A STRAVOVACÍ ZVYKLOSTI ČESKÝCH DĚTÍ**

*Jarmila Rážová*

## HLAVNÍ ZJIŠTĚNÍ

- Tři čtvrtiny chlapců a 70,5% dívek jí doma společně s rodinou. Společné stolování každý den nebo téměř denně v rodině klesá se vzrůstajícím věkem dětí, u dívek výrazněji než u chlapců.
- Každý všední den snídá polovina dětí, častěji chlapci – 57,6% než dívky – 49,6%. S věkem klesá podíl dětí, které snídají každý všední den, a to u obou pohlaví, chlapci všech věkových kategorií snídají každý všední den častěji než stejně staré dívky.
- Počet dní, kdy děti ve všední den snídají, závisí na ekonomické situaci rodiny. Se zlepšující se ekonomickou situací rodiny stoupá podíl dětí (celkem, chlapců i dívek), které snídají každý všední den – 56,9% dětí z rodin ekonomicky silných oproti 48,8% dětí z rodin ekonomicky slabších.
- 41,8% dětí jí ovoce a 31,7% jí zeleninu minimálně 1x denně; každý den jí ovoce třetina dívek (32,6%) a čtvrtina chlapců (24,9%), zeleninu čtvrtina dívek (27,9%) a pětina chlapců (18,3%); ovoce i zeleninu jedí častěji dívky než chlapci.
- Oba víkendové dny snídá naprostá většina dětí – častěji dívky (84,8%) než chlapci (80,9%).
- Podíl dětí, které jedí ovoce minimálně 1x denně, klesá s věkem u obou pohlaví, podíl dětí, které jedí zeleninu min. 1x denně, se s věkem snižuje u chlapců, ne však u dívek.
- Minimálně 1x denně jí sladkosti (bonbony, čokoládu aj.) více než čtvrtina dětí (27,6%), spotřeba sladkostí každý den je u dívek ve všech věkových skupinách vyšší než u stejně starých chlapců, chlapci všech věkových skupin si dopřávají sladkosti vícekrát než jednou denně častěji než stejně staré dívky.
- Každý den konzumuje mléko a mléčné výrobky třetina dětí (31,5%), spotřeba každý den klesá s věkem u obou pohlaví.
- Minimálně 1x denně pije nápoje s vysokým obsahem cukru (kolové apod.) více než pětina dětí (22,2%), čtvrtina (24,6%) chlapců a pětina dívek (20,1%).
- Pohlaví: Dívky častěji než chlapci jedí ovoce, zeleninu a nízkotučné výrobky, méně často než chlapci jedí maso a mléčné výrobky a pijí mléko a nápoje s vysokým obsahem cukru.
- Věk: S věkem jedí chlapci méně ovoce, zeleniny, mléka a mléčných výrobků, nízkotučných výrobků a více masa; u dívek není situace tak jednoznačná.
- Ve škole pije vodu téměř čtvrtina dětí (22,9%), tři čtvrtiny (73,5%) dětí jiné nápoje a 3,6% dětí pije ve škole mléko, podíl dívek, které pijí ve škole vodu, stoupá s věkem a současně klesá podíl dívek, které pijí jiné nápoje.
- Ve škole obědvají teplé jídlo tři čtvrtiny dětí (73,4%), s věkem podíl dětí klesá 79,5% jedenáctiletých dětí oproti 64,5% patnáctiletých.

- Více než polovina dětí tráví volný čas společným diváním na televizi či DVD, nejvíce u třináctiletých chlapců a dívek (65,3 % chlapců a 59,2 % dívek).
- Více než pětina dětí (22%) chodí s rodinou denně nebo skoro denně na procházku.
- Ve volném čase sportuje s rodinou pětina chlapců a méně než pětina dívek (16,7 %). S věkem významně klesá podíl chlapců a zejména dívek trávících volný čas při sportování s rodinou – 29,6% jedenáctiletých chlapců oproti 12,5% patnáctiletých a 26,1% jedenáctiletých dívek oproti 9,4% patnáctiletých.

## 7.1 ÚVOD

Zdravé stravování je dlouhodobým vkladem pro zdraví, neboť stravovací návyky vytvořené v dětství a dospívání přetrvávají do dospělosti a patří mezi faktory vzniku hlavních chronických neinfekčních onemocnění (Marmot, & Wilkinson, 2006; McPherson, Montgomery, & Nichaman, 1995). S nástupem dospívání získávají děti větší samostatnost ve stravování, mají více příležitostí k výběru a koupi potravin a nápojů bez vlivu rodiny. Období dospívání je charakteristické tím, že stravování a stravovací návyky jsou ovlivňovány více faktory a prostředím – stravováním v rodině a ve škole, chuťovými preferencemi, dostupností potravin, reklamou a obavami o postavu a hmotnost.

Pravidelná strava v rodině je spojována se zdravějšími stravovacími návyky dětí a dospívajících a přispívá k vytváření běžných stravovacích návyků (významných pro kontrolu hmotnosti) a také k psychosociálnímu rozvoji (Compañ, Moreno, Ruiz, & Pascual, 2002). Snídaně je považována za nejdůležitější jídlo pro děti a dospívající jak z pohledu nutričního, tak z pohledu poznání a učení (Vereecken, Inchley, Subramanian, Hublet, & Maes, 2005; Vereecken, Ojala, & Jordan, 2004). Ovoce a zelenina jsou důležitou součástí zdravé stravy s ochranným vlivem před nemocemi srdce a cév a některými nádory. Naproti tomu je konzumace sladkostí a nápojů s vysokým obsahem cukrů spojována se vznikem obezity. Pití vody je velmi důležité pro udržení pozornosti a výkonnosti dětí a dospívajících v průběhu školního dne (Cooke et al., 2005).

## 7.2 METODOLOGIE

Součástí dotazníku HBSC 2010 bylo i sledování stravovacích zvyklostí dětí a dospívajících formou dotazníku frekvence spotřeby potravin sedmistupňovou škálou (v rozsahu *nikdy až po více než jedenkrát denně*). Pro vlastní hodnocení byly 3 kategorie spotřeby sloučeny do kategorie spotřeby *minimálně 1x týdně, ale ne denně*. Sledovány byly také stravovací zvyklosti dětí a dospívajících v rodině a ve škole.

Hodnocena byla frekvence spotřeby nápojů s vysokým obsahem cukru (kola apod.), sladkostí (bonbony, čokoláda, sušenky aj.), ovoce, zeleniny, masa, mléka a mléčných výrobků a nízkotučných (light) potravin.

V meziročním srovnání je hodnocena spotřeba potravin a nápojů v kategorii minimálně 1x denně (každý den a více než 1x denně). Data získaná ve studii HBSC v roce 2010 o spotřebě potravin a nápojů jsou srovnatelná s daty studie HBSC pouze z let 2002 a 2006, neboť v předchozích etapách studie byly otázky o spotřebě potravin formulovány odlišně.



### 7.3 SPOTŘEBA NÁPOJŮ S VYSOKÝM OBSAHEM CUKRU

Nápoje s vysokým obsahem cukru jsou obecně považovány za zdroj „prázdných kalorií“, které omezují příjem potravin s vyšší nutriční hodnotou, zejména s obsahem vlákniny, vápníku a bílkovin, a představují vážný problém s dodržováním platných výživových doporučení dospívajícími (Guenther, 1986; Harnack, Stang, & Story, 1999). Kofein obsažený v kolových nápojích je jednak diuretikum, které zvyšuje vylučování tekutin z těla, a také lehce návyková látka, která vede k hyperaktivitě u dětí. Kyselina fosforečná, která je rovněž součástí kolových nápojů, pravděpodobně zvyšuje riziko osteoporózy.

Spotřeba těchto nápojů je často spojována s konzumací potravin rychlého občerstvení („fast food“) a je dávana do vztahu ke zvyšující se prevalenci nadváhy a obezity.

Ve vyšetřeném souboru více než polovina dětí (53 %) pije nápoje s vysokým obsahem cukru – kolové apod. minimálně 1x týdně, ale ne denně. Každý den konzumuje tyto nápoje 15,3 % z nich a téměř sedm procent z nich (6,9 %) je konzumuje častěji než 1x denně. Zřídka nebo nikdy nekonzumuje tyto nápoje téměř čtvrtina dotazovaných dětí (24,7 %).

Rozdíly ve spotřebě nápojů s vysokým obsahem cukru podle pohlaví a podle věku jsou uvedeny v tabulce 61.

**Tabulka 61** Spotřeba nápojů s vysokým obsahem cukru (%)

Kola nebo jiné sladké nápoje s obsahem cukru	Nikdy		Zřídka		Min. 1x týdně, ne denně		Každý den		> 1x denně	
	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D
Chlapci	4,7		17,6		53,2		15,7		8,9	
Dívky	6,3		20,7		52,9		15,0		5,1	
Celkem	5,5		19,2		53,0		15,3		6,9	
Pohlaví/věk	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D
11 let	5,3	8,1	23,2	22,7	52,7	53,3	12,2	11,4	6,6	4,5
13 let	4,8	4,4	15,8	20,8	52,4	51,3	16,7	17,4	10,4	6,0
15 let	3,5	6,6	14,1	18,7	54,5	54,4	18,0	15,8	9,9	4,5

Častěji než 1x denně pije nápoje s vysokým obsahem cukru (kola apod.) 8,9% chlapců a 5,1% dívek (celkem téměř 7% dětí). Spotřeba těchto nápojů více než 1x denně kolísá s věkem u obou pohlaví, nejvyšší je u obou pohlaví ve skupině třináctiletých (chlapci 10,4%, dívky 6,0%), spotřeba těchto nápojů je ve všech věkových skupinách vyšší u chlapců (Tabulka 61). Z hlediska výsledků o spotřebě alkoholických nápojů lze předpokládat, že tyto nápoje jsou nahrazovány některým z druhů alkoholických nápojů.

Z tabulky 61 je také patrný rozdíl ve spotřebě těchto nápojů mezi oběma pohlavími. Dívky častěji nepijí nápoje s vysokým obsahem cukru (kola apod.) vůbec (6,3% dívek oproti 4,7% chlapců) nebo je pijí zřídka (20,7% dívek oproti 17,6% chlapců).



Chlapci častěji pijí nápoje s vysokým obsahem cukru vícekrát než jednou denně (8,9 % chlapců oproti 5,1 % dívek), rozdíl ve spotřebě mezi pohlavími je statisticky významný. Více než polovina chlapců i dívek (53,2 % chlapců a 52,9 % dívek) pije nápoje s vysokým obsahem cukru nejméně jedenkrát za týden, ale nepije je denně. Každý den pije tyto nápoje 15,7 % chlapců a 15 % dívek.

Rozdílná je spotřeba nápojů s vysokým obsahem cukru i mezi věkovými skupinami chlapců i dívek. S věkem kolísá u chlapců spotřeba nápojů častěji než jedenkrát denně: chlapců jedenáctiletých pije tyto nápoje jedna patnáctina (6,6 %), nejvyšší spotřebu udávají chlapci třináctiletí – více než desetina z nich (10,4 %) a téměř desetina patnáctiletých (9,9 %).

S věkem stoupá podíl chlapců, kteří pijí tyto nápoje každý den – mezi jedenáctiletými pije tyto nápoje jedna osmina (12,2 %), mezi třináctiletými téměř jedna šestina (16,7 %) a mezi patnáctiletými pak téměř jedna pětina (18,0 %) chlapců. S věkem klesá podíl chlapců, kteří pijí tyto nápoje zřídka nebo nikdy (28,5 % jedenáctiletých oproti 17,6 % patnáctiletých). Rozdíly ve spotřebě nápojů s vysokým obsahem cukru mezi jednotlivými věkovými skupinami chlapců jsou statisticky významné ( $p < 0,01$ ).

Mezi dívkami s věkem kolísá spotřeba nápojů s vysokým obsahem cukru minimálně 1x týdně, ne denně, nejnižší je mezi třináctiletými – 51,3 % a nejvyšší ve skupině patnáctiletých dívek – 54,4 % (Tabulka 61). Pětina dívek pije kolové nápoje zřídka (20,7 %) a šestina dívek každý den (15,0 %). Zatímco dívek, které pijí tyto nápoje zřídka, s věkem ubývá (22,7 % jedenáctiletých a 18,7 % patnáctiletých), dívek, které pijí tyto nápoje každý den, je nejvíce ve skupině 13letých (17,4 %). Také spotřeba těchto nápojů více než 1x denně kolísá s věkem, nejvyšší je opět ve skupině třináctiletých (6,0 %). Rozdíly ve spotřebě nápojů s vysokým obsahem cukru mezi jednotlivými věkovými skupinami dívek nejsou statisticky významné.

### 7.3.1 VÝVOJ SPOTŘEBY NÁPOJŮ S VYSOKÝM OBSAHEM CUKRU V OBDOBÍ 2002–2010

Z hlediska vývoje spotřeby nápojů s vysokým obsahem cukru mezi dětmi a mladistvými byla porovnána udávaná spotřeba těchto nápojů v letech 2002, 2006 a 2010 – tedy v předchozích etapách studie HBSC. Spotřeba nápojů s vysokým obsahem cukru byla hodnocena v kategorii spotřeby minimálně 1x denně (sloučení kategorií každý den a více než 1x denně) dle pohlaví a věkových skupin.

Z grafu 12 je patrné, že chlapci pijí nápoje s vyšším obsahem cukru častěji než dívky, a to ve všech věkových skupinách a ve všech letech sledování. Spotřeba těchto nápojů mezi chlapci i dívkami stoupá mezi 11. a 13. rokem věku (mezi pátou a sedmou třídou), což může být ovlivněno jak rostoucí energetickou potřebou sledovaných dětí, tak s uvolněním dohledu dospělých, s vyšším kapesným a také s dostupností těchto nápojů, např. v prostředí školy. Nejnižší podíl dětí, které pijí nápoje s vysokým obsahem cukru minimálně 1x denně, byl zaznamenán v roce 2010, a to ve všech věkových skupinách.



**Graf 12** Spotřeba nápojů s vysokým obsahem cukru min. 1x denně (%) – v letech 2002, 2006 a 2010



## 7.4 SPOTŘEBA SLADKOSTÍ

Sladkosti – bonbony, čokoláda aj. – jsou podobně jako nápoje s vysokým obsahem cukru obecně považovány za zdroj „prázdných kalorií“, které omezují příjem potravin s vyšší nutriční hodnotou, a představují vážný problém s dodržováním platných výživových doporučení dospívajícími. Spotřeba sladkostí je u dospívajících spolu s nápoji s vysokým obsahem cukru spojována se zhoršující se úrovní orálního zdraví, zejména s výskytem zubního kazu. Spotřeba sladkostí je též zmiňována ve vztahu ke zvyšující se prevalenci nadváhy a obezity.

Sladkosti (bonbony, čokoládu aj.) konzumuje nejvíce dětí minimálně jednou týdně, ale ne denně (60,7 %), pětina dětí (20,4 %) každý den, necelá desetina dětí (7,2 %) častěji než jednou denně a více než desetina dětí je konzumuje zřídka nebo nikdy (11,6 %). Chlapci (61,3 %) i dívky (60,2 %) nejčastěji jedí sladkosti minimálně jednou týdně, ale ne každý den. Rozdíl v konzumaci sladkostí mezi oběma pohlavími je patrný pouze v kategorii spotřeby každý den – dívky udávají vyšší spotřebu než chlapci (22,1 % oproti 18,6 %), vícekrát než jednou denně požívá sladkosti více chlapců než dívek (8,1 % oproti 6,4 %). Spotřeba sladkostí mezi oběma pohlavími se liší statisticky významně ( $p < 0,01$ ) (Tabulka 62).

S věkem stoupá podíl chlapců, kteří jedí sladkosti každý den – mezi jedenáctiletými jí sladkosti 14,8 % chlapců, mezi třináctiletými téměř jedna pětina (18,9 %) a mezi patnáctiletými více než jedna pětina (22,0 %) chlapců. Rozdíl ve spotřebě sladkostí ve věkových skupinách chlapců se významně liší. S věkem kolísá podíl chlapců, kteří sladkosti jedí vícekrát než jednou denně – nejvíce, téměř desetina (8,7 %) třináctiletých, necelých 8 % jedenáctiletých a patnáctiletých chlapců.

S věkem kolísá podíl dívek, které jedí sladkosti každý den – mezi jedenáctiletými dívkami 17,0 %, téměř čtvrtina třináctiletých (24,6 %) a patnáctiletých (23,9 %) dívek. Rozdíl ve spotřebě sladkostí ve věkových skupinách dívek se významně liší. Dívek, které jedí sladkosti častěji než jednou denně, je nejvíce mezi třináctiletými dívkami (8,3 %), podobně jako u chlapců jejich podíl s věkem kolísá.

V kategorii spotřeby sladkostí každý den je významně vyšší podíl dívek než chlapců ve všech věkových skupinách, chlapci častěji než dívky jedí sladkosti vícekrát než 1x denně s výjimkou třináctiletých, kdy je podíl dívek i chlapců dopřávajících si sladkosti vícekrát denně téměř shodný.

**Tabulka 62** Spotřeba sladkostí podle věku a pohlaví (%)

Sladkosti (bonbony, čokoládu aj.)	Nikdy		Zřídka		Min. 1x týdně, ne denně		Každý den		> 1x denně	
	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D
Chlapci	2,2		9,8		61,3		18,6		8,1	
Dívky	2,1		9,2		60,2		22,1		6,4	
Celkem	2,1		9,5		60,7		20,4		7,2	
Pohlaví/věk	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D
11 let	3,5	3,8	13,8	13,2	60,2	61,2	14,8	17,0	7,7	4,7
13 let	2,0	0,8	8,0	5,9	62,5	60,6	18,9	24,6	8,7	8,3
15 let	0,9	1,8	7,7	8,8	61,5	59,3	22,0	23,9	7,9	6,2

## 7.5 SPOTŘEBA OVOCE A ZELENINY

Vhodné stravovací návyky vytvořené v dětství a dospívání jsou významné z mnoha důvodů – ovlivňují riziko vzniku mnoha zdravotních problémů, jako je nadváha a obezita, diabetes mellitus 2. typu, nedostatečná mineralizace kostí. V dospívání jsou neuspořádané stravovací návyky spojovány i se špatnými studijními výsledky (Centers for Disease Control and Prevention, 1996; Frary, Johnson, & Wang, 2004; Larson, Story, Wall, & Neumark-Sztainer, 2006). Strava dospívajících charakterizovaná nízkým podílem ovoce, zeleniny, nízkým obsahem vlákniny a vysokým obsahem sodíku a tuku zvyšuje v dlouhodobém horizontu riziko vzniku kardiovaskulárních a nádorových onemocnění (Commission of the European Communities, 2005; Krch, & Csémy, 2008; Krch et al., 2005; World Health Organization, 2004).

Rozdíl mezi pohlavími v udávané spotřebě ovoce jsou patrné již od nejmladší věkové skupiny – významně více dívek než chlapců konzumuje ovoce každý den. S věkem kolísá u obou pohlaví podíl těch, kteří konzumují ovoce zřídka, a snižuje se podíl těch, kteří nekonzumují ovoce nikdy (*Tabulka 63*).

**Tabulka 63** Spotřeba ovoce podle věku a pohlaví (%)

Spotřeba ovoce	Nikdy		Zřídka		Min. 1x týdně, ne denně		Každý den		> 1x denně	
	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D
Chlapci	2,1		4,5		56,8		24,9		11,7	
Dívky	0,6		3,1		49,6		32,6		14,1	
Celkem	1,3		3,8		53,1		28,9		12,9	
Pohlaví/věk	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D
11 let	2,5	0,9	5,0	2,3	50,3	41,5	27,3	38,1	14,8	17,3
13 let	2,1	0,5	3,7	3,6	55,0	49,7	26,8	31,6	12,3	14,6
15 let	1,7	0,5	4,7	3,2	64,7	56,4	20,8	28,9	8,1	10,9

Dívky i chlapci jedí nejčastěji ovoce minimálně 1 týdně, ne však denně (56,8% chlapců a 49,6% dívek) Téměř třetina dívek jí ovoce každý den (32,6 %), chlapců pak téměř jedna čtvrtina (24,9 %). Ovoce nikdy nejí jen 0,6% dívek oproti 2,1% chlapců. Také v doporučené spotřebě ovoce více než 1x denně se spotřeba dívek významně liší od spotřeby chlapců (14,1% dívek a 11,7% chlapců).

S věkem klesá podíl chlapců, kteří ovoce nekonzumují nikdy, a podíl chlapců, kteří konzumují ovoce každý den – více než čtvrtina jedenáctiletých (27,3%) oproti pětina patnáctiletých (20,8 %).

S věkem vzrůstá podíl chlapců, kteří konzumují ovoce minimálně 1x týdně, ne denně – polovina jedenáctiletých chlapců (50,3%) a téměř dvě třetiny (64,7%) patnáctiletých chlapců; s věkem klesá podíl chlapců, kteří jedí ovoce častěji než 1x denně – téměř šestina (14,8%) jedenáctiletých chlapců oproti méně než desetina (8,1%) mezi chlapci patnáctiletými, rozdíl ve spotřebě mezi věkovými skupinami je statisticky významný.

Pouze 3,7% dívek nejí ovoce vůbec nebo je jí zřídka, s věkem klesá podíl dívek, které ovoce nejedí vůbec, a kolísá podíl těch, které je konzumují zřídka. Téměř třetina dívek konzumuje ovoce každý den (32,6 %). S věkem spotřeba ovoce každý den u dívek klesá (38,1% jedenáctiletých dívek oproti 28,9% patnáctiletých) podobně jako spotřeba ovoce častější než 1x denně (17,3% dívek jedenáctiletých oproti 10,9% patnáctiletých). Minimálně 1x týdně, ale ne denně konzumuje ovoce více než polovina dívek (53,1 %), potřeba stoupá s věkem – méně než polovina (41,5%) jedenáctiletých oproti téměř dvěma třetinám (56,4%) patnáctiletých. Rozdíly ve spotřebě jsou statisticky významné ( $p < 0,01$ ).

Z hlediska vývoje spotřeby ovoce mezi dětmi a mladistvými byla porovnána spotřeba ovoce udávaná v letech 2002, 2006 a 2010. Spotřeba ovoce byla hodnocena v kategorii spotřeby minimálně 1x denně (sloučení kategorií každý den a více než 1x denně) dle pohlaví a věkových skupin.

Z grafu 13 je patrné, že dívky jedí ovoce častěji než chlapci, a to ve všech věkových skupinách a ve všech letech sledování. Spotřeba ovoce klesá s věkem u obou pohlaví, což může být ovlivněno jak uvolněním dohledu dospělých, tak rostoucími dietními tendencemi, které se začínají projevovat právě počátkem staršího školního věku. Nejnižší podíl dětí, které jedí ovoce minimálně 1x denně, byl zaznamenán v roce 2006, a to ve všech věkových skupinách kromě skupiny patnáctiletých dívek. Podíl patnáctiletých dívek, které jedí ovoce minimálně 1x denně, klesá s roky sledování – nejnižší podíl je zaznamenán v roce 2010.

**Graf 13** Spotřeba ovoce min. 1x denně (%) v letech 2002, 2006 a 2010



Více než pětina dětí vyšetřovaného souboru (23,2%) udává, že zeleninu jí každý den, častěji dívky (více než čtvrtina dívek – 27,9%) než chlapci (téměř pětina chlapců – 18,3%). Podíl dětí konzumujících zeleninu častěji než 1x denně je přibližně stejný jako podíl dětí, které jedí zeleninu zřídka nebo nikdy (8,5% oproti 8,7%). S věkem se u obou pohlaví zvyšuje spotřeba minimálně 1x týdně, ne však denně častěji u chlapců než u dívek. Ve sledovaném souboru pozorujeme statisticky významné rozdíly ve spotřebě zeleniny mezi oběma pohlavími a mezi věkovými skupinami ( $p < 0,01$ ) (Tabulka 64).

**Tabulka 64** Spotřeba zeleniny podle věku a pohlaví (%)

Spotřeba zeleniny	Nikdy		Zřídka		Min. 1x týdně, ne denně		Každý den		> 1x denně	
	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D
Chlapci	4,3		7,0		62,7		18,3		7,7	
Dívky	1,9		4,2		56,7		27,9		9,3	
Celkem	3,1		5,6		59,6		23,2		8,5	
Pohlaví/věk	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D
11 let	4,6	1,7	7,2	4,5	58,3	51,1	21,3	32,1	8,6	10,6
13 let	5,1	2,7	6,9	5,0	61,0	58,1	17,4	24,7	9,6	9,5
15 let	3,2	1,4	7,0	3,1	68,5	59,9	16,2	27,6	5,1	7,9

Nejčastěji konzumují děti obou pohlaví zeleninu minimálně 1x týdně, ne však denně (59,6 %). Zeleninu nikdy nejí 1,9% dívek a 4,3% chlapců. Každý den jí zeleninu téměř čtvrtina dívek (23,2%) a téměř pětina chlapců (18,3 %). Více než 1x denně konzumuje zeleninu 9,3% dívek a 7,7% chlapců.

Udávaná spotřeba zeleniny každý den klesá u chlapců s věkem (21,3% jedenáctiletých, 16,2% patnáctiletých). Nejčastěji chlapci všech věkových skupin udávají spotřebu zeleniny minimálně 1x týdně, ale ne denně a tato spotřeba narůstá s věkem (58,3% jedenáctiletých oproti 68,5% patnáctiletých).

S věkem kolísá podíl chlapců, kteří nikdy nekonzumují zeleninu (4,6% jedenáctiletých, 3,2% patnáctiletých a 5,1% třináctiletých), a také kolísá podíl chlapců, kteří jedí zeleninu častěji než 1x denně (8,6% jedenáctiletých, 5,1% patnáctiletých a 9,6% třináctiletých). Rozdíly ve spotřebě zeleniny mezi věkovými kategoriemi chlapců jsou statisticky vysoce významné ( $p < 0,01$ ).

Udávaná spotřeba zeleniny každý den klesá u dívek s věkem (32,1% jedenáctiletých, 27,6% patnáctiletých). Nejčastěji dívky všech věkových skupin udávají spotřebu zeleniny minimálně 1x týdně, ale ne denně a tato spotřeba narůstá s věkem (51,1% jedenáctiletých oproti 59,9% patnáctiletých).

S věkem kolísá podíl dívek, které nikdy nekonzumují zeleninu (1,7% jedenáctiletých, 1,4% patnáctiletých a 2,7% třináctiletých), a také kolísá podíl dívek, které jedí zeleninu častěji než 1x denně (10,6% jedenáctiletých, 7,9% patnáctiletých a 9,5% třináctiletých).

Z hlediska vývoje spotřeby zeleniny mezi dětmi a mladistvými byla porovnána spotřeba zeleniny udávaná v letech 2002, 2006 a 2010. Spotřeba zeleniny byla hodnocena v kategorii spotřeby minimálně 1x denně (sloučení kategorií každý den a více než 1x denně) dle pohlaví a věkových skupin.

Z grafu 14 je patrné, že dívky jedí zeleninu častěji než chlapci, a to ve všech věkových skupinách a ve všech letech sledování. Spotřeba zeleniny klesá s věkem u obou pohlaví,

což může být ovlivněno jak uvolněním dohledu dospělých, tak rostoucími dietními tendencemi, které se začínají projevovat právě počátkem staršího školního věku. Nejvyšší podíl dětí, které jedí zeleninu minimálně 1x denně, byl zaznamenán v roce 2010, a to ve všech věkových skupinách kromě skupiny patnáctiletých chlapců. Podíl patnáctiletých chlapců, kteří jedí zeleninu minimálně 1x denně, kolísá s roky sledování – nejvyšší podíl je zaznamenán v roce 2002, nejnižší v roce 2006.

**Graf 14** Spotřeba zeleniny min. 1x denně (%) v letech 2002, 2006 a 2010



Z výsledků hodnocení spotřeby ovoce a zeleniny vyplývá, že frekvence spotřeby ovoce častější než 1x denně – doporučeným minimem pro zajištění vhodného přívodu ochranných látek je frekvence 5x denně porce ovoce a zeleniny – je vyšší než frekvence spotřeby zeleniny u obou pohlaví. S věkem u obou pohlaví však klesá konzumace ovoce i zeleniny častěji než 1x denně.

## 7.6 SPOTŘEBA MASA

Dívky i chlapci jedí nejčastěji maso minimálně jednou týdně (*Tabulka 65*), ne však denně (celkem 63,1 %, 60,2 % chlapců a 65,8 % dívek). Čtvrtina chlapců a dívek (26,6 % chlapců a 23,2 % dívek) jí maso každý den, téměř desetina chlapců (9,5 %) jí maso častěji než 1x denně, zatímco dívek jen 4,5 %, celkem 6,7 % dětí jí maso častěji než 1x denně. Maso nejí nikdy nebo je jí zřídka pouze 5,3 % dětí, častěji dívky než chlapci (6,8 % dívek oproti 3,8 % chlapců). Rozdíly ve spotřebě mezi pohlavími jsou v těchto kategoriích spotřeby statisticky významné.

S věkem klesá podíl chlapců, kteří maso nekonzumují nikdy nebo je jedí zřídka (4,7 % jedenáctiletých oproti 2,6 % patnáctiletých), a zvyšuje se podíl chlapců, kteří konzumují maso častěji než 1x denně – méně než desetina jedenáctiletých (8,7 %) oproti desetině patnáctiletých (10,3 %).



Podíl chlapců, kteří konzumují maso každý den, je nejvyšší na začátku staršího školního věku, tedy ve skupině třináctiletých (27,9%), a opět se snižuje ve skupině patnáctiletých (26,7%), rozdíl ve spotřebě mezi věkovými skupinami je statisticky významný. S věkem kolísá podíl chlapců, kteří jedí maso minimálně 1x týdně, ale ne denně – téměř dvě třetiny (61,2%) jedenáctiletých chlapců, 58,9% třináctiletých chlapců a 60,2% chlapců patnáctiletých.

S věkem klesá podíl dívek, které maso nekonzumují nikdy nebo je jí zřídka (9,4% jedenáctiletých oproti 4,7% patnáctiletých), a snižuje se podíl dívek, které konzumují maso častěji než 1x denně – 5,0% dívek jedenáctiletých oproti 2,7% patnáctiletých dívek, rozdíl ve spotřebě mezi věkovými skupinami je statisticky významný. S věkem kolísá podíl dívek, které jedí maso minimálně 1x týdně, ale ne denně – více než dvě třetiny (63,7%) jedenáctiletých, třetina třináctiletých dívek (63,3%) a 70,5% dívek patnáctiletých, rozdíl ve spotřebě mezi věkovými skupinami je statisticky významný.

Chlapci více než dívky konzumují maso častěji než 1x denně, dívky častěji než chlapci maso nejedí nebo jej jedí jen zřídka, rozdíl ve spotřebě mezi pohlavími je statisticky významný.

**Tabulka 65** Spotřeba masa podle věku a pohlaví (%)

Spotřeba masa	Nikdy		Zřídka		Min. 1x týdně, ne denně		Každý den		> 1x denně	
	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D
Chlapci	1,5		2,3		60,2		26,6		9,5	
Dívky		2,3		4,5		65,8		23,2		4,1
Celkem	1,9		3,4		63,1		24,9		6,7	
Pohlaví/věk	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D
11 let	1,8	3,3	2,9	6,1	61,2	63,7	25,3	21,9	8,7	5,0
13 let	1,4	1,9	2,6	4,6	58,9	63,3	27,9	25,6	9,3	4,6
15 let	1,3	1,8	1,3	2,9	60,2	70,5	26,7	22,1	10,3	2,7

## 7.7 SPOTŘEBA MLÉKA A MLÉČNÝCH VÝROBKŮ

Dívky i chlapci konzumují nejčastěji mléko a mléčné výrobky minimálně jednou týdně (*Tabulka 66*), ne však denně (50,3% chlapců a 48,4% dívek), celkem téměř polovina dětí (49,3%). Téměř třetina chlapců (31,5%) konzumuje mléko a mléčné výrobky každý den, mezi dívkami pak více než jedna třetina (37,6%), celkem více než třetina dětí (34,5%). Konzumaci mléka a mléčných výrobků více než 1x denně udává celkem více než desetina dětí (11,3%), častěji ji udávají chlapci (13,9%) než dívky (8,9%), spotřeba dívek se významně liší od spotřeby chlapců. Mléko a mléčné výrobky nekonzumuje nikdy nebo jen zřídka méně než dvacetina dětí (4,8%), častěji dívky než chlapci (5,2% dívek oproti 4,3% chlapců).



S věkem klesá podíl chlapců, kteří mléko a mléčné výrobky nekonzumují nikdy nebo jen zřídka (5,2% jedenáctiletých oproti 3,7% patnáctiletých), a podíl chlapců, kteří konzumují mléko a mléčné výrobky každý den (33,2% třináctiletých oproti 29,5% patnáctiletých). S věkem stoupá podíl chlapců, kteří konzumují mléko a mléčné výrobky minimálně 1x týdně, ale ne denně (47,3% jedenáctiletých oproti 54,2% patnáctiletých). Podíl chlapců, kteří mléko a mléčné výrobky konzumují častěji než 1x denně, s věkem kolísá – 14,3% jedenáctiletých, 15,0% třináctiletých a 12,7% patnáctiletých. Rozdíl ve spotřebě mezi věkovými skupinami je statisticky významný.

S věkem se příliš nemění podíl dívek, které mléko a mléčné výrobky nekonzumují nikdy nebo je jedí zřídka (5,5% jedenáctiletých oproti 5,1% patnáctiletých). S věkem se snižuje podíl dívek, které konzumují mléko a mléčné výrobky častěji než 1x denně – 10,7% dívek jedenáctiletých oproti 8,1% patnáctiletých dívek, a podíl dívek, které konzumují mléko a mléčné výrobky každý den – 39,3% dívek jedenáctiletých oproti 34,5% patnáctiletých dívek, rozdíl ve spotřebě mezi věkovými skupinami je statisticky významný. S věkem vzrůstá podíl dívek, které konzumují mléko a mléčné výrobky minimálně 1x týdně, ale ne denně – 44,6% jedenáctiletých, 48,0% třináctiletých dívek a 52,3% patnáctiletých dívek, rozdíl ve spotřebě mezi věkovými skupinami je statisticky významný.

Chlapci více než dívky konzumují mléko a mléčné výrobky častěji než 1x denně, dívky více než chlapci konzumují mléko a mléčné výrobky každý den, rozdíl ve spotřebě mezi pohlavími je statisticky významný.

**Tabulka 66** Spotřeba mléka a mléčných výrobků podle věku a pohlaví (%)

Mléko a mléčné výrobky	Nikdy		Zřídka		Min. 1x týdně, ne denně		Každý den		> 1x denně	
	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D
Chlapci	1,8		2,5		50,3		31,5		13,9	
Dívky	1,7		3,5		48,4		37,6		8,9	
Celkem	1,8		3,0		49,3		34,6		11,3	
Pohlaví/věk	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D
11 let	2,5	1,9	2,7	3,6	47,3	44,6	33,2	39,3	14,3	10,7
13 let	1,5	1,7	2,7	3,2	49,1	48,0	31,7	39,1	15,0	8,1
15 let	1,5	1,7	2,2	3,4	54,2	52,3	29,5	34,5	12,7	8,1

## 7.8 SPOTŘEBA NÍZKOTUČNÝCH VÝROBKŮ

Dívky i chlapci jedí nejčastěji nízkotučné (light) výrobky minimálně jednou týdně (*Tabulka 67*), ne však denně (47,0% chlapců a 52,3% dívek), celkem téměř polovina dětí (49,7%). Celkem pětina dětí (19,7%) nejí nízkotučné výrobky nikdy, častěji chlapci než dívky (23,8% chlapců oproti 15,8% dívek, rozdíl ve spotřebě je statisticky významný).



a další pětina dětí (21,1%) je jí pouze zřídka, opět častěji dívky než chlapci (21,3% oproti 20,9%).

Konzumaci nízkotučných výrobků vícekrát než 1x denně udává jen 2,9% dětí, bez rozdílu mezi pohlavími. Každý den pak tyto výrobky konzumuje jen 6,6% dětí, častěji ji udávají dívky (7,7%) než chlapci (5,4%), spotřeba mezi pohlavími se statisticky významně liší.

S věkem se zvyšuje podíl chlapců, kteří nízkotučné výrobky konzumují zřídka (17,3% jedenáctiletých oproti 23,6% patnáctiletých, rozdíl mezi věkovými skupinami je statisticky významný), kolísá podíl chlapců, kteří nízkotučné výrobky nekonzumují nikdy (nejvyšší podíl ve skupině třináctiletých – 25,7%) a každý den (nejnižší ve skupině třináctiletých – 3,1% a nejvyšší ve skupině jedenáctiletých 8,8% oproti 4,2% patnáctiletých). S věkem klesá podíl chlapců, kteří konzumují nízkotučné výrobky minimálně 1x týdně, ale ne denně (49,9% jedenáctiletých oproti 44,9% patnáctiletých, rozdíl mezi věkovými skupinami je statisticky významný), a podíl chlapců, kteří nízkotučné výrobky konzumují častěji než 1x denně – 4,0% jedenáctiletých oproti 1,6% patnáctiletých, rozdíl ve spotřebě mezi věkovými skupinami je statisticky významný.

S věkem se snižuje podíl dívek, které nízkotučné výrobky nekonzumují nikdy (16,4% jedenáctiletých oproti 14,9% patnáctiletých), konzumují je každý den (10,2% jedenáctiletých oproti 4,9% patnáctiletých dívek) a vícekrát než 1x denně (3,9% jedenáctiletých oproti 1,6% patnáctiletých, rozdíly mezi věkovými skupinami jsou statisticky významné). Kolísá podíl dívek, které konzumují nízkotučné výrobky minimálně 1x týdně, ale ne denně (nejnižší ve skupině třináctiletých – 49,5% a nejvyšší ve skupině patnáctiletých 54,2% oproti 53,2% patnáctiletých), a zvyšuje se podíl dívek, které nízkotučné výrobky konzumují zřídka – 16,4% jedenáctiletých oproti 24,4% patnáctiletých, rozdíl ve spotřebě mezi věkovými skupinami je statisticky významný.

Chlapci více než dívky nekonzumují nízkotučné výrobky nikdy, dívky více než chlapci konzumují nízkotučné výrobky minimálně 1x týdně, ale ne denně, rozdíl ve spotřebě mezi pohlavími je statisticky významný.

**Tabulka 67** Spotřeba nízkotučných výrobků podle věku a pohlaví (%)

Nízkotučné (light) potraviny	Nikdy		Zřídka		Min. 1x týdně, ne denně		Každý den		> 1x denně	
	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D
Chlapci	23,8		20,9		47,0		5,4		2,9	
Dívky	15,8		21,3		52,3		7,7		2,8	
Celkem	19,7		21,1		49,7		6,6		2,9	
Pohlaví/věk	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D	CH	D
11 let	20,1	16,4	17,3	16,3	49,9	53,2	8,8	10,2	4,0	3,9
13 let	25,7	16,2	22,0	22,9	45,9	49,5	3,1	8,3	3,4	3,1
15 let	25,6	14,9	23,6	24,4	44,9	54,2	4,2	4,9	1,6	1,6

## 7.9 STRAVOVACÍ ZVYKLOSTI

Pravidelná snídaně je významnou součástí zdravotně vhodného způsobu stravování a je důležitým faktorem zdravého životního stylu (Keski-Rahkonen, Viken, Kaprio, Rissanen, & Rose, 2004). Snídaně ovlivňuje kvalitu a kvantitu denního příjmu potravy člověka (Pollitt, 1995) a vynechávání snídaně je spojováno s nedostatečnou nutriční úrovní stravy (Nicklas, Bao, Webber, & Berenson, 1993; Sampson, Dixit, Meyers, & Houser, 1995). Vynechávání snídaně ovlivňuje i poznání a učení (Wesnes, Pincock, Richardson, Helm, & Hails, 2003), a tudíž může ovlivnit schopnost žáků využít příležitosti ke vzdělávání poskytované školami a rodinami. Chybějící snídaně je spojována s několika dalšími zdravotně nevhodnými způsoby chování, jako je vyšší úroveň kouření (Höglund, Samuelson, & Mark, 1998), spotřeba alkoholu a užívání drog (Isralowitz, & Trostler, 1996) a sedavého způsobu života (Baumert, Henderson, & Thompson, 1998). Vynechávání snídaně je také spojeno se zvýšenou spotřebou občerstvení s nízkým obsahem vlákniny a vysokým obsahem tuku později během dne (Resnicow, 1991) a se zvýšeným rizikem nadváhy a obezity (Wolfe, Campbell, Frongillo, Haas, & Melnik, 1994).

Ve sledovaném souboru respondenti odpovídali na otázku „Jak často obvykle snídáš (něco více než sklenici čaje, mléka nebo džusu)?“, a to ve všední dny v rozsahu možností od nikdy po všech pět dní v týdnu (*Tabulka 68*) a dále také o víkendu v rozsahu nikdy až oba dny (*Tabulka 70*).

### 7.9.1 SNÍDANĚ VE VŠEDNÍ DEN

Každý všední den snídá polovina dětí, častěji chlapci – 57,6% než dívky – 49,6%. Více než pětina chlapců (22,9%) a čtvrtina dívek (25,9%) však nesnídá ani jeden všední den v týdnu, rozdíl mezi pohlavími je statisticky významný. Dívky snídají častěji než chlapci v kategoriích 1–4 dny v týdnu.

S věkem klesá podíl dětí, které snídají každý všední den, a to u obou pohlaví, chlapci všech věkových kategorií snídají každý všední den častěji než stejně staré dívky (*Tabulka 68*).

S věkem naopak vzrůstá podíl chlapců i děvčat vynechávajících snídání všechny všední dny v týdnu, jedenáctiletí chlapci 14,7% oproti 31,3% patnáctiletých chlapců, 17,9% dívek jedenáctiletých oproti 32,0% dívek patnáctiletých. Rozdíly ve spotřebě podle věku a pohlaví jsou statisticky významné.

**Tabulka 68** Snídaně ve všední dny (%)

Počet dní	11 let		13 let		15 let		Celkem	
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky
0	14,7	17,9	22,6	27,1	31,3	32,0	22,9	25,9
1	2,8	2,8	4,0	4,6	4,3	7,0	3,7	4,9
2	4,1	5,5	4,9	7,0	5,6	6,2	4,9	6,3
3	5,4	5,8	5,5	8,3	6,4	7,4	5,8	7,2
4	4,5	6,5	4,8	6,4	5,9	5,6	5,1	6,1
5	68,6	61,3	58,0	46,6	46,4	41,8	57,6	49,6

Počet dní, kdy děti ve všední den snídají, závisí (statisticky významně) na ekonomické situaci rodiny. Se zlepšující se ekonomickou situací rodiny stoupá podíl dětí (celkem, chlapců i dívek), které snídají každý všední den – 56,9% dětí z rodin bohatých oproti 48,8% dětí z rodin nebohatých. Se zlepšující se ekonomickou situací rodiny klesá podíl dětí (celkem, chlapců i dívek), které ve všední dny nesnídají nikdy – 21,8% dětí z rodin bohatých oproti 31,4% dětí z rodin nebohatých (Tabulka 69).

**Tabulka 69** Snídaně ve všední dny (%) ve vztahu k ekonomické situaci rodiny

Dny	Chlapci			Dívky			Celkem		
	Bohatá	Průměr	Není bohatá	Bohatá	Průměr	Není bohatá	Bohatá	Průměr	Není bohatá
0	20,3	24,4	28,7	23,8	25,8	33,2	21,8	25,2	31,4
1	4,3	3,1	5,9	4,2	5,3	3,8	4,3	4,3	4,7
2	4,3	5,5	2,9	5,4	6,4	6,7	4,8	6,0	5,2
3	5,3	6,5	5,1	8,6	6,7	5,8	6,8	6,6	5,5
4	5,4	5,0	3,7	5,4	6,9	4,8	5,4	6,0	4,4
5	60,3	55,5	53,7	52,5	48,9	45,7	56,9	51,9	48,8

## 7.9.2 SNÍDANĚ O VÍKENDU

Oba víkendové dny snídá naprostá většina dětí – častěji dívky (84,8%) než chlapci (80,9%). Desetina dětí (9,9% chlapců a 9,5% dívek) snídá alespoň v jednom víkendovém dni. Desetina chlapců nesnídá ani jeden víkendový den (9,2%), mezi dívkami jen jedna dvacetina.

S věkem dětí klesá podíl dětí, které snídají oba víkendové dny, a to u obou pohlaví, dívky všech věkových kategorií snídají oba víkendové dny častěji než stejně staří chlapci. Současně s věkem stoupá podíl dětí, které o víkendu nesnídají ani jeden den, častěji chlapci než dívky. Rozdíly mezi pohlavími jsou statisticky významné (*Tabulka 70*).

**Tabulka 70** Snídaně o víkendu (%)

Počet dní	11 let		13 let		15 let		Celkem	
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky
0	5,6	3,7	7,8	5,5	13,9	7,9	9,2	5,7
1	9,4	7,7	8,9	8,4	11,5	11,9	9,9	9,5
2	85,0	88,6	83,3	86,1	74,5	80,2	80,9	84,8

### 7.9.3 PIJE VE ŠKOLE

Respondenti studie byli dotazováni na to, zda ve škole pijí, a mohli vybírat z možností voda, mléko a jiné nápoje. Uváděné počty dětí vychází pouze z kladných odpovědí na tuto otázku (*Tabulka 71*).

Téměř čtvrtina dětí (22,9%) pije ve škole vodu, téměř tři čtvrtiny dětí (73,5%) pijí jiné nápoje, lze předpokládat, že se jedná zejména o nápoje s vysokým obsahem cukru. Pouze 3,6% dětí pije ve škole mléko. Chlapci pijí častěji jiné nápoje a mléko než dívky, dívky pijí vodu častěji než chlapci, rozdíly jsou statisticky významné.

S věkem vzrůstá podíl dětí, které pijí ve škole vodu – 19,5% jedenáctiletých oproti 27,6% patnáctiletých, rozdíl je statisticky významný. Zatímco mezi jedenáctiletými dětmi, které pijí vodu, je podíl chlapců i dívek stejný (19,9%, resp. 19,0%), od třinácti let pijí dívky ve škole vodu častěji než chlapci, nejvýznamnější je rozdíl ve skupině patnáctiletých (19,7% chlapců oproti 35,1% dívek), rozdíly mezi pohlavími jsou statisticky významné. U dívek s věkem významně klesá podíl těch, které pijí ve škole jiné nápoje (77,5% jedenáctiletých dívek oproti 62,9% patnáctiletých), u chlapců pozorujeme jev opačný – se vzrůstajícím věkem se zvyšuje podíl těch, kteří ve škole pijí jiné nápoje – 73,8% jedenáctiletých oproti 76,1% patnáctiletých chlapců.

**Tabulka 71** Pije ve škole podle pohlaví (n, %) a podle pohlaví a věku

Počet dní		Chlapci			Dívky			Celkem		
		n	%		n	%		n	%	
Pije ve škole	Mléko	100	4,8		53	2,4		153	3,6	
	Jiné nápoje	1552	75,2		1590	71,9		3142	73,5	
	Vodu	413	20,0		567	25,7		980	22,9	
Podle pohlaví a věku		Chlapci			Dívky			Celkem		
		11	13	15	11	13	15	11	13	15
Pije ve škole	Mléko	6,3	3,9	4,2	3,5	1,7	2,0	4,9	2,7	3,1
	Jiné	73,8	75,7	76,1	77,5	75,8	62,9	75,7	75,8	69,3
	Vodu	19,9	20,4	19,7	19,0	22,5	35,1	19,5	21,5	27,6

### 7.9.4 SVAČINA VE ŠKOLE

Naprostá většina dětí (91,6 %), a to chlapci i dívky, ve škole svačí. Se vzrůstajícím věkem klesá podíl dětí, chlapců i dívek, které ve škole svačí – 96,1 % jedenáctiletých dětí oproti 88,9 % patnáctiletých, rozdíl je statisticky významný. Děti z ekonomicky slabších rodin svačí ve škole významně méně než děti z ekonomicky silných rodin (Tabulka 72).

**Tabulka 72** Svačina ve škole podle pohlaví (n, %), podle pohlaví a věku a v závislosti na ekonomické situaci rodiny (%)

Podle pohlaví		Chlapci			Dívky			Celkem		
		n	%		n	%		n	%	
Svačí ve škole	Ano	1949	91,7		2068	91,5		4017	91,6	
	Ne	177	8,3		191	8,5		368	8,4	
Podle pohlaví a věku		Chlapci			Dívky			Celkem		
		11	13	15	11	13	15	11	13	15
Svačí ve škole	Ano	95,2	90,0	89,6	97,0	90,1	88,2	96,1	90,1	88,9
Ekonomická situace rodiny		Bohatá		Průměrná		Není bohatá				
		Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky			
Svačí ve škole	Ano	93,5	92,8	90,8	91,5	86,6	88,3			
	Ne	6,5	7,2	9,2	8,5	13,4	11,7			

## 7.9.5 OBĚD VE ŠKOLE

Téměř tři čtvrtiny dětí (73,1 %), a to chlapci i dívky, ve škole obědvají teplé jídlo. Se vzrůstajícím věkem klesá podíl dětí, chlapců i dívek, které ve škole obědvají – 79,5% jedenáctiletých dětí oproti 64,5% patnáctiletých, rozdíl je statisticky významný. Děti z ekonomicky slabších rodin obědvají ve škole významně méně často než děti z ekonomicky silných rodin, rozdíl je statisticky významný.

**Tabulka 73** Oběd ve škole podle pohlaví (n, %), podle pohlaví a věku a v závislosti na ekonomické situaci rodiny (%)

Podle pohlaví		Chlapci		Dívky			Celkem			
		n	%	n	%	n	%			
Obědvá ve škole teplé jídlo	Ano	1540	72,9	1652	73,4	3192	73,1			
	Ne	573	27,1	600	26,6	1173	26,9			
Podle pohlaví a věku		Chlapci			Dívky			Celkem		
		11	13	15	11	13	15	11	13	15
Obědvá ve škole t. jídlo	Ano	77,8	75,5	65,7	81,0	75,6	63,8	79,5	75,6	64,7
Ekonomická situace rodiny		Bohatá		Průměrná		Není bohatá				
		Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky			
Obědvá ve škole teplé jídlo	Ano	75,3	75,6	72,5	73,5	60,4	63,8			
	Ne	24,7	24,4	27,5	26,5	29,6	36,5			

## 7.9.6 SVAČINA ODPOLEDNE

Více než třetina dětí (36,6 %), a to chlapci i dívky, odpoledne nesvačí. Se vzrůstajícím věkem kolísá podíl dětí celkem a podíl dívek, které odpoledne svačí, s věkem stoupá podíl chlapců, kteří odpoledne svačí – 60,2% jedenáctiletých oproti 66,1% patnáctiletých chlapců, rozdíl je statisticky významný. Děti z ekonomicky slabších rodin svačí po obědě významně méně často než děti z ekonomicky silných rodin, rozdíl je statisticky významný (*Tabulka 74*).

**Tabulka 74** Svačina odpoledne podle pohlaví (n, %), podle pohlaví a věku a v závislosti na ekonomické situaci rodiny (%)

Podle pohlaví		Chlapci		Dívky		Celkem	
		n	%	n	%	n	%
Svačina odpoledne	Ano	1312	62,8	1411	64,0	2723	63,4
	Ne	778	37,2	793	36,0	1571	36,6



Podle pohlaví a věku		Chlapci			Dívky			Celkem		
		11	13	15	11	13	15	11	13	15
Svačina odpoledne	Ano	60,2	61,7	66,1	68,5	60,2	63,6	64,3	60,8	64,8
Ekonomická situace rodiny		Bohatá			Průměrná			Není bohatá		
		Chlapci		Dívky	Chlapci		Dívky	Chlapci		Dívky
Svačina odpoledne	Ano	66,4		64,8	61,3		63,9	55,6		60,7
	Ne	33,6		35,2	38,7		36,1	44,4		39,3

### 7.9.7 UJÍDÁ MEZI HLAVNÍMI JÍDLY

Polovina dětí, chlapců i dívek, ujídá „něco“ mezi hlavními jídly, tj. snídaní, přesnídávkou, obědem, svačinou a večeří. Se vzrůstajícím věkem kolísá podíl dětí celkem a podíl dívek, které ujídají mezi hlavními jídly, s věkem stoupá podíl chlapců, kteří ujídají mezi hlavními jídly – 47,2% jedenáctiletých oproti 54,5% patnáctiletých chlapců, rozdíl je statisticky významný. Děti z ekonomicky silnějších rodin jedí mezi hlavními jídly významně méně často než děti z ekonomicky slabších rodin, rozdíl je statisticky významný (*Tabulka 75*).

**Tabulka 75** Ujídá mezi hlavními jídly podle pohlaví (n, %), podle pohlaví a věku a v závislosti na ekonomické situaci rodiny (%)

Podle pohlaví		Chlapci		Dívky		Celkem				
		n	%	n	%	n	%			
Ujídá mezi hlavními jídly	Ano	1054	50,4	1108	50,0	2162	50,2			
	Ne	1038	49,6	1109	50,0	2147	49,8			
Podle pohlaví a věku		Chlapci			Dívky			Celkem		
		11	13	15	11	13	15	11	13	15
Ujídá mezi hl. jídly	Ano	47,2	49,4	54,5	51,8	48,0	50,3	49,5	48,6	52,4
Ekonomická situace rodiny		Bohatá			Průměrná			Není bohatá		
		Chlapci		Dívky	Chlapci		Dívky	Chlapci		Dívky
Ujídá mezi hlavními jídly	Ano	49,4		48,0	50,2		50,1	55,6		56,8
	Ne	50,6		52,0	49,8		49,9	44,4		43,2



## 7.10 ŽIVOTNÍ STYL RODINY – STRAVOVACÍ ZVYKLOSTI, AKTIVITY VE VOLNÉM ČASE

Životní styl rodiny, společně trávený čas s rodinou a také činnosti, kterým se rodina ve volném čase věnuje, ovlivňují postoje a chování dětí (Currie et al., 2000; Currie, Molcho et al., 2008; Mathieson, & Koller, 2006; Videon, & Manning, 2003). Vzhledem ke stravovacím zvyklostem a typu trávení volného času v rodině jsou hodnoceny aktivity, kterým se rodina společně věnuje denně nebo téměř denně (*Tabulka 76*).

Tři čtvrtiny chlapců a 70,5% dívek jedí doma společně s rodinou. Společné stolování každý den nebo téměř denně v rodině klesá se vzrůstajícím věkem dětí, u dívek výrazněji než u chlapců, rozdíly mezi věkovými skupinami a pohlavím jsou statisticky významné. Více než polovina dětí tráví volný čas společným díváním se na televizi či DVD, nejvíce u třináctiletých chlapců a dívek (65,3% chlapců a 59,2% dívek).

Více než pětina dětí (22%) chodí s rodinou denně nebo skoro denně na procházku. Nejčastěji uvádí tento způsob trávení volného času jedenáctileté dívky (37,5%), zatímco mezi patnáctiletými jej uvádí významně méně dívek – již jen 9,9%. U chlapců pozorujeme obdobnou situaci.

Ve volném čase sportuje s rodinou pětina chlapců a méně než pětina dívek (16,7%). S věkem významně klesá podíl chlapců a zejména dívek trávících volný čas při sportování s rodinou – 29,6% jedenáctiletých chlapců oproti 12,5% patnáctiletých a 26,1% jedenáctiletých dívek oproti 9,4% patnáctiletých, rozdíly mezi věkovými skupinami jsou statisticky významné.

**Tabulka 76** Společně trávený volný čas s rodinou dle aktivity a podle pohlaví a věku (%)

	11 let		13 let		15 let		Celkem	
	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky	Chlapci	Dívky
Jsou spolu u jídla	79,9	80,2	75,2	71,1	70,0	61,3	75,1	70,5
Dívají se spolu na TV, DVD	57,3	55,1	65,3	59,2	55,4	51,1	59,0	55,1
Jdou spolu na procházku	35,6	37,5	17,8	20,0	12,1	9,9	21,8	22,0
Sportují spolu	29,6	26,1	20,2	15,3	12,5	9,4	20,6	16,7

## 7.11 DISKUZE A ZÁVĚRY

Z uvedených výsledků je zřejmé, že stravovací zvyklosti českých dětí nejsou z pohledu zdravého stravování jako faktorů ovlivňujícího vznik hlavních chronických neinfekčních onemocnění (zejména nadváhy, obezity, diabetu mellitu 2. typu, kardiovaskulárních a nádorových onemocnění) jednoznačně pozitivní, v mnohých rysech je lze považovat spíše za rizikové.



Z hlediska dlouhodobého vývoje mezi roky 2002 až 2010 je patrný snižující se trend spotřeby nápojů s vysokým obsahem cukru (kolové apod.), zvyšující se trend spotřeby zeleniny a setrvalý trend spotřeby ovoce s naznačenými rozdíly podle pohlaví a věku.

Dívky častěji než chlapci jedí ovoce, zeleninu a nízkotučné výrobky, méně často než chlapci jedí maso a mléčné výrobky a pijí mléko a nápoje s vysokým obsahem cukru. S věkem jedí chlapci méně ovoce, zeleniny, mléka a mléčných výrobků, nízkotučných výrobků a více masa; u dívek není situace tak jednoznačná.

Z prostředí, která ovlivňují postoje a chování dětí, působí na vytváření stravovacích zvyklostí dětí prvotně rodina. Za pozitivní vliv lze považovat společné stolování rodiny, pravidelné podávání snídaně a přípravu svačin pro děti zejména mladšího školního věku a také zajištění teplého oběda pro dítě ve škole. Pozitivně lze hodnotit i trávení volného času rodiny při pohybových aktivitách – společné procházky a sport, negativně pak podíl rodin, které převážně tráví volný čas sledováním TV či DVD, zejména ve vztahu k rozvoji nadváhy a obezity.

Určité uvolnění dítěte z dohledu rodiny na počátku staršího školního věku se projevuje snižováním podílu dětí trávících čas s rodiči, vynecháváním pravidelných hlavních jídel během dne, zvyšující se spotřebou sladkostí a nápojů s vysokým obsahem cukru, což může souviset nejen s fyziologicky podmíněnými zvýšenými energetickými nároky dospívajících, ale i s vlivem vrstevníků, s vyšším kapesným i s vyšší dostupností těchto komodit v prostředí školy (sortiment nápojových automatů, bufetů ve školách apod.).

Nezanedbatelnou roli v chování dětí ve vztahu k výživě hraje i jejich tělesná hmotnost, pohybové zvyklosti, tělesná spokojenost a dietní tendence, které jsou popsány v jiných kapitolách publikace.





**8. KOUŘENÍ CIGARET, PITÍ ALKOHOLICKÝCH  
NÁPOJŮ A UŽÍVÁNÍ MARIHUANY MEZI  
ČESKÝMI DĚTMI ŠKOLNÍHO VĚKU**

*Ladislav Csémy / Hana Sovinová*

## HLAVNÍ ZJIŠTĚNÍ

- V roce 2010 bylo denními kuřáky 18 % patnáctiletých dětí (15,8% chlapců a 19,8% dívek).
- Rodina významně ovlivňuje kuřácké zvyklosti dětí. Nejméně dětských kuřáků bylo v intaktních rodinách (děti vychovávají oba vlastní rodiče).
- Z alkoholických nápojů mají děti nejčastěji zkušenosti s pivem.
- Pití piva alespoň jednou týdně uvedlo 17% 13letých chlapců a 10% děvčat stejného věku, u patnáctiletých jsou hodnoty výrazně vyšší (39% a 20 %).
- Mezi roky 2006 a 2010 vzrostl počet dětí, které uvedly, že byly opakovaně opilé (u 15letých chlapců byl nárůst ze 37% na 46%, u děvčat z 30% na 40 %).
- V roce 2010 uvedlo užití marihuany 21,5% patnáctiletých dětí (prevalence za posledních 12 měsíců).
- Kouření, nadměrná konzumace alkoholu a užívání marihuany spolu pozitivně korelují.



### 8.1 ÚVOD A METODOLOGIE

Kouření tabáku je nejzávažnějším známým a preventabilním rizikovým faktorem, ovlivňujícím vznik, rozvoj a průběh mnoha onemocnění (onemocnění dýchací soustavy, nádorová onemocnění, nemoci srdce a cév) (Peto, Lopez, Boreham, Thun, & Heath, 1994). Sovinová, Csémy, Procházka a Kottbauerová (2008) odhadli na základě mortalitních statistik ČR, že kouření lze připsat v roce 2000 celkem 17 700 úmrtí a každé úmrtí související s kouřením vede k průměrné ztrátě 15 let života. Úsilí vyspělých společností omezovat kouření a tím i nežádoucí zdravotní škody, které působí, je proto pochopitelné. Pro formulování preventivních cílů, ale také pro sledování efektu již dříve přijatých opatření omezujících kuřáctví se ve vyspělých zemích provádějí specializovaná šetření zjišťující prevalenci kuřáctví v populaci. Nedávno byly publikovány práce o vývoji kuřáctví mezi dospělou populací (Sovinová, Sadílek, & Csémy, 2010; Škodová et al., 2000). Tyto práce ukazují, že se prevalence kuřáctví u dospělých stabilizovala. U dětí a mladých lidí je vývoj dynamický a regulační opatření mají větší vliv (Sovinová, Csémy, Waren, Lee, & Lea, 2008). Nadměrná spotřeba alkoholu má obdobně nepříznivé zdravotní dopady jako kouření cigaret. Jak u kouření, tak u rizikového pití alkoholu platí, že raný začátek je silným prediktorem pozdějších problémů.

Marihuaně, která je na rozdíl od tabáku a alkoholu nelegální drogou, věnujeme pozornost vzhledem ke značnému rozšíření jejího užívání v ČR. Zdravotní a sociální dopady užívání marihuany nejsou z celospolečenského hlediska tak závažné jako důsledky kouření a pití alkoholu, ale zdravotní rizika zde nepochybně existují.

Cílem kapitoly je přinést nejnovější poznatky o rozsahu užívání těchto látek u dětí školního věku a sledovat vzájemné souvislosti pití alkoholu, kouření cigaret a užívání marihuany.

### 8.2 KOUŘENÍ CIGARET

V první části výsledků jsou využita data ze všech dosavadních pěti vln studie. Druhá část, zaměřená na analýzu kontextových vztahů, se opírá pouze o data z roku 2010 a věkovou skupinu 15letých ( $n = 1522$ ).

#### Vývoj kuřáckých zvyklostí dospívajících od roku 1994 do 2010

Prevalenci pravidelného kouření (definovaná jako kouření alespoň jednou týdně nebo častěji) mezi 13–15letými školáky ve sledovaných letech zachycuje tabulka 77. U 13letých je efekt roku měření zřetelný u obou pohlaví. Podíl pravidelných kuřáků se v roce 2002 prakticky zdvojnásobil proti roku 1994, a to u obou pohlaví. Nejstrmější nárůst kouření byl patrný u věkové skupiny 15letých, kde v roce 2002 kouřilo již 30 % všech dotázaných. Po tomto období strmého nárůstu prevalence kouření došlo mezi roky 2002 a 2006 k poklesu jak u chlapců, tak u děvčat. Ve věkové skupině 13letých se

prevalence pravidelného kouření snížila z 11,1 % na 8,4 % a ve skupině 15letých z 29,7 % na 21,6%. V roce 2010 byly prevalence kuřáctví u chlapců velmi blízké hodnotám z roku 2006, avšak u děvčat byl zaznamenán mírný nárůst, zejména ve věkové skupině patnáctiletých. Celkové trendy podle pohlaví a věkových skupin zachycují grafy 15 a 16. V období od roku 2002 se rozdíl v kuřáctví mezi chlapci a dívkami setřely a posléze se poměr otočil v neprospěch dívek. Ve výzkumu v letech 1994 a 1998 bylo vždy statisticky významně více kuřáků mezi chlapci, v roce 2002 se tento poměr zcela vyrovnal a od roku 2006 jsou prevalence vyšší u dívek. Druhá část tabulky 77 shrnuje informace o průměrné týdenní spotřebě cigaret u kuřáků. Z tabulky je zřejmé, že pokud jde o kvantitu, kouřili patnáctiletí kuřáci v roce 2010 přibližně stejně jako v roce 2006. U třináctiletých kuřáků průměrná spotřeba cigaret trvale narůstala od roku 1994 a v roce 2010 byla oproti roku 1994 trojnásobná. Tabulka 78 doplňuje tabulku 77 o informaci o prevalenci denního kuřáctví mezi patnáctiletými žáky ažačkami. Nárůst mezi roky 1994 až 2002 je zde ještě markantnější než u pravidelného kouření. Následný pokles mezi roky 2002 a 2006 byl výraznější u chlapců. Mezi roky 2006 a 2010 nebyl rozdíl podstatný. I přes příznivý obrat ve vývoji kuřáctví po roce 2002 bylo v roce 2010 dvakrát více denních kuřáků mezi 15letými žáky ZŠ, než tomu bylo v roce 1994.

**Tabulka 77** Porovnání kuřáctví u reprezentativního souboru českých dětí a dospívajících v letech 1994 až 2010 (%)

	Rok	Věk									
		13 let					15 let				
		1994	1998	2002	2006	2010	1994	1998	2002	2006	2010
Pravidelní kuřáci v % (kouří 1x týdně nebo častěji)	CH + D	5,8	8,6	11,1	8,4	9,7	13,9	19,9	29,7	21,0	25,0
	Chlapci	7,3	10,1	13,8	7,8	8,9	15,9	22,4	28,6	19,7	22,0
	Dívky	4,2	6,9	8,6	8,8	10,3	11,9	17,6	30,6	23,5	27,8
Průměrná týdenní spotřeba cigaret (v kušech/kuřák)	CH + D	7,9	13,9	16,1	19,1	25,9	27,8	24,3	33,6	35,7	37,8
	Chlapci	8,3	16,0	16,7	19,7	20,2	30,3	25,2	35,1	38,1	32,9
	Dívky	7,1	11,1	15,3	18,6	22,5	24,1	23,2	32,3	33,7	35,0

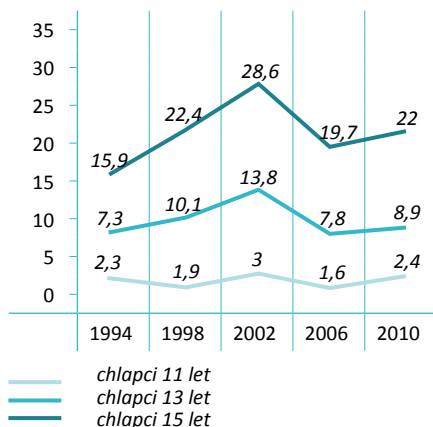
**Tabulka 78** Prevalence denních kuřáků ve věkové skupině 15 let v roce 1994, 1998, 2002, 2006 a 2010 (%)

Rok	1994	1998	2002	2006	2010
CH+D	8,8	13,3	21,6	16,3	17,9
Chlapci	11,4	15,5	20,2	14,5	15,8
Dívky	6,2	11,3	22,9	18,1	19,8

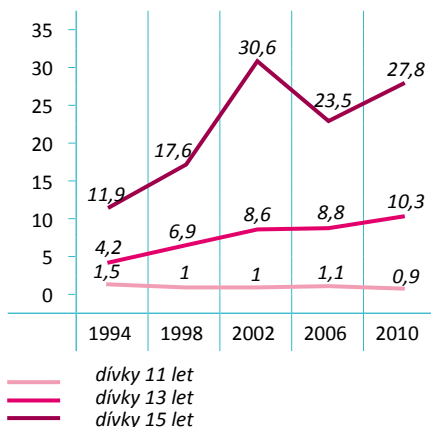
## 8. KOUŘENÍ CIGARET, PITÍ ALKOHOLICKÝCH NÁPOJŮ A UŽÍVÁNÍ MARIHUANY MEZI ČESKÝMI DĚTMI ŠKOLNÍHO VĚKU



**Graf 15** Vývoj pravidelného kuřáctví u chlapců v období 1994 až 2010 (%)



**Graf 16** Vývoj pravidelného kuřáctví u dívek 1994 až 2010 (%)



### Kontext kuřáckého chování

V této části budeme analyzovat vybrané rodinné, sociální a psychologické souvislosti kuřáckého chování.

### Typologie kuřáků

Pro účely dalšího srovnání jsme vzorek podle vztahu ke kouření rozdělili do tří skupin: nekuřáci, kuřáci, kteří nekouří denně, a denní kuřáci. Distribuce kuřáckého statusu definovaného podle výše uvedených kategorií je shrnuta v tabulce 79. Rozdíly v rozložení podle pohlaví byly statisticky významné ( $p < 0,05$ ).

**Tabulka 79** Kuřácký status podle pohlaví v roce 2010 ve věkové skupině 15 let (%)

Typ kuřáka	Chlapci	Dívky
Nekuřák	70,4	64,9
Kuřák (< 1 cigareta/den)	13,8	15,3
Denní kuřák	15,8	19,8

### Kuřáctví a formální struktura rodiny

Mezi formální strukturou rodiny, v níž dospívající vyrůstá, a jeho kouřením existuje vztah, který nasvědčuje tomu, že nejvyšší výskyt nekuřáků a nejnižší výskyt kuřáků je u dospívajících, kteří vyrůstají v úplné rodině s oběma vlastními rodiči. U dětí v rodinách



jednoho rodiče, nejčastěji je to vlastní matka, je již výskyt denních kuřáků výrazně vyšší (23,6% oproti 13,6% u dětí z úplných rodin). Vyšší než v rodinách s jedním rodičem je výskyt kuřáctví v rodinách restrukturovaných (nejčastěji jde o rodinu, kde se o děti stará vlastní matka a nevlastní otec, příp. druh). V těchto rodinách je 25,7% denních kuřáků mezi dotázanými dospívajícími. Nejvíce denních kuřáků je v rodinách, kde absentují oba vlastní rodiče (děti vychovávané prarodiči nebo příbuznými, děti vyrůstající v dětských domovech). Jde o okrajovou, početně málo zastoupenou skupinu, přesto stojí za povšimnutí skutečnost, že téměř 60% těchto dětí jsou denní kuřáci. V tabulce 80 je uveden procentní výskyt formy kuřáctví podle struktury rodiny.

**Tabulka 80** Výskyt kouření podle struktury rodiny (%) v roce 2010, věková skupina 15 let

Struktura rodiny	Kouří denně	Kouří (ne denně)	Nekouří
Úplná rodina (oba vlastní rodiče)	13,5	13,6	72,8
Doplňená rodina (jeden vlastní, jeden nevlastní)	25,7	16,9	57,4
Jeden vlastní rodič	23,6	16,9	59,5
Ostatní (žádný vlastní)	51,6	6,5	41,9

Kromě struktury rodiny má kuřáctví dospívajícího dítěte vztah také k dalším parametrům rodiny, např. k její socioekonomické úrovni, která je určena jednak vzděláním rodičů a pak charakteristikami jejich zaměstnání. Výskyt kuřáctví je v nepřímé úměře k vyšší socioekonomického statusu otce i matky ( $p < 0,01$ ).

## Kouření a výskyt jiných návykových rizik

Z jiných forem rizikového chování jsme sledovali výskyt nadužívání alkoholu (*opilost dvakrát a častěji*) a užívání marihuany. U obou forem rizikového chování byla zjištěna statisticky vysoce významná souvislost s kouřením ( $p < 0,001$ ). Výrazně vysoký je výskyt těchto forem chování u denních kuřáků (*Tabulka 81*).

**Tabulka 81** Výskyt jiných forem návykového chování podle kuřáckého statusu (%)

Typ kuřáka	Opilost (2x a > častěji)	Užití marihuany v posledním roce
Nekuřák	12,2	7,9
Kouří občas (ne denně)	51,2	38,6
Denní kuřák	74,8	60,6
	$p < 0,001$	$p < 0,001$



Prakticky stejné vztahy byly zjištěny i při analýzách dat z roku 2002 a 2006 a naznačují, že se různé formy rizikového chování neobjevují vzájemně nezávisle. Kouření cigaret, které zpravidla předchází zkušenostem s marihuanou, zřejmě přinejmenším sociálně facilituje experimentování s konopnými drogami.

### 8.3 PITÍ ALKOHOLICKÝCH NÁPOJŮ

#### Trendy 1994 až 2010

Již výsledky studie HBSC v roce 1994 poukázaly na značné rozšíření pití alkoholu mezi dětmi školního věku. Pro populaci českých dětí je charakteristické, že byla konzistentně ve všech měřeních zjištěna nízká míra abstinence. Většina dětí i v nejnižší sledované věkové skupině (11 let, tj. žáci 5. tříd ZŠ) měla s alkoholem zkušenost. V tomto ohledu se český vzorek odlišoval od naprosté většiny ostatních zemí, kde míra abstinence u dětí bývá vyšší. Nízká míra abstinence u dětí školního věku může být důsledkem liberalismu české společnosti vůči alkoholu. Za zásadně významnější informaci o konzumních zvyklostech českých dětí považujeme výskyt pravidelného pití, tj. pití daného druhu alkoholického nápoje alespoň jednou týdně, příp. častěji. Údaje o takovém způsobu pití jsou shrnuty v tabulkách 82 až 84. Ve věkové skupině 11 let je s výjimkou piva pravidelné pití alkoholu relativně vzácné, s rostoucím věkem se pak pití stává běžnějším. Sledujeme-li změny mezi rokem 1994 až 2010, nejvýraznější posuny jsou patrné ve věkové skupině patnáctiletých. Jednoznačný nárůst je u pití piva a vína u děvčat mezi rokem 1998 a 2002. Téměř pětina patnáctiletých dívek v roce 2010 konzumovala pivo týdně nebo ještě častěji. Oproti roku 1994 je to nárůst na dvojnásobek. Podobný je trend i u pití vína, kdy 14 % děvčat udává pravidelný konzum. Co se týče chlapců, pivo je zřetelně nejoblíbenějším nápojem, a to ve všech věkových skupinách. Pozornost je třeba věnovat pití lihovin u nezletilých. Ve skupině patnáctiletých uvádí pití lihovin s týdenní frekvencí 12,7 % chlapců a 9,6 % dívek. K tomu je třeba připočítat i pití lihovin v míchaných nápojích.

**Tabulka 82** Pití alkoholických nápojů jednou týdně nebo častěji podle druhu nápoje, pohlaví a věku (%)

Druh alkoholu	Pohlaví	11 let				
		1994	1998	2002	2006	2010
Pivo	Chlapci	10,5	14,1	9,3	9,1	6,9
	Dívky	5,6	6,7	4,0	3,6	4,0
Víno	Chlapci	2,6	3,0	2,1	2,2	2,8
	Dívky	1,0	0,5	1,0	0,4	1,3
Lihoviny	Chlapci	1,4	1,9	1,4	1,2	1,5
	Dívky	0,7	0,7	0	0,1	0,4
Míchané nápoje	Chlapci	5,0	5,2	3,7	2,9	2,6
	Dívky	2,9	1,6	1,1	1,0	0,8

**Tabulka 83** Pití alkoholických nápojů jednou týdně nebo častěji podle druhu nápoje, pohlaví a věku (%)

Druh alkoholu	Pohlaví	13 let				
		1994	1998	2002	2006	2010
Pivo	Chlapci	16,4	15,0	21,1	15,1	16,8
	Dívky	5,3	8,5	8,0	10,0	10,4
Víno	Chlapci	2,4	2,5	6,4	5,2	7,0
	Dívky	3,0	1,8	3,3	4,5	5,8
Lihoviny	Chlapci	3,3	2,8	2,7	3,5	3,5
	Dívky	1,1	0,8	0,5	2,3	4,0
Míchané nápoje	Chlapci	7,3	4,9	5,3	3,1	6,1
	Dívky	3,2	3,3	3,0	3,6	4,3

## 8. KOUŘENÍ CIGARET, PITÍ ALKOHOLICKÝCH NÁPOJŮ A UŽÍVÁNÍ MARIHUANY MEZI ČESKÝMI DĚTMI ŠKOLNÍHO VĚKU



**Tabulka 84** Pití alkoholických nápojů jednou týdně nebo častěji podle druhu nápoje, pohlaví a věku (%)

Druh alkoholu	Pohlaví	15 let				
		1994	1998	2002	2006	2010
Pivo	Chlapci	35,4	29,3	36,9	35,6	38,8
	Dívky	11,9	14,2	23,1	21,5	20,4
Víno	Chlapci	9,7	4,7	10,9	10,0	11,8
	Dívky	7,1	6,5	12,1	9,6	14,1
Lihoviny	Chlapci	9,8	5,5	10,6	10,2	12,7
	Dívky	6,4	3,2	6,4	6,5	9,6
Míchané nápoje	Chlapci	11,5	8,4	9,8	7,4	11,7
	Dívky	14,6	7,9	9,1	7,3	8,9

### První zkušenosti s alkoholem a opilostí

V odborné literatuře je prokázán vztah mezi raným začátkem pití alkoholu a pozdějšími problémy. Data z posledního šetření skutečně prokazují, že české děti se do kontaktu s alkoholem dostávají ve velmi útlém věku. Přestože legální věk pro dostupnost alkoholu je věk zletilosti, tj. věk 18 let, okusí více než polovina českých dětí alkohol poprvé do věku 13 let (včetně) (Tabulka 85). Část dětí, 61% chlapců a 67% dívek, také ještě ve školním věku získává první zkušenosti s alkoholovou intoxikací. Nejčastěji je první opilost udávána ve věku 14 a 15 let. Průměrný věk první opilosti je u děvčat o něco vyšší, z vývojového hlediska však zanedbatelný (Tabulka 86).

**Tabulka 85** Věk první zkušenosti s alkoholem

Věk 1. pití alkoholu	Pohlaví			
	Chlapci		Dívky	
	n	%	n	%
Nikdy	48	6,7	43	5,7
11 let a mladší	153	21,4	94	12,5
12 let	129	18,1	149	19,8
13 let	142	19,9	181	24,1
14 let	157	22,0	221	29,4
15 let	83	11,6	63	8,4
16 let a starší	2	0,3	1	0,1

**Tabulka 86** Věk první opilosti

Věk 1. opilosti	Pohlaví			
	Chlapci		Dívky	
	n	%	n	%
Nikdy	272	38,4	253	33,6
11 let a mladší	27	3,8	5	0,7
12 let	24	3,4	31	4,1
13 let	92	13,0	78	10,4
14 let	165	23,3	216	28,7
15 let	127	17,9	166	22,0
16 let a starší	2	0,3	4	0,5

## 8.4 OVLIVNĚNÍ ALKOHOLEM, OPILOST

V rámci studie byl stav opilosti zjišťován otázkou, která byla formulována tak, aby postihla stav ovlivnění alkoholem, který se opravdu vymyká běžnému pití (Vypil/a jsi takové množství alkoholu, že jsi byl/a opravdu opilý/á?). I přes tuto formulaci je zřejmé, že subjektivní výpověď dětí může být ovlivněna nebo zkreslena řadou faktorů. Z těchto důvodů jsme se rozhodli prezentovat výskyt odpovědí, které uvádějí opakovaný stav opilosti, tj. dvakrát a častěji. V tabulce 87 jsou uvedeny hodnoty pro skupinu třináctiletých a patnáctiletých od roku 1994 do roku 2010. Z výsledků vyplývá, že v roce 2010 je výskyt opakované opilosti vyšší v obou věkových skupinách a u obou pohlaví oproti předchozím rokům. Ve srovnání s rokem 1994 jde o velmi výrazný nárůst u děvčat. Vysoké hodnoty opakované alkoholové intoxikace u patnáctiletých a současně malé rozdíly mezi chlapci a děvčaty (46%, resp. 40%) naznačují, že excesivní pití u dětí je jevem, jemuž se musí věnovat výrazně větší pozornost, a to jak v oblasti výzkumu jeho sociálních a psychologických determinant, tak v oblasti preventivních opatření. Data jednoznačně potvrzují, že k výraznému nárůstu excesivního pití dochází ve věku mezi 13. a 15. rokem věku.

**Tabulka 87** Opakovaná opilost (2x nebo častěji) podle pohlaví a věku (%)

Pohlaví	13 let					15 let				
	1994	1998	2002	2006	2010	1994	1998	2002	2006	2010
Chlapci	14	14	12	13	17	35	36	38	37	46
Dívky	7	6	6	10	14	20	22	29	30	40

### Výskyt rizikového pití a jeho souvislosti

Proměnné, s nimiž jsme ve výzkumu pracovali, umožnily vytvořit ukazatel rizikového pití u dětí ve věku 15 let. Jako rizikový konzument alkoholu byl označen respondent, který o sobě uvedl, že pije alkohol alespoň jednou týdně, současně měl již opakovaně alkoholovou intoxikaci a měl první alkoholovou intoxikaci do věku 13 let. Z počtu 1552 patnáctiletých respondentů odpovídalo těmto kritériím 160 osob, tedy asi 10% dotázaných. Mezi chlapci bylo rizikových konzumentů více než mezi děvčaty (12% proti 8%). Charakteristiky rizikových konzumentů jsme porovnali s charakteristikami těch, kteří kritérií pro rizikové pití nedosáhli. Výsledek tohoto porovnání je možné shrnout do následujících bodů:



### Rizikovní konzumenti (chlapci x děvčata):

- vůbec se jim nelíbí ve škole – 18,1 % x 6,6 %,
- zažívat vzrušení hodnotí jako velmi důležité – 67,1 % x 43,9 %,
- častěji tráví volný čas s přáteli rovnou po škole,
- častěji tráví večery s kamarády mimo domov (více než 5 večerů v týdnu) – 28,1 % x 10,7 %,
- jsou častěji denními kuřáky – 48,8 % x 14,2 %,
- častěji uvádějí, že již měli pohlavní styk – 20,9 % x 5,3 %,
- mají častěji sníženou známku z chování (opakovaně dvojka) – 9,4 % x 1,3 %,
- vyskytuje se u nich častěji záškoláctví – 48,4 % x 27,9 %,
- jsou agresivnější (častěji se perou se spolužáky a vrstevníky) – 17,5 % x 5,5 %,
- častěji šikanují jiné děti – 6,9 % x 2,0 %.

Pokud bychom chtěli tyto charakteristiky zobecnit, pak by se dalo říct, že rizikovými konzumenty alkoholu našeho vzorku jsou jedinci se znaky společenskosti (patrně vyšší extraverte), s vyšším sklonem k vyhledávání situací, které přinášejí vzrušení, a s problémy v kontrole chování (disinhibované a disociální chování).

### 8.5 UŽÍVÁNÍ MARIHUANY

V rámci studie HBSC v roce 2010 byla do dotazníku zařazena pouze jedna otázka, která se týká užívání ilegálních drog, a to otázka na užívání marihuany. Otázka byla kladena pouze žákům z 9. tříd, tj. věková skupina 15 let. Frekvence užívání za celý život, poslední rok a poslední měsíc jsou shrnuty do tabulky 88.

Marihuana je v České republice nejvíce užívanou návykovou látkou po tabáku a alkoholu. V našem souboru patnáctiletých ji užilo 31,3 % chlapců a 29,8 % děvčat. V tabulce 88 jsou v závislosti na pohlaví uvedeny frekvence užívání. Za výjimečné lze považovat užití 1 až 2krát, za občasnou experimentaci s drogou lze považovat užití 3 až 9krát, zatímco užití desetkrát a častěji už může naznačovat pravidelnost ve vyhledávání a užívání konopných drog. Získané poznatky naznačují, že dostupnost marihuany není pro žáky nejvyšších ročníků základní školy nijak obtížná. Navíc se ukazuje, že rozdíly v užívání marihuany mezi chlapci a dívkami jsou relativně malé.

**Tabulka 88** Užívání marihuany podle pohlaví (celoživotně, za poslední rok a poslední měsíc)

		Pohlaví					
		Chlapci		Dívky		Celkem	
		n	%	n	%	n	%
Za celý život	Nikdy	490	68,7	525	70,2	1015	69,5
	1x–2x	110	15,4	109	14,6	219	15,0
	3x–9x	60	8,4	73	9,8	133	9,1
	10x a častěji	53	7,4	41	5,5	94	6,4
Poslední rok	Nikdy	550	78,6	582	78,4	1132	78,5
	1x–2x	78	11,1	82	11,1	160	11,1
	3x–9x	40	5,7	48	6,5	88	6,1
	10x a častěji	32	4,6	30	4,0	62	4,3
Poslední měsíc	Nikdy	615	87,9	671	90,3	1286	89,1
	1x–2x	44	6,3	41	5,5	85	5,9
	3x–9x	22	3,1	18	2,4	40	2,8
	10x a častěji	19	2,7	13	1,7	32	2,2

## 8.6 DISKUZE A ZÁVĚRY

Poznatky o vývoji kuřáctví dětí školního věku nasvědčují tomu, že jde o dynamický proces, jehož determinanty působí odlišně v závislosti na pohlaví a věku. Pokles kuřáctví u patnáctiletých mezi roky 2002 a 2006 mohl být způsoben regulačními opatřeními, která v té době začala působit (zvýšení legálního věku z 16 na 18 let, zvýšení ceny v důsledku vyššího zdanění, omezení reklamy na tabákové výrobky). Změny mezi rokem 2006 a 2010 jsou však odlišné podle pohlaví. Zatímco u chlapců jsou rozdíly ve všech věkových skupinách malé, u patnáctiletých děvčat je nárůst prevalence zřetelný. Interpretace těchto rozdílů je obtížná s ohledem na nedostatek dat. Je možné, že se efekt regulačních mechanismů vyčerpal a že sociální image kouření silněji determinuje chování dívek než chlapců. Bude potřeba jednak ověřit platnost nálezů studie HBSC také v kontextu jiných srovnatelných studií (ESPAD a GYTS) a věnovat ve výzkumu pozornost kognitivním a behaviorálním faktorům spojeným s kouřením cigaret. Další omezování kuřáctví dětí a mládeže si vyžádá kombinovat regulační opatření s inovativními přístupy v oblasti výchovy ke zdraví.

Nálezy týkající se souvislosti kouření s jinými formami rizikového chování naznačují, že prevence nemůže být účinná, pokud je orientována specificky na jednu formu



rizikového chování. Příklon k podpoře programů široce orientovaných na zdravý životní styl je mezi našimi odborníky jednoznačný, ovšem podmínky vyhlášení dotačních titulů vedou často k tomu, že se preventivní intervence specificky vymezují, což omezuje jejich efektivitu.

V oblasti systémových opatření kontroly kuřáctví se ČR přibližuje standardu vyspělých zemí. Po srovnání v této oblasti a při zajištění srovnatelné míry dodržování přijatých pravidel bude pro další omezování kouření dětí a dospívajících rozhodující podpora oblasti prevence a vzdělávání.

Česká společnost je tradičně velmi tolerantní nejen vůči pravidelnému pití alkoholických nápojů, ale také vůči excesivnímu pití. Tolerantní normy dospělých utvářejí postoje dětí a mladých lidí k alkoholu. Ti potom velmi brzy přijímají pití alkoholu jako normální (rozuměj společensky schvalovanou) součást sociálních kontaktů a téměř neodmyslitelnou součást oslav a zábav.

Poznanky o rozsahu užívání alkoholu u dětí naznačují, že i v budoucích letech zůstane alkohol závažným problémem v oblasti zneužívání návykových látek. Prevence problémů spojených s alkoholem je ve srovnání s prevencí jiných nežádoucích zdravotně-sociálních jevů, jakými jsou např. abúzus drog nebo HIV/AIDS, dlouhodobě podceňována. V české společnosti je rozšířena představa, že ilegální drogy jsou největší hrozbou desintegrace společnosti a současně že problémy s alkoholem jsou osobním selháním jednotlivců, kteří by se měli léčit, ale jinak není potřeba problém alkoholu v zásadě řešit. Výsledkem jsou značné škody způsobené alkoholem, kterým by bylo možné předcházet. Poznanky o pití dětí školního věku by měly být zrcadlem nastaveným společností. Je to jistě jen část celkového obrazu, který by však měl vést nejen k větší odpovědnosti společnosti vůči alkoholu, ale zejména k aktivnímu hledání způsobů, jak nepříznivý stav změnit.







**9. KOITÁLNÍ DEBUT**  
*Petr Weiss*

## HLAVNÍ ZJIŠTĚNÍ

- Zkušenost s pohlavním stykem do 15 let věku uvedlo 24% respondentů zkoumaného souboru (22% chlapců a 26% dívek).
- Chlapci ve srovnání s děvčaty uváděli častěji první pohlavní styk v nižším věku.
- U obou pohlaví se nejčastěji uváděl jako věk prvního pohlavního styku věk 14 a 15 let (16% respondentů a 23% respondentek).
- V nižším věku (méně než 14 let) zažilo koitarché pouze 6% chlapců a 3% dívek.
- Pohlavní styk před 15. rokem výrazně častěji uváděly děti vyrůstající v doplněné nebo neúplné rodině ve srovnání s dětmi z úplných rodin.
- Děti rodičů s nižším socioekonomickým statusem uváděly častěji pohlavní styk před dovršením 15. roku věku než děti s rodiči na vyšší příjmové úrovni.



## 9.1 ÚVOD A METODOLOGIE

Okolnosti zahájení partnerského sexuálního života jsou jistě jedním ze základních ukazatelů lidského sexuálního chování. Začátek může mít rozhodující vliv na pozdější sexuální chování jedince. Jako důležitý se jeví věk, ve kterém lidé uskutečnili první pohlavní styk, průběh první soulože, sociální a demografické rozdíly v této charakteristice. Tyto faktory jsou proto sledovány ve většině průzkumů sexuálního chování obyvatelstva v různých zemích. Přehled těchto výzkumů ve 14 státech poskytuje práce Singhové a jejích kolegů (2000), z poslední doby lze uvést především práce Penfolda et al. (2009) nebo výzkum americké Kaiser Family Foundation (Henry Kaiser Family Foundation, 2000, 2011). V ČR zkoumali věk prvního styku v obecné populaci např. Weiss a Zvěřina (2009). Ze starších, ale většinou reprezentativních výzkumů lze uvést například britskou studii Johnsonové et al. (1994), americké studie Michaela et al. (1994) a Binghamy et al. (1990), kanadskou Odynakovu (1994) či francouzskou studii Spiry a Bajosové (1994).

V našem výzkumu jsme se kromě samotné informace o věku zahájení sexuálních styků zaměřili i na některé souvislosti tohoto styku. V oblasti charakteristik okolností první soulože tedy byla nejprve respondentům položena otázka, zda už uskutečnili pohlavní styk, pokud ano, v kolika letech poprvé, a dále byl soubor těch, kteří již uskutečnili pohlavní styk, srovnán se souborem těch, kteří ještě styk neměli, v parametrech struktura výchozí rodiny a socioekonomický status rodičů.

## 9.2 PRVNÍ SOULOŽ

Z celkového počtu 1522 využilo možnosti „na tuto otázku nechci odpovídat“ 390 dotázaných (25,6 %). Zkušenost s pohlavním stykem (termín „pohlavní styk“ byl volen místo termínu „soulož“ jako synonymum, které je v této věkové skupině používáno pro genito-genitální soulož) uvedlo 268 dětí (17,6 % všech dotázaných a 23,7 % z těch, kteří uvedli validní odpověď). Odpovědi jsou uvedeny v tabulce 89.

**Tabulka 89** Věk prvního sexuálního styku

	n	%
Nikdy	864	76,3
11 let nebo mladší	5	0,4
12 let	5	0,4
13 let	35	3,1
14 let	92	8,1
15 let	129	11,4
16 let	2	0,2
Celkem	1132	100,0

Při srovnání chlapců a dívek s touto zkušeností (*Tabulka 89*) nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl dle pohlaví ( $\chi^2 = 2,481$ ;  $p = 0,115$ ). Statisticky významný je však rozdíl mezi pohlavími dle věku, ve kterém k tomuto styku došlo (*Tabulka 90*): chlapci ve srovnání s děvčaty uváděli častěji první pohlavní styk v nižším věku ( $\chi^2 = 18,227$ ;  $p = 0,006$ ). U obou pohlaví se nejčastěji uváděl jako věk prvního pohlavního styku věk 14 a 15 let (15,7% respondentů a 22,9% respondentek). V nižším věku zažilo koitarché pouze 5,7% chlapců a 2,5% dívek.

**Tabulka 90** „Měl/a někdy sexuální styk?“  
– uvedení odpovědi dle pohlaví

	Pohlaví			
	Chlapci		Dívky	
	n	%	n	%
Ano	114	21,6	154	25,5
Ne	415	78,4	449	74,5
Celkem	529	100	603	100

**Tabulka 91** Věk prvního sexuálního styku dle pohlaví

Věk prvního sex. styku	Pohlaví			
	Chlapci		Dívky	
	n	%	n	%
Nikdy	415	78,4	449	74,5
11 let / mladší	5	0,9	0	0
12 let	3	0,6	2	0,3
13 let	22	4,2	13	2,2
14 let	37	7,0	55	9,1
15 let	46	8,7	83	13,8
16 let	1	0,2	1	0,2
17 let / starší	0	0	0	0
Celkem	529	100	603	100

Statisticky významné byly i rozdíly mezi respondenty z hlediska struktury výchozí rodiny (*Tabulka 92*). Pohlavní styk výrazně častěji uváděly děti vyrůstající v doplněné nebo neúplné rodině ve srovnání s dětmi z úplných rodin ( $\chi^2 = 36,446$ ;  $p = 0,001$ ).

**Tabulka 92** „Měl/a někdy sexuální styk?“  
– dle struktury rodiny

Struktura rodiny	Měl/a někdy sexuální styk			
	Ano		Ne	
	n	%	n	%
Úplná (oba vlastní rodiče)	144	53,7	618	71,5
Doplněná (jeden vlastní, jeden nevlastní)	66	24,6	104	12,0
Jeden vlastní rodič	51	19,0	133	15,4
Ostatní (žádný vlastní)	7	2,6	9	1,0
Celkem	268	100	864	100

Významný z hlediska sexuální zkušenosti dětí se ukazuje i faktor socioekonomického statusu obou rodičů. Děti rodičů s nižším socioekonomickým statusem uváděly častěji pohlavní styk ve srovnání s dětmi z rodin, kde otec nebo matka mají vyšší SES (kategorie 1 a 2 SES). roměnná SES zahrnovala úroveň vzdělání, status a kvalifikační nároky zaměstnání. Rozdíly



jsou statisticky významné jak u otců ( $\chi^2 = 29,166$ ;  $p = 0,001$ ), tak i u matek ( $\chi^2 = 24,049$ ;  $p = 0,001$ ). Výsledky jsou uvedeny v tabulkách 93 a 94.

**Tabulka 93** „Měl/a někdy sexuální styk?“  
– dle socioekonomického statusu otce

Socioekonom. status otce (SES)	Měl/a někdy sexuální styk			
	Ano		Ne	
	n	%	n	%
SES 1 – nejvyšší	4	1,5	31	3,6
SES 2	21	7,8	139	16,1
SES 3	84	31,3	249	28,8
SES 4	77	28,7	201	23,3
SES 5 – nejnižší	32	11,9	69	8,0

**Tabulka 94** „Měl/a někdy sexuální styk?“  
– dle socioekonomického statusu matky

Socioekonom. status matky (SES)	Měl/a někdy sexuální styk			
	Ano		Ne	
	n	%	n	%
SES 1 – nejvyšší	1	0,4	8	0,9
SES 2	19	7,1	118	13,7
SES 3	95	35,4	338	39,1
SES 4	54	20,1	155	17,9
SES 5 – nejnižší	32	11,9	75	8,7

### 9.3 DISKUZE A ZÁVĚRY

Z hlediska sexuologicko-právního lze považovat chlapce a dívky, kteří měli sexuální styk před věkem konsenzu (tedy věkem, do kterého je dítě ve všech civilizovaných zemích chráněno před předčasnou sexualizací a který v ČR činí dovršených 15 let), za oběti sexuálního zneužití. Pokud se nejednalo o konsenzuální styk mezi vrstevníky, kdy tato aktivita nemusí mít charakter traumatu, může mít tato zkušenost dalekosáhlé následky na další psychosexuální a osobnostní vývoj obětí. Rozdíly mezi zneužitými a nezneužitými muži i ženami nacházejí autoři v oblasti partnerské a sexuální adaptace, v oblasti výkonu manželské i rodičovské role, ve vyšším výskytu sexuální, sociální i psychické patologie mezi zneužitými apod., jak o tom svědčí například výzkumy Wyattové (1988), Jeffreyho a Jeffreyové (1991), Rogerse a Terryho (1984) či Gianottena (1993).

Avšak i v případě, že koitarché neproběhlo formou zneužití dospělým pachatelem či pachatelkou, ale například v rámci sexuálního experimentování či dohody mezi věkově srovnatelnými partnery, svědčí výzkumy o tom, že nižší věk prvního styku souvisí s mnoha dalšími rizikovými faktory a má nepříznivý vliv na další vývoj respondentů. Podle Lukšička (2003) lidé, kteří mají první styk před 16. rokem věku, mají statisticky významně vyšší rizikovitost i v průběhu dalšího sexuálního života, například vyšší počet sexuálních partnerů, vyšší počet náhodných partnerů, konzumace návykových psychoaktivních látek apod.

Ze všech uvedených důvodů je proto důležité určit ty faktory, které jsou z hlediska předčasné sexualizace dětí významné. Definicí těchto faktorů se zabývá řada autorů.

Například Gibbs (1993) mluví o vlivu změny sociálních norem týkajících se sexu nebo o vlivu médií (kde uvádí, že na pokles věku koitarché v USA má jistě vliv i to, že průměrný teenager, který sleduje TV v průměru 5 hodin denně, v ní vidí ročně až 14 tisíc souloží).

V našem výzkumu jsme sledovali pouze dva z nich, oba se však ukázaly jako statisticky vysoce významné: dle dosažených výsledků zahajují koitální styky dříve ti chlapci a dívky, kteří pocházejí z neúplných nebo doplněných rodin (tedy vychovávaní nevlastním rodičem), a dále děti rodičů s nižším socioekonomickým statutem (tedy s nižším vzděláním a s méně kvalifikovaným a méně hodnoceným povoláním). Ty jsou samozřejmě rizikovější nejen z hlediska časného zahájení sexuální aktivity, ale i z hlediska širšího spektra potenciálního ohrožení. Děti vychovávané nevlastním rodičem mají například ve srovnání s dětmi vychovávanými oběma vlastními rodiči mnohonásobně vyšší pravděpodobnost, že se stanou obětí nejen sexuálního zneužití, ale i dopravní nehody či sebevraždy (Wright, 1995).

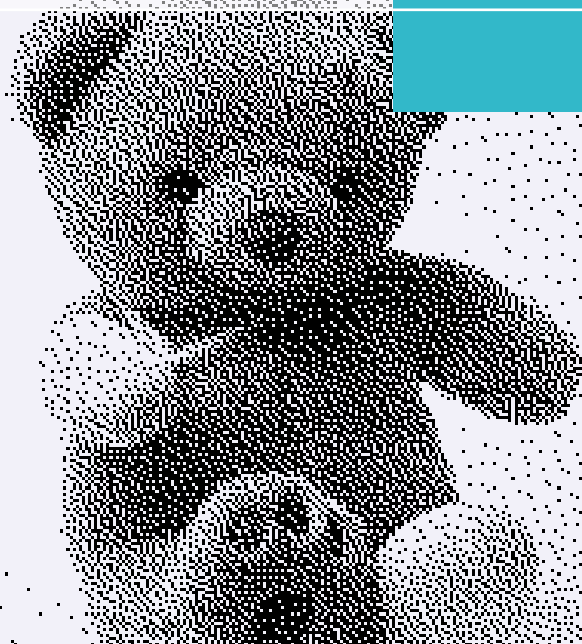
Tyto výsledky jsou potvrzovány i jinými autory. O negativním vlivu neúplné rodiny na předčasné zahajování sexuálních styků svědčí i výsledky Penfoldové et al. (2009) i jiných (Gibbs, 1993; Larson, Goltz, & Hobart, 1994; Voydanoff, & Donnelly, 1990). Podobně i Zimmerman a Atwoodová (2000) u svého rozsáhlého souboru 1133 adolescentů potvrzují, že úplnost výchozí rodiny hraje významnou roli při snížení rizika předčasného zahájení sexuálních aktivit.

Jeden z posledních celonárodních amerických výzkumů Jordahlové a Lohmanové (2009) prokázal, že 13% dívek a 15% chlapců má sex před dovršením 16. roku věku. Podle autorek přitom poměr sexuálně zkušených dívek pocházejících z rodin s různou ekonomickou úrovní se příliš neliší, u chlapců je však téměř dvakrát více z rodin s nízkým socioekonomickým statutem. Uzavírají, že nízký příjem a nestabilita rodiny jsou z hlediska předčasné sexuální aktivity dětí rizikovými faktory. Podobně Bingham et al. (1990) zjistili souvislost mezi nižší ekonomickou úrovní rodiny a časnější koitarché u amerických adolescentek.

Námi získané výsledky v podstatě ve všech sledovaných ukazatelích potvrzují zjištění zahraničních autorů. I u českých dospívajících jsou rizikovými faktory z hlediska předčasného zahajování koitálních aktivit především neúplná rodina a nízký socioekonomický status rodičů. I když chlapců a dívek majících první styk před 15. rokem věku je pouze podstatná menšina, vzhledem k možným negativním následkům tohoto chování v pozdějším věku (a nakonec i vzhledem k tomu, že koitarché mohlo být u části z nich i výsledkem sexuálního zneužití v pravém slova smyslu) považujeme za potřebné i v budoucnu blíže zkoumat okolnosti a motivaci předčasného zahájení pohlavního života.

## 10. ÚRAZOVOST

*Věra Kernová*





## HLAVNÍ ZJIŠTĚNÍ

- Incidence úrazů má stoupající trend (39,4% v roce 1998 a 47,5% v roce 2010).
- Chlapci byli pro úraz ošetřeni častěji než dívky. Výskyt úrazů se nemění v závislosti na věku.
- K největšímu procentu úrazů dochází při sportování, zejména pak u chlapců, což souvisí s odlišnými volnočasovými aktivitami u dívek.
- Nebyl prokázán vztah mezi úrazovostí a socioekonomickým statusem rodiny.
- Časté pití alkoholu představuje významný rizikový faktor vedoucí k častějším úrazům, a to bez ohledu na pohlaví.



## 10.1 ÚVOD A METODOLOGIE

V České republice jsou úrazy nejčastější příčinou úmrtí dětí a mladých dospělých a třetí nejčastější příčinou úmrtí v celé populaci. Přestože úmrtnost na úrazy v poslední době mírně klesá, což svědčí zvláště o dobrém systému zdravotní péče, celkový počet úrazů neklesá. Vzhledem k závažnosti situace v problematice dětských úrazů a na základě doporučení Republikového výboru pro prevenci kriminality byla na Ministerstvu zdravotnictví ČR ustavena Meziresortní pracovní skupina pro prevenci dětských úrazů. Cílem této meziresortní pracovní skupiny je zajištění systémového řešení prevence úmyslných i neúmyslných úrazů u dětí 0–18 let v České republice, urychlené snížení této úrazovosti a vytvoření Národního akčního plánu prevence dětských úrazů. Vláda České republiky jej schválila usnesením ze dne 22. srpna 2007 č. 926 o Národním akčním plánu prevence dětských úrazů na léta 2007 až 2017. Návrh Národního akčního plánu byl vypracován na základě podkladů příslušných resortů a institucí a je v souladu s doporučením Evropské komise a WHO, činností „National Focal Points for Violence and Injury Prevention“, řešením problematiky v rámci WHO programu „Child Environment and Health Action Plan for Europe (CEHAPE)“ a implementací a dodržováním Úmluvy o právech dítěte.

Výsledky zahraničních zkušeností jednoznačně potvrzují, že koordinovaná a důsledná prevence dětských úrazů má pozitivní vliv na dětskou úrazovost i na úmrtnost dětí na úrazy. Úrazová prevence na primární, sekundární i terciární úrovni musí být zaměřena v první řadě na nejrizikovější věkovou skupinu – děti a poté i na ostatní věkové skupiny. Úrazová prevence musí zohledňovat úrazovou situaci a podmínky dané lokality na základě validních dat, účinných legislativních opatření a koordinované mezisektorové a mezioborové spolupráce. Nezbytná je informovanost o úrazové prevenci odborné i laické veřejnosti. V České republice je mnoho aktivit zabývajících se problematikou prevence dětských úrazů. Tyto aktivity dosud nebyly náležitě koordinovány a řešeny systémově, tudíž jejich efektivita není dostatečná.

Úrazy jsou ve vyspělých státech příčinou více než 40% úmrtí dětí od 0–14 let. Každoročně umírá v důsledku úrazů ve státech OECD 20 000 dětí, v rozvojových zemích cca 1 milion dětí 0–14 let. Dopravní nehody tvoří ve státech OECD v průměru 41% všech usmrcených v důsledku úrazu dětí do 14 let, utonutí 15%, úmyslné úrazy 14%, popáleniny 7%, pády 4%, otravy 2%, zranění střelnou zbraní 1%. Ve státech OECD vzrostl podíl úmrtí v důsledku úrazů za posledních 25 let z 25% na 37%. Nejnižší úrazovost dětí je ve Švédsku, Nizozemí a Velké Británii. ČR – stejně jako Portugalsko, Polsko, Jižní Korea, Mexiko – patří mezi státy s nejvyšší mortalitou dětí v důsledku úrazů. Na úrazovost dětí má vliv prostředí – je evidována 4x vyšší míra úmrtnosti v zemích s nízkými socio-kulturně-ekonomickými podmínkami. Většina nejzávažnějších úrazů dětí je způsobena v dopravě (Benešová, 2009; ÚZIS ČR, 2011).

V posledních letech se počet dětských úmrtí v důsledku úrazu v ČR významně snížil. V roce 2005 představovala v ČR standardizovaná úmrtnost na úrazy dětí do 14 let 7,0 na 100 tisíc dětí, v roce 2008 představovala již pouze 4,3 dětských úmrtí na

100 tisíc dětí. V zemích EU představuje průměrná standardizovaná úmrtnost 5,2 úmrtí na 100 tisíc dětí (Benešová, 2009; ÚZIS ČR, 2011).

Studie Státního zdravotního ústavu zaměřená na semilongitudinální sledování somatického vývoje a úrazovosti u školních dětí (Janoušek, Faierajzlová, Vignerová, & Zvadová, 2008; Janoušek et al., 2010) potvrdila narůstající incidenci úrazovosti u dětské populace v ČR. S věkem dítěte byl prokázán vzestupný trend úrazovosti, jakož i vyšší procento úrazů postihujících chlapce. Přestože se počet smrtelných úrazů za posledních 10 let snížil téměř na polovinu, incidenci úrazů u dětské populace se zatím snížit nepodařilo. Nejčastěji dochází ke vzniku úrazu v prostředí domácím (25,8%) a školním (28,9%).

Cílem studie HBSC v roce 2010 bylo sledovat úrazovost dětí ve věku 11–15 let v České republice a trendy úrazovosti dle pohlaví a věku, které musely být ošetřeny lékařem. Sledováním okolností úrazů u dětí této věkové kategorie se pokusit identifikovat rizikové faktory úrazovosti z hlediska věku, pohlaví, činností prováděných, než došlo k úrazu. Dále jsme ve vztahu k úrazovosti zkoumali socioekonomické faktory (rodinnou strukturu dětí), behaviorální faktory (konzumaci alkoholu).

Výsledky v této kapitole jsou analýzou jednotlivých otázek dotazníku Mládež a zdraví 2010 - HBSC studie (otázka č. 55 a vzájemné korelace k pohybovým aktivitám, struktuře rodiny a požívání alkoholu).

## Výskyt úrazů v posledním roce

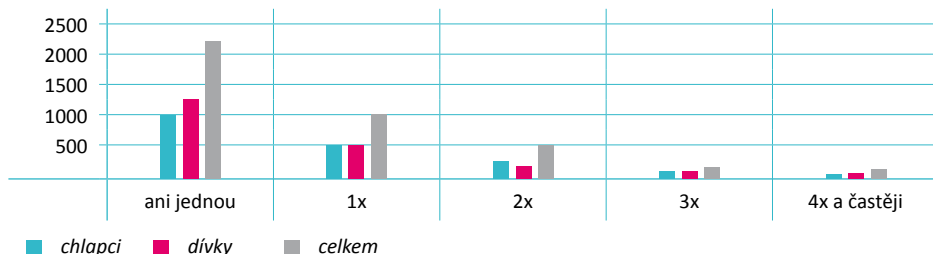
Při vyhodnocení výskytu úrazů v posledním roce bylo zjištěno, že ani jednou nemělo úraz 2275 (52,5%) dětí, z toho 1033 (49,4%) chlapců a 1242 (55,4%) dívek. Alespoň jednou byl úraz zaznamenán u 1220 (28,2%) dětí, dvakrát u 463 (10,7%) dětí, třikrát a častěji u 373 (8,6%) dětí. Respondenti uváděli pouze zranění, která si vyžádala lékařské ošetření (*Tabulka 95*).

**Tabulka 95** Výskyt úrazů v posledním roce (2009–2010)

Četnost úrazů	Pohlaví					
	Chlapci		Dívky		Celkem	
	n	%	n	%	n	%
Ani jednou	1033	49,4	1242	55,4	2275	52,5
Jednou	616	29,5	604	27,0	1220	28,2
Dvakrát	243	11,6	220	9,8	463	10,7
Třikrát	115	5,5	103	4,6	218	5,0
Čtyřikrát a vícekrát	84	4,0	71	3,2	155	3,6



**Graf 17** Počty úrazů a jejich ošetření lékařem v roce 2010



Při podrobnější analýze počtu ošetřených úrazů u lékaře dle věkových kategorií bylo zjištěno, že s věkem stoupá počet úrazů i počet ošetření lékařem, více u chlapců než dívek (*Tabulka 96*).

**Tabulka 96** Počet ošetření u lékaře ve vztahu k věku dítěte v roce 2010

Pohlaví	Počet ošetření	Věk			Celkem
		11 let	13 let	15 let	
Chlapci	Ani jednou	380	301	346	1027
	Jednou	183	209	221	613
	2x a vícekrát	127	146	168	441
	Celkem	690	656	735	2081
Dívky	Ani jednou	398	419	420	1237
	Jednou	175	202	224	601
	2x a vícekrát	123	149	120	392
	Celkem	696	770	764	2230

Při sledování trendů úrazovosti u dětí ošetřených lékařem od roku 1998–2010 bylo zjištěno, že stoupá procento úrazů i procento ošetření lékařem. Situace v počtech úrazů dle pohlaví je horší u chlapců než dívek. Počet úrazů u chlapců stoupá a stoupá i počet ošetření chlapců oproti dívkám. U dívek je trend uspokojivější, i když i u nich stoupá počet úrazů i počet ošetření.

V roce 1998 muselo být u lékaře pro úraz alespoň jednou ošetřeno celkem 1454 (39,4%) dětí, z toho 992 (55%) chlapců, 655 (45%) dívek (*Tabulka 97*). V roce 2002 bylo pro úraz u lékaře ošetřeno celkem 2170 (43,5%) dětí, z toho 1162 (53,5%) chlapců a 1005 (46,3%) dívek (*Tabulka 98*). V roce 2006 bylo pro úraz ošetřeno lékařem 2283 (48,2%) dětí, z toho 1236 (51,9%) chlapců a 1047 (44,6%) dívek (*Tabulka 99*). V roce 2010 bylo ošetřeno pro úraz u lékaře 2056 (47,5%) dětí, z toho 1054 (51,3%) chlapců a 993 (48,7%) dívek (*Tabulka 100*).

**Tabulka 97** Počet ošetření u lékaře kvůli úrazu během posledního roku (1998)

Pohlaví	Počet ošetření	Věk			Celkem
		11 let	13 let	15 let	
Chlapci	Ani jednou	320	362	351	1033
	Jednou	154	155	154	463
	2x a vícekrát	110	124	102	336
	Celkem	584	641	607	1832
Dívky	Ani jednou	393	398	412	1203
	Jednou	136	161	134	431
	2x a vícekrát	65	84	75	224
	Celkem	594	643	621	1858

**Tabulka 98** Počet ošetření u lékaře kvůli úrazu během posledního roku (2002)

Pohlaví	Počet ošetření	Věk			Celkem
		11 let	13 let	15 let	
Chlapci	Ani jednou	449	380	409	1238
	Jednou	231	246	239	716
	2x a vícekrát	142	152	152	446
	Celkem	822	778	800	2400
Dívky	Ani jednou	540	526	521	1587
	Jednou	220	244	212	676
	2x a vícekrát	102	109	118	329
	Celkem	862	879	851	2592


**Tabulka 99** Počet ošetření u lékaře kvůli úrazu během posledního roku (2006)

Pohlaví	Počet ošetření	Věk			Celkem
		11 let	13 let	15 let	
Chlapci	Ani jednou	383	379	285	1147
	Jednou	217	247	274	738
	2x a vícekrát	149	171	178	498
	Celkem	749	798	737	2383
Dívky	Ani jednou	424	425	455	1304
	Jednou	199	222	222	643
	2x a vícekrát	110	149	145	404
	Celkem	733	798	822	2351

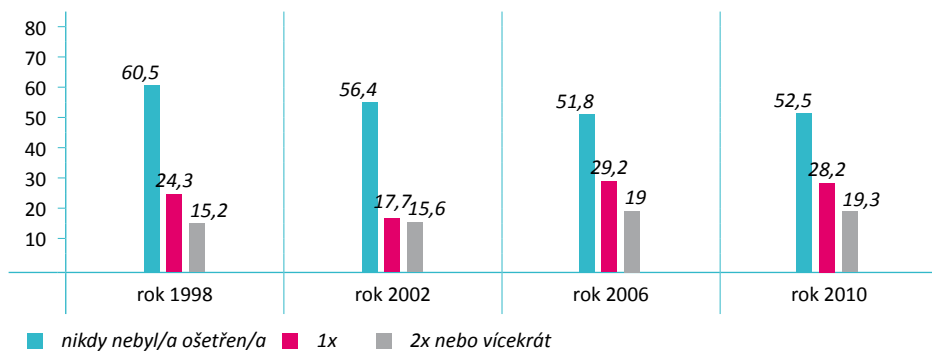
**Tabulka 100** Počet ošetření u lékaře kvůli úrazu během posledního roku (2010)

Pohlaví	Počet ošetření	Věk			Celkem
		11 let	13 let	15 let	
Chlapci	Ani jednou	380	301	346	1027
	Jednou	183	209	221	613
	2x a vícekrát	127	146	168	441
	Celkem	690	656	735	2081
Dívky	Ani jednou	398	419	420	1237
	Jednou	175	202	224	601
	2x a vícekrát	123	149	120	392
	Celkem	696	770	764	2230

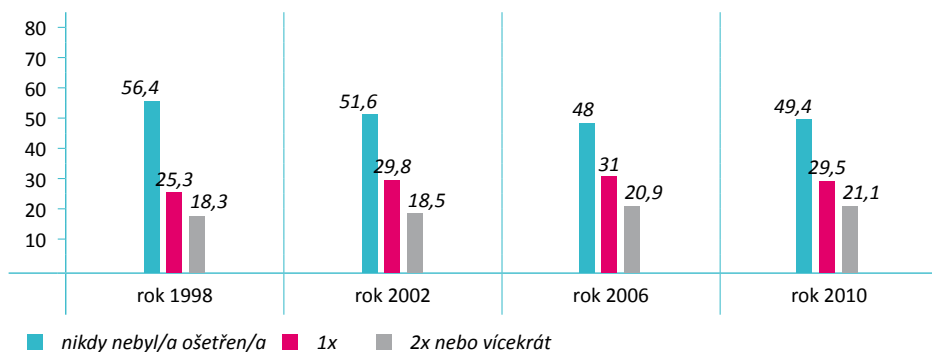
Úrazovost byla ovlivněna pohlavím, chlapci se zranili častěji ve všech sledovaných letech. Při testování rozložení četnosti úrazů jsme ani v jedné studii nenalezli statisticky významný rozdíl při třídění podle věkových skupin. Daný výsledek lze interpretovat tak, že incidence úrazů se nemění v závislosti na věku.

Výsledky ze studií prováděných v těchto jednotlivých letech (1998–2010) názorně ukazují grafy 18, 19, 20 jako relativní četnosti.

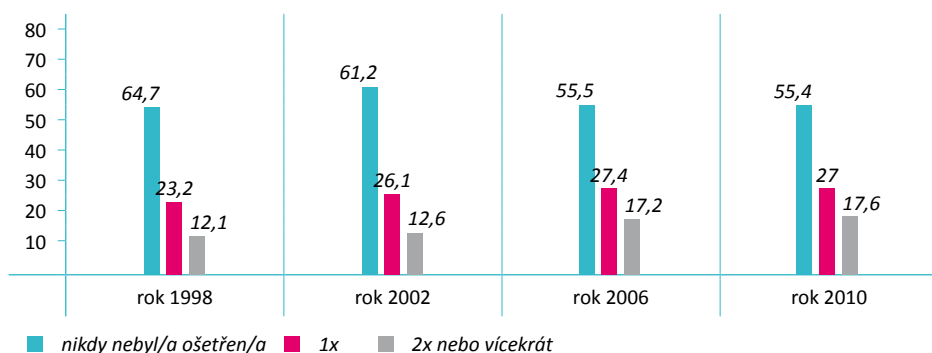
**Graf 18** Trendy úrazovosti dětí v letech 1998–2010 v procentech



**Graf 19** Trendy úrazovosti chlapců v letech 1998–2010 v procentech



**Graf 20** Trendy úrazovosti dívek v letech 1998–2010 v procentech





## 10.2 ÚRAZY A ORGANIZOVANÁ SPORTOVNÍ ČINNOST

Dosavadní výsledky z předchozích studií ukázaly vysokou incidenci dětských úrazů při organizované sportovní činnosti. Vzhledem k tomu, že se v dotazníku vyskytovala samostatná otázka zjišťující výskyt úrazů při organizovaných sportovních akcích a neorganizovaných rekreačních aktivitách, testovali jsme incidenci úrazů při organizovaných a rekreačních aktivitách dále. Soubor jsme rozdělili na dvě skupiny, děti, které uvedly 2 a více úrazů v posledních 12 měsících, a děti, které se zranily jen jednou nebo vůbec. Výsledky jsou uvedeny v tabulkách 101 a 102. Děti s opakovanými úrazy v anamnéze uváděly zvýšenou četnost poranění při organizovaných sportovních akcích. Tato souvislost se ukázala statisticky významná jak u chlapců, tak u dívek.

**Tabulka 101** Vztah mezi výskytem úrazů a provozováním organizovaných aktivit alespoň 1x týdně a častěji u chlapců v procentech

Výskyt úrazů	Týmové sportovní aktivity		Individuální sportovní aktivity		Taneční a dramatické aktivity ve skupině		Individuální hudební aktivity		Další aktivity ve skupině, např. skauting	
	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne
Žádný úraz	44,2	58,0	47,3	52,8	44,8	49,8	50,5	49,3	49,8	49,2
1 úraz	31,9	26,1	29,7	28,9	34,0	29,2	30,1	29,4	29,7	29,5
2 a více úrazů	23,8	16,0	23,0	18,3	21,2	21,1	19,4	21,3	20,5	21,3

**Tabulka 102** Vztah mezi výskytem úrazů a provozováním organizovaných aktivit alespoň 1x týdně a častěji u dívek v procentech

Výskyt úrazů	Týmové sportovní aktivity		Individuální sportovní aktivity		Taneční a dramatické aktivity ve skupině		Individuální hudební aktivity		Další aktivity ve skupině, např. skauting	
	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne	Ano	Ne
Žádný úraz	47,9	62,8	52,9	60,5	49,3	58,2	53,3	56,5	48,8	56,5
1 úraz	30,4	23,5	28,3	24,8	28,4	26,1	30,1	25,5	32,4	26,0
2 a více úrazů	21,7	13,7	18,9	14,7	22,4	15,7	16,6	18,0	18,9	17,5

Při podrobnějších analýzách vztahů počtu úrazů a záznamu pohybové aktivity ve volném čase či organizovanými týmovými aktivitami vyšlo najevo, že hodnoty korelačního koeficientu jsou nízké, i když statisticky signifikantní. Znamená to, že souvislost mezi různými formami pohybových aktivit a frekvencí úrazů sice existuje, ale není těsná. Ze sledovaných vztahů jsou nejtěsnější vztahy mezi úrazy a organizovanými týmovými aktivitami. U tohoto znaku je souvislost s úrazy silnější u dívek ve srovnání s chlapci.



## 10.3 ÚRAZY A STRUKTURA RODINY

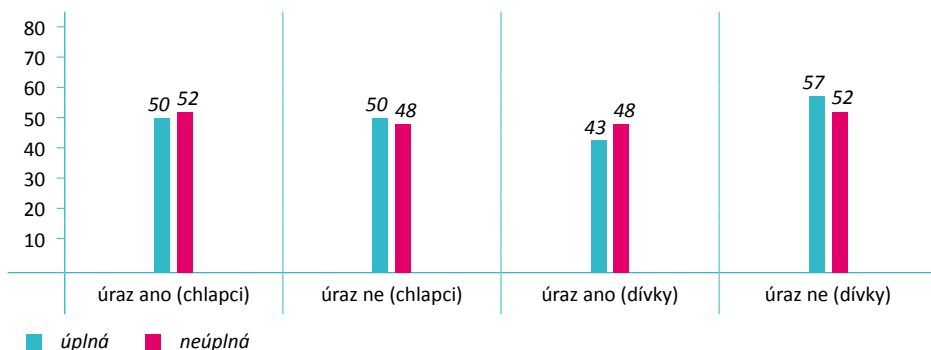
Dle výsledků studie Státního zdravotního ústavu (Pelech, Roth, Tošovský, & Andělová, 1998) byl prokázán vyšší počet úrazů u dětí vychovávaných 1 rodičem. Rodiče svou výchovou, prostředím, které dítěti zajistí, ovlivňují jeho prožívání, návyky, chování. Jednou z oblastí, na které jsou zaměřeny preventivní programy s cílem snížení úrazovosti, je právě rodina. Zjišťovali jsme, zda rodinné prostředí a socioekonomické faktory mají vztah k úrazovosti. Předpokládali jsme, že u dětí z neúplných rodin dochází k úrazům častěji.

V úplné rodině nemělo úraz 1588 (69,8%) dětí, v doplněné či jiné rodině nemělo úraz 687 (30,2%) dětí. V úplné rodině mělo nějaký úraz 1374 (66,5%) dětí, v doplněné či jiné rodině mělo úraz pouze 682 (33,5%) dětí. Podle pohlaví měli úrazy častěji chlapci z neúplných rodin než děvčata. Výsledek pro chlapce není statisticky významný. U děvčat bylo zjištěno 48% úrazů v neúplné rodině, výsledek je statisticky významný na  $p < 0,05$  hladiny významnosti (*Tabulka 103, Graf 21*).

**Tabulka 103** Vztah struktury rodiny a úrazovosti dětí

Struktura rodiny	Úrazy					
	Neměl/a		Měl/a 1x		Měl/a 2x a častěji	
	n	%	n	%	n	%
Úplná rodina	1588	69,8	834	68,4	540	64,6
Doplněná (jeden vlastní a druhý nevlastní)	283	12,4	179	14,7	110	13,2
Jeden vlastní rodič	348	15,3	187	15,3	154	18,4
Ostatní	56	2,5	20	1,6	32	3,8
Celkem	2275	100	1220	100	836	100

**Graf 21** Struktura rodiny a úrazovost dle pohlaví v procentech



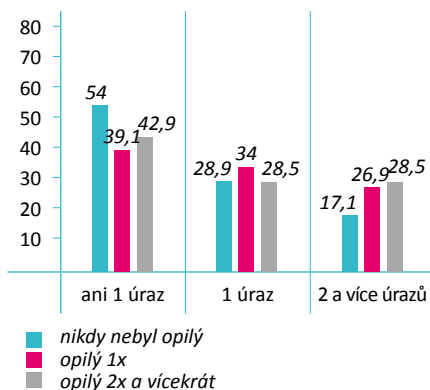


## Úrazy a pití alkoholu

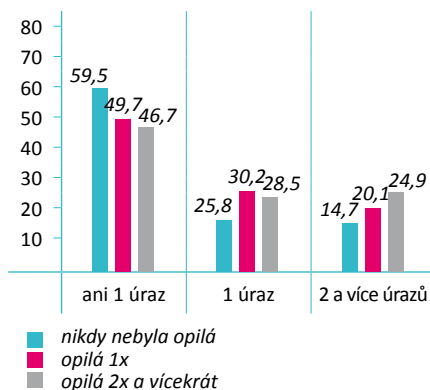
Vzorek jsme rozdělili na ty, kteří uvedli, že byli opilí dvakrát, případně vícekrát, a ty ostatní, u nichž se dá předpokládat zdrženlivější vztah k pití.

Výsledky z předchozích let (1998, 2002) potvrdily vyšší četnost výskytu úrazů nejen u chlapců zvýšeně konzumujících alkohol, ale také u dívek. Výsledky z roku 2010 jsou znázorněny v grafech 22 a 23.

**Graf 22** Vztah mezi opakovanou opilostí a počtem úrazů u chlapců v procentech



**Graf 23** Vztah mezi opakovanou opilostí a počtem úrazů u dívek v procentech



## 10.4 DISKUZE A ZÁVĚRY

Incidence úrazů byla vysoká se stoupajícím trendem od roku 1998 až do roku 2010. V roce 1998 muselo být u lékaře pro úraz alespoň jednou ošetřeno celkem 1454 (39,4%) dětí, v roce 2010 celkem 2056 (47,5%) dětí. Tedy necelá polovina dětí utrpěla během posledních 12 měsíců natolik závažný úraz, že musel být ošetřen lékařem.

Chlapci byli pro úraz ošetřeni lékařem častěji než dívky. Incidence úrazů se ve třech sledovaných věkových skupinách nelišila, a to ani v jednom šetření. Daný výsledek lze interpretovat tak, že incidence úrazů se nemění v závislosti na věku.

Ve shodě s nejčastějším místem úrazu dochází k největšímu procentu úrazů při sportování. V roce 1998 vzniká při organizované sportovní činnosti téměř třetina úrazů (30%), v roce 2002 je to dokonce necelých 40% a v roce 2010 se počet snížil na 27%. U chlapců dochází k úrazům častěji než u dívek. Tyto výsledky jsou stejné pro všechna prováděná šetření.

Výsledky z roku 1998–2010 se shodují a jasně vypovídají o výrazně častějším výskytu úrazů u aktivně sportujících dětí. To je ve shodě se studiemi jiných autorů (Janoušek et al., 2008; Janoušek et al., 2012; Zvadová, Janoušek, & Kodl, 2002). Při testování vztahu četnosti zranění při organizovaných sportovních akcích na datech z roku 2010

jsme zjistili, že u dětí s opakovanými úrazy v anamnéze častěji dochází k úrazu během organizovaného týmového sportování. Prokázalo se, že souvislost mezi různými formami pohybových aktivit a frekvencí úrazů sice existuje, ale není těsná. Ze sledovaných jsou nejtěsnější vztahy mezi úrazy a organizovanými týmovými aktivitami. U tohoto znaku je souvislost s úrazy silnější u dívek ve srovnání s chlapci.

Při testování vztahu struktury rodiny a úrazovosti dětí byly úrazy zaznamenány častěji v úplné rodině na 1% hladině významnosti. Při podrobnější analýze bylo zjištěno, že měli úrazy častěji chlapci z neúplných rodin než děvčata. Výsledek pro chlapce není statisticky významný. U děvčat bylo zjištěno 48% úrazů v neúplné rodině, výsledek byl statisticky významný na 5% hladině významnosti. Naše výsledky se liší od studií doc. Pelecha (1998), který uvádí vyšší počet úrazů u dětí vychovávaných 1 rodičem. Výsledná data v naší studii sice naznačovala uvedenou skutečnost, ale rozdíly v četnosti úrazů byly statisticky významné pouze na 1% hladině. Pokud jde o socioekonomický status rodičů, vztah s četností úrazů nebyl prokázán.

Výsledky z roku 2010 potvrdily vyšší četnost výskytu úrazů u chlapců zvýšené konzumující alkohol, ale také u dívek. K vyšší úrazovosti může docházet v důsledku stavu opilosti nebo v důsledku problematické socializace některých adolescentů, jejichž součástí je větší výskyt rizikového chování, včetně zvýšené konzumace alkoholu.

Poznatky o úrazovosti dětí ve věku 11–15 let vycházející z dat studie HBSC v rozmezí let 1998–2010 naznačují vysokou incidenci úrazů v této populační skupině. U chlapců dochází k úrazům častěji. Incidence úrazů se nemění v závislosti na věku. U chlapců dochází k úrazům při sportu častěji než u dívek, tyto výsledky souvisí zřejmě s odlišnými volnočasovými aktivitami u dívek a chlapců. Nebyly prokázány žádné souvislosti se socioekonomickým statutem rodiny. Mezi nadměrnou konzumací alkoholu a úrazy byl zjištěn statisticky významný vztah, časté pití alkoholu představuje významný rizikový faktor vedoucí k častějším úrazům.



## MEDAILONKY

### PhDr. Ladislav Csémy

Působí jako vedoucí Laboratoře sociální psychiatrie v Psychiatrickém centru Praha. Výzkumně se zabývá psychologickými a sociomedicínskými aspekty závislostí, psychologií zdraví a epidemiologií neinfekčních onemocnění. Je národním koordinátorem projektu ESPAD (Evropský školní projekt o alkoholu a jiných drogách). V projektu HBSC (Mládež a zdraví) byl vedoucím řešitelské skupiny v ČR od roku 1994 do roku 2010.

### RNDr. Eva Čermáková

Absolvovala Matematicko-fyzikální fakultu Univerzity Karlovy v Praze, obor matematická statistika v roce 1986. Svá studia obohatila účastí na mezinárodním projektu EuroMISE. Od roku 1986 (se čtyřletou přestávkou) pracuje na Oddělení výpočetní techniky Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové, kde zastává pozici statističky. Zabývá se statistickou podporou výzkumných projektů od fáze plánování přes statistické zpracování k závěrečné prezentaci výsledků. Působí jako konzultantka v oboru statistiky pro vědecké pracovníky, postgraduální i pregraduální studenty. Participovala na výuce studentů, na přípravě elektronické učebnice statistiky. Je spoluřešitelkou několika rozvojových a výzkumných projektů na fakultě. Mezi její záliby patří cestování, turistika, cykloturistika, práce na zahradě.

### Mgr. Zdeněk Hamřík

Pracuje jako vedoucí na katedře rekreologie FTK UP v Olomouci. Ve své odborné práci se zabývá problematikou zdravého a aktivního životního stylu a tvorbou politik a strategií podpory pohybové aktivity na komunální úrovni. Je řešitelem řady výzkumných a rozvojových projektů (Education and Culture DG, ESF, FRVŠ, projekty podpory zdraví MZ ČR a dalších). Je spoluzakladatelem výzkumné organizace Platforma pro aplikace, výzkum a inovace, aktivně spolupracuje s WHO ČR, Ministerstvem zdravotnictví ČR či Národní sítí Zdravých měst ČR. Je členem International Society for Physical Activity and Health či České kinantropologické společnosti.

### Mgr. Eva Hlaváčková, Ph.D.

Původní profesí dětská sestra, v roce 1999 absolvovala Pedagogickou fakultu Univerzity Palackého v Olomouci, v roce 2010 ukončila doktorské studium na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Hradci Králové. Disertační práce na téma „Kvalita života a životní styl českých dětí ve městě a na vesnici“ vycházela z výsledků studie HBSC z roku 2006. Od roku 2002 je zaměstnána na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice jako akademická pracovnice. Od roku 2007 působí na pozici vedoucí katedry ošetřovatelství. Zaměřuje se na problematiku ošetřovatelství, zejména ošetřovatelství v pediatrii, na zdravotnickou psychologii a sociologii. Je členkou Akademického senátu Univerzity Pardubice a Vědecké rady Fakulty zdravotnických studií. Je řešitelkou a spoluřešitelkou rozvojových a výzkumných projektů na fakultě. Mezi její záliby patří práce na zahradě, cestování, turistika, cykloturistika, lyžování a květinové vazby.

## MUDr. Lenka Hodačová, Ph.D.

Vystudovala Lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Hradci Králové, absolvovala v roce 1991. Pracovala na Klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Od roku 1995 pracuje na Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Hradci Králové, kde zastává pozici odborné asistentky. V roce 2003 ukončila postgraduální doktorské studium; téma disertační práce „Veřejné zdraví na přelomu 20. a 21. století v kontextu trvale udržitelného života“. Participuje na výuce studentů i na vědeckovýzkumné činnosti pracoviště, publikuje v odborných časopisech, podílela se na řešení několika vědeckých projektů (inovace výuky; výzkum bolesti u dětí; vnímání rizik a míry zdravotního uvědomění u zaměstnanců různých profesí; kvalita života u dětí; vliv kouření na nemoci dutiny ústní). Dlouhodobě se zabývá zejména problematikou kvality života a hodnocením zdravotního stavu populace. Mezi její záliby patří cestování, čtení knih, sport. Je cvičitelkou zdravotního cvičení, kterému se dlouhodobě aktivně věnuje. Jako členka kulturní komise pomáhá při organizaci kulturních akcí v místě bydliště.

## Mgr. Michal Kalman

Absolvoval Fakultu tělesné kultury na Univerzitě Palackého v Olomouci. Svá studia obohatil o stáže v Jihoafrické republice (10 měsíců), Holandsku (8 měsíců), Velké Británii (6 měsíců), USA (4 měsíce) a další (Singapur, Malajsie, Kambodža, Dánsko, Filipíny aj.). Dlouhodobě se zabývá problematikou aktivního životního stylu a podporou pohybové aktivity. Je hlavním řešitelem výzkumné studie o zdraví a životním stylu dětí a školáků (HBSC), kterou zpracovává pod záštitou WHO. Dále je řešitelem několika výzkumných a rozvojových projektů (Národní program podpory zdraví Ministerstva zdravotnictví, FRVŠ, DG EAC, ESF apod.). Je spoluzakladatel Platformy pro aplikace, výzkum a inovace, výzkumné organizace, která je zaměřena na přípravu a realizaci výzkumných a rozvojových projektů v oblasti podpory pohybové aktivity a zdravého životního stylu. Mezi jeho záliby patří především cestování, realizace expedičních akcí a plavby na historických 50metrových plachetnicích. V této souvislosti založil společnost NaPlachetnici, s.r.o. Je členem Společnosti přátel Afriky.

## prof. PhDr. Vladimír Kebza, CSc.

Absolvoval studium oboru psychologie na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Působil nejprve v Psychologickém ústavu ČSAV (nyní AV ČR), od roku 1992 pracuje ve Státním zdravotním ústavu v Praze. Od roku 1996 působí též jako vysokoškolský učitel. Kandidátskou disertační práci obhájil v Psychologickém ústavu ČSAV v roce 1989, v roce 2005 se habilitoval na Univerzitě Karlově v Praze, profesorem byl jmenován v roce 2012. Zabývá se psychologickými a sociálními souvislostmi zdraví, zvl. východisky a podmínkami psychické odolnosti, zvládnáním stresu, rolí sociální opory, strukturou a dynamikou osobní pohody (well-being), nerovnostmi ve zdraví atd. Jako autor či spoluautor publikoval více než 170 odborných prací, byl řešitelem 6 grantových projektů národních grantových agentur (GA ČR, GA AV ČR, MZ ČR) a spoluřešitelem dalších 6 grantových projektů GA ČR a GA AV ČR. V rámci mezinárodní spolupráce absolvoval



postgraduální kurz v USA, fellowship v The Netherlands Institute for Advanced Study in the Humanities and Social Sciences (NIAS) v Holandsku, aktivně se zúčastnil cca 30 světových a evropských vědeckých konferencí v zahraničí a byl postupně za ČR odpovědným řešitelem 5 grantových projektů EU a spoluřešitelem dalších 2 grantových projektů EU.

### **MUDr. Věra Kernová**

Absolventka Lékařské fakulty hygienické Univerzity Karlovy v Praze. Své pracovní začátky spojila s prací na Krajské hygienické stanici pro Středočeský kraj a po 10 letech působení v oblasti sledování zdravotního stavu obyvatelstva a vytváření poraden podpory zdravého životního stylu nastoupila do Státního zdravotního ústavu v Praze. V průběhu praxe získala specializovanou způsobilost v oboru hygiena a epidemiologie, hygiena dětí a dorostu a veřejné zdravotnictví. Účastní se a vede přípravu programů podpory zdraví a prevence nemocí a podílí se na jejich zavádění do terénu. Zabývá se především problematikou kouření a nutriční epidemiologie. Je lektorkou programu pro učitele ZŠ „Kouření a já“ a absolvovala postgraduální kurzy v obezitologii a výchově ke zdravé výživě dětí a mládeže. Podílí se na výuce studentů Lékařské fakulty v Praze. Byla a je řešitelkou několika mezinárodních projektů, projektů podpory zdraví v rámci MZ ČR zaměřených na intervenční aktivity v oblasti podpory zdraví a prevence chronických neinfekčních onemocnění.

### **PhDr. František David Krch, Ph.D.**

Jako výzkumný pracovník a psychoterapeut se dlouhodobě věnuje problematice dospívání, zdravé výživy, obezity, závislostí a především poruch příjmu potravy. Je autorem několika publikací, jako například SOS nadváha (s Ivou Málkovou), Bulimie – jak bojovat s přejídáním, Poruchy příjmu potravy nebo Mentální anorexie, několika kapitol o poruchách příjmu potravy v odborných publikacích a řady odborných a populárně naučných článků. Pracuje na Jednotce specializované péče pro PPP Psychiatrické kliniky VFN, přednáší na 1. LF UK, je zapojen do postgraduálního vzdělávání. Byl koordinátorem a řešitelem několika mezinárodních projektů týkajících se duševního zdraví mládeže. Je ženatý, má dvě dcery.

### **Mgr. Jan Pavelka**

Absolvoval magisterské studium rekreologie na Fakultě tělesné kultury Univerzity Palackého v Olomouci se specializací na management a marketing sportu a rekreace. V současné době působí na Institutu aktivního životního stylu na Fakultě tělesné kultury jako projektový manažer a účastní se celé řady projektů zabývajících se zdravým životním stylem a podporou pohybové aktivity. Je členem mezinárodní výzkumné studie HBSC, která zkoumá způsob života u dětí a školáků.

### **doc. MUDr. Hana Provazníková, CSc.**

Absolvovala Lékařskou fakultu hygienickou na Univerzitě Karlově, kandidátskou disertační práci obhájila v roce 1969, habilitovala v roce 1988. Po roce 1989 se stala prodělkankou

na 3. lékařské fakultě UK, vedoucí Ústavu zdraví dětí a mládeže, opakovaně byla zvolena do akademického senátu fakulty. Je spoluzakladatelkou Nadačního fondu Student 3.LF pro pomoc studentům v existenční nouzi. Ve své pedagogické a výzkumné činnosti se zaměřuje na monitorování a hodnocení rizik poškození zdraví dětí a mladistvých a na možnosti a způsoby tvorby účinných preventivních opatření. Byla řešitelkou grantových projektů GA UK, IGA MZ ČR, projektů podpory zdraví MZ ČR a spoluřešitelkou mezinárodních projektů týkajících se zdraví dětí a mládeže. Je členkou oborové rady Preventivní medicína, doktorského studijního programu v biomedicíně. Publikovala řadu odborných prací, je spoluautorkou několika monografií a výukových materiálů. Je členkou redakční rady časopisu Hygiena. Za pedagogickou činnost obdržela ocenění MŠMT ČR. Mezi její záliby patří četba, hudba a cestování.

### **MUDr. Jarmila Rážová, Ph.D.**

Absolventka Lékařské fakulty hygienické Univerzity Karlovy v Praze. Své pracovní začátky spojila s prací hygienika na Okresní hygienické stanici v Nymburce a na Krajské hygienické stanici Středočeského kraje. V období 1992–2002 pracovala na Státním zdravotním ústavu, kde se věnovala primární prevenci chronických neinfekčních onemocnění a nutriční epidemiologii. Prošla výcvikovým programem v oboru prevence neinfekčních onemocnění na Stanfordově univerzitě v USA a výcvikovým kurzem v nutriční epidemiologii na univerzitě v Southamptonu.

V průběhu praxe získala specializovanou způsobilost v oboru hygiena a epidemiologie, epidemiologie a veřejné zdravotnictví a absolvovala doktorský studijní program v oboru hygiena na Fakultě vojenského zdravotnictví Univerzity obrany. V letech 2003 až 2007 vedla na ministerstvu zdravotnictví oddělení podpory veřejného zdraví, v letech 2008 až 2009 byla náměstkyní ředitele Státního zdravotního ústavu, v letech 2009–2012 byla jako náměstkyně pro odbornou činnost pověřena řízením odboru hygieny dětí a mladistvých Hygienické stanice hl. m. Prahy. Od října 2012 pracuje na ministerstvu zdravotnictví jako vrchní ředitelka pro ochranu a podporu veřejného zdraví a řízení hygienické služby, v únoru 2013 byla jmenována zástupkyní hlavního hygienika. Od roku 1995 se podílí na výuce studentů lékařské fakulty, na postgraduálním vzdělávání zdravotnických pracovníků, podílela se na realizaci několika vědeckých grantů IGA MZ, byla řešitelkou mnoha projektů podpory zdraví, podílela a podílí se na tvorbě koncepčních a strategických dokumentů v oblasti ochrany a podpory veřejného zdraví a prevence neinfekčních onemocnění. Od roku 1998 je členkou českého vědeckého týmu mezinárodního projektu HBSC.

### **MUDr. Hana Sovinová**

Pracuje ve Státním zdravotním ústavu jako vedoucí Koordinačního, monitorovacího a výzkumného pracoviště pro implementaci Evropské strategie kontroly tabáku a Evropského akčního plánu o alkoholu. Řídí celonárodní epidemiologické studie zaměřené na kouření tabáku a užívání alkoholu. Zabývá se implementací krátkých intervencí zaměřených na omezování nadměrné spotřeby alkoholu do primární



zdravotní péče. Zastupuje ČR ve Světové zdravotnické organizaci jako národní partner pro oblast tabáku a alkoholu. Do projektu HBSC (Mládež a zdraví) je zapojena od roku 2000.

### **Mgr. Jana Vašíčková, Ph.D.**

Vystudovala magisterské studium v oboru učitelství tělesné výchovy a matematiky pro střední školy na Fakultě tělesné kultury UP v Olomouci. V roce 2002 absolvovala doktorské studium v oboru kinantropologie také na FTK UP v Olomouci. Od roku 2007 pracuje v Centru kinantropologického výzkumu a přednáší na Fakultě tělesné kultury pedagogiku sportu, pedagogiku školní tělesné výchovy a školský management. Byla odpovědnou osobou za Českou republiku v Evropském projektu IMPALA (Zlepšování infrastruktury pro volnočasovou PA v místních podmínkách: Příklady dobré praxe). Je národní delegátkou mezinárodní organizace FIEP, zástupkyní FTK UP v organizaci EUPEA a členkou dalších vědeckých organizací. Věnuje se didaktickým otázkám v tělesné výchově, monitorování pohybové aktivity u adolescentů a vysokoškolských studentů, statistickému zpracování dat, prezentaci výsledků a publikování v odborných časopisech.

### **prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D.**

Je klinický psycholog, psychoterapeut a vysokoškolský pedagog. Pracuje v Sexuologickém ústavu 1. LF UK a VFN a učí na katedře psychologie FF UK. Věnuje se výzkumu sexuálního chování obyvatelstva, transsexuality, sexuálních dysfunkcí a parafilii. Je autorem více než 440 odborných prací publikovaných u nás i v zahraničí a 15 sexuologických monografií. Člen mnoha zahraničních i domácích odborných společností, vědecký sekretář Sexuologické společnosti ČLS JEP.







## REFERENČNÍ SEZNAM

- American Academy of Pediatrics. Committee on Public Education. (2001). Children, adolescents, and television. *Pediatrics*, 107(2), 423-426. doi: 10.1542/peds.107.2.423
- Andersen, L. B., Schnohr, P., Schroll, M., & Hein, H. O. (2000). All-cause mortality associated with physical activity during leisure time, work, sports, and cycling to work. *Archives of Internal Medicine*, 160(11), 1621-1628.
- Antaramian, S. P., Huebner, E. S., & Valois, R. F. (2008). Adolescent life satisfaction. *Applied Psychology*, 57(s1), 112-126. doi: 10.1111/j.1464-0597.2008.00357.x
- Bačová, V. (2007). Sociální kapitál v psychologii. *Československá psychologie*, 51(4), 360 - 373.
- Balcar, K. (2006). Psychologické aspekty psychosomatických poruch v dětství a dospívání. In P. Říčan, & D. Krejčířová (Eds.), *Dětská klinická psychologie* (4 ed., pp. 141-154). Praha: Grada Publishing.
- Baranowski, T., Bar-Or, O., Blair, S., Corbin, C., Dowda, M., Freedson, R. et al. (1997). Guidelines for school and community programs to promote lifelong physical activity among young people. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 50, 1-36.
- Baumert, P. W., Henderson, J. M., & Thompson, N. J. (1998). Health risk behaviors of adolescent participants in organized sports. *Journal of Adolescent Health*, 22(6), 460-465.
- Benešová, V. (2009). Dětská úrazovost v České republice. In *Sborník příspěvků z Mezinárodního semináře „Prevence dětských úrazů - Prevence násilí na dětech - Podpora mentálního zdraví dětí“* (pp. 10-11). Praha: MZ ČR.
- Bingham, C. R., Miller, B. C., & Adams, G. R. (1990). Correlates of age at first sexual intercourse in a national sample of young women. *Journal of Adolescent Research*, 5(1), 18-33.
- Blahutková, M., & Charvát, M. (2009). *Stress in School*. Brno: Masarykova univerzita.
- Blatný, M. (2010). Osobní pohoda. In M. Blatný, M. Hřebíčková, K. Millová, A. Plhánková, P. Říčan, A. Slezáčková, & I. Stuchlíková (Eds.), *Psychologie osobnosti. Hlavní témata, současné přístupy* (pp. 197-212). Praha: Grada Publishing a.s.
- Bourdieu, P. (1983). Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital. In R. Kreckel (Ed.), *Soziale Ungleichheiten (Soziale Welt, Sonderheft 2)* (pp. 183-198). Goettingen: Otto Schartz, & Co.
- Bradley, C. B., McMurray, R. G., Harrell, J. S., & Deng, S. (2000). Changes in common activities of 3rd through 10th graders: The CHIC Study. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 32(12), 2071-2078.
- Britské listy. (2011). Má kulturní kapitál rodiny vliv na životní šance dětí? *Britské listy*, 2.2.2011. Retrieved from <http://blisty.cz/art/57064.html>
- Břicháček, V. (1999). Sociálně maladaptované děti a mládí. In J. Dunovský (Ed.), *Sociální pediatrie - vybrané kapitoly* (1 ed., pp. 151-158). Praha: Grada Publishing.

- Bull, F. C. (2011). Global advocacy for physical activity - Development and progress of the Toronto Charter for Physical Activity: A global call for action. *Research in Exercise Epidemiology*, 13(1), 1-10.
- Bull, F. C., Gauvin, L., Bauman, A., Shilton, T., Kohl, H. W., III., & Salmon, A. (2010). The Toronto Charter for Physical Activity: A global call for action. *Journal of Physical Activity and Health*, 7(4), 421-422.
- Cantril, H. (1965). *The pattern of human concerns* (4 ed.). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Centers for Disease Control and Prevention. (1996). Guidelines for school health programs to promote lifelong healthy eating. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 45(No. RR-9), 1-41.
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M., & Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *BMJ*, 320, 1240-1243. doi: dx.doi.org/10.1136/bmj.320.7244.1240
- Coleman, J. S. (1988). Social capital in the creation of human capital. [Abstract]. *American Journal of Sociology*, 94(Supplement), S95-S120.
- Commission of the European Communities. (2005). *Green paper. „Promoting healthy diets and physical activity: A European dimension for the prevention of overweight, obesity and chronic disease.“* Retrieved 01. 03. 2013 from [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/nutrition/documents/nutrition\\_gp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/nutrition/documents/nutrition_gp_en.pdf).
- Compañ, E., Moreno, J., Ruiz, M. T., & Pascual, E. (2002). Doing things together: Adolescent health and family rituals. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 56(2), 89-94.
- Cooke, C., Currie, C., Higginson, C., Inchley, J., Mathieson, A., Merson, M. et al. (Eds.). (2005). *Growing through adolescence: Evidence and overview*. Edinburgh: Health Scotland.
- Csémy, L., Chomynová, P., & Sadílek, P. (2008). *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*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Csémy, L., Kabíček, P., Hamanová, J., & Hellerová, P. (2007). Účinky krátkodobého a dlouhodobého užívání kanabinoidů. *Česko-slovenská pediatrie*, 62(3), 158-170.
- Csémy, L., Krch, F. D., Provazníková, H., Rážová, J., & Sovinová, H. (2005). *Životní styl a zdraví českých školáků*. Praha: Psychiatrické centrum.
- Currie, C., Gabhainn, S. N., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R., Currie, D. et al. (2008). *Inequalities in young people's health: HBSC international report from the 2005/06 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Currie, C., Hurrelmann, K., Settertobulte, W., Smith, R., & Todd, J. (2000). *Health and health behaviour among young people. Health Behaviour in School-aged Children: A WHO cross-national study (HBSC) international report*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.



- Currie, C., Molcho, M., Boyce, W., Holstein, B., Torsheim, T., & Richter, M. (2008). Researching health inequalities in adolescents: The development of the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Family Affluence Scale. *Social Science and Medicine*, 66(6), 1429-1436.
- Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., Smith, R., Settertobulte, W., Samdal, O. et al. (2004). *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/02 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., de Looze, M., Roberts, C. et al. (Eds.). (2012). *Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2009/2010 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Čermák, I., Klimusová, H., & Vízdalová, H. (2005). Deprese v dětství a její vztah k problémům chování. *Československá psychologie*, 49(3), 223-236.
- Daugbjerg, S. B., Kahlmeier, S., Racioppi, F., Martin-Diener, E., Martin, B., Oja, P. et al. (2009). Promotion of physical activity in the European region: Content analysis of 27 national policy documents. *Journal of Physical Activity, & Health*, 6(6), 805-817.
- Davis, A., Racioppi, F., Dora, C., Krech, R., & Von Ehrenstein, O. (Eds.). (2002). *A physically active life through everyday transport with a special focus on children and older people and examples and approaches from Europe*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Department of Health. (2004). *Choosing health: A booklet about plans for improving people's health - easy read summary*. London: COI Communications.
- Dytrych, Z., & Matějček, Z. (1994). *Děti, rodina a stres: vybrané kapitoly z prevence psychické zátěže u dětí*. Praha: Galén.
- Edwards, P., & Tsouros, A. (Eds.). (2006). *Promoting physical activity and active living in urban environments. The role of local governments*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- ESS. (n.d.). *European Social Survey*. Retrieved 25. 01. 2011 from <http://www.europeansocialsurvey.org>.
- EVS. (n.d.). *European Values Study*. Retrieved 28. 01. 2011 from <http://www.europeanvaluesstudy.eu/>.
- Frary, C. D., Johnson, R. K., & Wang, M. Q. (2004). Children and adolescents' choices of food and beverages high in added sugars are associated with intakes of key nutrients and food groups. *Journal of Adolescent Health*, 34(1), 56-63.
- Fröjd, S., Kaltiala-Heino, R., & Rimpelä, M. (2007). The association of parental monitoring and family structure with diverse maladjustment outcomes in middle adolescent boys and girls. *Nordic Journal of Psychiatry*, 61(4), 296-303. doi: 10.1080/08039480701415277
- Gianotten, W. (2005). Sexology in the Netherland. In P. Weiss, & et al. (Eds.), *Sexuální zneužívání dětí*. Praha: Grada Publishing, a.s. Předneseno na vědecko pracovní schůzi České sexuologické společnosti ČLS JEP, Praha.

Gibbs, N. (1993, May 24). How should we teach our children about sex? *Time magazine*, 50-56. Retrieved from <http://www.time.com/time/magazine/article/0,9171,978565,00.html>

Global Advocacy for Physical Activity. (2010). *The Toronto charter for physical activity: A global call to Action*. Toronto: GAPA ISPAH.

Grogan, S. (2000). *Body image: Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing, a.s.

Grootaert, C., Narayan, D., Nyhan Jones, V., & Woolcock, M. (2004). *Measuring social capital: An integrated questionnaire*. Washington, D.C.: The World Bank.

Grootaert, C., & van Bastelaer, T. (Eds.). (2002). *Understanding and measuring social capital: A multidisciplinary tool for practitioners*. Washington, D.C.: The World Bank.

Guenther, P. M. (1986). Beverages in the diets of American teenagers. *Journal of the American Dietetic Association*, 86(4), 493-499.

Hainerová, I. A. (2011). Obezita v dětství a dospívání. In V. Hainer, & et al. (Eds.), *Základy klinické obezitologie* (2 ed., pp. 341-372). Praha: Grada Publishing, a.s.

Hallal, P. C., Andersen, L. B., Bull, F. C., Guthold, R., Haskell, W., & Ekelund, U. (2012). Global physical activity levels: Surveillance progress, pitfalls, and prospects. *The Lancet*, 380(9838), 247-257.

Hancox, R. J., Milne, B. J., & Poulton, R. (2004). Association between child and adolescent television viewing and adult health: A longitudinal birth cohort study. *The Lancet*, 364(9430), 257-262.

Hanifan, L. J. (1916). The rural school community center. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 67, 130-138.

Hanifan, L. J. (1920). *The community center*. Boston, MA: Silver, Burdett & Company

Harnack, L., Stang, J., & Story, M. (1999). Soft drink consumption among US children and adolescents: Nutritional consequences. *Journal of the American Dietetic Association*, 99(4), 436-441.

Harpham, T., Grant, E., & Rodriguez, C. (2004). Mental health and social capital in Cali, Colombia. *Social Science, & Medicine*, 58, 2267-2277.

Havlíňová, M., & Kolář, M. (2001). Sociální klima v prostředí základních škol ČR. *Učitel'ské listy*, 8(2), 12-14.

Havlíňová, M., Malý, L., Csémy, L., & Bláha, T. (2006). *Zdravotní chování školních dětí: porovnání výsledku šetření HBSC u běžné populace ČR a populace Škol podporujících zdraví*. Retrieved 20. 02. 2013 from <http://www.vychovakezdravi.cz/download/file/Zdrav%C3%A1%20%C5%A1kola/HBSC%20a%20%C5%A0PZ-2006.pdf>.

Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlstrom, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. et al. (2009). *The 2007 ESPAD report. Substance use among students in 35 European countries*. Stockholm: CAN.



- Hlaváčková, E., Hodačová, L., Csémy, L., Šmejkalová, J., & Čermáková, E. (2010). Kvalita života českých dětí. *Československá psychologie*, 54(2), 138-146.
- Hodačová, L. (2008). Změny ve vnímání a prožívání spirituality u lidí, kteří prožili traumatickou událost (kvalitativní šetření). In J. Mareš, & et al. (Eds.), *Kvalita života u dětí a dospívajících III.* (pp. 236). Brno: MSD.
- Hodačová, L., Hlaváčková, E., Csémy, L., Šmejkalová, J., & Čermáková, E. (2011). Sociální vztahy jako důležitý faktor kvality života dětí. *Československá psychologie*, 55(1), 1-11.
- Höglund, D., Samuelson, G., & Mark, A. (1998). Food habits in Swedish adolescents in relation to socioeconomic conditions. *European Journal of Clinical Nutrition*, 52(11), 784-789.
- Holčík, J. (2009). *K teoretickým základům cesty ke zdraví. Zdravotní gramotnost a její role v péči o zdraví.* Brno: MSD.
- Hrubá, D., & Žaloudíková, I. (2009). *Desetiletí kuřáci se liší od svých nekouřících vrstevníků.* Brno: Masarykova univerzita.
- Huebner, E. S. (1991). Initial development of the student life satisfaction scale. *School Psychology International*, 12(3), 231-240.
- Isralowitz, R. E., & Trostler, N. (1996). Substance use: Toward an understanding of its relation to nutrition-related attitudes and behavior among Israeli high school youth. *Journal of Adolescent Health*, 19(3), 184-189.
- ISSP. (2008). *International Social Survey Programme.* Retrieved 26. 01. 2011 from <http://www.issp.org>.
- Janošová, P. (2005). Postoje rodiny a školy vůči dívkám a chlapcům - očima dospívajících. In P. Dalajka, & J. Macek (Eds.), *Vývoj a utváření osobnosti v sociálních a etnických kontextech* (pp. 395-404). Brno: Masarykova univerzita.
- Janoušek, S., Faierajzlová, V., Vignerová, J., & Zvadová, Z. (2008). *Semilongitudinální sledování somatického vývoje a úrazovosti u školních dětí v letech.* (NS 9802). Státní zdravotní ústav Praha: Grant IGA MZ ČR.
- Janoušek, S., Kukla, L., Sedlák, P., Zvadová, Z., Vignerová, J., Faierajzlová, V. et al. (2012). Dětská úrazovost v České republice v období let 2009-2010. *Česko-slovenská pediatrie*, 66(3), 157-168.
- Janoušek, S., Sedlák, P., Zvadová, Z., Faierajzlová, V., Janoušek, S., Vignerová, J. et al. (2010). Epidemiologie nefatálních úrazů a vývoj dětské úrazovosti v posledním desetiletí v ČR. Změna v dosavadním trendu? *Česko-slovenská pediatrie*, 65(4), 167-178.
- Janssen, I., Katzmarzyk, P. T., Boyce, W. F., Vereecken, C., Mulvihill, C., Roberts, C. et al. (2005). Comparison of overweight and obesity prevalences in school-aged youth from 34 countries and their relationships with physical activity and dietary patterns. *Obesity reviews*, 6(2), 123-132.
- Jeffrey, T. B., & Jeffrey, L. K. (1991). Psychological aspects of sexual abuse in adolescence. *Current Opinion in Obstetrics, & Gynecology*, 3(6), 825-831.

- Jensen, G. B., Appleyard, M., Lange, P., Schnohr, P., & Scharling, H. (2001). *The Copenhagen City Heart Study: Østerbrounderøgelsen: Tables with data from the third examination 1991-1994*. Copenhagen: W. B. Saunders.
- Johnson, A. M., Wadsworth, J., Wellings, K., & Field, J. (1994). *Sexual attitudes and lifestyles*. Oxford: Blackwell Scientific.
- Jordahl, T. R., & Lohman, B. J. (2009). A bioecological analysis of risk and protective factors associated with early sexual intercourse of young minority adolescents. *Children, & Youth Services Review, 1*(31), 1272-1282.
- Kaiser Family Foundation. (2000). Fact sheet: Teen sexual activity. Retrieved 01. 03. 2013 from <http://www.kff.org/entmedia/upload/Fact-Sheet-Teen-Sexual-Activity.pdf>.
- Kaiser Family Foundation. (2011). Sexual health of adolescents and young adults in the United States. Retrieved 01. 03. 2013 from <http://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/04/3040-06.pdf>.
- Kalman, M., & Hamřík, Z. (2013a). Development of a scientific basis for a national strategy promoting physical activity in the Czech Republic: Elite interviewing. *Journal of Public Health Policy, submitted*.
- Kalman, M., & Hamřík, Z. (2013b). Je nízká úroveň pohybové aktivity veřejně politický problém? *Tělesná kultura, in press*.
- Kezba, V. (2005). *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia.
- Keller, J. (2009). *Nejistota a důvěra*. Praha: SLON.
- Keski-Rahkonen, A., Viken, R. J., Kaprio, J., Rissanen, A., & Rose, R. J. (2004). Genetic and environmental factors in breakfast eating patterns. *Behavior Genetics, 34*(5), 503-514.
- King, A., Wold, B., Tudor-Smith, C., & Harel, Y. (1996). *The health of youth: A cross-national survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Kolář, M. (2000). *Skrytý svět šikanování ve školách*. Praha: Portál
- Koukola, B., & Ondřejová, E. (2006). Kvalita života žáků ZŠ měřená dotazníkem PedsQL 4.0 (pilotní studie). In J. Mareš, & et al. (Eds.), *Kvalita života u dětí a dospívajících I.* (pp. 183-188). Brno: MSD.
- Koukolník, F., & Drtinová, J. (2006). *Vzpouza deprivantů. Nestvůry, nástroje, obrana.* (2 ed.). Praha: Galén.
- Krch, F. D., & Csémy, L. (2006). Rodinná struktura a životní styl českých dětí. *Praktický lékař, 86*(12), 676-680.
- Krch, F. D., & Csémy, L. (2008). Nadváha, jídelní zvyklosti a dietní tendence dospívajících. *Praktický lékař, 88*(3), 155-159.
- Krch, F. D., Csémy, L., Sovinová, H., Provazníková, H., & Rážová, J. (2005). Dietní zvyklosti českých dětí. *Československá psychologie, 49*(4), 323-332.
- Křivohlavý, J. (2004). *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál.



- Kunešová, M., Vignerová, J., Šteflová, A., Pařízková, J., Lajka, J., Hainer, V. et al. (2007). Obesity of Czech children and adolescents: Relation to parental obesity and socioeconomic factors. *Journal of Public Health, 15*(3), 163-170.
- Langmeier, J., & Krejčířová, D. (1998). *Vývojová psychologie* (1 ed.). Praha: Grada Publishing, a.s.
- Larson, L., Goltz, H. W., & Hobart, C. (1994). *Families in Canada: Social context, continuities and changes*. Scarborough: Prentice Hall International.
- Larson, N. I., Story, M., Wall, M., & Neumark-Sztainer, D. (2006). Calcium and dairy intakes of adolescents are associated with their home environment, taste preferences, personal health beliefs and meal patterns. *Journal of the American Dietetic Association, 106*(11), 1816-1824. doi: 10.1016/j.jada.2006.08.018
- Lee, I. M., Shiroma, E. J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S. N., & Katzmarzyk, P. T. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: An analysis of burden of disease and life expectancy. *The Lancet, 380*(9838), 219-229. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61031-9
- Lobstein, T., & Frelut, M. L. (2003). Prevalence of overweight among children in Europe. *Obesity reviews, 4*(4), 195. doi: 10.1046/j.1467-789X.2003.00116.x
- Lukšík, I. (2003). Interakcie sexuálních a drogových rizik: sumarizácia výsledkov z dvoch socio-kultúrnych prostredí. *Československá psychologie, 47*(5), 438-452.
- Macek, P. (1999). *Adolescence. Psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. Praha: Portál.
- Mareš, J. (2005). Intervence ovlivňující psychosociální klima školy. In S. Ježek (Ed.), *Psychosociální klima školy III*. (1 ed., pp. 4-33). Brno: MSD.
- Mareš, J. (2006). Problémy s pojetím pojmu kvalita života a jeho definováním. In J. Mareš, & et al. (Eds.), *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. (pp. 11-28). Brno: MSD.
- Mareš, J., & Ježek, S. (2002). Sociální prostředí školy očima adolescentů. In V. Smékal, & P. Macek (Eds.), *Utváření a vývoj osobnosti. Psychologické, sociální a pedagogické aspekty* (1 ed., pp. 173-189). Brno: Barrister a Principal.
- Mareš, J., & Marešová, J. (2006). Kvalita života související se zdravím. In J. Mareš, & et al. (Eds.), *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. (pp. 29-42). Brno: MSD.
- Mark, A. E., & Janssen, I. (2008). Relationship between screen time and metabolic syndrome in adolescents. *Journal of Public Health, 30*(2), 153-160. doi: 10.1093/pubmed/fdn022
- Marmot, M., & Wilkinson, R. G. (2006). *Social determinants of health* (2 ed.). New York, NY: Oxford University Press.
- Marshall, S. J., Biddle, S. J. H., Gorely, T., Cameron, N., & Murdey, I. (2004). Relationships between media use, body fatness and physical activity in children and youth: a meta-analysis. *International Journal of Obesity, & Related Metabolic Disorders, 28*(10), 1238-1246. doi: 10.1038/sj.ijo.0802706



- Matějček, Z. (2005). *Výbor z díla*. Praha: Karolinum.
- Matějů, P. (1993). Determinanty ekonomického úspěchu v první fázi postkomunistické transformace. Česká republika 1989–1992. *Sociologický časopis*, 3, 341-366.
- Mathieson, A., & Koller, T. (Eds.). (2006). *Addressing the socioeconomic determinants of healthy eating habits and physical activity levels among adolescents*. Florence: WHO Regional Office for Europe.
- Matouš, M., Matoušová, M., Kalvach, Z., & Radvanský, J. (2002). *Pohyb ve stáří je šancí*. Praha: Grada Publishing.
- Matoušek, O. (2003). *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: SLON.
- McPherson, R. S., Montgomery, D. H., & Nichaman, M. Z. (1995). Nutritional status of children: What do we know? *Journal of Nutrition Education*, 27(5), 225-234. doi: 10.1016/S0022-3182(12)80791-6
- Michael, R. T., Gagnon, J. H., Laumann, E. O., & Kolata, G. (1994). *Sex in America: A definitive survey*. Boston: Little Brown, & Co.
- Možný, I. (1991). *Proč tak snadno: Některé rodinné důvody sametové revoluce*. Praha: SLON
- Možný, I. (2008). *Rodina a společnost* (2 ed.). Praha: SLON.
- Ng, S. W., & Popkin, B. M. (2012). Time use and physical activity: a shift away from movement across the globe. *Obesity reviews*, 13(8), 659-680. doi: 10.1111/j.1467-789X.2011.00982.x
- Nicklas, T. A., Bao, W., Webber, L. S., & Berenson, G. S. (1993). Breakfast consumption affects adequacy of total daily intake in children. *Journal of the American Dietetic Association*, 93(8), 886-891.
- Odynak, D. (1994). Age at first intercourse in Canada: Some recent findings. *Canadian Studies in Population*, 21(1), 51-70.
- Ogden, C. L., Carroll, M. D., Kit, B. K., & Flegal, K. M. (2012a). Prevalence of obesity and trends in Body Mass Index among US children and adolescents, 1999-2010. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 307(5), 483-490. doi: 10.1001/jama.2012.40
- Ogden, C. L., Carroll, M. D., Kit, B. K., & Flegal, K. M. (2012b). Prevalence of obesity in the United States, 2009-2010. *NCHS Data Brief*, 82, 1-8.
- Oja, P., Bull, F., Fogelholm, M., & Martin, B. (2010). Physical activity recommendations for health: what should Europe do? *BMC Public Health*, 10(1), 10. doi: 10.1186/1471-2458-10-10
- Pardee, P. E., Norman, G. J., Lustig, R. H., Preud'homme, D., & Schwimmer, J. B. (2007). Television viewing and hypertension in obese children. *American Journal of Preventive Medicine*, 33(6), 439-443. doi: 10.1016/j.amepre.2007.07.036
- Parliamentary Office of Science and Technology. (2001). Health benefits of physical activity. *Postnote*, 162(162), 1-4. Retrieved from [www.parliament.uk/post/home.htm](http://www.parliament.uk/post/home.htm)



- Pavelka, J., Sigmundová, D., Hamřík, Z., & Kalman, M. (2012). Active transport among Czech school-aged children. *Acta Universitatis Palackianae Olomucensis. Gymnica*, 41(3), 17-26.
- Pavlát, J. (2005). Děti v rozvodových sporech: Severoamerické studie (1980-2001). *Československá Psychologie*, 49(5), 422-431.
- Pelech, L., Roth, Z., Tošovský, V., & Andělová, Š. (1998). *Úrazovost školní a dospívající mládeže*. (I23496). Státní zdravotní ústav Praha: Grant IGA MZ ČR.
- Penfold, S. C., Van Teijlingen, E. R., & Tucker, J. S. (2009). Factors associated with self-reported first sexual intercourse in Scottish adolescents. *BMC Research Notes*, 2, 42. Retrieved from doi:10.1186/1756-0500-2-42
- Peto, R., Lopez, A., Boreham, J., Thun, M., & Heath, C. (1994). *Mortality from smoking in developed countries 1950-2000*. Oxford: Oxford University Press.
- Peto, R., Lopez, A., Boreham, J., Thun, M., & Heath, C. (2003). *Mortality from smoking in developed countries 1950-2000*, 2nd edn. Oxford: Oxford University Press.
- Polášková, E., Masopustová, Z., & Ježek, S. (2008). Body changes and their perception in middle adolescence. In S. Ježek, & L. Lacinová (Eds.), *Fifteen-year-olds in Brno. A slice of longitudinal self-reports*. (pp. 77-83). Brno: Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií.
- Poledňová, I., & Zobačová, J. (2002). Psychická zátěž dětí základních škol. In I. Plaňava, & M. Pilát (Eds.), *Děti, mládež a rodiny v období transformace* (pp. 215-224). Brno: Barrister a Principal.
- Pollitt, E. (1995). Does breakfast make a difference in school? *Journal of the American Dietetic Association*, 95(10), 1134-1139.
- Prochaska, J. J., Sallis, J. F., & Long, B. (2001). A physical activity screening measure for use with adolescents in primary care. *Archives of Pediatrics, & Adolescent Medicine*, 155(5), 554-559. doi: 10.1001/archpedi.155.5.554
- Proper, K. I., Singh, A. S., van Mechelen, W., & Chinapaw, M. J. M. (2011). Sedentary behaviors and health outcomes among adults: A systematic review of prospective studies. *American Journal of Preventive Medicine*, 40(2), 174-182. doi: 10.1016/j.amepre.2010.10.015
- Provazník, K., Komárek, L., Urban, P., & Hrnčír, E. (2009). *Prevence v praxi*. Praha: Nadace CINDI.
- Provazníková, H. (2005). Diagnostika a prevence násilí páchaného na dětech. *Postgraduální medicína* 7(4), 58-59.
- Provazníková, H., Csémy L., Rážová, J., Sovinová, H., Krch, F. D., & Hynčica, V. (2004). Spokojenost českých dětí se školou. *Učitelské listy*, 11(6), 10-11.
- Putnam, R. D. (2001). Social capital: Measurement and consequences. *ISUMA – Canadian Journal of Policy Research*, 2(1), 41-55.
- Putnam, R. D. (2007). E pluribus unum: Diversity and community in the twenty-first century. The 2006 Johan Skytte Prize lecture. *Scandinavian Political Studies*, 30(2), 137-174.

- Ravens-Sieberer, U., Torsheim, T., Vollebergh, W., Cavallo, F., Jericek, H., Alikasifoglu, M. et al. (2009). Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe. *International Journal of Public Health*, 54, S151–S159.
- Reisenauer, R. (1970). *Metody matematické statistiky a jejich aplikace*. Praha: Československá akademie věd.
- Resnicow, K. (1991). The relationship between breakfast habits and plasma cholesterol levels in schoolchildren. *Journal of School Health*, 61(2), 81-85.
- Rogers, C. M., & Terry, T. (1984). Clinical intervention with boy victims of sexual abuse. In J. R. Stuart, & J. G. Geer (Eds.), *Victims of sexual aggression* (1 ed., pp. 91-104). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Sampson, A. E., Dixit, S., Meyers, A. F., & Houser, R., Jr. (1995). The nutritional impact of breakfast consumption on the diets of inner-city African–American elementary school children. *Journal of the National Medical Association*, 87(3), 195-202.
- Sedentary Behaviour Research Network. (2012). Letter to the Editor: Standardized use of the terms “sedentary” and “sedentary behaviours”. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 37(3), 540-542. doi: 10.1139/h2012-024
- Sigmundova, D., El Ansari, W., Sigmund, E., & Frömel, K. (2011). Secular trends: A ten-year comparison of the amount and type of physical activity and inactivity of random samples of adolescents in the Czech Republic. *BMC Public Health*, 11(1), 731. doi: 10.1186/1471-2458-11-731
- Singh, S., Wulf, D., Samara, R., & Cuca, Y. (2000). Gender differences in the timing of first intercourse: Data from 14 countries. *International Family Planning Perspectives*, 26(1), 21-28.
- Sobotková, I. (2007). *Psychologie rodiny*. (Vol. 2). Praha: Portál.
- Sovinová, H., Csémy, L., Procházka, B., & Kottbauerová, S. (2008). Smoking-attributable mortality in the Czech Republic. *Journal of Public Health*, 16(1), 37-42.
- Sovinová, H., Csémy, L., Warren, C. W., Lee, J., & Lea, V. (2008). Changes in tobacco use among 13-15-year-olds in the Czech Republic-2002 and 2007. *Central European Journal of Public Health*, 16(4), 199-204.
- Sovinová, H., Sadílek, P., & Csémy, L. (2010). *Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR. Názory a postoje občanů ČR k problematice kouření v období 1997 – 2009*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Spira, A., & Bajos, N. (1994). *Sexual behavior and AIDS*. Ashgate: Avebury.
- Šafr, J., & Sedláčková, M. (2006). *Sociální kapitál. Koncepty, teorie a metody měření*. Praha: Sociologický ústav AV ČR.
- Škoda, J., Doulák, P., & Hajerová-Mullerová, L. (2008). Genderové diference v subjektivním hodnocení kvality života u mládeže v severočeském regionu. In J. Mareš (Ed.), *Kvalita života u dětí a dospívajících III*. (pp. 173-202). Brno: MSD.



- Škodová, Z., Cífková, R., Adámková, V., Dušková, A., Hauserová, G., Hejl, Z. et al. (2000). Development of smoking habits in the population of Czech Republic during 1985-1997/98. *Časopis Lékařů Českých*, 136(5), 143-147.
- Tremblay, M. S., LeBlanc, A. G., Carson, V., Choquette, L., Connor Gorber, S., Dillman, C. et al. (2012). Canadian physical activity guidelines for the early years (aged 0–4 years). *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 37(2), 345-356.
- US Department of Health and Human Services. (2000). *Healthy People 2010: Understanding and improving health*. (2nd ed.). Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office.
- ÚZIS ČR. (2011). *Úrazovost dětí a mladistvých do roku 2009. Aktuální informace č 24/2011*. Retrieved 01. 03. 2013 from [www.uzis.cz](http://www.uzis.cz).
- Vágnerová, M. (2005). *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.
- Valášková, M., & Ježek, S. (2002). Prožívání tělesných změn v adolescenci a jejich vliv na sebehodnocení adolescentů. In V. Smékal, & P. Macek (Eds.), *Utváření a vývoj osobnosti. Psychologické, sociální a pedagogické aspekty*. (1 ed., pp. 266-270). Brno: Barrister, & Principal.
- Vereecken, C., Inchley, J., Subramanian, S. V., Hublet, A., & Maes, L. (2005). The relative influence of individual and contextual socio-economic status on consumption of fruit and soft drinks among adolescents in Europe. *The European Journal of Public Health*, 15(3), 224-232.
- Vereecken, C., Ojala, K., & Jordan, M. D. (2004). Eating habits. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal, & V. Barnekow-Rasmussen (Eds.), *Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: International report from the 2001/02 survey*. (pp. 110-119). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Videon, T., & Manning, C. (2003). Influences on adolescent eating patterns: the importance of family meals. *Journal of Adolescent Health*, 32(5), 365-373.
- Vláda ČR. (2002). *Usnesení Vlády České republiky ze dne 30. října 2002 č. 1046 k Dlouhodobému programu zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva České republiky Zdraví pro všechny v 21. století*. Retrieved 15. 03. 2011 from <http://www.mpsv.cz/cs/2872>.
- Vondruška, V., & Barták, K. (1999). *Pohybová aktivita ve zdraví a v nemoci*. Hradec Králové: Klinika tělovýchovného lékařství FN a LFUK.
- Voydanoff, P., & Donnelly, B. (1990). *Adolescent sexuality and pregnancy*. Newbury Park: Sage Publications.
- Weiss, P., & Zvěřina, J. (2009). *Sexuální chování obyvatelstva ČR IV*. Praha: DEMA.
- Wesnes, K. A., Pincock, C., Richardson, D., Helm, G., & Hails, S. (2003). Breakfast reduces declines in attention and memory over the morning in schoolchildren. *Appetite*, 41(3), 329-331. doi: 10.1016/j.appet.2003.08.009

- Wolfe, W. S., Campbell, C. C., Frongillo, E. A., Haas, J. D., & Melnik, T. A. (1994). Overweight schoolchildren in New York: Prevalence and characteristics. *American Journal of Public Health, 84*(5), 807-813.
- World Health Organization. (1998). *Health 21: The health for all policy framework for the WHO European Region. European health for all*. Retrieved 15. 03. 2011 from [http://www.emro.who.int/mei/pdf/topic/phc/healthforall\\_resolution.pdf](http://www.emro.who.int/mei/pdf/topic/phc/healthforall_resolution.pdf).
- World Health Organization. (2001). *Zdraví 21: Osnova programu Zdraví pro všechny v Evropském regionu Světové zdravotnické organizace*. Praha: Author.
- World Health Organization. (2002). Reducing risks to health, promoting healthy life. *JAMA, 288*(16), 1974. doi: 10.1001/jama.288.16.1974
- World Health Organization. (2003). *Global strategy on diet, physical activity and health*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2004). *Global strategy on diet, physical activity and health*. Retrieved 01. 03. 2013 from [http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy\\_english\\_web.pdf](http://www.who.int/dietphysicalactivity/strategy/eb11344/strategy_english_web.pdf)
- World Health Organization. (2007). *Steps to health: A European framework to promote physical activity for health*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- World Values Survey Association. (n.d.). *World Values Survey*. Retrieved 22. 01. 2011 from <http://www.worldvaluessurvey.com>.
- Wright, R. (1995). *Morální zvíře*. Praha: Nakladatelství LN.
- Wyatt, G. E. (1988). The relationship between child sexual abuse and adolescent sexual functioning in Afro-American and white American women. *Annals of the New York Academy of Sciences New York, 528*, 111-122.
- Zimmerman, R. S., & Atwood, K. A. (2000). *Predictors of first sexual intercourse in the 9th through 11th grades: How do they change over time?* Poster presented at the 128th Annual Meeting of APHA.
- Zvadová, Z., Janoušek, S., & Kodl, M. (2002). *Prevence úrazu u školních dětí*. Praha: Státní zdravotní ústav.
- Žaloudíková, I., & Hrubá, D. (2009). Results of the study on the program non-smoking is a norm in the third class of elementary school. In E. Řehulka (Ed.), *School and Health 21* (pp. 181-194). Brno: Masarykova univerzita.









## ZDRAVÍ A ŽIVOTNÍ STYL DĚTÍ A ŠKOLÁKŮ

Michal Kalman, Jana Vašíčková (eds.)

Odpovědná redaktorka RNDr. Hana Dziková

Technické zpracování Mgr. Jan Pavelka

Sazba a grafická úprava NatureDesign a Mgr. Petra Bílková

Vydala a vytiskla Univerzita Palackého v Olomouci

Křížkovského 8, 771 47 Olomouc

[www.vydavatelstvi.upol.cz](http://www.vydavatelstvi.upol.cz)

[www.e-shop.upol.cz](http://www.e-shop.upol.cz)

[vup@upol.cz](mailto:vup@upol.cz)

1. vydání

Olomouc 2013

*Neprodejná publikace*

čz 2011/749

ISBN 978-80-244-3409-4

**Editoři:** Michal Kalman & Jana Vašíčková

**Kolektivu autorů:** Ladislav Csémy, Eva Čermáková, Zdeněk Hamřík, Eva Hlaváčková, Lenka Hodačová, Michal Kalman, Vladimír Kebza, Věra Kernová, František David Krch, Jan Pavelka, Hana Provazníková, Jarmila Rážová, Hana Sovinová, Jana Vašíčková a Petr Weiss.

*„Předkládaná publikace poskytuje komplexní informace o problematice životního stylu 11-15letých dětí v kontextu pohybové aktivity, stravovacích návyků, rizikového chování a sociálního prostředí opřené o data z vlastních odpovědí randomizovaného reprezentativního vzorku (n=4425) českých školáků získaných prostřednictvím standardizovaného „Health Behaviour in School-Aged Children“ (HBSC) dotazníku v roce 2010.*

*Nelehké propojení jednotlivých témat od různých skupin autorů poskytuje příležitost mnohostranného náhledu na aktuální problematiku českých školních dětí s důrazem na odpovědnost za vlastní zdraví a doporučení k jeho podpoře a zkvalitňování.“*

**Doc. Mgr. Erik Sigmund, Ph.D.**

*(recenzent)*

ISBN 978-80-244-3409-4

