



Psychiatrické centrum Praha
2005

Životní styl a zdraví českých školáků

Z výsledků mezinárodní srovnávací
studie Světové zdravotnické organizace
The Health Behaviour in School-aged
Children (HBSC)



Ladislav Csémy
František D. Krch
Hana Provazníková
Jarmila Rážová
Hana Sovinová

Tato práce vznikla s podporou Ministerstva zdravotnictví ČR (projekty IGA č. NJ7195-3 a MZ0PCP2005). Řešitelé děkují za pomoc a spolupráci Ministerstvu školství, mládeže a tělovýchovy ČR a všem základním školám, které se na výzkumu podílely.

Autoři

PhDr. Ladislav Csémy

Psychiatrické centrum Praha, vedoucí autorského kolektivu

PhDr. František D. Krch

Psychiatrická klinika, Všeobecná fakultní nemocnice, Praha

doc. MUDr. Hana Provazníková, CSc.

3. lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha

MUDr. Jarmila Rážová

Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha

MUDr. Hana Sovinová

Státní zdravotní ústav, Praha

Na zpracování části výzkumu spolupracovaly posluchačky 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy **Rosa Rachmanová** a **Lucie Svobodová**

Recenzovala doc. MUDr. Jindra Šmejkalová, CSc.

© Psychiatrické centrum Praha 2005

ISBN 80-85121-94-8

Obsah

Úvod	6
Studie HBSC	7
Subjektivní zdraví, well-being a jejich psychologický kontext	10
Rodinné prostředí dětí a jejich adaptace ve škole	25
Výživa a tělesná aktivita českých dětí	34
Volný čas	44
Psychologické aspekty spokojenosti s vlastním tělem a jídelní chování.	55
Vývoj kuřáctví u dětí a dospívajících v České republice v období 1994–2002	69
Pití alkoholických nápojů a zkušenosti s drogami u dětí školního věku.	76
Úrazovost u dětí ve věku 11–15 let v České republice v letech 1998 a 2002	83
Závěr (Implikace pro prevenci).	100
Příloha Tabulky HBSC – česká verze	103

Úvod

Chování a životní způsob významně ovlivňují zdraví. Podílejí se na vzniku nemocí a invalidity, mohou přispívat k předčasné úmrtnosti. Kauzální 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 fyzická 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.

Studie HBSC

Chování a životní způsob významně ovlivňují zdraví. Podílejí se na vzniku nemocí a invalidity, mohou přispívat k předčasné úmrtnosti. Kauzální 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 fyzická 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 (Wold, 1994).

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]* (King et al., 1996, Currie et al., 2000, Currie et al., 2004).

Česká republika se poprvé účastnila studie spolu s dalšími 24 převážně evropskými státy v roce 1995. 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 účastnilo 35 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 třech zprávách: *The Health of Youth* (King et al., 1996), *Health and Health Behaviour among Young People* (Currie et al., 2000) a *Young People's Health in Context* (Currie et al., 2004). Cílem řešeného projektu bylo pokračování účasti v kolaborativní studii v roce 2002 a propojit nová data s daty již existujícími z let 1994 a 1998, která byla pořízena na reprezentativních souborech dětí v ČR.

Předmětem výzkumného projektu bylo provést komparativní analýzy behaviorálních komponent zdraví u reprezentativního souboru českých dětí ve věku 11–15 let z roku 2002 a tam, kde je to možné, porovnat nová data a výsledky z let 1994 a 1998. Analýzy sociodemografického kontextu a analýzy trendů byly zaměřeny zejména na následujících 5 tematických okruhů z oblastí chování:

- návyková rizika (kouření a spotřeba alkoholu),
- výživa, dietní zvyklosti, problematika „body image“,

- tělesná aktivita a aktivity ve volném čase,
- psychosociální adaptace a duševní zdraví,
- úrazy.

Na základě předchozích výsledků studie HBSC jsme formulovali následující výzkumné otázky, k nimž se ve vybraných kapitolách chceme vyslovit:

- Má pravidelné kouření a časté pití alkoholických nápojů vztah k sociodemografické pozici rodiny a vzdělání rodičů?
- Vyskytují se rizikové formy chování častěji u dětí pocházejících z nižších socioekonomických vrstev a u dětí rodičů s nízkým vzděláním?
- Jaký je vztah pravidelného kouření a častého pití alkoholických nápojů k problémům v oblasti školní adaptace a školní úspěšnosti (prospěch, poruchy chování)?
- Liší se jídelní zvyklosti podle věku a pohlaví?
- Jsou jídelní zvyklosti u dívek ovlivněny subjektivní spokojeností s vlastním tělem (body image)?
- Koreluje tělesná aktivita a aktivní sportování ve volném čase pozitivně s celkovým zdravím a školní úspěšností?
- Je vývoj v neúplné či dysfunkční rodině prediktorem poruch v oblasti duševního zdraví a psychosociální adaptace?
- Jaká je struktura úrazů a jaké jsou souvislosti dětských úrazů?

Dotazový formulář použitý při studii v roce 2002 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.

Nábor dat byl připraven tak, aby byl zcela v souladu s kritérii, která stanovila mezinárodní koordinační rada projektu. Vlastní nábor dat byl proveden v měsíci květnu 2002. Účast na studii odmítlo 6 škol, zpravidla s poukazem, že podobný průzkum probíhal na škole v nedávné době, případně že si škola účast v podobném výzkumu nepřeje. Studie se účastnilo 88,8 % žáků vybraných tříd, nejčastějším důvodem neúčasti byla nepřítomnost pro nemoc v době náboru dat.

Tabulka 1 Základní charakteristiky definitivního souboru z roku 1998 a souboru z výzkumu v roce 1994 (soubor podle pohlaví a roku výzkumu)

	1994	1998	2002
chlapec	1789	1839	2412
dívka	1796	1864	2600
celkem	3585	3703	5012

Tabulka 2 **Průměrný věk celého souboru a tří věkových podskupin**

	1994	1998	2002
věková skupina 1 (11 let)	11,9	11,5	11,5
věková skupina 2 (13 let)	14,0	13,4	13,5
věková skupina 3 (15 let)	16,0	15,3	15,4

Literatura

- Currie C, Hurrelmann K, Settertobulte W, Smith R, Todd J, eds. Health and health behaviour among young people. WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents. International Report. WHO Europe, 2000.
- Currie C, Roberts C, Morgan A, Smith R, Settertobulte W, Samdal O, Rasmussen BV, eds. Young people's health in context. Health policy for children and adolescents, No. 4. World Health Organization, 2004.
- King A, Wold B, Tudor-Smith C, Harel Y, eds. The health of youth: A cross-national survey. WHO Regional Publication, European Series No. 69, 1996.
- Wold B, Aaro LE, Smith C. Health behaviour in school-aged children. A WHO cross-national survey. Research protocol for the 1993/94 study. Bergen: Research Center for Health Promotion, University of Bergen, (HEMIL rapport: 4), 2004.

Subjektivní zdraví, well-being a jejich psychologický kontext

Zdraví dítěte je základním předpokladem pro jeho harmonický vývoj. Podle definice WHO není zdraví pouze nepřítomnost nemoci či poruchy, ale je to komplexní stav tělesné, duševní i sociální pohody. Chabé zdraví může významně narušit schopnosti a vývoj dítěte a zamezit dosažení životních cílů. Podpora zdraví mladých lidí proto představuje významný přínos jak pro jednotlivce, tak pro společnost.

Pro tvorbu a zdokonalování preventivních programů a programů zvyšujících povědomí mladých lidí o zdravém chování a způsobu života je zásadní získat informace o zdraví a chování dětí a o faktorech, které je ovlivňují.

Běžně je zdraví populace měřeno a posuzováno na základě hodnot morbidity a mortality. Přestože jsou tyto údaje velmi důležité, poskytují nám v případě zdraví dětí pouze omezené informace, protože počty onemocnění a úmrtí jsou v dětské populaci velmi nízké.

Data z mezinárodní studie HBSC mapují tělesné, emocionální a psychologické aspekty zdraví a vliv rodiny, školy a vrstevníků na mladé lidi.

Spokojenost a štěstí dětí jsou ovlivňovány celou řadou faktorů, některé z nich jsou ovlivnitelné a jiné nikoli. Mezi nejdůležitější patří rodina, ve které dítě vyrůstá, a škola, která má významnou úlohu v rozvoji sebepojetí a sebehodnocení.

Po nástupu do školy začíná být dítě hodnoceno podle svých úspěchů nebo neúspěchů nejen v rámci rodiny, ale i učiteli a spolužáky. Zvyšují se nároky, které jsou na dítě kladeny a kterým dítě musí vyhovět, aby uspělo. Když se mu to nedaří, selhává nejen před sebou, ale i před vrstevníky, jejichž názor a přístup k dítěti hraje v období dospívání významnou roli.

Naším cílem bylo zjistit na reprezentativním vzorku českých dětí ve věku 11, 13 a 15 let jejich zdravotní stav a míru životní spokojenosti. Dále jsme hledali vztahy mezi zdravím a životní spokojeností dětí a jejich rodinným zázemím, jejich adaptací na školu, nároky, které jsou na ně kladeny rodiči a učiteli, případným vyloučením z kolektivu ostatních dětí a škodlivými návyky, konkrétně kouřením a alkoholem.

Předpokládali jsme, že děti žijící v optimálních podmínkách, za které můžeme považovat intaktní rodinu s dobrými mezilidskými vztahy, přiměřené nároky kladené na dítě jak ze strany rodičů, tak i ze strany učitelů, školu, která dítěti nepřináší nadbytečný stres a ve které se cítí v bezpečí, dobré vztahy s vrstevníky a v neposlední řadě absenci konzumace alkoholu a kouření cigaret, se budou cítit zdravější a šťastnější než děti, které tyto podmínky pro svůj život splněny nemají.

Dále jsme předpokládali, že starší děti budou udávat větší množství a spektrum psychologických i somatických obtíží z důvodu větší schopnosti diferencovat své pocity a obtíže.

že. U dívek jsme předpokládali vyšší výskyt těchto obtíží také z důvodu začátku menstruačního cyklu a s ním spojených problémů (bolest, psychický dyskomfort).

Výběr proměnných, které v práci byly sledovány, se odvíjel od našich představ o možných souvislostech psychosomatických obtíží dětí.

Během dospívání jsou na děti kladeny vysoké nároky. Organismus prochází velkými změnami, mění se vztahy mezi dětmi, mění se pohled na život. To všechno může působit velké napětí a stres. Čím mladší jedinec je, tím snáze bývá svými emocemi (jde především o emoce záporné) zaplaven. Pro vznik obtíží jsou nejrizikovější ty emoce, které dítě nemůže nebo nesmí odreagovat. To, zda se vyvine odezva spíše neurotická, nebo somatická, záleží pravděpodobně na osobnostních a tělesných dispozicích.

Na rozvoj psychosomatických obtíží má velký vliv přetěžování dětí jak po stránce výkonové, tak po stránce vztahové. Mezi další velice důležité faktory související s rozvojem psychosomatických obtíží patří zdraví a spokojenost matky, duševní rovnováha dítěte, socioekonomická situace rodiny, kontakt s vrstevníky a dlouhodobé onemocnění nebo porucha. Byla rovněž prokázána souvislost mezi požíváním alkoholu, pitím kávy a kouřením a výskytem subjektivních obtíží. Významným protektivním faktorem při rozvoji psychosomatických poruch je podpora ze strany rodičů a učitelů.

Jednotlivé obtíže (bolesti hlavy, břicha, zad, nervozita, potíže při usínání, obavy, únava) se mohou samozřejmě u dětí objevit i bez vazby na přetěžování či psychické obtíže. Pokud se ale u jednoho dítěte objeví více příznaků najednou, eventuálně se vyskytují několikrát týdně nebo denně, většinou se jedná o příznaky silně ovlivněné psychickým stavem dítěte.

Jak již bylo zmíněno výše, na psychický stav a duševní zdraví dítěte má vliv rodina a škola. Jedná se především o komunikaci mezi dítětem a rodiči, komunikaci ve škole, schopnost navazovat kontakty s vrstevníky, schopnost přizpůsobit se nárokům, které jsou ve škole na děti kladeny a hlavně možnosti dítěte těmto nárokům vyhovět.

Pokud si chceme udělat ucelený obrázek o zdraví a spokojenosti dětí, nesmíme zapomenout zeptat se na jejich názor na to, jaký jejich život je, jak jsou spokojené s tím, co se kolem nich děje, jestli mají kamarády, kterým se mohou svěřit, jak jsou spokojené se svým životem.

Z těchto předpokladů vycházel i výběr otázek pro tuto práci: subjektivní zdravotní stav, životní pocit (pocit štěstí), výskyt psychosomatických obtíží (bolesti hlavy, bolesti žaludku, bolesti v zádech, pocity skleslosti, podrážděnost/špatná nálada, nervozita/napětí, potíže při usínání, malátnost/závratě, bolesti krční páteře/ramen, obavy/strach, únava/vyčerpání); škála životní spokojenosti (Hübnerova škála, Cantrillův index); pocity osamělosti, vyřazenosti.

Další proměnné se týkaly volného času, interakce v rodině, adaptace ve škole, rizikového chování atd.

Zdraví a životní spokojenost

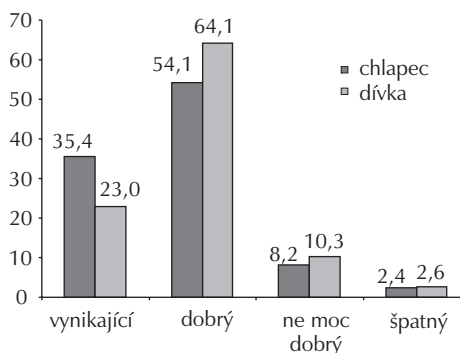
Tuto část jsme rozdělili na čtyři oddíly týkající se subjektivního hodnocení vlastního zdraví, pocitu štěstí, hodnocení životní spokojenosti a výskytu psychosomatických obtíží.

Subjektivní hodnocení zdravotního stavu. Svůj zdravotní stav hodnotí velmi dobře nebo dobře 89,5 % chlapců a 87,1 % dívek. Ne moc dobrý nebo špatný zdravotní stav udává 10,5 % chlapců a 12,9 % dívek. Rozložení odpovědí podle pohlaví a věkových skupin je uvedeno v tabulce 1 (viz také graf 1 a 2).

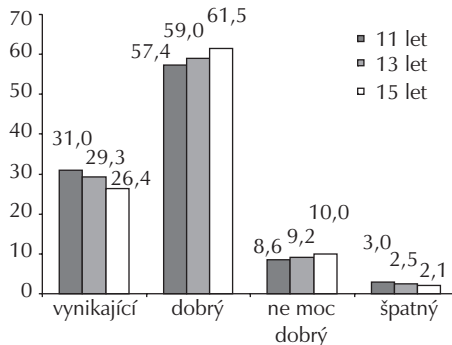
Tabulka 1 Rozložení odpovědí na otázku „Co soudíš o svém zdravotním stavu?“ (%)

pohlaví		věková kategorie		
		11 let	13 let	15 let
chlapec	vynikající	36,6	34,8	34,7
	dobrý	53,1	54,0	55,1
	ne moc dobrý	7,2	9,3	8,1
	špatný	3,2	1,9	2,1
dívka	vynikající	25,7	24,4	18,7
	dobrý	61,6	63,3	67,4
	ne moc dobrý	9,9	9,2	11,8
	špatný	2,8	3,1	2,0

Graf 1 Rozložení odpovědí na otázku „Co soudíš o svém zdravotním stavu?“ podle pohlaví
%



Graf 2 Rozložení odpovědí na otázku „Co soudíš o svém zdravotním stavu?“ podle věku
%



Po vyhodnocení χ^2 testem jsme u dívek zjistili statisticky významné rozdíly v distribuci četností v závislosti na věku ($p < 0,01$). Své zdraví hodnotilo jako vynikající 25,7 % jedenáctiletých dívek, 24,4 % třináctiletých a pouze 18,7 % patnáctiletých. Naopak

hodnocení zdraví jako ne moc dobré nebo špatné se zvýšilo z 12,7 % u jedenáctiletých dívek na 13,8 % u patnáctiletých dívek.

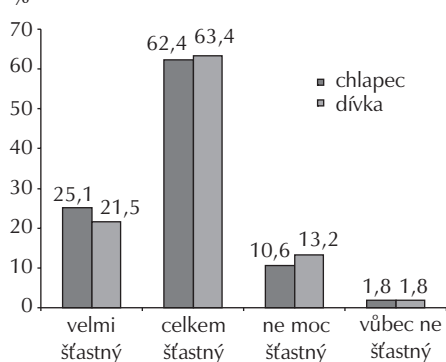
U chlapců tyto rozdíly nejsou signifikantní.

Pocit ze života. Pouze 25,1 % chlapců a 21,5 % dívek uvedlo, že se cítí velmi šťastní. Chlapců, kteří se necítí moc šťastní nebo se necítí vůbec šťastní, bylo 12,4 % a dívek 15,0 %. Rozložení odpovědí podle pohlaví a věkových skupin je uvedeno v tabulce 2 (viz též graf 3 a 4).

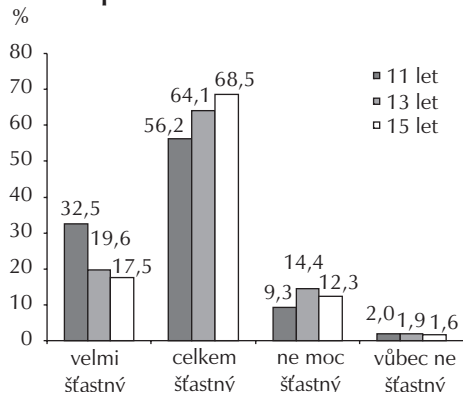
Tabulka 2 Rozložení odpovědí na otázku „Jaký máš v současnosti pocit ze svého života?“ (%)

pohlaví		věková kategorie		
		11 let	13 let	15 let
chlapec	velmi šťastný	34,2	22,2	18,7
	celkem šťastný	54,4	62,9	70,2
	ne moc šťastný	8,9	13,2	9,9
	vůbec ne šťastný	2,5	1,7	1,2
dívka	velmi šťastná	31,0	17,4	16,3
	celkem šťastná	57,9	65,1	67,1
	ne moc šťastná	9,6	15,4	14,7
	vůbec ne šťastná	1,5	2,1	1,9

Graf 3 Rozložení odpovědí na otázku „Jaký máš v současnosti pocit ze svého života?“ podle pohlaví



Graf 4 Rozložení odpovědí na otázku „Jaký máš v současnosti pocit ze svého života?“ podle věku



Po vyhodnocení χ^2 testem jsme zjistili statisticky významné rozdíly v distribuci četností v závislosti na věku ($p < 0,01$) u chlapců i dívek. U obou pohlaví klesl počet dětí, které se cítí velmi šťastné, u chlapců z 34,2 % jedenáctiletých na 18,7 % patnáctile-

tých, u děvčat z 31,0 % jedenáctiletých na 16,3 % patnáctiletých. Zároveň došlo k nárůstu počtu dětí, především děvčat, které se necítí šťastné. Ne moc šťastných nebo vůbec ne šťastných bylo 11,1 % jedenáctiletých, 17,5 % třináctiletých a 16,6 % patnáctiletých děvčat.

Životní spokojenost. Životní spokojenost dětí jsme hodnotili pomocí Cantrillova indexu a Heubnerovy škály. Cantrillův index nabývá hodnot 0–10, kde 10 je nejlepší možný život a 0 ten nejhorší. Heubnerova škála nabývá hodnot 6–24, kde 24 je nejvyšší spokojenost se životem. Výsledky uvádíme jako průměry a standardní odchylky pro dané pohlaví, respektive věk (tabulka 3).

Tabulka 3 Průměrné hodnoty Cantrillova indexu a Heubnerovy škály podle pohlaví a věku

		pohlaví		věk		
		chlapec	dívka	11 let	13 let	15 let
Heubnerova škála	průměr	15,6	15,5	15,8	15,5	15,4
	std. odchylka	2,2	2,1	2,3	2,1	2,0
Cantrillův index	průměr	7,5	7,4	7,9	7,3	7,2
	std. odchylka	1,9	1,9	1,9	1,9	1,7

Po vyhodnocení χ^2 testem jsme zjistili statisticky významné rozdíly v distribuci četností v závislosti na věku ($p < 0,01$). Závislost na pohlaví není statisticky významná. Se stoupajícím věkem se snižuje Cantrillův index (z 7,9 u jedenáctiletých dětí na 7,2 u patnáctiletých) i Heubnerova škála (z 15,8 u jedenáctiletých na 15,4 u patnáctiletých dětí).

Psychosomatické obtíže. Z otázky hodnotící psychosomatické obtíže u dětí jsme vytvořili tři indexy. První, index psychických obtíží (psychobt), hodnotí odpovědi na otázky týkající se napětí, obav, špatné nálady, únavy, pocitu skleslosti a poruch spánku; druhý index sleduje somatické obtíže (somatobt) a je složen z otázek týkajících se bolesti zad, ramene, hlavy, žaludku a závrati; třetí index je sumární index psychosomatických obtíží (psychosom) složený ze dvou předchozích ukazatelů. Odpovědi na každou otázku přiřazujeme hodnotu 0–3, kde 3 je výskyt obtíží každý den, 2 častěji než jednou týdně, 1 jednou týdně a 0 méně často. Z jejich součtu jsme vypočítali jednotlivé indexy. Výsledky uvádíme jako průměry a standardní odchylky pro jednotlivé indexy podle pohlaví, respektive věku (tabulka 4a).

Po vyhodnocení χ^2 testem jsme zjistili statisticky významné rozdíly v distribuci četností v závislosti na pohlaví ($p < 0,01$) i na věku ($p < 0,01$). U dívek je častější výskyt psychických i somatických obtíží. Nejvyšší výskyt psychických obtíží je u třináctiletých dětí. Výskyt somatických obtíží narůstá s věkem (z 1,4 u jedenáctiletých na 1,8 u patnáctiletých dětí).

Tabulka 4a Průměrné hodnoty jednotlivých indexů hodnotících psychosomatické obtíže podle pohlaví a věku

		pohlaví		věk		
		chlapec	dívka	11 let	13 let	15 let
psychobt	průměr	3,8	4,7	4,0	4,7	4,1
	std. odchylka	3,6	4,1	4,0	4,0	3,7
somatobt	průměr	1,4	1,9	1,4	1,6	1,8
	std. odchylka	2,2	2,4	2,2	2,3	2,6
psychosom	průměr	5,1	6,6	5,4	6,3	5,9
	std. odchylka	5,2	5,7	5,5	5,5	5,5

Tabulka 4b Korelace mezi sledovanými psychosomatickými obtížemi

	bolest hlavy	bolest žaludku	bolest zad	skleslost	špatná nálada	napětí	poruchy spánku	poruchy spánku	bolest ramene	obavy	únava
bolest hlavy	1	0,34 *	0,31 *	0,27 *	0,28 *	0,25 *	0,26 *	0,25 *	0,29 *	0,25 *	0,26 *
bolest žaludku		1	0,22 *	0,27 *	0,25 *	0,23 *	0,23 *	0,30 *	0,23 *	0,24 *	0,23 *
bolest zad			1	0,29 *	0,27 *	0,26 *	0,22 *	0,25 *	0,54 *	0,22 *	0,27 *
skleslost				1	0,45 *	0,32 *	0,29 *	0,29 *	0,28 *	0,41 *	0,33 *
špatná nálada					1	0,49 *	0,32 *	0,23 *	0,29 *	0,42 *	0,41 *
napětí						1	0,34 *	0,20 *	0,26 *	0,48 *	0,28 *
poruchy spánku							1	0,28 *	0,24 *	0,33 *	0,30 *
závratě								1	0,30 *	0,27 *	0,23 *
bolest ramene									1	0,29 *	0,30 *
obavy										1	0,41 *
únava											1

* hladina statistické významnosti $p < 0,01$

Rovněž jsme zjistili statisticky významné vztahy ($p < 0,01$) mezi jednotlivými obtížemi. Po provedení korelační analýzy (Pearsonův test) se ukázala statisticky významná korelace mezi všemi obtížemi popsány v otázce. Absolutní výše korelačního koefici-

entu se pohybovala od hodnoty 0,2 do 0,5, šlo tedy o vztahy „mírně“ až „středně“ těsné. Nejvyšší korelace byla zjištěna mezi tělesnými bolestmi (bolesti zad a bolesti ramenou $r = 0,54$), dále byly vysoké korelace zjištěny mezi pocitem napětí a špatnou náladou (korelační koeficient 0,49), obavami a napětím (korelační koeficient 0,48) a špatnou náladou a pocitem skleslosti (korelační koeficient 0,45) (tabulka 4b).

Vztah vnějších vlivů, zdraví a spokojenosti dětí

V této části hodnotíme vztahy mezi výše uvedenými otázkami na zdraví a životní spokojenost a strukturou rodiny, školní adaptací, nároky rodičů a učitelů, sociální exkluzí a škodlivými návyky, ze kterých jsme vybrali kouření a alkohol.

Výsledky uvádíme společně pro obě pohlaví a všechny tři věkové skupiny.

Vliv rodiny

Formální struktura rodiny. Rodiny dětí jsme rozdělili do čtyř skupin. V první jsou děti s intaktní rodinou, které žijí s oběma biologickými rodiči (A). Ve druhé jsou děti, které mají jednoho biologického a jednoho nevlastního rodiče (B), ve třetí děti, které žijí pouze s jedním rodičem (vlastním nebo nevlastním) (C), a ve čtvrté děti, které žijí jinak – v dětských domovech, s prarodiči atd. (D).

V následujících tabulkách (tab. 5, 6 a 7) jsou znázorněny vztahy mezi formální strukturou rodiny a proměnnými, které sledují životní spokojenost.

Tabulka 5 Rozložení odpovědí na otázku „Co soudíš o svém zdravotním stavu?“ v závislosti na formální struktuře rodiny (%)

můj zdravotní stav je...	formální struktura rodiny			
	A	B	C	D
vynikající	29,2	27,1	29,3	25,6
dobrý	60,1	56,8	57,2	56,7
ne moc dobrý	8,4	12,5	10,7	11,1
špatný	2,2	3,6	2,8	6,7

Tabulka 6 Rozložení odpovědí na otázku „Jaký máš v současnosti pocit ze svého života?“ v závislosti na formální struktuře rodiny (%)

cítím se ...	formální struktura rodiny			
	A	B	C	D
velmi šťastný(á)	24,5	19,2	20,7	19,3
celkem šťastný(á)	63,4	63,1	60,6	59,1
ne moc šťastný(á)	10,4	15,1	16,6	19,3
vůbec ne šťastný(á)	1,6	2,6	2,1	2,3

Tabulka 7 Průměrné hodnoty Cantrillova indexu, Heubnerovy škály a indexů psychosomatických obtíží v závislosti na formální struktuře rodiny

formální struktura rodiny	Cantrillův index	Heubnerova škála	psychobt	somatobt	psychosomat
A	7,6	15,5	4,1	1,5	5,6
B	7,2	15,4	4,8	1,9	6,7
C	7,2	15,6	4,5	1,9	6,4
D	6,9	15,5	4,3	2,1	6,4

Statisticky významný vztah ($p < 0,01$) k formální struktuře rodiny jsme prokázali mezi všemi hodnocenými otázkami kromě Heubnerovy škály životní spokojenosti. S horší formální strukturou rodiny se zvyšuje procento nešťastných dětí (z 12 % v intaktní rodině na 21,6 % dětí žijících bez rodičů). Rovněž se zvýšilo procento dětí, které svůj zdravotní stav hodnotí jako neuspokojivý (z 10,6 % na 17,8 %). Zvyšuje se také výskyt psychosomatických obtíží a snižuje se životní spokojenost hodnocená Cantrillovým indexem.

Vztahy v rodině. Podle času, který rodiče svým dětem věnují, jsme jim přidělili hodnoty od 1 do 5, kde 5 znamená největší péči ze strany rodičů. Pro zpracování výsledků jsme si určili hodnotu 3,5 jako hranici, která určuje přiměřenou, respektive omezenou péči.

Tabulka 8 Rozložení odpovědí na otázku „Co soudíš o svém zdravotním stavu?“ v závislosti na vztazích v rodině (%)

můj zdravotní stav je ...	< 3,5	3,5
vynikající	26,4	37,3
dobrý	61,1	53,6
ne moc dobrý	9,9	6,3
špatný	2,5	2,8

Tabulka 9 Rozložení odpovědí na otázku „Jaký máš v současnosti pocit ze svého života?“ v závislosti na vztazích v rodině (%)

cítím se ...	< 3,5	3,5
velmi šťastný(á)	19,4	38,1
celkem šťastný(á)	65,4	54,4
ne moc šťastný(á)	13,5	6,3
vůbec ne šťastný(á)	1,7	1,3

Tabulka 10 Průměrné hodnoty Cantrillova indexu, Heubnerovy škály a indexů psychosomatických obtíží v závislosti na vztazích v rodině

	Cantrillův index	Heubnerova škála	psychobt	somatobt	psychosomat
< 3,5	7,3	15,4	4,4	1,6	6,0
3,5	8,2	16,1	3,8	1,4	5,2

Mezi vztahy v rodině a všemi hodnocenými otázkami je statisticky významný vztah ($p < 0,01$; u somatických obtíží $p < 0,05$). V rodinách, kde se dětem věnují méně, je vyšší procento dětí, které hodnotí svůj zdravotní stav negativně (12,4 % proti 9,1 %) a udávají více psychosomatických obtíží. Děti z těchto rodin také častěji uvádějí, že nejsou šťastné (15,2 % proti 7,6 %), a mají nižší hodnotu Cantrillova indexu a Heubnerovy škály životní spokojenosti.

Adaptace na školu

Index školní adaptace jsme vytvořili z odpovědí na otázku, jak se děti cítí ve škole, a jejich názoru na učitele. Jako dobře adaptované děti jsme označili ty, kterým se ve škole líbí a učitele hodnotí kladně, a jako špatně adaptované ty, kterým se ve škole nelíbí a učitele hodnotí negativně.

Tabulka 11 Rozložení odpovědí na otázku „Co soudíš o svém zdravotním stavu?“ v závislosti na školní adaptaci (%)

můj zdravotní stav je ...	dobrá adaptace	špatná adaptace
vynikající	29,6	24,2
dobrý	59,6	57,0
ne moc dobrý	8,3	15,9
špatný	2,5	3,0

Tabulka 12 Rozložení odpovědí na otázku „Jaký máš v současnosti pocit ze svého života?“ v závislosti na školní adaptaci (%)

cítím se ...	dobrá adaptace	špatná adaptace
velmi šťastný(á)	24,1	17,6
celkem šťastný(á)	64,0	55,9
ne moc šťastný(á)	10,6	21,7
vůbec ne šťastný(á)	1,4	4,7

Tabulka 13 Průměrné hodnoty Cantrillova indexu, Heubnerovy škály a indexů psychosomatických obtíží v závislosti na školní adaptaci

	Cantrillův index	Heubnerova škála	psychobt	somatobt	psychosomat
dobrá adaptace	7,6	15,6	4,1	1,5	5,6
špatná adaptace	6,7	15,0	5,3	2,2	7,5

Mezi všemi otázkami a školní adaptací je statisticky významný vztah ($p < 0,01$). U dětí se špatnou školní adaptací je vyšší procento těch, které hodnotí svůj zdravotní stav negativně (18,9 % proti 10,8 % u dobře adaptovaných dětí) a udávají více psychosomatických obtíží. Špatně adaptované děti také častěji udávají, že nejsou šťastné (25,4 % proti 12,0 %), a mají nižší Cantrillův index a Heubnerovu škálu životní spokojenosti.

Nároky kladené na děti. Děti, které souhlasily s tím, že toho od nich rodiče očekávají příliš a současně uvedly, že jsou přeceňovány i ze strany učitelů, jsme zařadili do skupiny, na kterou jsou kladeny vysoké nároky.

Tabulka 14 Rozložení odpovědí na otázku „Co soudíš o svém zdravotním stavu?“ v závislosti na nárocích kladených na děti (%)

můj zdravotní stav je ...	přiměřené nároky	vysoké nároky
vynikající	28,4	36,7
dobrý	60,1	47,2
ne moc dobrý	9,1	12,0
špatný	2,4	4,0

Tabulka 15 Rozložení odpovědí na otázku „Jaký máš v současnosti pocit ze svého života?“ v závislosti na nárocích kladených na děti (%)

cítím se ...	přiměřené nároky	vysoké nároky
velmi šťastný(á)	22,9	29,0
celkem šťastný(á)	63,6	52,6
ne moc šťastný(á)	11,9	14,0
vůbec ne šťastný(á)	1,6	4,4

Tabulka 16 Průměrné hodnoty Cantrillova indexu, Heubnerovy škály a indexů psychosomatických obtíží v závislosti na nárocích kladených na děti

	Cantrillův index	Heubnerova škála	psychobt	somatobt	psychosomat
přiměřené nároky	7,5	15,5	4,1	1,6	5,7
vysoké nároky	7,4	16,1	6,0	2,4	8,3

Statisticky významný vztah ($p < 0,01$) jsme zjistili mezi nároky kladenými na děti a všemi testovanými otázkami kromě Cantrillova indexu. Ve skupině dětí, na které jsou kladeny vysoké nároky, se zvýšil počet dětí, které svůj zdravotní stav hodnotí jako ne moc dobrý nebo špatný (z 11,5 % na 16,0 %) a zároveň se zvýšil počet psychosomatických obtíží (z indexu 5,7 na 8,3). Zvýšil se počet dětí, které nejsou šťastné (z 13,5 % na 18,4 %), ale zvýšila se hodnota Heubnerovy škály životní spokojenosti.

Sociální exkluze

Odpovědi dětí jsme opět rozdělili do dvou skupin. Do skupiny „problematické vztahy“ jsme zařadili děti, které uvedly, že je pro ně obtížné nebo velmi obtížné komunikovat s matkou, velmi často nebo dost často se cítí osamělé a nepociťují přátelské vztahy od spolužáků.

Tabulka 17 Rozložení odpovědí na otázku „Co soudíš o svém zdravotním stavu?“ v závislosti na míře sociální exkluze (%)

můj zdravotní stav je ...	normální vztahy	problematické vztahy
vynikající	32,0	23,2
dobrý	59,5	58,8
ne moc dobrý	7,0	13,6
špatný	1,5	4,4

Tabulka 18 Rozložení odpovědí na otázku „Jaký máš v současnosti pocit ze svého života?“ v závislosti na míře sociální exkluze (%)

cítím se ...	normální vztahy	problematické vztahy
velmi šťastný	27,8	14,7
celkem šťastný	64,5	60,0
ne moc šťastný	7,0	21,4
vůbec ne šťastný	0,7	3,9

Tabulka 19 Průměrné hodnoty Cantrillova indexu, Heubnerovy škály a indexů psychosomatických obtíží v závislosti na míře sociální exkluze

	Cantrillův index	Heubnerova škála	psychobt	somatobt	psychosomat
normální vztahy	7,8	15,7	3,5	1,3	4,8
problematické vztahy	6,7	15,2	5,7	2,2	7,9

Mezi uvedenými otázkami a mírou sociální exkluze jsme našli statisticky významný vztah ($p < 0,01$). U dětí s problematickými vztahy se zvýšilo procento dětí, které hod-

notí svůj zdravotní stav jako ne moc dobrý nebo špatný (z 8,5 % na 18,0 %), a zvýšil se výskyt psychosomatických obtíží. U těchto dětí se rovněž snížil Cantrillův index a průměrná hodnota Heubnerovy škály. Nejvýraznější rozdíl jsme pozorovali u pocitu štěstí. Mezi dětmi, které neměly problémy, se vztahy s vrstevníky a matkou, bylo 7,7 % nešťastných dětí v porovnání s 25,3 % mezi dětmi s problematickými vztahy.

Škodlivé návyky – kouření a alkohol

Vliv škodlivých návyků na zdraví a životní spokojenost dětí jsme hodnotili pouze u patnáctiletých dětí, protože v mladších věkových kategoriích se tyto návyky vyskytují v malé míře.

Do rizikové skupiny jsme zařadili ty děti, které kouří alespoň 1 × týdně nebo denně (B), a děti, které konzumovaly nadměrné množství alkoholu alespoň 3 × během posledního měsíce (D). Děti bez tohoto rizika jsme označili jako A (nekouří, nebo kouří méně než 1 × týdně) a C (nepijí alkohol, nebo ho pijí v menší míře).

Tabulka 20 Rozložení odpovědí na otázku „Co soudíš o svém zdravotním stavu?“ v závislosti na kouření a alkoholu (%)

můj zdravotní stav je ...	A	B	C	D
vynikající	28,5	21,6	26,6	25,6
dobrý	61,2	62,1	61,8	59,8
ne moc dobrý	8,6	13,4	9,8	11,3
špatný	1,7	2,9	1,8	3,4

Tabulka 21 Rozložení odpovědí na otázku „Jaký máš v současnosti pocit ze svého života?“ v závislosti na kouření a alkoholu (%)

cítím se ...	A	B	C	D
velmi šťastný	17,3	17,9	17,5	17,6
celkem šťastný	69,8	65,8	69,1	65,9
ne moc šťastný	11,6	14,1	12,0	13,9
vůbec ne šťastný	1,3	2,2	1,4	2,6

Tabulka 22 Průměrné hodnoty Cantrillova indexu, Heubnerovy škály a indexů psychosomatických obtíží v závislosti na kouření a alkoholu

	Cantrillův index	Heubnerova škála	psychobt	somatobt	psychosomat
A	7,2	15,4	3,9	1,6	5,5
B	7,0	15,2	4,7	2,3	7,0
C	7,2	15,4	4,0	1,7	5,7
D	6,9	15,3	4,7	2,4	7,2

Mezi skupinami A a B je statisticky významný rozdíl ($p < 0,01$) v subjektivním hodnocení zdraví (negativně ho hodnotí 10,3 % dětí ze skupiny A proti 16,3 % ze skupiny B). Alkohol a kouření rovněž způsobují statisticky významný pokles Cantrillova indexu ($p < 0,05$) a vzestup počtu psychosomatických obtíží ($p < 0,01$). Mezi ostatními otázkami a konzumací alkoholu a kouřením není statisticky významný vztah.

Diskuze

Zdraví a životní spokojenost českých dětí. Výsledky práce jsou na jednu stranu potěšující, ale zároveň alarmující. Většina dětí hodnotila své zdraví jako dobré nebo vynikající. U většiny dětí se rovněž nevyskytly mnohočetné stížnosti na problémy v oblasti fyzického nebo psychického zdraví. Většina dětí je spokojená se svým životem. Na druhou stranu je zde ale pořád ještě vysoké procento dětí, které hodnotí svoje zdraví jako špatné a se svým životem nejsou spokojené. Toto je alarmující především u nejmladší věkové kategorie – 11,3 % jedenáctiletých dětí uvádí, že nejsou šťastné.

Tato práce rovněž ukázala rozdíly v hodnocení zdraví a života mezi chlapci a děvčaty. Dívky ve všech věkových kategoriích hodnotily své zdraví a svůj život hůře než chlapci. S věkem se tento rozdíl zvětšoval. Tento rozdíl si vysvětlujeme dřívějším nástupem puberty u děvčat a s ní spojeným začátkem menstruace, která přináší somatické obtíže i psychické a fyzické změny. Během dospívání se mění dívčí postava a zvyšuje se váha, což může přinést problémy se sebehodnocením v porovnání s méně vyspělými vrstevníky. Svůj podíl na tomto rozdílu může rovněž mít rozdílná výchova chlapců a děvčat. Chlapci jsou učeni, že musí být silnější a že „kluci přece nepláčou“, což může vést k tomu, že některé své problémy záměrně zatají, nebo je zlehčí.

Rodina je místem, které má pro dítě představovat jistotu a bezpečí, místem, kde je dítě milováno a kde je mu věnována co nejlepší možná péče. Prokázali jsme, že v rodinách, kde jsou tyto podmínky splněny, jsou děti šťastnější, spokojenější a cítí se zdravější. Nepopisují tolik psychických ani somatických obtíží jako děti, které nevyrůstají v takto ideálním prostředí. Nezáleží pouze na formální struktuře rodiny, ale také, a to možná hlavně, na vztazích a vzájemné komunikaci v rodině. Nestačí pouze za každou cenu udržet rodinu pohromadě, ale je třeba zajistit pozitivní vztahy v rodině. Pokud toto není možné, je pro dítě lepší žít v neúplné rodině, ale bez zbytečného stresu a napětí.

Rodina a dobré vztahy v ní jsou významným protektivním faktorem rozvoje psychosomatických obtíží u dítěte, které je například ve stresu ze školy nebo má problémy s dospíváním.

Dalším významným místem, které může ovlivňovat zdraví a životní spokojenost dětí, je škola. Prokázali jsme významné rozdíly mezi dětmi dobře a špatně adaptovanými na školu. Děti dobře adaptované jsou šťastnější a cítí se zdravější. Tuto větu ale můžeme také otočit a říci, že děti šťastnější a zdravější se lépe adaptují na školu. Určení směru kauzality by vyžadovalo podrobnější studii.

Podstatnou součástí působení školy na dětskou psychiku je míra a oprávněnost nároků kladených na děti učiteli a rodiči. Pokud jsou děti přetěžovány, cítí se méně šťastné a méně zdravé. Rodiče i učitelé by při stanovování svých požadavků měli brát ohled na schopnosti a možnosti konkrétního dítěte.

Vztahy s vrstevníky a schopnost komunikace u dětí mají úzkou souvislost s jejich pocitem zdraví a životní spokojenosti. Děti potřebují kontakt s ostatními dětmi a potřebují mít možnost komunikovat s dospělými a řešit své problémy. Pokud je dítě z kolektivu vrstevníků vyloučeno nebo nedokáže komunikovat s ostatními dětmi a dospělými, cítí se osamělé a je častěji nešťastné než děti, které nemají v komunikaci s ostatními lidmi potíže. Odmítání vrstevníky na prvním stupni základní školy je poměrně přesným prediktorem problémů v chování v období dospívání a v dospělosti. U těchto dětí je vyšší riziko rozvoje patologického chování a zneužívání návykových látek a cigaret. V naší práci jsme ale zjistili souvislost mezi kouřením a sníženým pocitem zdraví a kouřením a užíváním alkoholu a zvýšeným výskytem psychosomatických obtíží a snížením životní spokojenosti. Opět je zde ale otázka, co je příčina a co důsledek.

Závěr

Většina českých dětí považuje své zdraví za dobré nebo vynikající. Většina dětí je se svým životem spokojená. Přesto je závažné zjištění, že 11,3 % jedenáctiletých dětí udává, že se necítí šťastné.

Potvrdila se naše hypotéza, že děti vyrůstající v příznivých rodinných podmínkách, jsou šťastnější a cítí se zdravější než děti, které tyto podmínky pro svůj život nemají. Prokázali jsme statisticky významný vztah mezi zdravím a životní spokojeností dětí a formální strukturou rodiny, vztahy v rodině, školní adaptací, nároky kladenými na děti a sociální exkluzí. Prokázali jsme rovněž, že kouření a konzumace alkoholu má vztah k výskytu psychosomatických obtíží a k hodnotě Cantrillova indexu.

Pro zjištění směru kauzality u jednotlivých faktorů souvisejících se zdravím a životní spokojeností dětí bude potřeba další, podrobněji zaměřená studie.

Literatura

- Berntsson LT, Gustafsson JE. Determinants of psychosomatic complaints in Swedish schoolchildren aged seven to twelve years. *Scand J Public Health* 2000; 28(4): 283–293.
- Berntsson LT, Kohler L, Gustafsson JE. Psychosomatic complaints in schoolchildren: a Nordic comparison. *Scand J Public Health* 2001; 29(1): 44–54.
- Biddulph S. Proč jsou šťastné děti šťastné. Praha: Portál, 1997.
- Duchoňovský J, Eggers H a kol. Sociální pediatrie. Praha: Avicenum, 1989.
- Ghandour RM, Overpeck MD, Huang ZJ, Kogan MD, Scheidt PC. Headache, stomachache, backache, and morning fatigue among adolescent girls in the United States: associations with behavioral, sociodemographic, and environmental factors. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004; 158(8): 797–803.
- Hartus WW. The peer context in middle childhood. In: Collins WA, ed. *Development During Middle Childhood. The Years from Six to Twelve*. Washington, DC: National Academy Press, 1984.

HBSC Protocol for 2001/2002 Survey.

Provazník K, Komárek L, Provazníková H. Manuál prevence v lékařské praxi. VI. Prevence poruch zdraví dětí a mládeže. Praha: Fortuna, 1998.

Říčan P, Krejčířová D. Dětská klinická psychologie. Praha: Grada Publishing, 1997.

www.ceskaskola.cz

Young people's health in kontekst. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. Edited by Curie C et al.

Rodinné prostředí dětí a jejich adaptace ve škole

Jedním z hlavních úkolů, který je v různých podobách zdůrazňován v několika cílech světového i národního programu Zdraví 21, je vytvářet podmínky, které přispějí k tomu, aby se děti a dospívající mládež stali způsobilější ke zdravému životu a získali schopnost dělat rozhodnutí ve prospěch svého zdraví (World Health Assembly, 1998; Usnesení vlády ČR 1046, 2002). Významnou roli při vytváření podmínek pro zdravý vývoj dítěte hraje rodina, ale nezanedbatelný význam má škola a chování skupin vrstevníků.

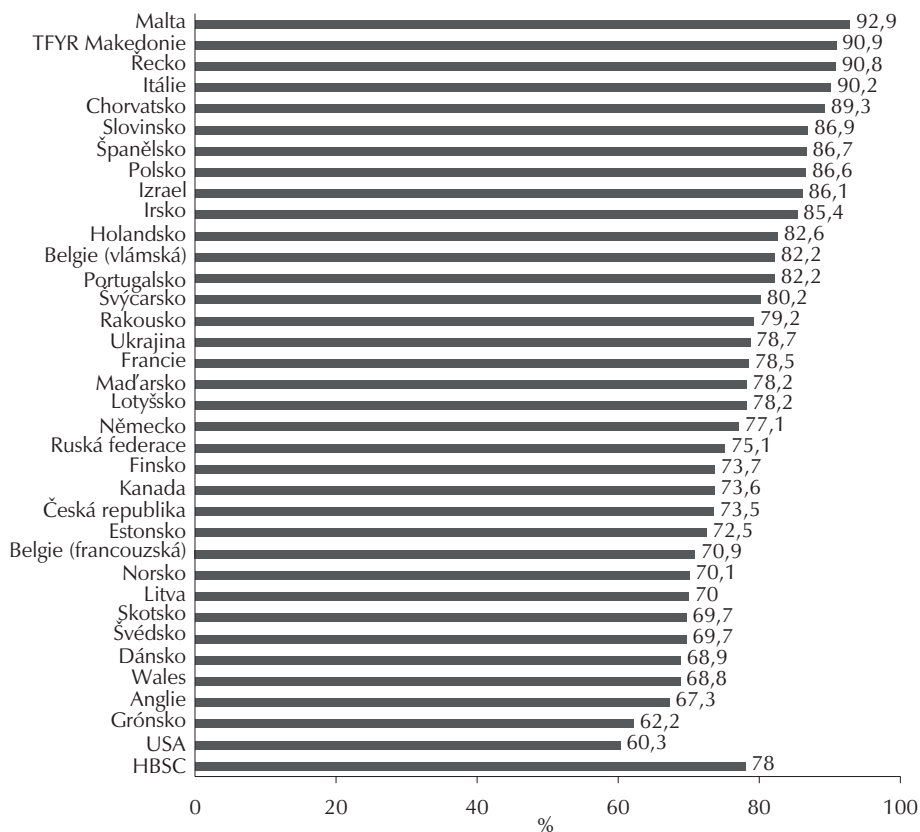
Rodina

Rodina má pro vývoj dítěte, formování jeho somatického, psychického i sociálního zdraví rozhodující význam. Rodina není uzavřená, statická jednotka, ale dynamický systém, který je ovlivňován jak sociálním, kulturním, tak i historickým vývojem společnosti, tak životními podmínkami, ve kterých se nachází (Matoušek a Kroftová, 1998). Řada autorů upozorňuje na fakt, že v průběhu 20. století se významně mění struktura rodiny, ubývá tradičních rodinných vazeb a přibývá dětí v péči volně žijících dvojic nebo pouze jednoho dospělého (Koukolík a Drtinová, 1996). Výsledky těchto sociálních změn mění vztahy mezi dětmi a dospělými a přináší nová rizika negativního ovlivňování zdravého vývoje dětí a mládeže. Rozdíly ve struktuře rodiny mezi zeměmi, které se zúčastnily studie HBSC v roce 2002, jsou uvedeny v grafu 1.

Ekonomické zázemí rodiny patří mezi faktory ovlivňující podmínky života mladých lidí, ale je velice nesnadné hodnotit finanční situaci rodiny z výpovědí dětí. Třetina chlapců a 20 % dívek českého souboru se domnívá, že jejich rodina je bohatá. V hodnocení se významně liší patnáctiletí od svých mladších spolužáků. Pouze necelých 10 % dotázaných uvedlo, že jejich rodina má finanční starosti (tabulka 1). Při hodnocení ekonomické úrovně rodin, jak sami autoři mezinárodního srovnání zdůrazňují, je třeba zvažovat nejen velkou ekonomickou variabilitu států, ale i vliv tradic v různých zemích. Situace rodin souborů dětí z jednotlivých zúčastněných států byla stanovena podle počtu aut, počítačů a samostatných pokojů pro děti v rodině. Česká republika se zařadila podle těchto kritérií mezi skupinu států, kde rodiny dotázaných dětí mají průměrnou ekonomickou úroveň.

Více než ekonomické zajištění rodin vypovídají o zázemí, které rodina pro děti vytváří, způsoby a možnosti komunikace uvnitř rodiny. Při hodnocení výpovědí chlapců a dívek je třeba si uvědomit, že problémy s komunikací do jisté míry souvisí s vývojovými změnami v dospívání. Celková nejistota, emoční nevyrovnanost v období puberty často přispívají k vytvoření překážek v jednání s dospělými osobami (Vágnerová, 1997). 40 % jedenáctiletých, ale už více než polovina dívek patnáctiletých uvedlo, že je pro ně nesnadné hovořit s otcem o věcech, které je trápí. Stejně problémy má třetina chlapců bez rozdílu věku. Komunikace s matkou je pro obě pohlaví snazší (tabulka 2).

Graf 1 **Struktura rodiny (%)**, úplná rodina (zúčastněné státy a regiony)



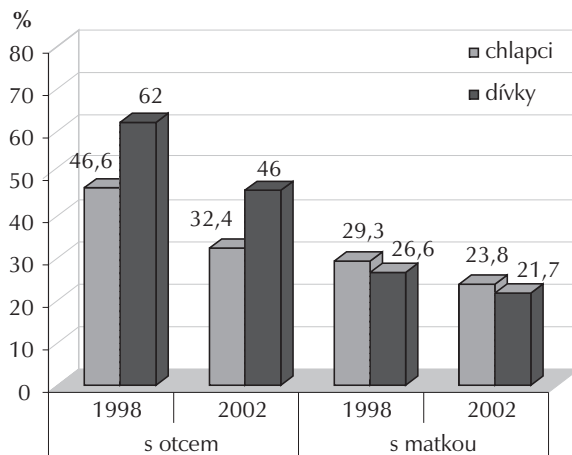
Tabulka 1 **Ekonomické zajištění rodiny (%)**

	11 let		13 let		15 let		celkem	
	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky
rodina je bohatá	33,2	25,4	33,0 21,9	21,9	24,1	15,1	30,1	20,8
v posledním roce cestovala nejméně 2×	52,2	52,1	48,6	46,0	42,3	38,7	47,8	45,6
rodina má průměrné příjmy	59,5	67,5	60,2	66,7	65,2	73,1	61,6	69,1
rodina má finanční starosti	7,3	7,2	6,9	11,4	10,7	11,8	8,3	10,1

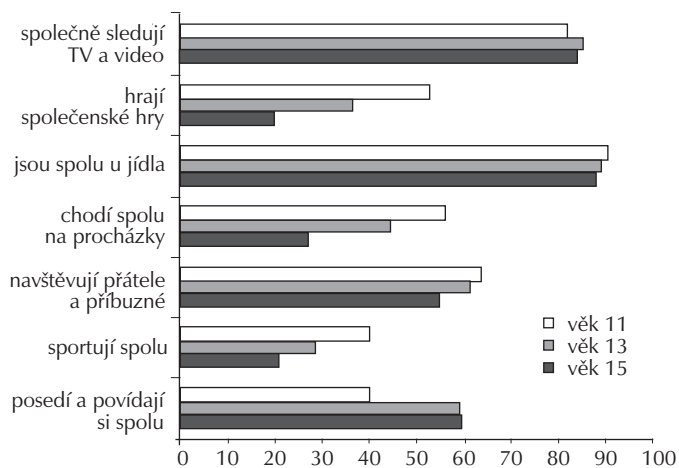
Tabulka 2 **Komunikace s rodinou (%) („Je nesnadné hovořit o věcech, které mne trápí“)**

	11 let		13 let		15 let		celkem	
	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky
s otcem	27,4	40,4	32,6	46,2	37,2	51,2	32,4	46,0
s matkou	19,3	19,7	26,1	21,9	26,3	23,5	23,8	21,7

Graf 2 **Komunikace s rodinou (% 1998 a 2002) („Je nesnadné hovořit o věcech, které mne trápí“)**



Graf 3 **Způsob trávení volného času s rodinou, alespoň jedenkrát týdně (%)**



Srovnáme-li výpovědi dotázaných v roce 1998 a 2002, ukazuje se, že dívky i chlapci v roce 2002 uvádějí ve významně vyšším procentu méně problémů v komunikaci s rodiči (graf 2). Zlepšení lze považovat za pozitivní trend ve vývoji vztahů uvnitř rodiny.

V mezinárodním hodnocení odpovídají výsledky českého souboru průměrným hodnotám získaným z odpovědí dotázaných ve všech zúčastněných státech.

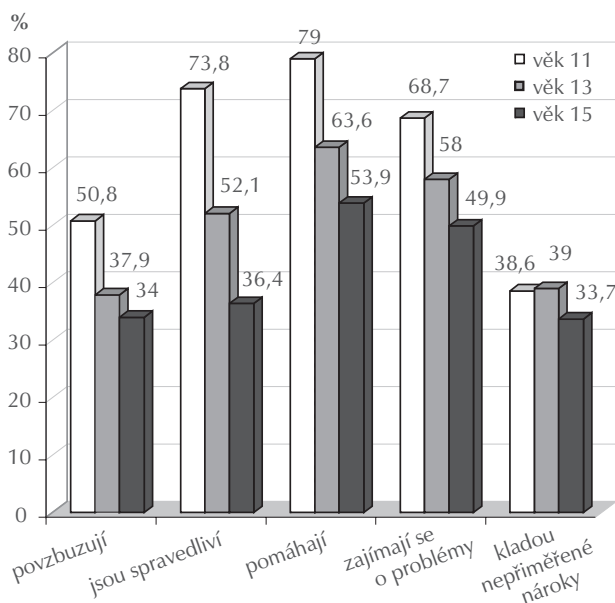
Zajímavé jsou výsledky, které shrnují odpovědi dětí na otázku „Jakým způsobem a jak často ty a tvoje rodina trávíte společně volný čas?“ Přesto, že velká část souboru se nachází ve věku, kdy si mladý člověk vytváří vlastní identitu a nechce připustit, aby byl omezován rodiči, zůstává vysoké procento respondentů, kteří ve všech věkových skupinách vypověděli, že tráví nejméně 1 × týdně svůj volný čas s rodiči. Náplň volného času se s věkem dotázaných mění. Významně méně často patnáctiletí hrají společenské hry, chodí na procházky a s rodiči sportují. Výpovědi chlapců a dívek se neliší.

Sociální prostředí školy

Škola by neměla být institucí, kde se dětem pouze předávají informace v jednotlivých předmětech. Úkolem školy je vytvářet při vzdělávacích aktivitách prostor pro rozvoj osobních předpokladů a schopností žáků pro naplňování jejich potřeb, ovlivňovat kvalitu života dětské populace.

Subjektivní hodnocení sociálního prostředí školy je v této studii zjišťováno několika otázkami. Žáci vyjadřovali názory na jednání učitelů, hodnotili svůj vztah ke škole a uváděli své pocity, nálady, které prožívali v posledních několika měsících.

Graf 4 Názory žáků na učitele

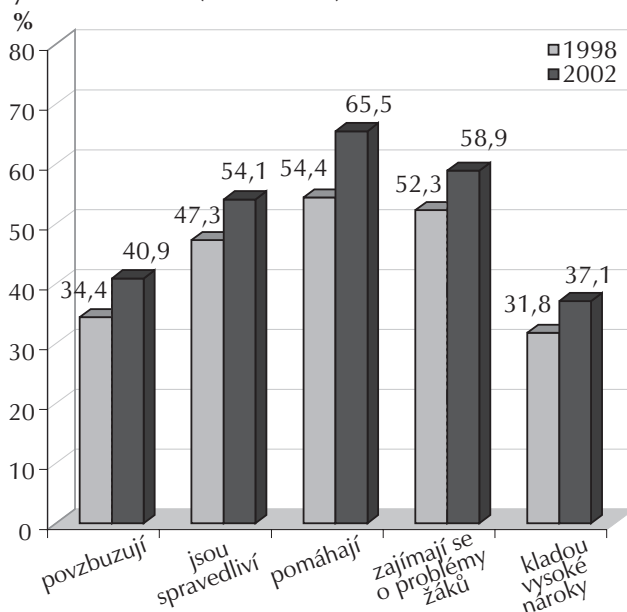


Z grafu 4 jsou patrné výrazné rozdíly v hodnocení jednání učitelů v závislosti na věku dotázaných. Zatímco téměř tři čtvrtiny jedenáctiletých žáků považují své učitele za spravedlivé a shodují se na tom, že jim pomáhají a zajímají se o jejich problémy, v patnácti letech kladně hodnotí své učitele už pouze třetina až polovina dotázaných. Nebyl zjištěn rozdíl v názorech chlapců a dívek.

Zajímavé je, že méně patnáctiletých žáků se domnívá, ve srovnání s jejich mladšími spolužáky, že učitelé na ně kladou nepřiměřené nároky.

Z grafu 5 je patrné, že respondenti v roce 2002 ve srovnání s rokem 1998 hodnotí jednání učitelů ve významně vyšším procentu kladně (Provazníková a kol., 1999).

Graf 5 **Názory žáků na učitele (1998 a 2002)**



Školní zátěž považuje za stresující pouze malé procento žáků, ale na otázku, zda se cítí ve škole dobře, zda se jim ve škole líbí, odpověděla více než třetina chlapců a čtvrtina dívek negativně. Názory na školu se významně mění s věkem respondentů.

Tabulka 4 zachycuje zájem rodičů o studijní problémy a potřeby dětí, který byl zjišťován v roce 1998.

S věkem dětí ubývá rodičů, kteří se o jejich školní problémy zajímají, ale pouze malé procento respondentů bez rozdílu věku (4,5–6,0) uvedlo, že rodiče jejich studiu nevěnují žádnou pozornost. Přibližně třetina žáků, jak v roce 1998, tak v roce 2002, se

domnívá, že rodiče na ně kladou ve vztahu ke škole nepřiměřeně vysoké nároky. Tento názor se u obou pohlaví s věkem významně nemění.

Tabulka 3 **Názory žáků na školu (%)**

	11 let	13 let	15 let	celkem
ve škole se necítí dobře	24,2	33,7	41,4	33,1
školní zátěž je stresující	4,7	7,8	6,4	6,3
měl(a) dvojku z chování	2,5	5,8	7,3	5,2

Tabulka 4 **Rodiče se zajímají o školní problémy dětí (% 1998)**

	chlapci	dívky	celkem
pomohou	79,2	78,6	78,9
promluví s učiteli	60,3	61,7	61,0
povzbuzují	88,5	86,3	87,4
kladou příliš vysoké nároky	36,1	29,7	32,9
odměňují	35,4	30,1	32,8
trestají	10,4	6,0	8,2

Vrstevníci

Děti tráví stále více času ve formálních (škola, zájmové kroužky) i neformálních vrstevnických skupinách. Vliv dospělého jedince, rodiče, učitele, vychovatele je v těchto skupinách omezený. Vztahy mezi vrstevníky mají velký význam pro formování, rozvoj identity každého jedince. Získání přijatelného postavení ve skupině, akceptování vrstevníky je důležité pro rozvíjení schopností dítěte především v sociální oblasti (Havlíková a Kolář, 2002).

Rozložení odpovědí na otázky charakterizující vztahy mezi skupinami českých dětí ve třídě ukazuje na určité těžkosti ve vzájemné komunikaci, podpoře a pomoci.

Tabulka 5 **Vztahy mezi spolužáky (%)**

	11 let	13 let	15 let	celkem
žáci jsou rádi spolu	61,6	49,8	41,0	50,8
žáci jsou milí a pomáhají si	56,0	40,6	33,8	43,5
žáci se respektují	76,9	71,3	70,7	73,0
byl(a) šikanován(a) během posledních měsíců	16,9	17,1	14,0	16,0
účastnil(a) se šikany během posledních měsíců	9,8	17,5	20,1	15,7
popral(a) se alespoň 1× během posledních 6 měsíců	20,1	18,2	12,8	16,9

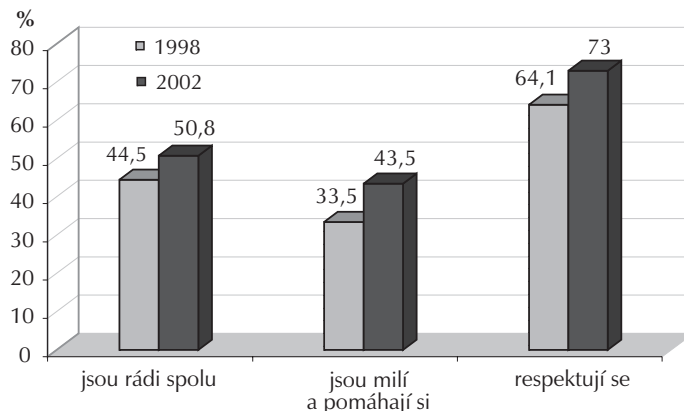
Pouze polovina dotázaných udává, že jsou žáci rádi spolu, a ještě méně respondenti se domnívá, že spolužáci jsou milí a rádi pomohou. Míra spokojenosti se u žáků významně snižuje s věkem. Srovnáme-li výpovědi českých chlapců a dívek v roce 1998 a 2002, je naznačen v jejich chování pozitivní trend (graf 6).

Pozornost si vyžadují údaje o násilném chování uvnitř vrstevnické skupiny.

Více než 17 % třináctiletých a 20 % patnáctiletých (významně více chlapců) se účastnilo během posledních měsíců šikanování. Je zajímavé, že ve srovnání s výsledky ostatních zúčastněných států patří Česká republika mezi země, kde je nejnižší počet dětí, bez rozdílu věku a pohlaví, které se k násilnému chování přihlásily.

Položili jsme si otázku, do jaké míry se budou lišit názory na jednání učitelů a hodnocení vztahů uvnitř skupin vrstevníků mezi těmi, kterým se ve škole líbí, a ostatními, kteří hodnotí školu negativně. Názory žáků na učitele jsou shrnuty v tabulce 6.

Graf 6 Vztahy mezi spolužáky (1998 a 2002)

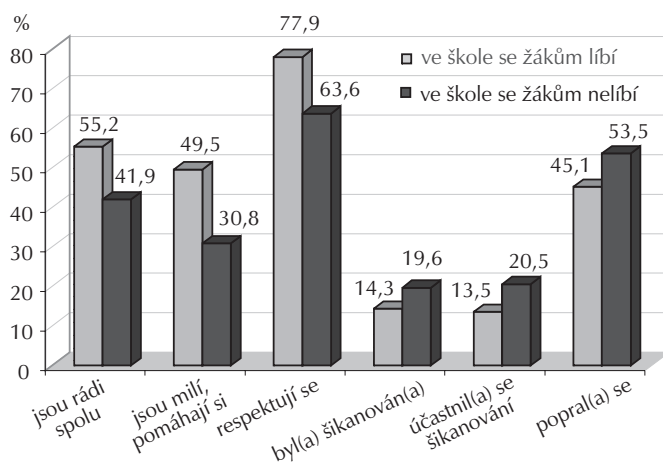


Tabulka 6 Názory žáků na učitele (vztah ke škole) (%)

ve škole	chlapci		dívky		celkem	
	líbí	nelíbí	líbí	nelíbí	líbí	nelíbí
učitelé žáky povzbuzují	50,2	28,5	45,3	26,3	47,8	27,4
učitelé jsou spravedliví	64,9	40,5	60,9	32,7	62,9	36,6
učitelé pomáhají	73,6	48,7	74,0	49,2	73,8	48,9
učitelé se zajímají o problémy žáků	66,6	44,9	66,2	42,1	66,4	43,5
učitelé hodnotí znalosti žáků jako dobré	58,2	39,1	63,3	42,2	60,8	40,8
učitelé kladou nepřiměřeně vysoké nároky	37,3	41,2	34,8	37,0	36,1	39,1

Skupina dotázaných, kteří vyjádřili nespokojenost se školou, má ve významně nižším procentu pocit, že učitelé jsou spravedliví, že žáky povzbuzují a pomáhají jim, 12 % považuje školní zátěž za stresující. Také vztahy uvnitř třídy hodnotí soubor nespokojených ve větší míře negativně ve srovnání se skupinou dětí spokojených. Chlapci i dívky, kterým se ve škole nelíbí, byli častěji šikanováni, ale také se častěji šikany účastnili (graf 7). Polovina z nich se během posledního roku více než třikrát poprala a téměř 14 % chlapců a 4 % dívek dostaly dvojku z mravů.

Graf 7 Vztahy mezi spolužáky (vztah ke škole)



Prekvapující je vysoké procento mládeže ať spokojené, či nespokojené se školou, která udává v posledních šesti měsících výskyt různých subjektivních obtíží, nepříjemných pocitů (tabulka 7). Z tabulky je patrné, že stížnosti, které vypovídají o celkovém duševním dyskomfortu, se objevují významně častěji u skupiny chlapců a děvčat, kterým se ve škole nelíbí.

Tabulka 7 Obtíže v posledních 6 měsících několikrát týdně (vztah ke škole) (%)

ve škole	chlapci		dívky		celkem	
	líbí	nelíbí	líbí	nelíbí	líbí	nelíbí
bolesti hlavy	14,7	23,5	28,6	44,6	29,0	34,1
pocitý skleslosti	8,1	16,2	16,9	38,0	12,5	27,1
špatná nálada	39,9	59,4	57,7	81,1	48,8	70,3
nervozita, napětí	51,4	59,6	58,3	78,1	54,9	68,9
obavy, strach	15,4	20,9	35,9	57,6	26,7	39,3
únava, vyčerpání	63,8	69,3	64,0	81,1	63,8	75,2

Změny nálady, nervozita, strach i únava a vyčerpání úzce souvisí s nepřiměřenou zátěží, stresem v některé oblasti života. V období dětství a dospívání je vyvíjející se organismus snadno zranitelný a je třeba vážit míru rizika nepřiměřené zátěže jak z rodiny, tak školy i skupiny vrstevníků.

Uvedené výsledky mezinárodní deskriptivní studie zachycují, do určité míry, kvalitu života mládeže a zároveň upozorňují na problémy, které mohou ovlivňovat její životní pohodu, její somatické, psychické, sociální zdraví. Na tyto výsledky by měly navazovat dílčí analytické studie, které odhalí příčiny zjištěných problémů.

Literatura

Dlouhodobý program zlepšování zdravotního stavu obyvatelstva ČR – Zdraví pro všechny v 21. století, Usnesení vlády České republiky 1046 ze dne 30. 10. 2002.

Havlíková M, Kolář M. Sociální klima v prostředí základních škol ČR. Učitelství listy 2002; 2001–2002 (8): 12–14.

Koukolník F, Drtinová J. Vzpouza deprivantů. Praha: Makropulos, 1996; 303.

Matoušek O, Kroftová A. Mládež a delikvence. Praha: Portál, 1998; 335.

Nešpor K, Csémy L, Provazníková H. Dotazník pro dospívající identifikující rizikové oblasti. Praha: SZU, 1998; 48.

Provazníková H, Komárek L, a kol. Jak jsou na tom se zdravím naše děti na prahu 21. století. Praha: SZU, 1999; 64.

Vágnerová M. Vývojová psychologie I. Praha: Karolinum, 1997; 357.

World Health Declaration, World Health Assembly, May 1998.

Výživa a tělesná aktivita českých dětí

Součástí dotazníku HBSC 2002 bylo i hodnocení stravovacích zvyklostí dětí formou dotazníku frekvence spotřeby potravin sedmistupňovou škálou. Pro hodnocení byly 3 kategorie spotřeby sloučeny v kategorii spotřeby nápojů minimálně 1 × týdně, ale ne denně.

Otázky byly zaměřeny na hodnocení frekvence spotřeby ovoce, zeleniny, nápojů s vysokým obsahem cukru (kola apod.) a sladkostí a čokolády.

Spotřeba **nápojů s vysokým obsahem cukru** (kolové apod.) je často spojována s konzumací potravin rychlého občerstvení („fast food“). Ve vyšetřeném souboru více než polovina dětí (50,9 %) pije nápoje s vysokým obsahem cukru minimálně 1 × týdně, ale ne denně. Téměř pětina z nich (19 %) konzumuje tyto nápoje každý den a téměř desetina z nich (9,6 %) je konzumuje častěji než 1 × denně. Zřídka nebo nikdy ne Konzumuje tyto nápoje pětina dotazovaných dětí (20,3 %). Spotřebu nápojů s vysokým obsahem cukru neuvedlo 0,2 % dětí (n = 12). Rozdíly ve spotřebě nápojů s vysokým obsahem cukru podle věku a podle pohlaví jsou uvedeny v tabulce 1.

Tabulka 1 **Spotřeba nápojů s vysokým obsahem cukru (%)**

pohlaví	věková skupina	spotřeba nápojů s vysokým obsahem cukru				
		>1 × denně	každý den	min. 1 × týdně, ne denně	zřídka	nikdy
chlapci	věk 11	9,3	17,6	52,5	15,7	4,0
	věk 13	10,6	20,6	53,6	12,4	2,7
	věk 15	14,5	20,1	50,9	12,3	2,0
dívky	věk 11	6,2	17,0	53,8	17,9	5,0
	věk 13	7,7	21,0	47,3	18,7	5,1
	věk 15	9,4	17,8	47,9	19,4	5,5
chlapci	celkem	11,5	19,4	52,3	13,5	2,9
dívky	celkem	7,8	18,6	49,7	18,7	5,2
celkem		9,6	19,0	50,9	16,2	4,1

Z tabulky 1 je patrný rozdíl ve spotřebě těchto nápojů mezi oběma pohlavími. Dívky častěji nepijí nápoje s vysokým obsahem cukru (kola apod.), nepijí je vůbec (5,2 % dívek oproti 2,9 % chlapců) nebo je pijí zřídka (18,7 % dívek oproti 13,5 % chlapců).

Chlapci častěji pijí nápoje s vysokým obsahem cukru minimálně 1 × týdně (52,3 % chlapců oproti 49,7 % dívek), téměř pětina je pije každý den (19,4 % chlapců oproti 18,6 % dívek) a dalších 11,5 % chlapců pije tyto nápoje častěji než 1 × denně (11,5 % chlapců oproti 7,8 % dívek). Rozdíly mezi pohlavími jsou vysoce statisticky významné ($p < 0,001$).

Rozdílná je spotřeba nápojů s vysokým obsahem cukru i mezi věkovými skupinami chlapců i dívek.

11,5 % chlapců pije nápoje s vysokým obsahem cukru častěji než 1× denně a 19,4 % chlapců je pije každý den. S věkem vzrůstá spotřeba nápojů častěji než 1× denně (desetina chlapců jedenáctiletých – 9,3 % oproti 14,5 % patnáctiletých). S věkem klesá podíl chlapců, kteří pijí tyto nápoje zřídka nebo nikdy (19,7 % jedenáctiletých oproti 14,3 % patnáctiletých).

S věkem spotřeba minimálně 1× týdně (ne denně kolísá), nejvyšší je u třináctiletých, nejnižší u 15letých, jak je patrné z tabulky 1. Rozdíly ve spotřebě nápojů s vysokým obsahem cukru mezi jednotlivými věkovými skupinami chlapců jsou statisticky významné ($p < 0,001$).

Spotřeba nápojů s vysokým obsahem cukru minimálně 1× týdně (ne denně) mezi dívkami s věkem kolísá, jak je patrné z tabulky 1. Téměř pětina dívek pije kolové nápoje zřídka (18,7 %) a také každý den (18,6 %). Zatímco dívek, které pijí tyto nápoje zřídka, s věkem přibývá (17,9 % jedenáctiletých a 19,4 % patnáctiletých), dívek, které pijí tyto nápoje každý den je nejvíce ve skupině třináctiletých. Spotřeba více než 1× denně stoupá u dívek s věkem. Rozdíly ve spotřebě nápojů s vysokým obsahem cukru mezi jednotlivými věkovými skupinami dívek jsou statisticky významné ($p = 0,002$).

11,5 % chlapců a 7,8 % dívek pije nápoje s vysokým obsahem cukru (kola apod.) **více než 1× denně**. Spotřeba těchto nápojů **více než 1× denně klesá se vzrůstajícím věkem u obou pohlaví**. Z hlediska výsledků o spotřebě alkoholických nápojů lze předpokládat, že tyto nápoje jsou nahrazovány některým z druhů alkoholických nápojů.

Rozdíly mezi pohlavími v udávané spotřebě **ovoce** jsou patrné již od nejmladší věkové skupiny – významně více dívek než chlapců konzumuje ovoce více než 1× denně. S věkem kolísá u obou pohlaví procento těch, kteří konzumují ovoce zřídka, a snižuje se podíl těch, kteří nekonzumují ovoce nikdy. Spotřebu ovoce neuvedlo 0,3 % dětí ($n = 14$).

Tabulka 2 **Spotřeba ovoce podle věku a pohlaví (%)**

pohlaví	věková skupina	spotřeba ovoce				
		>1× denně	každý den	min. 1× týdně, ne denně	zřídka	nikdy
chlapci	věk 11	10,3	31,0	51,8	4,1	2,1
	věk 13	9,5	26,8	58,5	3,7	1,4
	věk 15	9,8	19,1	65,4	4,3	1,1
dívký	věk 11	14,3	39,7	41,8	3,5	0,6
	věk 13	14,6	32,6	49,5	2,6	0,3
	věk 15	17,1	27,9	67,7	3,3	0,2
chlapci	celkem	9,9	25,7	58,6	4,1	1,5
dívký	celkem	15,3	33,4	47,6	3,1	0,4
celkem		12,7	29,7	52,8	3,6	0,9

Ve vyšetřeném souboru se liší udávaná konzumace ovoce mezi oběma pohlavími ($p < 0,001$). Dívky i chlapci jedí nejčastěji ovoce minimálně 1 × týdně, ne však denně (58,6 % chlapců a 47,6 % dívek). Třetina dívek jí ovoce každý den (33,4 %), chlapců pak jedna čtvrtina (25,7 %). Ovoce nikdy nejí jen 0,4 % dívek oproti 1,5 % chlapců. Také v doporučené spotřebě více než 1 × denně se spotřeba dívek významně liší od spotřeby chlapců (15,3 % dívek a 9,9 % chlapců). S věkem klesá počet chlapců, kteří ovoce nekonzumují nikdy a podíl chlapců, kteří konzumují ovoce každý den (31 % – třetina jedenáctiletých oproti 19 % – pětině patnáctiletých).

S věkem vzrůstá podíl chlapců, kteří konzumují ovoce minimálně 1 × týdně, ne denně.

Spotřebu ovoce častěji než 1 × denně udává pouze desetina chlapců, rozdíl mezi věkovými skupinami není statisticky významný. Celkově v souboru chlapců převládá udávaná spotřeba ovoce minimálně 1 × týdně (58,6 %) a každý den (25,7 %).

Pouze 3,5 % dívek nejí ovoce nikdy, nebo je jí zřídka. Třetina dívek konzumuje ovoce každý den (33,4 %). S věkem spotřeba ovoce každý den u dívek klesá (39,7 % jedenáctiletých dívek oproti 27,9 % patnáctiletých).

Více než dvě pětiny dívek (47,6 %) konzumují ovoce minimálně 1 × týdně, ne však denně, s věkem se spotřeba ovoce v této kategorii zvyšuje (41,8 % dívek jedenáctiletých oproti 67,7 % patnáctiletých). Rozdíly ve spotřebě jsou statisticky významné ($p < 0,001$). Častěji než 1 × denně konzumuje ovoce 15,3 % dívek, potřeba stoupá s věkem. Rozdíl ve spotřebě 1 × denně mezi věkovými skupinami je statisticky významný ($p < 0,001$).

Pětina dětí udává, že **zeleninu** jedí každý den, častěji dívky než chlapci. Podíl dětí konzumujících zeleninu více než 1 × denně je přibližně stejný jako podíl dětí, které konzumují zeleninu zřídka (7,1 % oproti 6,0 %). S věkem se u obou pohlaví zvyšuje spotřeba minimálně 1 × týdně, ne však denně, častěji u chlapců než u dívek. Spotřebu zeleniny neuvedlo 0,3 % dětí ($n = 17$) (tabulka 3).

Tabulka 3 **Spotřeba zeleniny podle věku a pohlaví (%)**

pohlaví	věková skupina	spotřeba zeleniny				
		> 1 × denně	každý den	min. 1 × týdně, ne denně	zřídka	nikdy
chlapci	věk 11	6,3	21,8	59,7	8,4	2,7
	věk 13	4,9	17,6	67,4	7,3	2,8
	věk 15	5,7	14,6	70,0	7,4	2,0
dívky	věk 11	8,4	26,6	57,4	5,5	1,7
	věk 13	7,6	22,5	62,7	5,2	1,7
	věk 15	9,1	20,5	66,2	2,7	1,5
chlapci	celkem	5,6	18,0	65,6	7,7	2,5
dívky	celkem	8,4	23,2	62,0	4,5	1,7
celkem		7,1	20,7	63,8	6,0	2,1

Ve vyšetřeném souboru pozorujeme statisticky významné rozdíly ve spotřebě zeleniny mezi oběma pohlavími ($p < 0,001$).

Nejčastěji konzumují děti obou pohlaví zeleninu 2–4 dny v týdnu (32,3 %). Zeleninu nikdy nejí 1,7 % dívek a 2,5 % chlapců. Každý den jí zeleninu čtvrtina dívek (23,2 %) a pětina chlapců (18 %). Více než 1 × denně konzumuje zeleninu 8,4 % dívek a 5,6 % chlapců.

Udávaná spotřeba zeleniny každý den klesá u chlapců s věkem (21,8 % jedenáctiletých, 14,6 % patnáctiletých). Nejčastěji chlapci všech věkových skupin udávají spotřebu zeleniny 2–4 dny v týdnu, tato spotřeba narůstá s věkem (27,6 % jedenáctiletých oproti 37,5 % patnáctiletých). Celkově třetina chlapců (33,5 %) uvedla spotřebu zeleniny 2–4 dny v týdnu, 18,8 % 5–6 dnů v týdnu a každý den 18 % chlapců.

S věkem klesá podíl chlapců, kteří nikdy nekonzumují zeleninu (2,7 % jedenáctiletých a 2,0 % patnáctiletých). Rozdíly ve spotřebě zeleniny mezi věkovými kategoriemi chlapců jsou statisticky vysoce významné ($p < 0,001$).

Téměř třetina dívek konzumuje zeleninu 2–4 dny v týdnu (31,1 %). Spotřeba zeleniny 2–4 dny v týdnu stoupá s věkem.

Téměř čtvrtina dívek (23,2 %) konzumuje zeleninu každý den, spotřeba v této kategorii však klesá s věkem (pětina 20,5 % patnáctiletých dívek oproti čtvrtině 26,6 % jedenáctiletých dívek). Pětina dívek konzumuje zeleninu 5–6 dnů v týdnu (20,7 %) a spotřeba stoupá s věkem. Častěji než 1 × denně konzumuje zeleninu 8,4 % dívek, spotřeba je nejvyšší u patnáctiletých dívek a nejnižší u jedenáctiletých dívek. Obdobná situace je i u konzumace zeleniny 1 × týdně.

Nikdy nekonzumuje zeleninu 1,7 % dívek a zřídka 4,5 % dívek. Rozdíly ve spotřebě zeleniny mezi věkovými kategoriemi dívek jsou statisticky významné ($p < 0,05$).

Z hodnocení vyplývá, že frekvence spotřeby ovoce více než 1 × denně (jako doporučené minimum pro zajištění vhodného přívodu ochranných látek je frekvence 5 × za den ovoce a zeleninu) je vyšší než frekvence spotřeby syrové zeleniny. U obou pohlaví však klesá s věkem konzumace ovoce i zeleniny více než 1 × denně.

Sladkosti konzumuje téměř třetina dětí (29,8 %) 2–4 dny v týdnu, 18,1 % dětí každý den a 1 × týdně 16,6 % dětí. Téměř třetina dívek (30,3 %) i chlapců (29,2 %) je požívá 2–4 dny v týdnu. Téměř pětina dívek (19,1 %) a 17 % chlapců jí sladkosti každý den. Více než 1 × denně požívá sladkosti méně dívek (5,7 %) než chlapců (8,5 %). Nikdy nejí sladkosti 2,5 % chlapců a 2,2 % dívek. Spotřebu sladkostí neuvedlo 0,4 % dětí ($n = 10$).

Spotřeba sladkostí mezi oběma pohlavími se liší statisticky významně ($p < 0,001$).

Sladkosti a čokoládu si dopřává 2–4 dny v týdnu téměř třetina chlapců (29,2 %), s věkem tato spotřeba vzrůstá (28,1 % jedenáctiletých oproti 30,1 % patnáctiletých).

Každý den jí sladkosti 17 % chlapců, 5–6 dnů v týdnu 16,7 % chlapců, s věkem u obou kategorií spotřeba vzrůstá (15,0 % jedenáctiletých oproti 17,6 % patnáctiletých) každý den, 5–6 dnů v týdnu 15,4 % jedenáctiletých oproti 18,1 % patnáctiletých).

Tabulka 4 **Spotřeba sladkostí podle věku a pohlaví (%)**

pohlaví	věková skupina	spotřeba sladkostí				
		>1 × denně	každý den	min. 1 × týdně, ne denně	zřídka	nikdy
chlapci	věk 11	6,8	15,0	62,1	12,1	3,0
	věk 13	9,4	18,5	61,4	8,2	2,6
	věk 15	9,4	17,6	61,2	9,6	1,9
dívky	věk 11	6,1	21,0	59,8	10,3	2,4
	věk 13	4,9	18,5	65,5	8,5	2,5
	věk 15	6,2	17,7	65,8	8,7	1,6
chlapci	celkem	8,5	17,0	61,6	10,0	2,5
dívky	celkem	5,7	19,1	63,7	9,2	2,2
celkem		7,1	18,1	62,7	9,6	2,3

Zřídka či nikdy konzumuje sladkosti 12,5 % chlapců, jejich podíl klesá s věkem (15,1 % jedenáctiletých oproti 11,5 % patnáctiletých). Rozdíl ve spotřebě sladkostí se ve věkových skupinách chlapců statisticky významně liší ($p < 0,001$).

Téměř třetina dívek uvádí, že sladkosti a čokoládu jí 2–4 dny v týdnu (30,3 %). Spotřeba je vyšší u třináctiletých a patnáctiletých než u jedenáctiletých. Téměř pětina dívek (19,1 %) jí sladkosti a čokoládu každý den, spotřeba s věkem klesá (21,0 % jedenáctiletých oproti 17,7 % patnáctiletých dívek).

S věkem klesá i spotřeba sladkostí 1 × týdně, celkem jí sladkosti 1 × týdně 17,5 % dívek. Zřídka či nikdy jí sladkosti 11,4 % dívek, s věkem se spotřeba příliš neliší. Více než 1 × denně konzumuje sladkosti 5,7 % dívek, s věkem se spotřeba příliš nemění.

Rozdíly ve spotřebě sladkostí podle věkových skupin dívek nejsou statisticky významné ($p = 0,14$).

Svou **postavu** jako přiměřenou („tak akorát“) hodnotí více než polovina dětí (55,8 %), dvě třetiny chlapců, polovina dívek. Čtvrtina dětí (23,8 %) hodnotí svou postavu jako trochu tlustou, převažují dívky (64,8 % dívek oproti 35,2 % chlapců). Jako trochu hubenou hodnotí svou postavu 14,4 % dětí, častěji chlapci než dívky. Oba extrémy v hodnocení postavy – příliš hubená a příliš tlustá – jsou zastoupeny přibližně stejným podílem dětí (2,8 %, respektive 2,9 %). U kategorie hodnocení postavy příliš hubená převažují chlapci, u kategorie příliš tlustá dívky. Dívky jsou v hodnocení své postavy kritičtější než chlapci. Hodnocení své postavy neuvedlo 0,3 % dětí ($n = 15$).

S věkem klesá podíl chlapců, kteří hodnotí svou postavu jako příliš tlustou nebo trochu tlustou (21,1 % jedenáctiletých oproti 16,3 % patnáctiletých). Stejný jev pozorujeme u chlapců, kteří hodnotí svou postavu jako příliš hubenou (3,2 %). Patnáctiletí chlapci hodnotí postavu jako trochu hubenou, třináctiletí chlapci pak nejčastěji hodnotí svou postavu jako přiměřenou (63,1 %). U těchto dvou kategorií hodnocení po-

stavy kolísají rozdíly mezi věkovými skupinami. Rozdíly mezi věkovými kategoriemi chlapců jsou statisticky významné ($p < 0,001$).

Tabulka 5 **Hodnocení postavy podle věku a pohlaví (%)**

pohlaví	věková skupina	hodnocení vlastní postavy				
		příliš tlustá	trochu tlustá	tak akorát	trochu hubená	příliš hubená
chlapci	věk 11	2,3	18,8	59,0	15,0	4,4
	věk 13	1,8	18,7	63,1	13,2	2,9
	věk 15	1,5	14,8	60,8	20,6	2,1
dívky	věk 11	3,2	22,3	57,7	13,4	3,2
	věk 13	4,4	31,8	46,1	14,6	2,7
	věk 15	3,9	35,0	49,5	9,7	1,6
chlapci	celkem	1,9	17,4	60,9	16,3	3,2
dívky	celkem	3,8	29,7	51,1	12,6	2,5
celkem		2,9	23,8	55,8	14,4	2,8

S věkem klesá podíl dívek, které hodnotí svou postavu jako příliš hubenou (3,2 % jedenáctiletých a 1,6 % patnáctiletých dívek). Stoupá také podíl dívek, které se považují za „trochu tlusté“ (22,3 % jedenáctiletých, 35,0 % patnáctiletých). Dívky, které považují svou postavu za normální, je nejvíce ve skupině jedenáctiletých (57,7 %) a nejméně ve skupině třináctiletých (46,1 %). Dívky, které hodnotí svou postavu jako „trochu hubenou“ a „příliš tlustou“ je nejvíce ve skupině třináctiletých (14,6 %, respektive 4,4 %).

Rozdíly mezi jednotlivými věkovými kategoriemi jsou statisticky významné ($p < 0,001$).

Více než dvě pětiny dětí (44,6 %) **dietu** nedrží a ani nedělá nic jiného ke snížení hmotnosti, neboť svou hmotnost považují za normální, častěji však chlapci než dívky. Čtvrtina (27 %) dětí dietu nedrží, ale potřebuje něco shodit. V této kategorii odpovědělo 34,5 % dívek a 18,9 % chlapců. Děti, které dietu drží, je 15,8 %. V této kategorii odpovědělo 21,4 % dívek oproti 9,8 % chlapců. Dietu nedrží, protože potřebují spíše něco přibrat, celkem 12,5 % dětí. V této kategorii odpovědělo 15,8 % chlapců oproti 9,3 % dívek. Rozdíly mezi pohlavími jsou statisticky významné ($p < 0,001$). Hodnocení své postavy neuvádělo 0,2 % dětí ($n = 10$).

Více než polovina chlapců (55,3 %) dietu nedrží, neboť svou hmotnost považují za normální. S věkem se podíl chlapců příliš nemění, nejvyšší je u patnáctiletých (54,4 % jedenáctiletých, 58,9 % patnáctiletých). Téměř pětina chlapců (18,9 % nedrží dietu, ale potřebovali by něco shodit). Nejvyšší podíl má tato kategorie hodnocení postavy u třináctiletých chlapců, nejnižší podíl u patnáctiletých chlapců (22,7 % třináctiletých, 14,1 % patnáctiletých). S věkem přibývá chlapců, kteří si myslí, že by měli něco přibrat, a proto nedrží žádnou dietu (15,8 % chlapců celkem, 15,1 % třináctiletých,

17,7 % patnáctiletých). Dietu drží 9,8 % chlapců a jejich podíl s věkem klesá (10,8 % jedenáctiletých a 9,2 % patnáctiletých). Rozdíly v hodnocení mezi věkovými kategoriemi chlapců jsou statisticky významné ($p < 0,001$).

Tabulka 6 **Dodržování diety za účelem snížení hmotnosti podle věku a pohlaví (%)**

pohlaví	věková skupina	dodrжуje dietu za účelem snížení hmotnosti			
		ano	ne, potřebuji spíše přibrat	ne, potřebuji spíše shodit	ne, mám normální hmotnost
chlapci	věk 11	10,8	14,5	19,9	54,4
	věk 13	9,4	15,1	22,7	52,7
	věk 15	9,2	17,7	14,1	58,9
dívky	věk 11	12,7	9,6	31,9	45,3
	věk 13	22,9	11,1	33,8	32,0
	věk 15	28,7	7,3	37,7	26,3
chlapci	celkem	9,8	15,8	18,9	55,3
dívky	celkem	21,4	9,3	34,5	34,6
celkem		15,8	12,5	27,0	44,6

S věkem stoupá podíl dívek, které drží dietu (12,7 % jedenáctiletých a 28,7 % patnáctiletých). S věkem stoupá i podíl dívek, které dietu nedrží, ale potřebují něco shodit (31,9 % jedenáctiletých, 37,7 % patnáctiletých). Podíl dívek, které nedrží dietu a svou hmotnost považují za normální, a dívek které nedrží dietu a potřebují něco přibrat, s věkem kolísá, nejvyšší podíl je u třináctiletých dívek. Rozdíly mezi jednotlivými věkovými kategoriemi jsou statisticky významné ($p < 0,001$).

Tělesná aktivita dětí byla hodnocena podle toho v **kolika dnech z posledních sedmi se věnovaly fyzické aktivitě alespoň jednu hodinu a v kolika dnech běžného týdne se věnují fyzické aktivitě alespoň 1 hodinu.**

V posledních 7 dnech uvedla o málo více než čtvrtina dětí (26,6 %), že se věnovala fyzické aktivitě alespoň 1 hodinu každý den z posledních 7 dnů. Chlapci se fyzické aktivitě věnovali častěji než dívky (31,1 % chlapců, 22,3 % dívek). Šest dnů z posledního týdne se věnovalo fyzické aktivitě 10,7 % chlapců a 7,4 % dívek, celkem dalších 9,0 % dětí. Každý den nebo 6 dnů v posledním týdnu se tedy fyzické aktivitě věnovala více než třetina dětí (35,6 %), chlapci více (41,7 %) než dívky (29,7 %). Rozdíl mezi pohlavími je statisticky významný ($p < 0,001$).

Se snižujícím se počtem dnů v posledním týdnu, ve kterých se děti věnovaly fyzické aktivitě alespoň 1 hodinu denně, převažují dívky nad chlapci, a to zejména v kategorii 3 dny v posledním týdnu (17,3 % dívek a 12,1 % chlapců). Děti, které se fyzické aktivitě nevěnovaly v posledním týdnu vůbec, je 3,5 % (3,4 % chlapců a 3,7 % dívek).

V běžném týdnu se každý den věnuje fyzické aktivitě alespoň 1 hodinu 21,9 % dětí (26,4 % chlapců a 17,7 % dívek). Každý den nebo 6 dnů v běžném týdnu se fyzické ak-

tivitě věnuje alespoň 1 hodinu téměř třetina dětí (30,1 %), více chlapců (36,2 %) než dívek (24,4 %). Rozdíl mezi pohlavími je statisticky významný ($p < 0,001$).

Jeden den v týdnu se alespoň 1 hodinu věnuje fyzické aktivitě 7,9 % dětí, více dívek než chlapců (9,2 % dívek, 6,6 % chlapců). Děti, které se nevěnují fyzické aktivitě vůbec, je 3,5 %. Je mezi nimi více dívek než chlapců (3,9 % dívek, 3,0 % chlapců).

Tabulka 7 **Tělesná aktivita v posledních 7 dnech podle pohlaví a věku (%)**

věk	dny	pohlaví		všichni
		chlapci	dívky	
11 let	0	5,6	4,6	5,1
	1	6,1	6,1	6,1
	2	10,9	10,9	10,9
	3	11,7	14,7	13,2
	4	12,1	14,7	13,4
	5	11,5	13,8	12,7
	6	7,9	8,0	7,9
	7	34,3	27,3	30,7
	celkem	100,0	100,0	100,0
13 let	0	1,5	3,1	2,3
	1	5,6	7,8	6,8
	2	8,8	12,0	10,5
	3	11,4	17,9	14,9
	4	15,5	16,1	15,8
	5	12,2	14,4	13,4
	6	12,8	6,8	9,6
	7	32,1	21,8	26,6
	celkem	100,0	100,0	100,0
15 let	0	3,0	3,3	3,1
	1	5,3	8,9	7,2
	2	8,6	14,8	11,7
	3	13,0	19,4	16,3
	4	15,4	13,6	14,5
	5	16,1	14,8	15,4
	6	11,5	7,5	9,5
	7	27,0	17,8	22,3
	celkem	100,0	100,0	100,0

celkem	0	3,4	3,7	3,5
	1	5,7	7,6	6,7
	2	9,5	12,5	11,1
	3	12,1	17,3	14,8
	4	14,3	14,8	14,6
	5	13,3	14,3	13,8
	6	10,7	7,4	9,0
	7	31,1	22,3	26,6
	celkem	100,0	100,0	100,0

Tabulka 8 **Tělesná aktivita v běžném týdnu podle pohlaví a věku**

věk	dny	pohlaví		všichni
		chlapci	dívky	
11 let	0	4,6	4,9	4,7
	1	7,9	7,9	7,9
	2	10,7	17,2	14,0
	3	12,1	16,3	14,3
	4	15,5	12,1	13,8
	5	11,6	12,5	12,1
	6	6,5	6,9	6,7
	7	31,1	22,2	26,6
	celkem	100,0	100,0	100,0
13 let	0	1,9	3,0	2,5
	1	6,9	10,4	8,8
	2	11,3	15,8	13,7
	3	13,1	17,6	15,5
	4	13,7	17,7	15,8
	5	15,1	12,0	13,5
	6	12,1	6,6	9,2
	7	25,9	16,9	21,1
	celkem	100,0	100,0	100,0

15 let	0	2,5	3,9	3,2
	1	4,8	9,1	7,0
	2	10,2	18,6	14,5
	3	15,8	20,5	18,2
	4	16,7	15,5	16,1
	5	17,0	12,1	14,5
	6	10,9	6,6	8,7
	7	22,1	13,8	17,8
	celkem	100,0	100,0	100,0
celkem	0	3,0	3,9	3,5
	1	6,6	9,2	7,9
	2	10,7	17,2	14,1
	3	13,6	18,1	16,0
	4	15,3	15,1	15,2
	5	14,6	12,2	13,3
	6	9,8	6,7	8,2
	7	26,4	17,7	21,9
	celkem	100,0	100,0	100,0

Závěr

Z předchozích výsledků lze usuzovat, že **dívky věnují své postavě větší pozornost než chlapci již od nejmladší věkové skupiny**, více se věnují svým stravovacím zvyklostem ve smyslu omezování příjmu energie než chlapci, čemuž odpovídají i rozdíly ve frekvenci spotřeby nápojů s vysokým obsahem cukru a spotřeba sladkostí. Varující z hlediska možného vzniku psychogenně podmíněných poruch příjmu potravy je **poměrně vysoký podíl dívek, které drží dietu za účelem snížení hmotnosti**.

Fyzické aktivitě se v běžném týdnu věnuje každý den nebo 6 dnů v týdnu alespoň 1 hodinu téměř třetina dětí (30,1 %), více než třetina chlapců (36,2 %) a téměř čtvrtina dívek (24,4 %). S věkem se **snižuje podíl věnujících se fyzické aktivitě každý den u obou pohlaví**. Rozdíl mezi pohlavími je statisticky významný.

Podíl dětí, které se fyzické aktivitě v běžném týdnu nevěnují vůbec, je relativně nízký a představuje 3,0 % chlapců a 3,9 % dívek.

Volný čas

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. V průběhu dospívání se neorganizované aktivity volného času diferencují, vyhraňují a prohlubují. Vyrůstá hodnota osobní volby a angažovanosti dítěte, které přirozeně jedná v souladu s rodinnou zkušeností a možnostmi, ale stále více i v souladu s obrazem světa svých vrstevníků a se svými osobními cíli.

Kromě tělesných aktivit, které jsou předmětem samostatné kapitoly, věnovala HBSC studie pozornost pasivním aktivitám volného času, jako je sledování televize nebo videa a práce s počítačem (hry, mailování, chatování nebo „brouzdání na internetu“). Z recentních a velmi sociálně citlivých aktivit ovlivňujících vzájemnou komunikaci adolescentů se jedna otázka týkala telefonování a vyměňování si SMS zpráv.

Volný čas rodin sledovaných dětí

Tabulka 1 Jak rodiny sledovaných dětí tráví společně čas (%)

způsob, jakým rodiny tráví společný volný čas	chlapci	dívky	celkem
sledujeme TV a video			
denně, skoro denně	64,4	59,8	62,0
1 × týdně	20,6	22,7	21,7
méně často, nikdy	14,9	17,5	16,2
posedíme spolu a mluvíme o různých věcech			
denně, skoro denně	34,3	40,5	37,6
1 × týdně	24,5	21,7	23,0
méně často, nikdy	41,3	37,9	39,5
navštěvujeme přátele			
denně, skoro denně	16,7	14,1	15,3
1 × týdně	43,7	45,0	44,4
méně často, nikdy	39,6	40,9	40,3
jdeme spolu na procházku			
denně, skoro denně	14,4	15,5	15,0
1 × týdně	26,6	28,6	27,4
méně často, nikdy	59,6	55,9	57,7
hrajeme společenské hry			
denně, skoro denně	16,7	12,7	15,7
1 × týdně	22,3	20,7	21,5
méně často, nikdy	60,9	66,6	63,9

Způsob trávení volného času dětí je podmíněn jejich možnostmi a zkušenostmi, která se formuje především v rámci jejich rodiny. V následující tabulce je uvedeno, jakým způsobem společně tráví rodiny sledovaných dětí svůj společný čas.

Sledované děti se svými rodiči nejčastěji společně trávily volný čas sledováním televize nebo videa, potom následovalo společné posezení, návštěva přátel, společná procházka, společenské hry a sport, který společně se svými rodiči alespoň jednou týdně provozovala téměř třetina dětí. Jednotlivé společné aktivity se nevylučovaly a je pravděpodobné, že některé rodiny společně se svými dětmi nic nepodnikaly a jiné naopak měly většinu uvedených aktivit.

Způsob trávení volného času

I když z administrovaných otázek není možné získat detailní přehled o náplni aktivního trávení volného času respondentů (vzhledem k rozsahu a mezinárodnímu charakteru studie nebyly zařazeny otázky týkající se specifických zájmových aktivit a kroužků), o jejich aktivitě obecně lze získat určitý obraz jednak z negativního vymezení (čím méně času u televize tím pravděpodobně více aktivních zájmů), jednak ze zastoupení fyzických aktivit obecně. Za měřítko fyzické aktivity jsme užili odpověď respondentů na otázku „V kolika dnech běžného, obvyklého týdne se věnuje nějaké fyzické aktivitě alespoň hodinu?“ Odpovědi jsou uvedeny v následující tabulce.

Tabulka 2 Fyzická aktivita během týdne v závislosti na pohlaví (%)

počet dnů, kdy se věnuje fyzické aktivitě	chlapci	dívky	celkem
0	3,4	3,7	3,5
1	5,7	7,6	6,7
2	9,5	12,5	11,1
3	12,1	17,3	14,8
4	14,3	14,8	14,6
5	13,3	14,3	13,8
6	10,7	7,4	9,0
7	31,1	22,3	26,6

Mezi skupinou chlapců a dívek byl statisticky významný rozdíl. Chlapci v průměru uváděli, že fyzické aktivitě věnují více času. Téměř třetina chlapců a necelá čtvrtina dívek se v průměru každý den věnovala nějaké fyzické aktivitě (nebylo specifikováno, o jakou fyzickou aktivitu jde, nemuselo jít vždy o sport nebo cvičení) více než hodinu denně. Naopak 10,2 % dětí uvedlo, že se fyzické aktivitě věnuje jen jeden den v týdnu nebo ani jeden den.

S rostoucím věkem sledovaných dětí v průměru klesal počet dětí, které se věnovaly fyzické aktivitě každý den (ze 30,7 % v 11 letech na 26,6 % ve 13 a 22,3 % v 15 letech). Současně ale s rostoucím věkem stoupal i počet dětí, které se fyzické aktivitě věnovaly více než dva dny v týdnu. Jednoduše řečeno, s rostoucím věkem pravděpodobně ubývalo extrémů, tj. dětí, které se mohou věnovat fyzické aktivitě (většinou sportu) každý den, a dětí, které nemají žádnou fyzickou aktivitu.

Mezi odpověďmi na otázku „V kolika dnech obvyklého týdne se věnuješ fyzické aktivitě alespoň hodinu?“ a počtem hodin trávených sledováním TV nebo videa jsme zjistili statisticky významnou závislost. S počtem dnů věnovaných fyzické aktivitě se v průměru zkracovala doba strávená před televizorem. V tabulce 3 je uvedena doba, kterou sledované děti během týdne trávily před TV obrazovkou.

Tabulka 3 **TV a video ve všední dny (%)**

počet hodin s TV nebo u videa	chlapci	dívky	celkem
nedívá se	2,2	2,6	2,4
půl hodiny	6,5	7,7	7,1
1 hodina	15,1	18,7	17,0
2–3 hodiny	46,9	48,2	47,5
4–5 hodin	21,9	18,4	20,1
6 hodin a více	7,3	4,5	5,9

Pouze necelých 10 % dětí uvedlo, že se většinou nedívá na TV, nebo že se dívá maximálně půl hodiny. 90 % dětí se v průměru dívá na TV nebo video alespoň hodinu denně. O to méně času zpravidla zbývá na jiné aktivity. Sledovanost TV se během víkendů mění (tabulka 4). Na jedné straně vzrůstá počet dětí (především dívek), které se vůbec nedívají na televizi, na druhé straně větší počet dětí (především chlapců) tráví před televizní obrazovkou 6 a více hodin.

Tabulka 4 **TV a video během víkendu (%)**

počet hodin	chlapci	dívky	celkem
nedívá se	4,6	5,1	4,8
půl hodiny	4,6	7,4	6,0
1 hodina	11,2	13,7	12,5
2–3 hodiny	37,8	38,6	38,3
4–5 hodin	27,0	25,3	26,1
6 hodin a více	14,7	9,9	12,3

Už v jedenácti letech se téměř 60 % dětí dívá na televizi nebo video dvě a více hodin denně. To znamená, že televize nebo video představují velmi významnou náplň

jejich volného času. Mezi 5. a 7. třídou se pak doba sledování televize ještě zvýší (viz tabulka 5).

Tabulka 5 **TV a video ve všední den v závislosti na věku (%)**

počet hodin	11 let	13 let	15 let
nedívá se na TV	2,1	2,0	3,1
půl hodiny	10,2	4,5	6,6
1 hodina	20,7	15,3	14,8
2–3 hodiny	42,4	51,9	48,6
4–5 hodin	17,5	20,3	22,4
6 hodin a více	7,1	6,1	4,5

„Oblíbenost televize a videa“ je poměrně stabilní a za posledních 10 let se příliš neměnila. V následující tabulce je uvedeno, kolik hodin denně se v průměru v letech 1994, 1998 a 2002 čeští školáci věnovali sledování TV nebo videa během pracovního týdne.

Tabulka 6 **Sledování TV a videa ve všední den v letech 1994, 1998 a 2002 (%)**

počet hodin	1994	1998	2002
nedívá se	1,2	1,2	2,4
1/2 hodiny	7,2	7,5	7,1
1 hodina	23,9	21,7	17,0
2–3 hodiny	42,2	40,4	47,5
4 hodiny	13,2	14,1	13,2
více než 4 hodiny	12,3	15,1	12,8

Sledování TV a videa a rodinné podmínky

Počet hodin, které děti trávily u televize, statisticky významně závisel na vzdělání rodičů. Mezi dětmi, jejichž otec nebo matka měli vysokoškolské vzdělání, bylo nejvíce těch, které sledovaly televizi půl hodiny denně a méně často. Nezjistili jsme závislost mezi délkou sledování televize a zaměstnaností (nezaměstnaností) rodičů dítěte.

Počet hodin strávených před televizí velmi významně souvisel s tím, zda se na TV děti dívaly společně s rodiči. Z dětí, které uvedly, že se s rodiči dívají denně nebo téměř denně na televizi, jich více než 30 % trávilo před obrazovkou čtyři a více hodin. Z dětí, které se společně s rodiči dívaly na TV málo často, to bylo necelých 20 %. Děti, které méně času trávily sledováním TV nebo videa, rovněž uváděly, že častěji jezdí se svými rodiči na dovolenou. Výsledky studie potvrdily, že TV a video jsou pro většinu rodin nejčastějším způsobem trávení společného volného času a že to, jak rodiče tráví svůj volný čas, významným způsobem ovlivňuje i jejich děti. Skutečnost, že TV v prů-

měru spíše ubírá rodině možnost navzájem komunikovat a rodičům promluvit si se svými dětmi, naznačuje následující tabulka.

Tabulka 7 **Sledování TV a videa ve všední den a četnost kontaktu rodičů a dětí (%)**

možnost promluvit si s dítětem	TV půl hodiny a méně	1–2 hodiny	3–4 hodiny	5 hodin a více
denně, téměř denně	11,2	47,0	30,3	11,6
jednou týdně	8,0	44,8	35,9	11,3
méně často	8,7	39,7	37,1	14,5

Počet hodin strávených před obrazovkou byl statisticky významně závislý na finanční situaci rodiny. Děti, které uváděly, že jejich rodina je bohatá, udávaly na jedné straně nejméně časté sledování televize, na druhé straně však udávaly i nejvíce hodin strávených před TV. Můžeme předpokládat, že velmi dobře finančně zabezpečené rodiny mohou svým dětem snadněji zabezpečit volnočasové aktivity, stejně tak jako je mohou vzhledem k vlastní zaměstnanosti zanedbávat.

Sledování televize, sociální a školní adaptace

Nezjistili jsme statisticky významnou korelaci mezi časem stráveným před televizí a počtem blízkých přátel ani mezi časem stráveným před televizí a pocitem osamělosti. Zjistili jsme negativní korelaci mezi počtem hodin strávených před televizí a počtem dnů v týdnu, které děti tráví s přáteli rovnou po škole. S počtem dnů v týdnu, kdy měly sledované děti možnost setkat se rovnou po škole s přáteli, narůstal i počet hodin strávených u TV, respektive děti, které udávaly nejnižší počet dnů trávených s přáteli rovnou po škole uváděly i nejméně hodin trávených před televizí. Můžeme předpokládat, že šlo o skupinu neaktivnějších dětí (18 % z celého souboru), které měly nejméně „prázdného“ volného času, do kterého se jim už nevešla schůzka s přáteli po škole, ani příliš mnoho času u TV. Je pravděpodobné, že trávení volného času po škole s kamarády se dnes stává spíše negativní sociální charakteristikou (projev nezájmu rodiny, příslušnost k partě apod.). Podobně jsme zjistili signifikantní souvislost mezi počtem večerů trávených s kamarády a počtem hodin před televizí. Tato souvislost byla složitější a týkala se především „extrémních“ poloh souboru. Děti, které uvedly, že mají možnost téměř každý večer trávit s kamarády (6 a více večerů v týdnu – 11,2 % celého souboru), významně častěji než ostatní děti uváděly, že se vůbec nedívají na TV a video, nebo naopak, uváděly, že u TV tráví více než 6 hodin denně.

Zjistili jsme závislost mezi časem stráveným před TV obrazovkou a časem stráveným doma přípravou do školy, i když nešlo o jednoduchý vztah. Děti, které uváděly delší přípravu do školy, současně v průměru uváděly i více hodin strávených před TV obrazovkou. Děti, které udávaly, že se nejméně často dívají na TV (půl hodiny denně nebo vůbec), stejně tak jako ty, které se na TV dívaly nejčastěji (6 hodin denně a více), udá-

valy, že je školní práce a povinnosti nejvíce stresují. Děti, které se relativně méně často dívaly na TV a video, statisticky významně častěji udávaly, že se jim líbí ve škole (tabulka 8), nebo jinak řečeno děti, které se nejvíce dívaly (měly možnost se dívat) na TV, byly také nejméně spokojeny ve škole.

Tabulka 8 **Sledování TV a videa ve všední den a školní adaptace (%)**

sledování TV	1 hodinu a méně	2 hodiny	3 hodiny	4 hodiny a více
ve škole se mi líbí	29,8	26,9	18,5	24,8
celkem se mi ve škole líbí	27,9	27,7	20,6	23,8
moc se mi ve škole nelíbí	23,5	25,1	21,6	29,8
vůbec se mi ve škole nelíbí	21,1	22,8	25,0	31,1

Zjistili jsme statisticky významný vztah mezi kázeňskými problémy ve škole a časem, který sledované děti trávily u televize a videa. Ty děti, které uvedly, že měly jednu nebo dokonce víckrát snížený stupeň z chování, udávaly i v průměru nejdelší dobu strávenou v průběhu pracovního týdne před televizní obrazovkou. 29 % dětí, které měly několikrát dvojku z chování, sledovalo TV nebo video déle než 5 hodin denně vedle 21,1 % dětí, které měly jednu dvojku z chování, a 12,2 % dětí, které nikdy neměly snížený stupeň z chování.

Vzhledem k tomu, že odbornou i laickou veřejností je často zmiňována možná příčinná souvislost růstu násilí na TV obrazovce nebo v domácím videu a násilím ve společnosti, zaměřili jsme se i na možný vztah šikany a počtu hodin strávených u televize nebo videa. Zjistili jsme pozitivní korelaci mezi účastí na školní šikaně (respondent odpověděl, že se účastnil ve škole na šikanování některého ze spolužáků) a počtem hodin strávených před obrazovkou, což by případně mohlo nepřímo podporovat i hypotézu vztahu násilí na obrazovce a vzrůstu reálného násilí. Téměř 19 % dětí, které uvedly, že často někoho šikanují, současně uváděly, že denně tráví 5 hodin a více před TV obrazovkou.

Tabulka 9 **Sledování TV a videa ve všední den a školní šikana (%)**

sledování TV	půl hodiny a méně	1–2 hodiny	3–4 hodiny	5 hodin a více
nikoho jsem nešikanoval	9,6	43,4	34,6	12,4
jednou nebo dvakrát jsem se účastnil šikany	8,2	47,6	32,5	11,6
častěji jsem někoho šikanoval	10,6	40,3	30,4	18,8

Hypotézu o možném vztahu sledování televize a reálného násilí potvrzuje i skutečnost, že děti, které uváděly, že se v posledních 12 měsících s někým popraly nebo se

dostaly do rvačky, v průměru trávily více hodin denně před televizní obrazovkou. Může jít o vliv TV násilí, projev podrážděnosti a únavy ve spojení s delším sledováním TV nebo o příznak složitějšího sociálně psychologického kontextu (oslabení vlivu rodiny ať už proto, že nemá na dítě čas, sama preferuje pasivní způsob trávení volného času, nebo je sociálně slabší a současně i vliv určitých, těmto rodinám příznačných sociálních postojů).

Sledování TV a psychické zdraví

Diferencovanost zaměření studie HBSC umožnila posoudit i případný vztah sledování TV a videa a neurotických obtíží dítěte. V následující tabulce je uvedeno, kolik dětí (v %) udává uvedené obtíže s frekvencí jednou týdně a častěji v závislosti na počtu hodin strávených u TV nebo videa.

Tabulka 10 **Sledování TV a videa ve všední den a psychické obtíže (frekvence 1 × týdně a častěji (%))**

obtíže	půl hodiny a méně	1–2 hodiny	3–4 hodiny	5 hodin a více
bolesti hlavy	25,5	30,1	32,9	37,1
únava, pocit vyčerpání	51,9	59,2	61,8	61,8
podrážděnost, špatná nálada	44,1	50,7	66,4	56,7
nervozita, pocity napětí	46,7	52,2	57,3	60,6
obavy a strach	30,5	30,1	29,5	33,0

Kromě strachu a obav, které se v závislosti na sledování televize neměnily, všechny ostatní obtíže statisticky významně vzrůstaly v závislosti na počtu hodin strávených před TV obrazovkou. Děti, které uváděly, že tráví nejvíce hodin sledováním TV nebo videa, statisticky významně častěji udávaly, že s frekvencí alespoň jednou týdně nebo častěji trpí bolestmi hlavy, únavou a pocity vyčerpání, že jsou podrážděné, mají špatnou náladu nebo že jsou nervózní a trpí pocity napětí.

Problematickou vztahu sledování televize a určitých psychosociálních obtíží je třeba interpretovat velmi opatrně a dát si pozor na příliš jednostranné závěry. Je sice pravděpodobné, že časté sledování TV může být spojeno s některými obtížemi, ty ale nemusí souviset jen se sledováním televize a jsou složitěji podmíněné. Skutečnost, že děti tráví příliš dlouhý čas před televizí, může ohrožovat jejich psychickou pohodu, narušovat přípravu do školy a vytlačovat jiné aktivity. Současně je to ale také příznak určité situace v rodině, která může mít sama o sobě (zanedbávání dítěte, zájmy rodiny, které odrážejí sociální statut a vzdělání rodičů, s tím spojené rodinné klima a podobně) na dítě významnější vliv než televize.

Školní příprava

Děvčata ve srovnání s chlapci věnovala školní přípravě signifikantně více času a nad domácími úlohami trávila delší dobu. V následujících dvou tabulkách je uveden počet hodin, kolik jich v průměru dotazované děti věnovaly školní přípravě během týdne a o víkendu.

Tabulka 11 Čas věnovaný domácím úkolům a školní přípravě ve všední den (%)

	chlapci	dívky	celkem
nic, ani půl hodiny	16,6	8,2	12,3
půl hodiny denně	35,4	34,2	34,8
1 hodina denně	30,4	33,0	31,7
2 hodiny denně	12,1	16,7	14,5
3 hodiny denně	3,5	5,2	4,4
více než 3 hodiny	1,9	2,7	2,3

Tabulka 12 Čas věnovaný domácím úkolům a školní přípravě o víkendech (%)

	chlapci	dívky	celkem
nic, ani půl hodiny	31,6	20,7	26,0
půl hodiny denně	32,5	35,9	34,3
1 hodina denně	21,3	23,9	22,7
2 hodiny denně	9,4	12,3	10,9
3 hodiny denně	3,0	4,1	3,7
více než 3 hodiny	1,9	2,8	2,4

V průměru věnují chlapci i dívky půl hodiny až hodinu denně domácím úlohám a přípravě do školy. O víkendech 30 % chlapců a 20 % dívek nevěnuje školní přípravě žádný čas. Jenom 17,5 % chlapců (14,3 % o víkendu) a 24,6 % dívek (19,2 % o víkendu) věnuje školní přípravě dvě nebo dokonce více hodin denně.

Tabulka 13 Čas věnovaný během týdne domácím úkolům a školní přípravě v 5., 7. a 9. třídě (%)

	11 let	13 let	15 let
nic, ani půl hodiny	7,1	7,2	22,6
půl hodiny denně	36,8	31,4	36,1
1 hodina denně	35,0	33,7	26,4
2 hodiny denně	14,5	18,0	11,0
3 hodiny denně	4,2	6,5	2,5
více než 3 hodiny	2,4	3,1	1,4

Bez ohledu na vzrůstající náročnost studia v 9. třídě významně klesá počet hodin, které děti věnují školní přípravě. 36,1 % během týdne a více než 40 % dětí o víkendu uvádí, že nevěnuje školní přípravě ani půl hodiny.

Tabulka 14 **Čas věnovaný o víkendu domácím úkolům a školní přípravě v 5., 7. a 9. třídě (%)**

	11 let	13 let	15 let
nic, ani půl hodiny	19,6	18,0	40,3
půl hodiny denně	38,5	35,2	29,2
1 hodina denně	25,3	23,9	18,8
2 hodiny denně	11,0	14,1	7,7
3 hodiny denně	3,5	5,2	2,5
více než 4 hodiny	2,0	3,6	1,4

Práce s počítačem

Součástí dotazníkového šetření byly otázky zaměřené na čas, který během školního týdne a o víkendu sledované děti věnují hraní počítačových her, mailování, chatování nebo brouzdání po internetu.

Tabulka 15 **Čas věnovaný počítači ve všední den (%)**

	chlapci	dívky	celkem
nic, ani půl hodiny	26,0	44,0	35,3
půl hodiny denně	14,7	26,7	20,9
1 hodina denně	19,3	16,1	17,6
2 hodiny denně	16,6	8,0	12,1
3 hodiny denně	9,7	3,2	6,3
4 hodiny denně	5,7	1,0	3,3
více než 4 hodiny	8,1	1,1	4,4

Tabulka 16 **Čas věnovaný počítači o víkendech (%)**

	chlapci	dívky	celkem
nic, ani půl hodiny	32,3	50,9	42,0
půl hodiny denně	10,9	17,0	14,1
1 hodina denně	13,3	14,4	13,9
2 hodiny denně	12,6	9,1	10,8
3 hodiny denně	9,2	4,3	6,6
4 hodiny denně	6,8	1,8	4,2
více než 4 hodiny	15,0	2,4	8,6

Více než polovina chlapců a třetina dívek tráví u počítače jednu nebo i více hodin denně. O víkendu někteří z nich nemají možnost být u počítače, ti kteří ano však u něj tráví víc času; 15 % chlapců dokonce 5 a více hodin. 74,2 % chlapců a 65,5 % děvčat uvedlo, že jejich rodina má osobní počítač. 16 % dětí uvedlo, že jejich rodina vlastní několik osobních počítačů.

Mezi různými věkovými skupinami (5., 7. a 9. třída) nebyl v čase věnovaném počítači statisticky významný rozdíl, i když s věkem mírně vzrůstal počet respondentů, kteří se věnovali práci s počítačem 4 hodiny a více. O víkendu byl tento rozdíl ještě výraznější a statisticky významný.

Tabulka 17 Čas věnovaný počítači ve všední den v 5., 7. a 9. třídě (%)

	11 let	13 let	15 let
nic, ani 1/2 hodiny	37,3	34,2	34,4
1/2 hodiny denně	21,1	20,9	20,9
1 hodina denně	17,7	17,8	17,4
2 hodiny denně	12,8	12,2	11,4
3 hodiny denně	5,5	7,0	6,4
4 hodiny denně	2,5	3,6	3,8
více než 4 hodiny	3,1	4,4	5,5

Tabulka 18 Čas věnovaný počítači o víkendu v 5., 7. a 9. třídě (%)

	11 let	13 let	15 let
nic, ani 1/2 hodiny	43,1	40,4	42,4
1/2 hodiny denně	16,7	13,7	11,8
1 hodina denně	15,3	13,5	12,8
2 hodiny denně	10,1	12,0	10,3
3 hodiny denně	5,8	7,2	6,9
4 hodiny denně	2,6	4,3	5,7
více než 4 hodiny	6,4	8,9	10,2

Jedna z otázek studie HBSC se týkala telefonování, výměny SMS nebo e-mailových zpráv. I když se odpovědi respondentů většinou týkaly mobilních telefonů a SMS zpráv, mohou zprostředkovaně souviset i s užíváním počítače (výměna e-mailů). V následující tabulce jsou uvedeny odpovědi na otázku „Jak často si s kamarády telefonuješ nebo posíláš SMS nebo e-mailové zprávy?“

Tabulka 19 **Telefonování, posílání SMS nebo e-mailových zpráv (%)**

	chlapci	dívky	celkem
zřídka, nikdy	28,3	19,7	23,8
1–2 dny v týdnu	21,7	21,5	21,6
3–4 dny v týdnu	17,2	18,7	18,0
5–6 dnů v týdnu	11,7	14,4	13,1
denně	21,1	25,7	23,5

Podle našeho zjištění děvčata častěji telefonují a posílají SMS zprávy než chlapci; více než čtvrtina denně. Frekvence telefonických hovorů a SMS zpráv signifikantně vzrůstá s věkem dětí (tabulka 20). Součástí dotazníkového šetření nebyla otázka, zda respondent má nebo nemá mobilní telefon.

Tabulka 20 **Telefonování, posílání SMS nebo e-mailových zpráv (%)**

	11 let	13 let	15 let
zřídka, nikdy	37,1	21,9	12,3
1–2 dny v týdnu	27,3	21,7	15,6
3–4 dny v týdnu	16,4	19,7	17,8
5–6 dnů v týdnu	8,6	14,4	16,3
denně	10,6	22,0	38,0

Ve srovnání s chlapci děvčata významně častěji telefonovala nebo posílala SMS zprávy. Frekvence telefonátů významně narůstala i v závislosti na věku respondentů; vždy po dvou letech se v podstatě zdvojnásobila.

Z uvedených dat je zjevné, že elektronická média (telefon, počítač, televize a video) významným způsobem určují způsob trávení volného času českých dětí. Je pravděpodobné, že často nahrazují péči a zájem rodiny (obsazují „společný“ čas) a jsou na úkor aktivnějších forem trávení volného času. Extrémní konzumace televize bývá často spojena s obtížnější školní a sociální adaptací i s určitými psychickými obtížemi. Je ale otázkou, nakolik jde o vliv sledování TV a videa a nakolik o vliv souhry obecnějších, zejména rodinných faktorů (určitý sociální statut rodiny, tomu odpovídající hodnoty, zájmy a zvyklosti, napětí v rodině a podobně).

Psychologické aspekty spokojenosti s vlastním tělem a jídelní chování

V hranicích svého těla člověk vnímá, prožívá a uvědomuje si svoji existenci. Tělo je viditelným, srovnatelným a v mnoha směrech i měřitelným znakem nejenom fyzického zdraví, ale stále více i společenského postavení. Sociální hodnota vlastního těla významně vzrůstá především v průběhu dospívání. Týká se zejména některých tělesných proporcí a později i celkové tělesné hmotnosti. Pro děvčata je důležité především tzv. nízké torzo (boky, stehna, hýždě), chlapci se orientují spíše na hrudník a ramena. Zatímco děvčata si v průběhu dospívání stále více přejí zhubnout, chlapci si přejí většínou zesílit nebo přibrat. Svět dospívajících je velmi kompetitivní, postoje a hodnocení vrstevníků mají vysokou hodnotu. Fyzické dospívání je současně spojeno s velmi dramatickými, často nepříjemně prožívanými tělesnými změnami. Mnoho studií (Grogan, 2000) dokládá, že tělesná nespokojenost je v západoevropských zemích a USA normativní už od osmi let věku, což má signifikantní dopad 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. Někteří autoři (Killen a kol., 1992) uvádějí nespokojenost s tělesnou hmotností jako nejvýznamnější predikátor poruch příjmu potravy.

Už výzkumy z 50. let (Secord a Jourard, 1953) poukazovaly na významný vztah mezi spokojeností s vlastní postavou a sebevědomím. Tato souvislost byla výraznější u žen než u mužů. Pozdější práce uváděly, že 20–70 % dospívajících dívek není spokojeno se svým tělem (Krch a kol., 1999). Podle Plinera a kol. (1987) ženy hodnotí tělesný vzhled jako významnější osobní hodnotu než muži, i když současně mají oproti mužům v průměru nižší sebehodnocení na základě vzhledu. Podle mnoha autorů (Ciliska, 1990) jsou nespokojenost s tělem a nízké sebevědomí u žen spojeny především s tělesnou hmotností. Nespokojenost se svým tělem posiluje výhrady k vlastní osobě a snadno se zobecní i na další oblasti osobního života, tělesného a psychického zdraví.

Hodnocení tělesného vzhledu

Na spokojenost (respektive nespokojenost) s vlastní postavou můžeme v HBCS studii usuzovat z odpovědí sledovaných dětí na dvě otázky: (1) „Podle tvého vlastního mínění je tvoje postava hubená, tak akorát nebo příliš tlustá?“ a (2) „Řekl/a bys o sobě, že vypadáš velmi dobře, celkem dobře, tak průměrně, moc dobře, nevypadáš dobře nebo o tom, jak vypadáš, vůbec nepřemýšlíš?“. Odpovědi na obě otázky spolu pozitivně korelovaly. Dívky i chlapci spojovali dobrý vzhled s postavou „tak akorát“ nebo hubenější. Jen 22,9 % dívek a 24,6 % chlapců uvedlo, že jim jejich postava připadá tlustá a že současně vypadají dobře. 65 % všech, kteří uvedli, že vypadají celkem nebo velmi

dobře, hodnotilo svoji postavu jako „tak akorát“, což u dětí z 5. třídy reprezentovalo tělesnou hmotnost odpovídající průměrnému BMI 17,6, v 7. třídě BMI 19,0 a v 9. třídě BMI 20,4. V následující tabulce jsou uvedeny průměrné hodnoty BMI u sledovaných chlapců a děvčat v 5., 7. a 9. třídě.

Tabulka 1 **Průměrná tělesná hmotnost (hodnoty v BMI) a hodnocení tělesného vzhledu**

tělesný vzhled („vypadám...“)	5. třída		7. třída		9. třída		celkem	
	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky	chlapci	dívky
velmi dobře	17,1	16,5	19,0	17,8	20,5	19,4	18,5	17,5
celkem dobře	17,4	17,0	18,7	18,2	20,4	19,9	18,9	18,3
průměrně	18,1	17,2	19,3	18,8	20,7	20,1	19,5	18,9
ne moc dobře	19,1	18,5	19,8	19,9	20,9	20,4	19,9	19,7
vůbec ne dobře	17,9	18,1	20,0	20,8	22,3	20,7	20,4	20,1

Z uvedených výsledků je zřejmé, že dívky už od 5. třídy hodnotí svůj tělesný vzhled především v závislosti na tělesné hmotnosti, respektive, že tělesná hmotnost hraje významnou roli při hodnocení jejich vzhledu, což není tak jednoznačně markantní u chlapců. Ani u chlapců, ani u dívek jsme nezjistili významný vztah mezi hodnocením tělesného vzhledu a tělesnou výškou.

Tabulka 2 **Hodnocení tělesného vzhledu v závislosti na pohlaví (%)**

hodnocení („vypadám...“)	chlapci	dívky	celkem
velmi dobře	10,8	7,1	8,9
celkem dobře	32,2	33,8	33,0
průměrně	37,3	38,0	37,7
ne moc dobře	5,7	8,8	7,3
vůbec ne dobře	1,6	3,0	2,3
nepřemýšlím o tom	12,3	9,3	10,7

Mezi hodnocením tělesného vzhledu chlapců a dívek byl statisticky významný rozdíl. Dívky byly relativně kritičtější ke svému vzhledu a chlapci relativně častěji uváděli, že nepřemýšlejí o tom, jak vypadají.

Mezi jednotlivými věkovými skupinami byl statisticky významný rozdíl. Se vzrůstajícím věkem děti pravděpodobně více uvažují o svém vzhledu (ubývá kategorie „nepřemýšlím o tom, jak vypadám“). Největší „posun“ je zejména mezi 5. a 7. třídou, kdy se jejich nespokojenost s tělem zvyšuje. To je také věkové období nejvýraznějších tělesných změn.

Hodnocení tělesného vzhledu významně souviselo s pozitivním hodnocením kvality současného života. 93 % respondentů, kteří uvedli, že jejich tělesný vzhled je cel-

kem nebo velmi dobrý, současně uvedlo, že se v současné době cítí celkem nebo velmi šťastní. Signifikantní pozitivní korelace byla zjištěna i s hodnocením zdravotního stavu a celkové kvality života. Děti, které častěji uváděly, že se cítí osamělé, statisticky významně častěji uváděly, že nejsou spokojeny se svým tělem (28,2 % z nich v. 6,2 % ostatních), respektive ty děti, které nebyly spokojeny se svým tělem, se častěji než ostatní cítily osamělé. 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 jejich vzhledu.

Tabulka 3 **Hodnocení tělesného vzhledu v závislosti na věku (%)**

tělesný vzhled („vypadám...“)	věková skupina		
	5. třída	sedmá třída	devátá třída
velmi dobře	12,6	7,8	6,4
celkem dobře	34,7	31,6	32,8
průměrně	31,3	37,8	37,7
ne moc dobře	6,1	8,2	7,8
vůbec ne dobře	1,6	3,0	2,3
nepřemýšlím o tom	13,4	11,8	6,9

Sociální a školní charakteristiky a hodnocení tělesného vzhledu

Z rodinných a školních charakteristik jsme zjistili signifikantní statistickou závislost mezi hodnocením tělesného vzhledu a vzděláním rodičů, finanční situací rodiny, očekáváním rodičů, míněním učitele o výkonu žáka ve srovnání se spolužáky (hodnoceno respondenty), s úrovní školní spokojenosti, mírou stresu ve škole, postoji spolužáků a šikanou. Hodnocení tělesného vzhledu se v průměru zlepšovalo v závislosti na výši vzdělání rodičů. Například 9,7 % sledovaných dětí, jejichž otec měl jen základní vzdělání, by o sobě řeklo, že nevypadají dobře, se svým vzhledem nebylo spokojeno 8,1 % jejich vrstevníků s otcem, který měl maturitu, a jenom 7,3 % dětí, jejichž otec měl vysokoškolské vzdělání. Je pravděpodobné, že vyšší vzdělání rodičů zprostředkovane znamená i lepší možnosti, jak pečovat o tělo, a vyšší sebevědomí. Významná závislost byla zjištěna mezi finanční situací rodiny (hodnoceno dítětem) a hodnocením tělesného vzhledu. 55,5 % dětí, které uvedly, že jejich rodina je na tom velmi nebo dost dobře, současně uvedlo, že vypadají celkem nebo velmi dobře (jen 6,9 %, že vypadají špatně). Mezi dětmi, které uvedly, že jejich rodina není bohatá, respektive není na tom finančně dobře, bylo 30,3 % spokojeno a 20 % nespokojeno se svým vzhledem. Na základě tohoto zjištění můžeme usuzovat, že finanční situace rodiny a s tím související možnosti nakupovat atraktivní oblečení hraje při hodnocení osobního vzhledu velmi významnou roli. Ty děti, které v tomto směru „nestačí“ ostatním, se snadno mohou cítit neatraktivní, což se odráží i na jejich sebehodnocení. Mírnou závislost jsme

zjistili i mezi očekáváním rodiny a hodnocením vzhledu. Děti, které uváděly, že rodiče od nich příliš očekávají, měly v průměru tendenci hodnotit svůj vzhled pozitivněji.

Pokud jde o vztah ke školním charakteristikám sledovaných dětí, hodnocení tělesného vzhledu se lišilo především v závislosti na hodnocení školního výkonu třídním učitelem (tak, jak to vnímal dotazovaný žák). 50,7 % dětí, které uvedly, že jejich školní výkon je dobrý nebo velmi dobrý, současně hodnotilo svůj vzhled jako dobrý (jen 5,9 % hodnotilo vzhled jako špatný). 28,1 % dětí, které uvedly, že třídní učitel si o nich myslí, že jsou podprůměrné, hodnotilo svůj vzhled jako dobrý a 12,7 % z nich uvedlo, že nevypadají dobře. Velmi významnou souvislost jsme zjistili mezi sebehodnocením a mírou akceptace spolužáky. Z dětí, které uvedly, že je spolužáci berou takové, jaké jsou, bylo 45,2 % spokojeno se svým vzhledem a jen 6,9 % nespokojeno. Mezi dětmi, které měly pocit, že je spolužáci neakceptují, bylo se svým tělesným vzhledem spokojeno jen 29,8 % a naopak 23,9 % bylo se vzhledem nespokojeno. Z dětí, které hodnotily svůj výkon ve srovnání s ostatními jako podprůměrný, bylo 27,2 % spokojeno se svým vzhledem a 21 % nespokojeno. Podobně vyšlo i srovnání hodnocení tělesného vzhledu a školní spokojenosti (odpověď na otázku „Jak se v současnosti ve škole cítíš?“). Zatímco 45,3 % dětí, které uvedly, že se jim ve škole líbí, bylo spokojeno se svým vzhledem (7,4 % nespokojeno), z dětí, kterým se ve škole nelíbilo, to bylo jen 34,9 % (14,2 % z nich nebylo spokojeno se svým vzhledem). Děti, které negativně hodnotily svůj vzhled více než dvakrát častěji (6 % v. 14 %), uváděly, že byly během posledních měsíců ve škole šikanovány. Podobně vzrůstalo negativní hodnocení tělesného vzhledu (15,1 % v. 7,7 %) v souvislosti se školním stresem. Na základě uvedených výsledků můžeme předpokládat, že tělesná spokojenost úzce souvisí s celkovým sebehodnocením dítěte a je velmi sociálně citlivá.

Hodnocení postavy, pocit tloušťky

Podle Bláhy (1991) je průměrná tělesná hmotnost jedenáctiletých dívek (25–75 percentil) BMI v rozmezí 16–19, ve třinácti letech BMI 17–21, v patnácti letech 18,5–22. U chlapců se v jedenácti letech pohybuje průměrná váha v rozmezí 16–19 BMI, ve třinácti letech v rozmezí 17–20,5 a v patnácti letech v rozmezí 18,5–21,5. Tyto hodnoty byly použity pro vymezení „normální“ tělesné hmotnosti sledovaného souboru. Pokud jde o oba extrémy (snížená v. zvýšená hmotnost), už od 5. třídy převažují spíše děvčata se sníženou hmotností. Srovnání BMI HBSC souboru v letech 1998 a 2002 nesvědčí pro výraznější změnu průměrné tělesné hmotnosti. Můžeme předpokládat, že od roku 1998 nedošlo u školní mládeže v ČR k výraznějšímu nárůstu tělesné hmotnosti.

Tabulka 4 **Tělesná hmotnost sledovaných dětí**

věková skupina (průměrný věk)	chlapci BMI (SD)	dívky BMI (SD)	celkem BMI (SD)
5. třída (11,5 roku)	17,8 (2,7)	17,2 (2,5)	17,5 (2,6)
7. třída (13,4 roku)	19,1 (2,7)	18,8 (2,7)	18,9 (2,7)
9. třída (15,4 roku)	20,6 (2,8)	20,1 (2,4)	20,3 (2,6)

Tabulka 5 **Tělesná hmotnost sledovaných dětí (%)**

		chlapci	dívky
5. třída	snížená hmotnost	25,7	33,3
	normální hmotnost	48,1	46,6
	zvýšená hmotnost	26,2	20,1
7. třída	snížená hmotnost	20,5	25,1
	normální hmotnost	55,6	53,9
	zvýšená hmotnost	23,9	21,0
9. třída	snížená hmotnost	19,7	26,4
	normální hmotnost	55,7	55,6
	zvýšená hmotnost	24,6	18,0

V epidemiologických studiích zaměřených na mládež přibližně 30–40 % sledovaných dívek uvádí, že si připadají tlusté. Ve francouzské studii (Ledoux a kol., 1991) uvedlo 12,4 % chlapců a 37,3 % dívek, že jsou příliš tlustí. Ve dvanácti letech si tak připadalo 27,3 % dívek, v osmnácti letech tento počet vzrostl až na 41,3 %. V následující tabulce je uveden poměr chlapců a dívek, kterým jejich postava připadá hubená, tak akorát nebo tlustá.

Tabulka 6 **Hodnocení vlastní postavy (%)**

„Podle mého mínění je moje postava:“		chlapci	dívky
5. třída	hubená	19,2	16,7
	tak akorát	59,4	57,8
	tlustá	21,3	25,6
7. třída	hubená	16,2	17,4
	tak akorát	63,2	46,2
	tlustá	20,6	36,4
9. třída	hubená	22,8	12,5
	tak akorát	60,9	49,6
	tlustá	16,3	38,9

Z uvedených výsledků je zřejmé, že zatímco během staršího školního věku spíše ubývá děvčat s nadváhou, výrazně přibývá těch, které se cítí tlusté. V 9. třídě to je už téměř 40 % děvčat, i když jen 18 % z nich může mít ve skutečnosti nadváhu. Pouze 12,5 % z nich si myslí, že jsou hubené. Tento postoj k vlastnímu tělu odrážející strach z tloušťky je u nich patrný už v 5. třídě, i když s věkem se ještě zvýrazní. Chlapci naopak případnou nadváhu spíše podceňují a tlustých si připadá 16,3 %, i když vyšší než průměrnou hmotnost má více než čtvrtina z nich. Průměrná hmotnost děvčat, která si připadala tlustá, odpovídala v 5. třídě BMI 19,2, v 7. třídě BMI 20,6 a v 9. třídě BMI 21,4. Průměrná hmotnost chlapců v 9. třídě, kteří si připadali silní, odpovídala BMI 23,5.

Při srovnání s výsledky šetření v letech 1994 a 1998 došlo překvapivě ke snížení počtu děvčat, která uvedla, že se cítí tlustá, u chlapců je patrný podobný, avšak mírnější trend. Zatímco v roce 1994 36,2 % děvčat uvedlo, že si připadají tlustá, v roce 1998 to bylo 44,7 % a v roce 2002 33,6 %. Skutečnost, že nejsilnější si sledovaná děvčata připadala v roce 1998, je obtížné vysvětlit, protože průměrná hmotnost souborů se v průběhu let nezměnila.

Pocit tloušťky jednoznačně korespondoval se spokojeností s vlastním tělem, a to jak u dívek, tak u chlapců. V následující tabulce je uvedeno hodnocení tělesného vzhledu s ohledem na hodnocení vlastní postavy (tělesné hmotnosti).

Tabulka 7 **Hodnocení vzhledu a vlastní postavy (%)**

hodnocení vzhledu („vypadám...“)	chlapci			dívky		
	hodnocení postavy			hodnocení postavy		
	hubená	akorát	tlustá	hubená	akorát	tlustá
dobře	50,0	55,1	28,7	55,9	55,1	25,0
průměrně	41,3	40,5	50,4	36,9	38,5	49,4
špatně	8,7	4,4	20,9	7,2	6,4	25,6

Jak u chlapců, tak u dívek byla hubenost jednoznačně spojována s atraktivním vzhledem („Vypadám celkem nebo velmi dobře“), zatímco pocit tloušťky s nespokojeností se svým vzhledem („Nevypadám moc dobře“ nebo „Vůbec nevypadám dobře“). Tato tendence byla výraznější u děvčat a byla zřetelná už v 5. třídě.

Hodnocení postavy a kvalita života

Představa o vlastním těle, respektive pocit tloušťky statisticky významně souvisel se sebehodnocením a s hodnocením kvality života. Tloušťka byla nejenom děvčaty vnímána negativně. S pocitem tloušťky relativně přibývalo dětí, které se necítily šťastné ve svém životě, přály by si mít úplně jiný život a které se cítily osamělé. Například mezi děvčaty, která se cítila tlustá, jich 21 % uvedlo, že nejsou šťastná, mezi ostatními dívkami to bylo jenom 12 %; mezi chlapci to bylo 16,2 % a 11,5 %. Na desetibodové škále

„uspokojení ze života“ (0 = nejhorší možný život, 10 = nejlepší) se „tlusté“ děti zařazovaly v průměru o jeden stupeň níže než děti, které hodnotily svoji postavu jako normální nebo hubenou. 59,5 % chlapců, kteří si připadali tlustí, uvedlo, že se někdy cítí osamělí (46,3 % ostatních chlapců). Mezi děvčaty, která si připadala tlustá, se 74 % někdy cítilo, že jsou osamělá (64,8 % ostatních). Nezjistili jsme však statisticky významný rozdíl mezi „tlustými“ a ostatními dětmi v počtu kamarádů.

Hodnocení těla a stravovací a pohybové návyky

S tělesnou hmotností srozumitelně souvisí jídelní režim a stravovací návyky respondentů. Stravovací návyky nejenom ovlivňují tělesnou hmotnost, ale naopak spokojenost, respektive nespokojenost s vlastním tělem zpětně ovlivňuje stravovací návyky. Je v pozadí dietních tendencí, které se zprostředkovaně projevují i ve výběru jídel a jejich frekvenci. Následující tabulka je věnována jídelnímu režimu sledovaných dětí.

Tabulka 8 Frekvence hlavních jídel a názor na postavu (%)

	chlapci			dívky		
názor na postavu	hubená	tak akorát	tlustá	hubená	tak akorát	tlustá
snídaně						
nikdy	20,5	20,8	32,5	28,2	33,0	39,9
jednou/někol. týdně	16,0	19,1	19,0	19,5	18,8	19,0
každý den	63,5	60,1	48,5**	52,3	48,2	37,02**
oběd						
nikdy	1,3	1,2	0,9	1,0	0,7	2,2
jednou/někol. týdně	9,2	8,7	12,3	10,2	10,6	14,9
každý den	89,5	90,1	86,8 n.s.	89,8	88,7	82,9**
večeře						
nikdy	1,7	1,7	1,9	2,3	3,4	7,4
jednou/někol. týdně	26,5	21,6	33,0	22,9	32,0	40,1
každý den	71,8	76,7	65,1**	74,8	64,6	52,5**
jí společně s rodinou						
nikdy	4,0	3,3	3,3	2,5	2,2	3,2
asi jednou týdně	23,5	18,3	19,7	34,2	20,7	29,9
denně/téměř denně	76,5	78,4	77,0 n.s.	63,3	77,1	66,9**

** statisticky významný rozdíl; n.s. není statisticky významný rozdíl

Chlapci a dívky, kteří si připadali tlustí, statisticky významně méně často večeřeli a snídali. Děvčata, která si připadala tlustá, se snažila vyhýbat i obědům a společnému

jídla s rodinou. Jen polovina chlapců a třetina dívek, kteří se cítili tlustí, snídali každý den a téměř polovina děvčat, která si připadala tlustá, pravidelně nevečeřela. Chlapci i dívky, kteří vynechávali některé hlavní denní jídlo, byli v průměru silnější než jejich vrstevníci. Například průměrná tělesná hmotnost děvčat, která často vynechávala večeři, byla BMI 19,5, zatímco jejich vrstevnice, které pravidelně večeřely, měly průměrnou hmotnost odpovídající BMI 18,4. To, co na první pohled působí zdánlivě logicky (omezují se v jídle, protože mají nadváhu), může být jednou z příčin (chaotický jídelní režim, nižší přiměřená kontrola nad jídlem, metabolické přizpůsobení se nižší frekvenci jídel apod.) vyšší tělesné hmotnosti a být rizikovým faktorem pro obezitu.

Výsledky studie naznačují, že už děti staršího školního věku spojují nespokojenost s vlastním tělem s představou tloušťky, na kterou reagují především snahou omezit příjem potravy (omezují se v jídle, vynechávají některé denní jídlo) a až potom v relativně menší míře odpovídající změnou jídelníčku. Mezi dětmi (v tomto směru nebyl výraznější rozdíl mezi chlapci a děvčaty), které si připadaly tlusté, a jejich ostatními spolužáky jsme nezjistili statisticky významný rozdíl v konzumaci slazených nápojů, alkoholu a zeleniny. Pocit tloušťky vedl u děvčat v průměru k relativně nižší konzumaci sladkostí (19,5 % „tlustých“ dívek uvedlo, že jedí sladkosti každý den – 13 % se jim naopak vyhýbalo, jejich spolužáčky, které si připadaly hubené, uváděly každodenní konzumaci sladkostí ve 31 % a vyhýbalo se jim 9,7 %) a vyšší konzumaci ovoce. Také chlapci, kteří si připadali silní, jedli méně sladkostí, ovoce však jedli naopak méně než jejich spolužáci.

Skutečnost, že děvčata jsou ochotna využívat extrémnějších metod ke kontrole tělesné hmotnosti, naznačuje signifikantní vztah mezi kouřením a hodnocením postavy. Mezi kuřáky a nekuřáky chlapci nebyl výraznější rozdíl v hodnocení postavy (kouřilo 21,1 % chlapců, kteří si připadali tlustí, a 20,2 ostatních). Mezi děvčaty, která si připadala tlustá, kouřilo 23,1 %, zatímco mezi jejich spolužačkami „jen“ 16 %. Tento rozdíl začal být patrný už v 7. třídě a v 9. se ještě vyhroutil. Ve frekvenci cvičení a hodnocení postavy byl zjištěn statisticky významný rozdíl u chlapců, nikoli však u děvčat. Chlapci, kteří cvičili častěji, hodnotili svoji postavu jako štíhlou nebo „tak akorát“, respektive s počtem dnů v týdnu, které věnovali fyzické aktivitě ubývalo chlapců, kteří hodnotili postavu jako tlustou. Děvčata, která se hodnotila tlustá, naproti tomu neuváděla na statisticky významné rovině, že by se častěji nebo méně často věnovala fyzické aktivitě. Nezjistili jsme statisticky významný rozdíl mezi hodnocením postavy a volným časem stráveným u TV nebo videa.

Redukce tělesné hmotnosti, držení diet

Deklarované redukční diety, ale i různě zastírané nebo jinak interpretované snahy omezovat energetický příjem jsou samozřejmou součástí životního stylu současného ekonomicky vyspělého světa. Pokusů snížit tělesnou hmotnost za pomoci omezování se v jídle přibývá především v průběhu dospívání a v 18 letech má s redukčními dieta-

mi zkušenost většina děvčat. Polivy a Herman (1992) uvádějí, že mezi dívkami a mladými ženami převažuje držení redukčních diet nad normálním jídlem bez hubnutí a strachu z tloušťky. I když pro některé adolescenty může být přiměřená redukční dieta vhodným, přestože krátkodobým řešením případné nadváhy, může současně představovat i řadu zdravotních a psychologických rizik. Nabízí iluzi účinného řešení tam, kde je nezbytná trvalejší a dlouhodobě udržitelná změna životního stylu. Přirozeně tak doprovází ne vždy nezbytnou cestu k obezitě, vytváří dlouhodobě neudržitelný standard, což jenom posiluje pocity viny, paradoxně vede k mlsání a přejídání („když to není jak bych chtěla, tak je to jedno“) a vede k metabolickému přizpůsobení.

Ve svých důsledcích představuje dietní chování, respektive faktory vedoucí k dietám, rozhodující rizikový faktor z hlediska vzniku a rozvoje poruch příjmu potravy. Rosen a kol. (1988) zjistili, že 24 % dietářů užívalo ještě další purgativní metody. Podle některých autorů (Patton a kol., 1990) vzrůstá riziko poruch příjmu potravy (PPP) v souvislosti s držetím diet osmkrát. U 20–30 % dietářů se časem rozvine plný nebo částečný syndrom poruchy příjmu potravy. Dodržování redukčních diet není ale jen bezprostředním faktorem, který může vést k rozvoji PPP, ale i sociálním a kulturním jevem, který posiluje další z hlediska PPP rizikové postoje (nespokojenost s tělem, touha zhubnout) a faktory (snižuje sebevědomí, zvyšuje riziko závislosti na alkoholu, mění sociální standardy...). K rozvoji mentální anorexie nebo bulimie dochází v případech, že více či méně disponovaný jedinec je vystaven vlivu faktorů, které mohou vést k držení diet a současně některým dalším vlivům, které jsou nebezpečné z hlediska rozvoje jiných duševních poruch. Disponovanost pro diety je spojena především s ženským pohlavím, předčasnou nebo opožděnou fyzickou zralostí, nevhodnou distribucí tělesného tuku, dietním a jídelním chováním referenčního prostředí, realitami nebezpečí nadváhy a některými zájmovými nebo profesními aktivitami.

Tabulka 9 **Držení diet v závislosti na věku a pohlaví (%)**

„Držím dietu, abych shodil/a váhu.“	chlapci			dívky		
	11 let	13 let	15 let	11 let	13 let	15 let
ne	69,2	67,9	76,7	55,2	43,2	33,6
ne, ale potřebuji to	20,0	22,7	14,1	32,1	33,9	37,7
ano	10,8	9,4	9,2	12,8	23,0	28,7

Zatímco počet chlapců, kteří se aktivně snaží omezovat příjem potravy, respektive to jsou ochotni přiznat, mezi jedenáctým a patnáctým rokem věku nevzrostl, počet dívek, které uvádějí, že drží redukční dietu, se mezi 5. a 9. třídou více než zdvojnásobil. 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. S rostoucím věkem se ale chlapci a děvčata výrazně diferencují a zřetelně při-

bývá děvčat nespokojených se svým vzhledem a s tělesnou hmotností. V důsledku toho vzrůstá i počet děvčat, která jsou ochotna držet redukční dietu.

Meziroční srovnání takto subjektivního a sociálně citlivého kritéria je třeba interpretovat jen s velkou opatrností. Z uvedené tabulky je však zřejmé, že počet respondentů, zejména děvčat uvádějících redukční dietu od roku 1994, respektive od roku 1998, významně stoupl. To může znamenat, že se v odpovídající relaci zvýšil počet děvčat, která drží redukční dietu, nebo že si už více děvčat nyní uvědomuje „o co vlastně jde“, nebo že se méně zdráhají dietní chování přiznat. Poměrně zřetelně se zvýšil i počet chlapců, kteří uvádějí, že drží diety. Signifikantní nárůst počtu děvčat držících dietu mezi rokem 1998 a 2002 by mohl vysvětlit skutečnost, proč více děvčat v roce 2002 bylo spokojeno s tělesným vzhledem (?).

Tabulka 10 **Držení diet v letech 1994, 1998 a 2002 (%)**

	chlapci			dívky		
	1994	1998	2002	1994	1998	2002
nedrží dietu	75,4	74,0	1,3	55,2	44,8	44,0
měl/a by	26,4	34,3	18,9	31,2	43,1	34,5
drží dietu	7,5	4,4	9,8	13,6	12,1	21,5

Tabulka 11 **Redukce tělesné hmotnosti (držení diet) u patnáctiletých dětí (%)**

země	chlapci		dívky		celkem
	drží dietu	(nadváha)	drží dietu	(nadváha)	
Maďarsko	11,2	(15,4)	36,2	(9,3)	26,6
USA	20,8	(34,0)	30,0	(20,3)	25,7
Dánsko	10,9	(14,2)	35,8	(9,5)	23,8
Kanada	9,7	(25,0)	29,2	(17,6)	20,7
Izrael	10,7	(13,8)	28,1	(7,4)	20,3
Česká Republika	9,2	(13,1)	28,7	(5,5)	19,2
Skotsko	7,8	(14,3)	29,3	(10,4)	18,5
Itálie	6,9	(19,6)	27,3	(7,7)	18,2
Řecko	10,3	(24,0)	25,4	(8,6)	18,1
Anglie	9,3	(16,3)	25,0	(12,9)	17,9
Slovenie	8,1	(18,5)	27,7	(7,0)	17,5
Belgie (franc.)	8,2	(11,6)	24,7	(9,5)	17,2
Malta	9,6	(27,9)	23,5	(16,7)	17,0
Irsko	5,5	(11,0)	23,5	(12,6)	16,7
Polsko	6,7	(7,8)	25,4	(5,3)	16,4
Norsko	7,1	(14,6)	23,5	(9,5)	15,4
Švýcarsko	5,8	(11,4)	24,3	(6,7)	14,9

země	chlapci		dívky		celkem
	drží dietu	(nadváha)	drží dietu	(nadváha)	
Rakousko	7,9	(13,3)	21,2	(8,2)	14,5
Francie	6,0	(12,1)	20,5	(10,0)	13,3
Německo	5,6	(15,8)	19,3	(6,6)	12,7
HBSC průměr	6,9	(14,5)	22,6	(8,5)	15,1

V tabulce 11 je uvedeno pořadí prvních 20 zemí HBSC studie řazených podle počtu patnáctiletých dětí, které uvedly, že drží dietu. V závorce je uvedeno procento patnáctiletých dětí, které mají podle BMI nadváhu nebo trpí obezitou. Porovnání počtu chlapců nebo dívek, které trpí nadváhou a které drží dietu naznačuje, že spíše než případná nadváha je pro držení diet rozhodující nespokojenost se svým tělem. Země s nejvyšším zastoupením dětí s nadváhou (například USA nebo Kanada) jsou nicméně na prvních místech i v pořadí zemí s nejčastějším výskytem diet.

V tabulce 12 je uvedeno procento dětí, které si připadají „tak akorát“, hubené nebo naopak tlusté a současně si myslí, že potřebují přibrat, že jejich váha je v pořádku, že nedrží dietu, ale potřebují zhubnout, nebo že drží dietu.

Tabulka 12 **Držení diet a hodnocení postavy (%)**

názor na postavu	chlapci			dívka		
	hubený	tak akorát	tlustý	hubená	tak akorát	tlustá
potřebuji přibrat	52,1	8,8	1,3	47,2	4,1	0,2
váha je v pořádku	42,9	72,8	13,4	40,4	53,1	4,1
potřebuji zhubnout	0,4	12,1	55,2	8,1	29,4	54,2
držím dietu	0,6	6,3	30,2	4,3	13,4	41,5

Velká část chlapců i dívek, kteří si připadají hubení, má pocit, že jejich váha je v pořádku, zatímco jenom 13,4 % chlapců a 4,1 % dívek, kteří si připadají tlustí; u děvčat navíc často bez toho, aby měla skutečnou nadváhu. 41,5 % děvčat a 30,2 % chlapců, kteří si připadají tlustí, drží dietu. Dietu ale drží i 13,4 % dívek, které si myslí, že jejich tělesná hmotnost je v pořádku. 49 děvčat (1,9 % z celkového počtu děvčat), která uvedla, že jsou hubená a současně, že by měla zhubnout nebo dokonce, že drží dietu, může mít problém ve smyslu mentální anorexie.

Diety a jídelní režim

V zásadě existují tři druhy redukčních diet. Kromě půstu, kdy člověk určitou dobu nejí nic, a úsporné diety, při které se vědomě a často podle určitého klíče omezuje příjem energie, patří mezi diety i omezování nebo odmítání určité kategorie potravin nebo

hlavního denní jídla. Pokud to není přímo součástí přijaté dietní strategie nebo filozofie (tj. že tento přístup je jasně pojmenován jako dieta, většinou podle autora nebo strategie), je tento dietní přístup často bagatelizován („nejde o žádnou dietu“) a racionalizován („nemám ráno chuť a čas, nechci ubližovat zvířatům“ apod.). Rozdíl mezi dívkami, které uváděly, že drží dietu, a které uváděly, že ji nedrží, ale že by měly zhubnout, byl pokud jde o tyto skryté nebo „nepřiznané“ diety poměrně malý.

Tabulka 13 **Držení diet a jídelní režim**

	chlapci			dívky		
	nedrží dietu	měl/a by	drží dietu	nedrží dietu	měl/a by	drží dietu
nikdy nesnídá	20,3	27,8	33,6	29,4	36,4	42,4
někdy snídá	17,5	19,4	23,4	2,9	24,3	19,8
pravidelně snídá	62,2	52,8	43,0	67,7	39,3	37,8
nikdy neobědvá	1,2	0,9	1,7	0,8	1,3	2,1
někdy obědvá	8,8	12,2	9,7	8,0	12,9	18,2
pravidelně obědvá	90,0	86,9	88,6	91,2	85,8	79,7
nikdy nevečeří	1,6	2,2	2,1	1,4	3,7	12,4
někdy večeří	20,8	27,9	34,8	25,2	37,7	42,9
pravidelně večeří	77,6	69,9	63,1	73,4	58,6	44,7

Z uvedených výsledků je zřejmé, že o tom, jestli si děvčata „povolí“, nebo „nepovolí“ hlavní jídlo, rozhoduje nejvíce to, jestli chtějí, nebo nechťejí zhubnout. Nedostatek času, stres nebo „zvyk“ jsou především racionalizací. Jen necelých 40 % děvčat, která drží dietu nebo si myslí, že by ji měla držet, snídá a jen kolem 50 % večeří. Ta děvčata, která uvádějí, že nedrží dietu, ale měla by, se často omezují v jídle téměř se stejnou intenzitou jako ta, která dietu přiznávají. To znamená, že skutečný počet dívek, které se omezují v příjmu potravy ve snaze zhubnout, je ve skutečnosti vyšší než počet těch, které redukční dietu přiznají.

Kouření cigaret mnoho žen užívá jako způsob „kontroly“ tělesné hmotnosti a mnoho kuřáček odmítá přestat kouřit ze strachu z toho, že přiberou. Tomu odpovídalo i naše zjištění. Z děvčat, která držela dietu, kouřilo 26,1 %, z jejich vrstevnic, které nedržely dietu a chtěly by zhubnout, 20,3 % a z ostatních děvčat „jen“ 12,8 %. Každý den kouřilo 14 % dietářek a 5,9 % ostatních děvčat. Mezi chlapci však nebyl v tomto směru žádný rozdíl, tj. kouřili nebo nekouřili bez ohledu na případnou snahu zhubnout. Podobně tomu bylo i v případě užívání alkoholu, kde mezi chlapci držícími a nedržícími diety nebyl statisticky významný rozdíl, zatímco děvčata, která držela diety, častěji pila alkohol (14,6 %) než jejich vrstevnice, které nechťejly zhubnout (8,7 %). Pokud jde o kouření marihuany, nezjistili jsme mezi dietujícími a nedietujícími chlapci ani děvčaty statisticky významný rozdíl.

Dietní tendence a fyzické zrání

Období dospívání, to je období fyzického a sexuálního zrání, kdy dochází k nejvýraznějším změnám tělesných proporcí. Problematika tělesné zralosti úzce souvisí se spokojeností s vlastním tělem, dietami a zprostředkovaně i s problematikou poruch příjmu potravy. Killen a kol. (1992), kteří se zaměřili na problematiku vztahu dietních postojů a sexuální zralosti u jedenácti- a dvanáctiletých děvčat, zjistili u fyzicky zralejších dívek dvojnásobně vyšší riziko poruchy příjmu potravy. S časnější fyzickou zralostí byl často spojen strach z dalšího přibírání na váze, pocity nedostačivosti a některé další depresivní příznaky. Předčasně fyzicky vyzrálé dívky bývají zpravidla menší a silnější než jejich vrstevnice, jsou nespokojenější se svým tělem a váhou a mohou mít sklon k přejídání se. V této souvislosti je také poukazováno na diskrepanci mezi fyzickým a emocionálním zráním, což může být zdrojem konfliktů s rodiči i s vrstevníky, protože tyto dívky vypadají starší, dostávají a požadují více samostatnosti. Následující tabulka informuje o vztahu menstruačního cyklu a dietních tendencí. Z tabulky je zřejmé, že téměř dvě třetiny děvčat, které začaly menstruovat (58,4 % všech děvčat), si myslí, že by měly zhubnout nebo už proto drží redukční dietu. Naopak jen necelých 13 % děvčat, které byly fyzicky nezralé (příliš štíhlé), si přálo přibrat.

Tabulka 14 Držení diet a menstruační cyklus (%)

	nemá menstruaci	začala už menstruovat
potřebuji přibrat	12,9	6,8
váha je v pořádku	45,8	26,0
potřebuji zhubnout	29,2	38,7
držím dietu	12,1	28,5

Závěr

Zjištěná data potvrzují, že dietní tendence jsou patrné už u jedenáctiletých dívek a s věkem mají tendenci dále výrazně stoupat, zatímco mezi jedenácti- a patnáctiletými chlapci nebyl v tomto směru výraznější rozdíl. I když dietní tendence vzrůstají v závislosti na fyzické zralosti a tělesné hmotnosti, jsou výrazné i u děvčat s přiměřenou nebo nízkou tělesnou hmotností. Je proto pravděpodobné, že se mohou spolupodílet na rozvoji poruchy příjmu potravy. Studie dále naznačila, že držení diet významným způsobem ovlivňuje jídelní zvyklosti (narušují jídelní režim, ovlivňují jídelníček) a život dětí školního věku. Například jsme zjistili významnou korelaci mezi kouřením a držení diet. Za závažné zjištění je rovněž možné pokládat skutečnost, že za posledních 10 let v ČR významně vzrostl počet děvčat, která drží dietu ve snaze zhubnout.

Literatura

- Bláha P. BMI současné československé populace ve věku od 3 do 70 let. Praha: Ústav sportovní medicíny, 1991.
- Ciliska D. Beyond Dieting. New York: Brunner&Mazel, 1990.
- Grogan S. Body image: Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem, Praha: Grada, 2000.
- Killen JD, Hayward C, Litt I, et al. Is puberty a risk factor for eating disorders? *Am J Dis Child* 1992; 146: 323–325.
- Krch FD, ed. a kol. Poruchy příjmu potravy, Praha: Grada, 1999.
- Krch FD, Csémy L, Drábková H. Rizikové jídelní chování a postoje českých adolescentů – školní studie. *Čs Psychiat* 2003; 8: 415–422.
- Ledoux S, Choquet M, Flament M. Eating disorders among adolescents in an unselected French population. *Int J Eat Dis* 1991; 10(1): 81–89.
- Patton GC, Johnson-Sabine E, et al. Abnormal eating attitudes in London schoolgirls, a prospective epidemiological study: outcome at twelve-month follow-up. *Psychol Med* 1990; 20: 383–394.
- Pliner P, Chaiken S, Flett GL. Concern with body weight and physical appearance over lifespan, 1987, nepublikovaná práce. Citace podle Ciliska D. Beyond Dieting. New York: Brunner&Mazel, 1990.
- Polivy J, Herman CP. Undieting: A program to help people stop dieting. *Int J Eat Dis* 1992; 11: 261–268.
- Rosen LW, et al. Prevalence of pathogenic weight-control behaviors among native American women and girls. *Int J Eat Dis* 1988; 7(6): 807–811.
- Secord PF, Jourard SM. The appraisal of body-cathexis: Body cathexis and the self. *J Consult Psychol* 1953; 17: 343–347.

Vývoj kuřáctví u dětí a dospívajících v České republice v období 1994–2002

Návrat České republiky mezi demokratické země s ekonomikou budovanou na tržních principech přinesl nejen výrazné změny v ekonomické a společenské oblasti, ale odrazil se také překvapivě na vývoji zdravotního stavu obyvatelstva. V období mezi rokem 1989 a 2002 se očekávaná střední délka života prodloužila u mužů z 68,1 na 72,1 roku a u žen z 75,4 na 78,5 roku. Za stejné období se standardizovaná míra úmrtnosti (evropský standard) snížila u mužů z 1528,7 na 1146,2 a u žen z 902,9 na 685,8 na 100 tisíc obyvatel [www.uzis.cz]. K těmto výrazným pozitivním změnám za relativně krátké období došlo v důsledku působení více faktorů. Je zřejmé, že vedle zkvalitnění léčebné péče svou roli sehrály i změny v životním stylu a výživových zvyklostech obyvatelstva. Podobně jako ve vyspělých zemích i v České republice se na celkové nemocnosti a úmrtnosti populace největší měrou podílejí nemoci oběhové soustavy a nádorová onemocnění. Kouření tabáku je nejzávažnějším známým a preventabilním rizikovým faktorem ovlivňujícím vznik, rozvoj a průběh mnoha z těchto onemocnění. Peto et al. (2003) odhadli na základě mortalitních statistik ČR, že kouření bylo možno připisat v roce 2000 celkem 17 700 úmrtí a každé úmrtí související s kouřením vede k průměrné ztrátě 15 let života. Soustředěné úsilí vyspělých společností omezovat kouření a tím i nežádoucí zdravotní škody, které působí, je proto nejen pochopitelné, ale v posledních letech také stále zřetelnější (Rámcová konvence o tabáku iniciovaná WHO). 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 (Škodová et al., 2000; et al., 2003). Tyto práce ukazují, že mezi dospělými dochází v 90. letech k poklesu prevalence kuřáctví, přičemž tento pokles je výraznější u mužů. Zcela opačné trendy byly zjištěny u výskytu kuřáctví mezi dospívajícími (Sovinová a Csémy, 2000). Cílem této práce je přinést nejnovější poznatky o rozsahu kouření u dospívajících dětí školního věku a sledovat širší souvislosti kuřáckého chování.

Data využívaná v této práci vycházejí z české části mezinárodního projektu Světové zdravotnické organizace The Health Behaviour of School/Aged Children (King et al., 1996; Currie et al., 2000), kterého se Česká republika účastní od roku 1994. Jde o kohortovou studii, opakovanou vždy ve čtyřletých periodách. Dotazníkem je vyšetřován reprezentativní soubor žáků 5., 7. a 9. tříd ZŠ, odpovídající věkové skupiny jsou 11, 13 a 15 let. V práci jsou použita data z roku 1994, 1998 a 2002.

Charakteristiky souboru byly do značné míry podobné v každém z uvedených roků. Lišilo se celkové N, které v roce 1994 bylo 3585, v roce 1998 3703 a v roce 2002 5012 žáků. Podle pohlaví bylo zastoupení shodné s populací odpovídajícího věku. Nábor

dat byl prováděn mezinárodně standardizovaným dotazníkem, v každé zúčastněné zemi unifikovaným postupem (jednotná instrukce pro žáky, stejný způsob administrace ve třídě, odevzdávání vyplněných nepodepsaných dotazníků v neoznačených obálkách).

Pro statistické zpracování dat byl použit program SPSS.

V první části výsledků jsou využita data ze všech dosavadních tří vln studie. Druhá část, zaměřená na analýzu kontextových vztahů, se opírá pouze o data z roku 2002 (věková skupina patnáctiletých, N = 1660).

Vývoj kuřáckých zvyklostí dospívajících od roku 1994 do roku 2002

Prevalenci pravidelného kouření (definovaná jako kouření alespoň jednou týdně nebo častěji) ve sledovaných letech zachycuje tabulka 1. Ve věkové skupině jedenáctiletých je pravidelné kouření ještě vzácným jevem a rozdíly mezi roky 1994 a 2002 nejsou významné. U třináctiletých je efekt roku měření již zřetelný u obou pohlaví. Podíl pravidelných kuřáků se v roce 2002 prakticky zdvojnásobil proti roku 1994, a to u obou pohlaví. Nejstrmější nárůst kouření je patrný u věkové skupiny patnáctiletých, kde v roce 2002 kouřilo již 30 % všech dotázaných. Pro poslední období je také charakteristické stírání rozdílů ve výskytu kuřáctví podle pohlaví. Při měření v letech 1994 a 1998 bylo vždy statisticky významně více kuřáků mezi chlapci, v roce 2002 se tento poměr zcela vyrovnal. Změny trendů je možné také dobře sledovat na grafu 1. Druhá část tabulky 1 shrnuje informace o průměrné týdenní spotřebě cigaret u kuřáků. Tabulka 2 doplňuje tabulku 1 o informaci o prevalenci denního kuřáctví mezi patnáctiletými žáky ažačkami. Nárůst mezi roky 1994 a 2002 je zde ještě markantnější než u pravidelného kouření. Každý pátý žák v posledním ročníku základní školy byl v roce 2002 denním kuřákem, zatímco v roce 1994 to bylo méně než 9 % žáků.

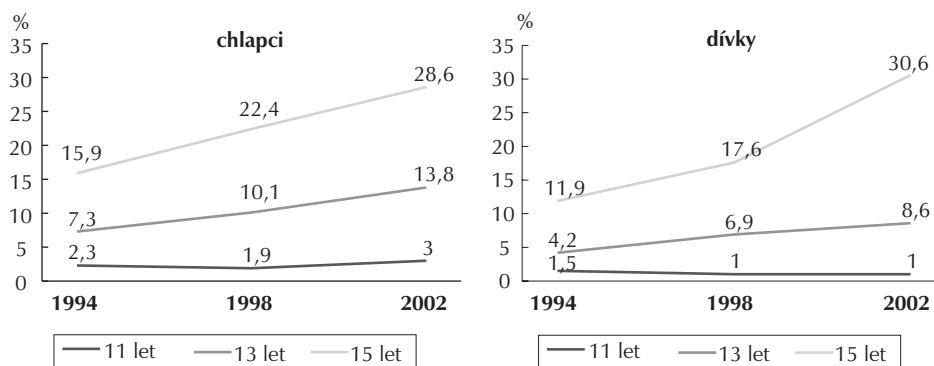
Tabulka 1 Porovnání kuřáctví u reprezentativního souboru českých dětí a dospívajících v letech 1994 a 1998

		věková skupina								
		11 let			13 let			15 let		
rok		1994	1998	2002	1994	1998	2002	1994	1998	2002
pravidelní kuřáci v % (kouří 1 × týdně nebo častěji)	celkem	1,9	1,4	2,0	5,8	8,6	11,1	13,9	19,9	29,7
	chlapci	2,3	1,9	3,0	7,3	10,1	13,8	15,9	22,4	28,6
	dívky	1,5	1,0	1,0	4,2	6,9	8,6	11,9	17,6	30,6
průměrná týdenní spotřeba cigaret (v ks/kuřák)	celkem	5,1	7,3	13,8	7,9	13,9	16,1	27,8	24,3	33,6
	chlapci	4,2	8,4	15,9	8,3	16,0	16,7	30,3	25,2	35,1
	dívky	6,6	5,0	8,0	7,1	11,1	15,3	24,1	23,2	32,3

Tabulka 2 **Prevalence denních kuřáků ve věkové skupině 15 let v roce 1994, 1998 a 2002 (%)**

rok	1994	1998	2002
celkem	8,8	13,3	21,6
chlapci	11,4	15,5	20,2
dívky	6,2	11,3	22,9

Graf 1 **Vývoj pravidelného kuřáctví u chlapců a dívek v období 1994–2002**



Kontext kuřáckého chování

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

Typologie kuřáků. Nejprve jsme se pokusili o trochu jemnější typologii kouření u patnáctiletých z posledního výzkumu v roce 2002. Podle vztahu ke kouření jsme soubor rozdělili do těchto 4 kategorií: nekuřáci, slabí kuřáci (udávají o sobě, že kouří, ale méně často než jednou týdně), kuřáci (jsou to všichni ti, kdo udávali, že kouří alespoň jednou týdně nebo častěji, ale týdně nevykouří více než 40 cigaret) a silní kuřáci (za ty považujeme pravidelné kuřáky, kteří současně vykouří více než 40 cigaret týdně). Distribuce kuřáckého statusu definovaného podle výše uvedených kategorií je shrnuta v tabulce 3. Statisticky významný rozdíl podle pohlaví nebyl zjištěn.

Tabulka 3 **Kuřácký status podle pohlaví (%)**

typ kuřáka	chlapci	dívky
nekuřák	66,6	62,2
slabý kuřák	4,7	7,3
kuřák	19,6	21,3
silný kuřák	9,1	9,3

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 kuřáků výrazně vyšší (37 % oproti 25 % u dětí z úplných rodin). Nejvyšší je výskyt kuřáctví v rodinách restrukturovaných (nejčastěji jde o rodinu, kde se o děti stará vlastní matka a nevlastní otec, případně druh). V těchto rodinách kouří 44 % z dotázaných dospívajících. Záměrně nebereme do úvahy skupinu, kde kompozice rodiny je jiná, protože je zastoupena jen marginálně. V tabulce 4 je uveden výskyt formy kuřáctví podle struktury rodiny.

Tabulka 4 Výskyt kouření podle struktury rodiny (%)

struktura rodiny	nekouří	kouří slabě	kouří (kategorie kuřáci a silní kuřáci)	statistická významnost (χ^2)
úplná rodina	68,7	6,2	25,1	
restrukturovaná rodina	52,7	3,6	43,7	
jeden (vlastní) rodič	56,8	6,6	36,6	
jiná	41,0	10,3	58,7	$p < 0,01$

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 výši socioekonomického statusu. U rodin s nejvyšším statusem kouří 21,4 % dětí, zatímco v kategorii nejnižší je to 46,7 % dospívajících ($\chi^2 = 22,7$; $df = 12$; $p < 0,05$).

Kouření rodičů a přátel. Díky rozsáhlé datové bázi jsme mohli sledovat i souvislosti mezi kouřením dospívajících a kouřením jejich rodičů a přátel. Hodnoty v tabulce 5 udávají výskyt forem kouření u dospívajících podle toho, zda otec, matka a kamarád/kamarádka jsou nekuřáci, nebo kouří (denní kouření). U kouřících rodičů je kuřáctví dětí dvojnásobné proti rodičům, kteří nekouří. Ještě zřetelnější je vrstevnická souvislost. V případě nekuřícího kamaráda/kamarádky nekouří 90 % dotázaných, avšak kuřáky je 59 % těch dospívajících, jejichž kamarád je denním kuřákem.

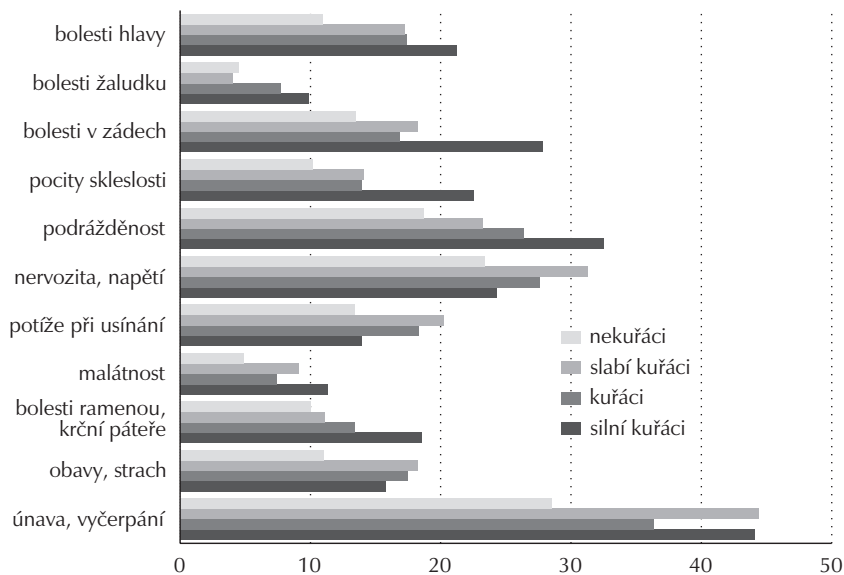
Kouření a psychosomatické zdraví. V anonymním dotazovém šetření není možné spolehlivě zjišťovat objektivní zdravotní stav. Měli jsme však možnost sledovat výskyt obtíží psychosomatického charakteru v závislosti na kouření. Celkem šlo o 11 zdravotních problémů, které odrážejí somatické i psychologické aspekty aktuálního zdravotního stavu.

Tabulka 5 **Kouření v závislosti na kouření rodičů a blízkých přátel (%)**

	nekouří	kouří slabě	kouří (kategorie kuřáci a silní kuřáci)	statistická významnost (χ^2)
otec nekouří	72,2	6,5	21,3	p < 0,001
otec kouří (denně)	48,9	5,0	46,1	
matka nekouří	72,6	6,3	21,1	p < 0,001
matka kouří (denně)	54,5	5,4	40,1	
kamarád(ka) nekouří	89,9	4,0	6,1	p < 0,001
kamarád(ka) kouří (denně)	34,9	5,8	59,3	

Přítomnost zdravotních problémů byla zjišťována pomocí frekvenční škály. Na grafu 2 jsou naneseny hodnoty, které reprezentují výskyt problémů s frekvencí častější než jednou týdně. Srovnání podle kuřáckého statusu ukazuje, že mezi kuřáky a silnými kuřáky je častý výskyt zdravotních problémů udáván v podstatně větší míře než u nekuřáků. Silní kuřáci udávají nejvíce zdravotní problémy, jako je únava, podrážděnost, bolesti v zádech a bolesti hlavy. Výzkum však neumožňuje zodpovědět otázku, zda kouření je jedním ze způsobů, kterým se kuřáci vyrovnávají s fyzickým a psychologickým dyskomfortem.

Graf 2 **Výskyt psychosomatických obtíží v závislosti na kuřáckém statusu**



Kouření a výskyt jiných návykových rizik. Z jiných návykových rizik, s nimiž se aktuálně v adolescentním věku setkáváme, jsme sledovali výskyt nadužívání alkoholu (opilost častěji než 3 × za život a pití nadměrných dávek alkoholu 3 × nebo častěji během posledního měsíce) a užívání nejrozšířenějších ilegálních drog (kanabis a extáze, užití během posledního roku). U všech čtyř forem rizikového chování byla zjištěna statisticky vysoce významná souvislost s kouřením ($p < 0,001$). Dobře patrný je nárůst výskytu těchto forem chování u kuřáků a silných kuřáků v tabulce 6.

Tabulka 6 Výskyt jiných forem návykového chování podle kuřáckého statusu (%)

typ kuřáka	opilost	pití nadměrných dávek alkoholu	užití marihuany v posledním roce	užití extáze v posledním roce
nekuřák	4,6	6,5	10,3	1,0
slabý kuřák	9,0	15,0	29,6	3,1
kuřák	31,2	30,3	55,8	5,0
silný kuřák	57,2	53,3	78,5	15,5

Nejde o nijak novou souvislost, nicméně jde o velmi přesvědčivé potvrzení známé asociace na nových datech.

Diskuze a závěry

Nárůst prevalence kuřáctví u dospívajících v ČR byl zaznamenán již dříve díky datům ze studie ESPAD (Csémy et al., 2000) a starším datům ze studie HBSC (Sovinová a Csémy, 2000). Prevalence kuřáctví u věkové skupiny 15 let ze studie HBSC z roku 2002 publikované v této práci se velmi dobře kryjí také s prevalencí kuřáctví ze studie Global Youth Tobacco Survey, která byla v ČR provedena rovněž v roce 2002 (Sovinová a Csémy, 2002). Na základě poznatků, které máme, můžeme s určitostí konstatovat zřetelný nárůst kuřáctví u naší dospívající mládeže. Všechny příčiny této výrazné změny neznáme, domníváme se však, že souvisí se snahami výrobců a prodejců dosáhnout zisků v zemích střední a východní Evropy. Tabákový průmysl se stal cílem jedné ze dvou největších zahraničních investic do ČR v 90. letech. Výrobci vyvíjejí v ČR neobyčejně dravou reklamní kampaň, která zřejmě nejvíce oslovuje mladé lidi (v roce 1998 přesáhly celkové výdaje na reklamu tabákových výrobků 500 mil. Kč) (Sovinová a Csémy, 2002). Celospolečenská opatření v oblasti kontroly tabáku přišla až později a některé legislativní úpravy v oblasti ochrany zdraví postupují těžkopádně. Dalším problémem je laxní přístup k prosazování významných změn, které byly zavedeny, např. zvýšení minimálního legálního věku pro dostupnost cigaret ze 16 na 18 let.

Kouření dětí a dospívajících je v centru pozornosti odborníků z oblasti veřejného zdraví z více důvodů. Hlavním důvodem jsou samozřejmě pozdější zdravotní následky kouření a obtížnost zbavit se závislosti v případě návyku, který se rozvíjel dlouhá léta:

výzkumy ukázaly, že více než jedna třetina současných dospělých kuřáků se opakovaně, ale neúspěšně pokusila zanechat kouření (Sovínová et al., 2000). Dalším důvodem, který je u nás někdy opomíjen, je fakt, že kouření je rizikovým faktorem i pro jiné zdraví ohrožující podmínky. Podobné nálezy, jaké jsme uvedli v této práci, byly zjištěny i ve studii ESPAD z roku 1999. Denní kuřáci jsou i zde častěji konzumenty nadměrných dávek alkoholu: opakovanou opilost uvedlo 31 % denních kuřáků a jen 5 % ostatních dotázaných. Obdobně tomu bylo i s užíváním drog. Lifetime prevalence užívání marihuany byla 71,8 % mezi denními kuřáky a 18,2 % mezi ostatními ($p < 0,001$), heroinu 10,6 % oproti 1,4 % ($p < 0,001$). Na škále měřící výskyt symptomů deprese dosahovali kuřáci statisticky významně vyššího průměrného skóru než nekuřáci (Csémy et al., 2000).

Problém kuřáctví mezi adolescenty a mladými dospělými nás musí velmi znepokojovat. Neuspokojivé výsledky v oblasti omezování kuřáctví mládeže netrápí jen nás. Sasco a Kleihues (1999) v nedávno publikované práci uvádějí tři příčiny neúspěchu: nedostatečné vynucování legislativně stanovených opatření, uniformní přístup k rozdílným populacím a příliš omezené prostředky, které je možné věnovat na omezování kuřáctví. Pro nás platí každá z těchto příčin dvojnásob. Část české společnosti stále vnímá opatření omezující kouření jako omezování osobní svobody. Na začátku jsme uvedli, že se zdravotní stav české populace zlepšuje. Omezování kuřáctví může významně přispět k pokračování příznivého trendu. V podpoře zdraví bychom měli usilovat o to, aby se nekouření stalo společenskou normou, která není omezením, ale naopak přináší lepší zdraví a vyšší kvalitu života.

Literatura

- Csémy L, Sovínová H, Sadílek P. ESPAD 1999 Unpublished Research Report. Praha, 2000.
- Currie C, et al, eds.: Health and health behaviour among young people. Health policy for children and adolescents (HEPCA) series No. 1. WHO, 2000.
- King A, et al. The Health of Youth. A cross-National Survey. WHO regional publications. European series, No 69. 1996.
- Peto R, Lopez AD, Boreham J, Thun M, Heath Jr C. Mortality from Smoking in Developed Countries 1950–2000. Oxford: Oxford University Press, 1994. (Second edition; data updated 15 July 2003).
- Sasco AJ, Kleihues P. Why can't we convince the young not to smoke? Eur J Cancer 1999; 35: 1933–1940.
- Sovínová H, Csémy L. The changing smoking and health scene in the Czech Republic. Nutrition 2000; 16(11–12): 1112–1113.
- Sovínová H, Csémy L. Marketing, use and health effects of tobacco in Eastern Europe. J Substance Use 2000; 5(Suppl.): 185–189.
- Sovínová H, Csémy L. Smoking behaviour of Czech adolescents: Results of the Global Youth Tobacco Survey in the Czech Republic, 2002 GYTS. CEJP.
- Sovínová H, Sadílek P, Csémy L. Vývoj prevalence kuřáctví v dospělé populaci ČR a postoje občanů k tabákovým výrobkům a jejich užívání v letech 1997–2002. Výzkumná zpráva. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. Dostupné na http://www.szu.cz/dokumenty_soubory/ZPR2A.pdf.
- Škodová Z, et al. Development of smoking habits in the population of Czech Republic during 1985–1997/98 [in Czech]. Čas Lék čes 2000; 139(5): 143–147.

Pití alkoholických nápojů a zkušenosti s drogami u dětí školního věku

Alkohol a tabák jsou návykové látky, s nimiž získávají děti a dospívající první zkušenosti již ve věku 11–13 let. Práce zabývající se vlivem iniciace naznačují, že jedním z významných rizikových faktorů pro rozvoj problémů v pozdějším věku je raný začátek užívání návykové látky (Windle, 1999, Csémy, 1999). Vedle alkoholu a tabáku, jejichž užívání je ve společnosti nejrozšířenější, se během relativně krátké doby stalo závažným sociálním a zdravotním problémem rovněž užívání ilegálních drog. Školní dotazová šetření jsou jedním z mála zdrojů, které umožňují získat informace o zkušenostech dětí s užíváním alkoholu a jiných návykových látek. V České republice jsou dlouhodobě realizovány dva rozsáhlé periodicky opakované výzkumy zaměřené na tuto oblast. Je to jednak studie ESPAD – Evropský školní projekt o alkoholu a jiných drogách, který sleduje středoškolskou populaci, a pak studie HBSC, jejíž výsledky jsou prezentovány v této práci. V této kapitole chceme shrnout hlavní poznatky o užívání alkoholu u dětí školního věku, a to s ohledem na jejich věk a pohlaví. Využijeme také možnosti srovnat trendy za období od roku 1994 do roku 2002. Ve druhé části kapitoly uvedeme výsledky týkající se užívání ilegálních drog.

Pití alkoholických nápojů – trendy 1994–2002

Již výsledky studie HBSC v roce 1994 poukázaly na značné rozšíření pití alkoholu mezi dětmi školního věku. Pro populaci českých dětí je charakteristické, že konzistentně ve všech měřeních byla 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 dětí byla vyšší. Tento poznatek lze chápat jako projev 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, případně častěji. Údaje o takovém způsobu pití jsou shrnuty v tabulce 1. Ve věkové skupině 11 let je s výjimkou piva pití alkoholu relativně řídké, s rostoucím věkem se pak pití stává běžnějším. Sledujeme-li změny v období 1994–2002, nejvýraznější posuny jsou patrné ve věkové skupině patnáctiletých. Jednoznačně strmý nárůst se týká především pití piva a vína u děvčat. Téměř čtvrtina patnáctiletých dívek v roce 2002 konzumovala pivo týdně nebo ještě častěji. Oproti roku 1994 je to nárůst na dvojnásobek. Podobný je trend i u pití vína, kdy více než desetina děvčat udává pravidelný konzum. Co se týče chlapců, pivo je zřetelně nejoblíbenějším nápojem, a to ve všech věkových skupinách. Za povšimnutí stojí i nárůst pravidelného pití piva ve věkové skupině třináctiletých. V roce 2002 udávala pětina dotázaných chlapců pití

piva s frekvencí jednou týdně nebo častěji. Zcela nevhodné a nepřiměřené je pití lihovin u nezletilých. Výsledky studie však ukazují, že ani pití destilátů není nijak výjimečné mezi patnáctiletými. Přitom je nutné vzít v úvahu příjem destilátů v podobě míchaných nápojů, tedy ve formě, která je méně nápadná než pití těchto nápojů samotných. Rozšířenost pravidelného pití alkoholických nápojů dětmi školního věku je tak velká, že by měla znepokojovat nejen odborníky, kteří tyto jevy sledují, ale celou společnost.

Tabulka 1 **Pití alkoholických nápojů jednou týdně nebo častěji podle druhu nápoje, pohlaví a věkové skupiny (%)**

		11 let			13 let			15 let		
		1994	1998	2002	1994	1998	2002	1994	1998	2002
pivo	chlapec	10,5	14,1	9,3	16,4	15,0	21,1	35,4	29,3	36,9
	dívka	5,6	6,7	4,0	5,3	8,5	8,0	11,9	14,2	23,1
víno	chlapec	2,6	3,0	2,1	2,4	2,5	6,4	9,7	4,7	10,9
	dívka	1,0	0,5	1,0	3,0	1,8	3,3	7,1	6,5	12,1
lihoviny	chlapec	1,4	1,9	1,4	3,3	2,8	2,7	9,8	5,5	10,6
	dívka	0,7	0,7	0,0	1,1	0,8	0,5	6,4	3,2	6,4
míchané nápoje	chlapec	5,0	5,2	3,7	7,3	4,9	5,3	11,5	8,4	9,8
	dívka	2,9	1,6	1,1	3,2	3,3	3,0	14,6	7,9	9,1

První zkušenosti s alkoholem, opilostí, marihuanou

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, v průměru okusí české děti alkohol již ve věku mezi jedenáctým a dvanáctým rokem věku (tab. 2). Část dětí také ještě ve školním věku získává první zkušenosti a alkoholovou intoxikací. Ti, kteří přiznali opilost, udávají, že poprvé k tomu došlo nejčastěji ve věku 13–14 let, to znamená v 7. či 8. třídě ZŠ. Průměrný věk první opilosti je u děvčat o něco vyšší, z vývojového hlediska však zanedbatelný.

Tabulka 2 **Průměrný věk (v závorce standardní odchylka) první zkušenosti s alkoholem, opilostí a užitím marihuany (jen věková skupina 15 let)**

pohlaví	chlapci	dívky
alkohol	10,9 (3,6)	11,8 (3,7)
opilost	13,4 (1,4)	13,7 (1,1)
marihuana	13,9 (1,0)	13,8 (0,9)

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 pečlivou 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 dvakrát a častěji. V tabulce 3 jsou naneseny hodnoty pro skupinu třináctiletých a patnáctiletých od roku 1994 do roku 2002. Z výsledků vyplývá, že za sledované období nedošlo k žádné podstatné změně ve věkové skupině třináctiletých. Opakovanou alkoholovou intoxikaci zde udává 12–14 % dotázaných chlapců a 6 % dotázaných děvčat. Mezi patnáctiletými jsou hodnoty udávající výskyt opilosti podstatně vyšší. Opakovanou opilost udává v této věkové skupině 35–38 % chlapců a 20–29 % děvčat. Nárůst nadměrného pití je zvláště nápadný u patnáctiletých dívek. Data naznačují i to, že jak u chlapců, tak u dívek dochází v chování ve vztahu k alkoholu k podstatným změnám právě v období mezi 13. a 15. rokem věku.

Tabulka 3 **Opakovaná opilost (2× nebo častěji) podle pohlaví a věkových skupin (%)**

věk	13 let			15 let		
pohlaví	1994	1998	2002	1994	1998	2002
chlapec	14	14	12	35	36	38
dívka	7	6	6	20	22	29

Pití nadměrných dávek alkoholu

Jiným, ale přitom velmi důležitým ukazatelem rizikového pití je pití nadměrných dávek alkoholu při jedné příležitosti, či přesněji při jedné konzumní epizodě. Nadměrnými dávkami se rozumí pití 5 nebo více sklenic alkoholického nápoje (mohou to být půllitry piva, 50cl odlivky lihovin nebo běžné dvoudecové sklenky vína). Přepočtený obsah čistého alkoholu je v těchto případech 100 ml. Otázka byla položena na frekvenci takového pití během posledního měsíce. Výsledky jsou prezentovány v tabulce 4. Alespoň jednou za posledních 30 dnů vypilo při jedné příležitosti nadměrné množství alkoholu 44 % dotázaných patnáctiletých. Časté pití nadměrných dávek alkoholu pak uvádělo 16 % dospívajících, 19 % chlapců a 13 % děvčat. Poznatky svědčí o tom, že posezení s příjmem velkých dávek alkoholu nejsou v této věkové skupině nijak výjimečným jevem. Jestliže jsou frekvence výskytu pití nadměrných dávek alkoholu vyšší než udávaný výskyt opilosti, znamená to, že naši dospívající často neposuzují ovlivnění tak vysokými dávkami alkoholu jako opilost. Neměli bychom však zapomínat, že pití nadměrných dávek alkoholu je rizikové v každém případě. Horší kontrola chování a agresivita mohou vést k úrazům a nehodám.

Tabulka 4 **Pití nadměrných dávek alkoholu při jedné příležitosti za poslední měsíc (jen věková skupina 15 let) (%)**

pohlaví	jednou nebo častěji	tříkrát nebo častěji
chlapec	48,2	19,0
dívka	40,7	13,5
všichni	44,4	16,2

Výskyt rizikového pití a jeho souvislosti

Znaky, které byly ve výzkumu sledovány, nám umožnily vytvořit ukazatel problémového konzumu alkoholu. Jako problémový konzument alkoholu byl označen respondent, který o sobě uvedl, že pije alkohol alespoň jednou týdně, současně měl již opakovaně alkoholovou intoxikaci a pil nadměrné dávky alkoholu s frekvencí 3× nebo častěji v posledním měsíci. Z 1660 patnáctiletých respondentů odpovídalo těmto kritériím 165 osob, tedy 9,9 % dotázaných. Mezi chlapci bylo problémových konzumentů více než mezi děvčaty (12 % proti 8 %). Charakteristiky problémových konzumentů jsme porovnali s charakteristikami těch, kteří kritérií pro problémové pití nedosáhli. Výsledek tohoto porovnání je možné shrnout do následujících bodů:

Problémoví konzumenti

- mají subjektivně horší zdravotní stav,
- mají častěji sníženou známku z chování,
- jsou agresivnější (častěji se perou se spolužáky a vrstevníky),
- častěji tráví volný čas s přáteli rovnou po škole,
- častěji tráví večery s kamarády mimo domov,
- v menší míře udávají pocity osamělosti,
- jsou spokojenější se svým vzhledem,
- nelíbí se jim ve škole,
- častěji uvádějí, že již měli pohlavní styk (57 % proti 14 %).

Pokud bychom chtěli tyto charakteristiky zobecnit, pak by se dalo říct, že problémoví konzumenti alkoholu našeho vzorku jsou jedinci se znaky společenskosti (patrně vyšší extraverte) a disociálního, disinhibovaného a impulzivního chování.

Pití českých dětí v mezinárodním porovnání

Pití alkoholu u českých dětí se v některých ohledech odlišuje od chování dětí z jiných zemí. Již jsme zmínili nižší míru abstinence mezi českými dětmi. Ve srovnání s ostatními zeměmi získávají české děti první zkušenosti s alkoholem v relativně nižším věku. Dokladem toho je i umístění českých dětí v tomto ukazateli mezi ostatními zeměmi, jak naznačuje tabulka 22 v příloze. V souvislosti s pravidelným pitím, tj. pitím alkoholického nápoje alespoň jednou týdně, jsou české děti na předních místech mezinárodního žebříčku. Zvláště zřetelné je to v případě pití piva (viz tabulku 23 v příloze). Zdá se, že skutečnost, že Česká republika patří mezi přední země světa, pokud jde o spo-

třebu alkoholických nápojů (průměrná spotřeba 10 litrů čistého lihu na obyvatele včetně dětí), má odraz i na konzumní chování českých dětí.

Zkušenosti s užíváním drog

Většina šetření, která v Česku sledovala užívání ilegálních drog, se zaměřovala na dospívající mládež středoškolského věku. Studie HBSC je jedna z mála, která zjišťovala toto chování u reprezentativního souboru dětí školního věku, konkrétně žáků 9. tříd. Získané výsledky jsme shrnuli do tabulky 5, přičemž kromě ilegálních drog jsou zde zaznamenány ještě další formy rizikového chování (užívání léků s psychoaktivním účinkem bez doporučení lékaře a čichání organických látek).

Marihuana je podle očekávání nejvíce užívanou návykovou látkou po tabáku a alkoholu. V našem souboru patnáctiletých ji užilo 31 % chlapců a 23 % děvčat. V tabulce uvedené kategorie užívání se vztahují k udávané frekvenci. Výjimečné nebo experimentální užití znamená procento těch, kteří danou látku užili jednou nebo dvakrát, občasné nebo rekreační užívání znamená užití látky 3–39×, silné nebo pravidelné užívání je vyhrazeno pro odpovědi „užil(a) 40× nebo vícekrát“. Právě u marihuany jsou proti všem ostatním v tabulce uvedeným drogám vyšší také procenta výskytu v kategoriích občasného a silného užívání. Získané poznatky naznačují, že dostupnost marihuany není nijak obtížná pro žáky nejvyšších ročníků základní školy.

Pokud jde o ostatní látky, je výskyt jejich užívání nesrovnatelně nižší oproti rozšířenosti marihuany. Do léků ovlivňujících psychiku děti zpravidla zahrnují analgetika, anxiolytika a léky na spaní. Vyšší výskyt v této kategorii mívají konzistentně dívky. Uvádí se, že menstruace, respektive bolesti či obtíže při menstruaci bývají u dívek často důvodem k užívání léků, aniž by jejich užití předepsal lékař. Zneužívání léků mezi dětmi školního věku je vzácným jevem. Avšak zkušenosti s psychoaktivními léky v dětském věku mohou v pozdějším věku zvyšovat sklon k řešení bolesti nebo psychického diskomfortu prostřednictvím léků.

Čichání organických látek je v Česku rozšířené zvláště mezi adolescenty z nižších socioekonomických a vzdělanostních skupin. Fakt, že 5 % dotázaných chlapců a 3 % děvčat přiznává čichání těchto látek, je varující.

Relativně nízký je výskyt užívání tzv. tvrdých drog (pervitin nebo heroin).

Poslední dvě látky v našem přehledu – extáze a LSD – jsou drogy, které bývají spojovány s místy, kde se mladí lidé baví (kluby, koncerty, diskotéky atp.). I když výskyt užívání těchto drog není vysoký, 2–3× dotázaných, neměli bychom zapomínat, že jde o žáky ze základních škol. Je tedy zřejmé, že již dospívající ve věku 14–15 let se pohybují v prostředí, kde se s těmito drogami setkávají. I když nakonec tyto látky zkusí jen malá část z nich, informace o jejich zkušenostech se prostřednictvím sítě přátel a kamarádů šíří dál. Mnohdy pak již ve zkreslené formě ovlivňují představy, postoje a očekávání těch, kteří ještě s těmito látkami žádnou zkušenost neměli.

Tabulka 5 Užívání drog v posledním roce podle pohlaví (%)

	pohlaví	nikdy	výjimečné užití („experimentální užívání“)	občasné užívání („rekreační užívání“)	silné užívání
marihuana nebo hašiš	chlapci	69,1	14,7	12,9	3,3
	dívky	76,8	11,3	9,5	2,4
extáze	chlapci	97,0	2,0	0,5	0,5
	dívky	96,7	2,4	0,7	0,2
pervitin nebo jiný amfetamin	chlapci	99,1	0,0	0,1	0,8
	dívky	98,3	1,1	0,2	0,4
heroin nebo jiný opiát	chlapci	98,7	0,4	0,4	0,5
	dívky	99,3	0,5	0,0	0,2
léky ovlivňující psychiku	chlapci	96,6	1,6	1,2	0,7
	dívky	94,6	3,9	1,1	0,4
čichal/a ředidla, lepidla	chlapci	95,1	3,3	1,0	0,5
	dívky	97,0	2,3	0,5	0,2
LSD	chlapci	97,8	1,2	0,3	0,8
	dívky	98,0	1,5	0,2	0,2

Závěry

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.

Poznatky 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 převládá představa, že ilegální drogy jsou největší hrozbou dezintegrace, a současně, že se s alkoholem nedá nic dělat. Podobné postoje sdílí i většina lidí v decisi sféře. Výsledkem jsou značné škody působené alkoholem, kterým by bylo možné předcházet. Poznatky 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. To, že je více účinných cest a řešení, naznačuje program Zdraví 21, kde prevenci škod vyvolaných alkoholem je věno-

ván jeden celý oddíl. Dokument vláda schválila a jde nyní o to, aby se jeho cíle skutečně naplňovaly.

V oblasti užívání ilegálních drog je situace, pokud jde o koordinaci a prevenci, mnohem příznivější. Existuje Rada vlády pro koordinaci protidrogové politiky, existuje Strategie pro boj proti drogám s konkrétními prioritami a existují také prostředky vyčleněné pro řešení těchto problémů. Navzdory značnému úsilí, které bylo v této oblasti v posledních 10 letech vyvinuto, nelze mluvit o uspokojení z dosažených výsledků. Ze současného stavu je možné odvodit závěr, že řešení problémů spojených s alkoholem i drogami bude společnost zatěžovat dlouhodobě. Rodina a škola jsou místa, na něž by se každá preventivní iniciativa měla primárně orientovat.

Literatura

Windle M, Windle RC. Adolescent tobacco, alcohol, and drug use: Current findings. *Adolescent Medicine* 1999; 10(1): 153–163.

Csémy L. Inicie a progrese: pití alkoholu, kouření a užívání jiných drog u pražských adolescentů. *Alkoholismus a drogové závislosti* 1999; 34(3): 147–154.

Úrazovost u dětí ve věku 11–15 let v České republice v letech 1998 a 2002

Podle našich i světových statistik jsou úrazy ve věkové skupině 1–40 let hlavní příčinou smrti. Nejvíce úmrtí způsobených úrazem je přitom vykazováno u dětí a mládeže. Podle WHO jsou ve vyspělých zemích úrazy po poklesu dětské úmrtnosti na infekční choroby a jejich komplikace nejzávažnějším zdravotnickým problémem dětí školního věku.

V České republice neexistuje centrální registr úrazů. Údaje o úrazovosti poskytované Ústavem zdravotnických informací a statistiky České republiky pocházejí z řady různých zdrojů. Podle statistických výkazů chirurgických ambulancí počet úrazů v České republice každoročně stoupá (během let 1995–2000 došlo k nárůstu o 35,7 %, počet závažnějších úrazů s nutností hospitalizace vzrostl za stejné období o 2 %). V roce 2002 muselo být jen na chirurgických ambulancích ošetřeno 1 776 050 lidí, z toho 454 831 (25,6 %) dětí ve věku 0–14 let. Každý rok u nás v důsledku úrazu umírá cca 300 dětí a až 30 tisíc je hospitalizováno (ÚZIS, 2002; Bojar, 1998).

Úrazy jsou vážným zdravotnickým problémem pro vysokou incidenci, riziko trvalého poškození zdravotního stavu i ekonomickou náročnost. Náklady na léčení úrazů a jejich následků (včetně nákladů na záchranné práce, léčení, rehabilitace, protetické a další pomůcky, sociální dávky pro postižené) jsou velmi vysoké. V USA přímé náklady spojené s dětskými úrazy dosahují 3 miliard USD ročně, náklady na léčbu úrazu a na následnou péči o osoby trpící následky úrazu dosahují 10 miliard USD ročně (Grivna a Benešová, 2000; Grivna, 2000). V České republice jsou tyto náklady odhadovány na 10 miliard Kč (Grivna a Benešová, 2000; Bojar, 1998). Dlouhodobá léčba některých úrazů a jejich trvalé následky představují zátěž také z hlediska sociálního a společenského.

Z uvedených důvodů je ve světě a také v České republice dětská úrazovost sledována s velkou pozorností. Průzkumy jsou zaměřeny na sledování výskytu a okolností úrazu k určení rizikových faktorů úrazovosti. Výsledky mohou být následně použity jako podklady k vypracování efektivních preventivních opatření a programů k omezení, eventuálně odstranění předvídatelných a ovlivnitelných rizik. Z porovnání s výsledky zahraničních studií a z dalších statistických srovnání vyplývá, že neúrazová i úrazová úmrtnost dětí školního věku je v České republice výrazně vyšší než v jiných vyspělých státech (např. ve Spojených státech, Francii, Velké Británii, Nizozemí, Švédsku, Kanadě, Austrálii). Rozdíly mezi jednotlivými státy přitom odráží míru angažovanosti státu v prevenci úrazu (Grivna a Benešová, 2000; Pelech a kol., 2003).

Cíl studie a pracovní hypotézy

Cílem této studie je sledovat úrazovost dětí ve věku 11–15 let v České republice. Sledováním okolností úrazů u dětí této věkové kategorie se pokusit identifikovat rizikové faktory úrazovosti z hlediska věku, pohlaví, místa úrazu, činností prováděných, než došlo k úrazu, a dále určit, k jakým poraněním nejčastěji dochází. Zhodnotit míru dodržování bezpečnostních zásad při prevenci dopravních úrazů – používání bezpečnostních pásů v autě a ochranné přilby. Dále hledat další možné faktory související s úrazy, behaviorální, socioekonomické aj.

Epidemiologií dětských úrazů v ČR se intenzivně zabýval doc. Pelech se svými spolupracovníky, jejichž studie byly provedeny na velkých souborech (vyšetřeno bylo téměř 437 tisíc dětí) žáků všech tříd základních škol. Upozornili na vysokou incidenci závažnějších úrazů, vyžadujících lékařské ošetření. Podle jejich výsledků incidence úrazů u dětí ZŠ s věkem stoupala (do 7. třídy), převažovala vždy u chlapců. Při šetření okolností úrazů byl zjištěn vyšší výskyt úrazů při sportování, u vyšších ročníků ZŠ ve škole. K nejčastějším poraněním patřily jednoznačně zlomeniny a vykloubení, a to u chlapců i dívek (Andělová et al., 2000; Pelech a Roth, 1999; Pelech a kol., 2003).

Dále jsme ve vztahu k úrazovosti zkoumali další faktory, socioekonomické (např. rodinnou strukturu dětí, socioekonomický status rodin, vzdělání rodičů) a behaviorální faktory (zvýšenou konzumaci alkoholu).

Doc. Pelech a kol. (2002) uvádějí vyšší počet úrazů u dětí vychovávaných jedním 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 a na jaké skupiny rodin by měly být preventivní programy cíleny. Předpokládali jsme, že u dětí z neúplných rodin, rodin s nižší socioekonomickou úrovní a u dětí, jejichž rodiče mají nižší vzdělání, dochází k úrazům častěji.

Souvislost mezi frekvencí pití alkoholu u chlapců a výskytem úrazů je zmíněna ve zprávě z mezinárodní studie (HBSC, 1994), kde se uvádí, že pití alkoholu u chlapců korelovalo s počtem úrazů. Vzhledem k všeobecnému rozšíření v naší populaci jsme se pokusili o testování tohoto vztahu i na našem vzorku. Předpokládali jsme, že adolescenti (omezili jsme se pouze na skupinu patnáctiletých), kteří častěji konzumují alkohol, udávají také častěji opilost.

Metodika studie HBSC v České republice

Česká republika se studie účastní od roku 1994. Modul otázek o úrazovosti byl ke studii v ČR přiřazen až v roce 1998.

Šetření probíhá u žáků 5., 7. a 9. tříd základních škol. Nábor dat byl proveden tak, aby byl v souladu s kritérii, stanovenými koordinační radou projektu. Školy, ve kterých dotazníkové šetření probíhalo, byly vybrány tak, aby tvořily reprezentativní vzorek

v rámci ČR. Výsledky byly zpracovány statistickým programem SPSS. Byly provedeny základní popisné statistiky a všechny údaje byly zpracovány ve formě kontingenčních tabulek. Pomocí χ^2 testu byly porovnány četnosti jednotlivých hodnot v závislosti na dalších proměnných.

Epidemiologie úrazů hodnocených ve studii

Výskyt úrazů v posledním roce

V roce 1998 se šetření zúčastnilo celkem 3690 dětí, 1832 (49,65 %) chlapců a 1858 (50,35 %) dívek. V roce 2002 ve studii odpovědělo celkem 4992 dětí, 2400 (48,1 %) chlapců a 2592 (51,92 %) dívek.

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. 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. Výsledky z obou studií podle pohlaví a věkových skupin uvádí tabulka 1. Pro lepší názornost jsou prezentovány v grafu 1 jako relativní četnosti.

Tabulka 1 Počet ošetření u lékaře kvůli úrazu během posledního roku

1998		věk 11	věk 13	věk 15	celkem
chlapec	ani jednou	320	362	351	1033
	jednou	154	155	154	463
	dvakrát nebo vícekrát	110	124	102	336
	celkem	584	641	607	1832
dívka	ani jednou	393	398	412	1203
	jednou	136	161	134	431
	dvakrát nebo vícekrát	65	84	75	224
	celkem	594	643	621	1858
2002		věk 11	věk 13	věk 15	celkem
chlapec	ani jednou	449	380	409	1238
	jednou	231	246	239	716
	dvakrát nebo vícekrát	142	152	152	446
	celkem	822	778	800	2400
dívka	ani jednou	540	526	521	1587
	jednou	220	244	212	676
	dvakrát nebo vícekrát	102	109	118	329
	celkem	862	879	851	2592

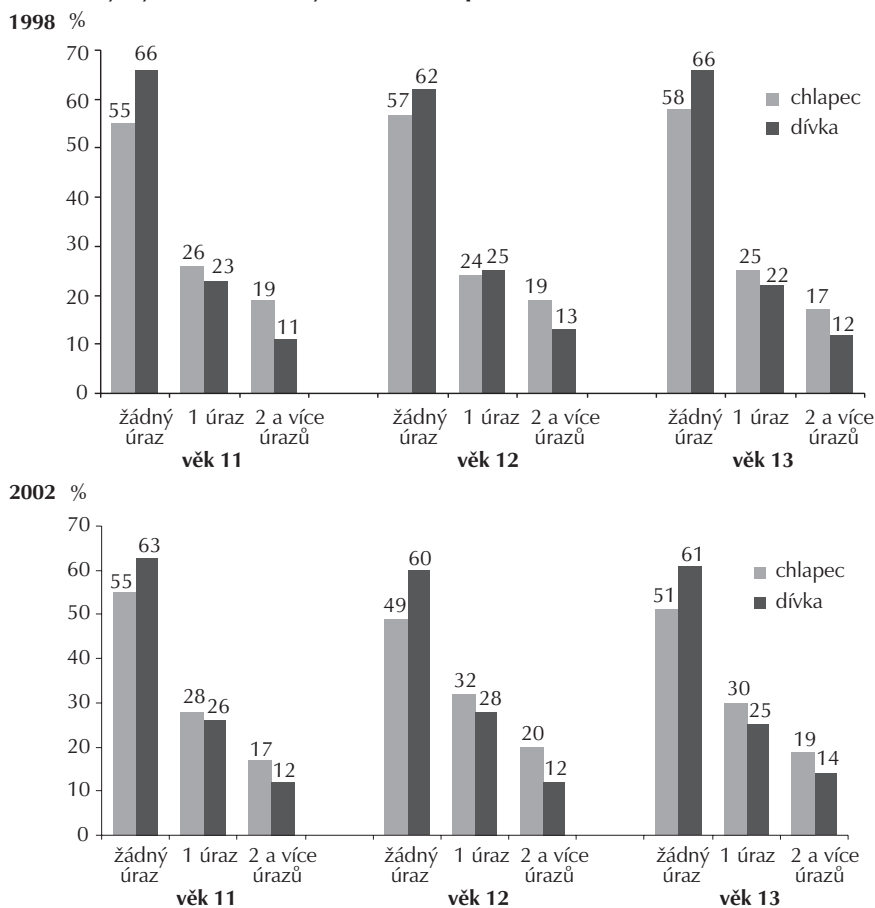
Poznámka: Respondenti uváděli pouze zranění, která si vyžádala lékařské ošetření.

Úrazovost byla ovlivněna pohlavím, chlapci se zranili častěji v roce 1998 ($\chi^2 = 36,3$; st. v. 2; $p < 0,001$) i v roce 2002 ($\chi^2 = 59,1$; st. v. 4; $p < 0,001$). 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 úrazu se nemění v závislosti na věku.

Kontext nejzávažnějšího úrazu

Jak je patrné z grafu 1, některé děti uvedly během posledního roku více než 1 úraz ošetřený u lékaře. Další část otázek věnovaných okolnostem konkrétního úrazu byla uvedena tak, že děti měly své odpovědi vztahovat k jednomu takovému úrazu, který považují za nejzávažnější. Takto vymezené úrazy byly sledovány s ohledem na místo, kde k nim došlo, druh činnosti, při níž k úrazu došlo, a druh poranění.

Graf 1 Výskyt úrazů ošetřených lékařem v posledním roce



Místo úrazu. V roce 1998 děti uváděly jako místo úrazu nejčastěji sportoviště (30 %). Následovaly úrazy na ulici nebo silnici (22 %), úrazy doma (19 %), úrazy ve škole (18 %). Místo úrazu se lišilo podle pohlaví ($\chi^2 = 27,3$; st. v. 4; $p < 0,001$). Chlapci se častěji zranili na sportovišti (33 %). Dívky se častěji zranily doma nebo ve škole (43 %) než na sportovišti (25 %).

V roce 2002 byla nejčastěji v souvislosti s úrazem spojována sportoviště (25 %). Následovaly úrazy, ke kterým došlo při pobytu v přírodě (20 %), dále úrazy ve škole (17 %), doma (15 %), na ulici nebo silnici (13 %), úrazy na veřejném prostranství (2 %).

Opět byl prokázán vztah s místem úrazu ($\chi^2 = 62,7$; st. v. 6; $p < 0,001$). Chlapci významně častěji označili za místo úrazu sportoviště (30 % v. 18 % u dívek), děvčata domácí prostředí (19 %) a školu (20 %).

Výsledky jsou uvedeny v tabulce 2 a grafu 2.

Tabulka 2 **Místo, kde k úrazu došlo**

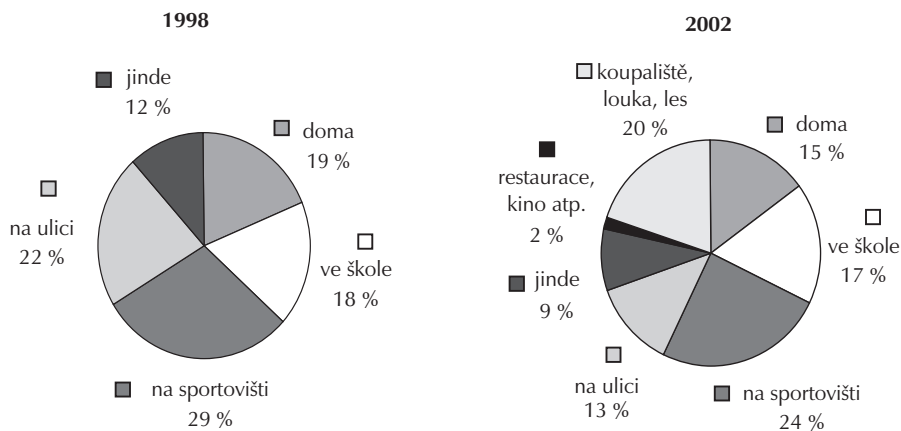
1998		doma	ve škole	na sportovišti	na ulici	jinde	celkem
chlapec	N	156	136	308	212	117	926
	%	16,8	14,6	33,2	22,8	12,6	100,0
dívka	N	160	163	188	165	78	754
	%	21,2	21,6	24,9	21,9	10,3	100,0
celkem	N	316	299	496	377	195	1683
	%	18,8	17,8	29,5	22,4	11,6	100,0

2002		doma	ve škole	na sportovišti	na ulici	restaurace, kino, atp.	koupaliště, louka, les	jinde	celkem
chlapec	N	132	163	344	153	16	228	96	1132
	%	11,7	14,4	30,4	13,5	1,4	20,1	8,5	100,0
dívka	N	185	195	177	113	19	194	88	971
	%	19,1	20,1	18,2	11,6	2,0	20,0	9,1	100,0
celkem	N	317	358	521	266	35	422	184	2103
	%	15,1	17,0	24,8	12,6	1,7	20,1	8,7	100,0

Poznámka: Při označení místa úrazu mohli respondenti vybrat jednu z následujících odpovědí: doma v bytě (nebo v bytě u někoho jiného), ve škole (včetně školního hřiště či tělocvičny), na sportovišti (ne školním), na ulici či na silnici. V roce 2002 byly doplněny kategorie veřejná prostranství (nákupní centra, restaurace, kina) a aktivity spojené s pobytem v přírodě (koupaliště, louka, les aj.).

Činnost prováděná při úrazu. V roce 1998 vznikla při tréninku nebo při sportovním utkání, tedy při organizované sportovní činnosti téměř třetina úrazů (30 %). K dalším úrazům docházelo při (nesportovním) běhu a chůzi (23 %), jízdě na kole (14 %).

Graf 2 Místo, kde došlo k úrazu



Struktura činností, při nichž byly úrazy způsobeny, se lišila podle pohlaví ($\chi^2 = 29,9$; st. v. 5; $p < 0,001$). U chlapců docházelo k úrazům častěji při jízdě na kole (16 % v. 11 % u dívek), na bruslích nebo skateboardu (11 % v. 9 % úrazů u dívek), mírně převážovali při rvačkách (7 % v. 5 % u dívek), zatímco u dívek došlo k úrazu častěji při chůzi či běhu (29 % v. 19 % úrazů u chlapců).

V roce 2002 tvořily úrazy spojené s organizovanou sportovní činností 40 % všech úrazů, umístily se na 1. místě s velkým náskokem před úrazy, ke kterým došlo při běhu a při chůzi (15 %), jízdě na kole (13 %) nebo při jízdě na skateboardu, bruslích (8 %), při rvačce (3,4 %). Vzhledem k pohlaví ($\chi^2 = 66,5$; st. v. 8; $p < 0,001$), se chlapci častěji zranili při sportování (42 % v. 37 % u děvčat), jízdě na kole (15 % v. 10 % úrazů u dívek), děvčata uváděla více poranění při chůzi nebo při běhu (17 % v. 12 % úrazů u chlapců).

Výsledky jsou uvedeny v tabulce 3 a grafu 3.

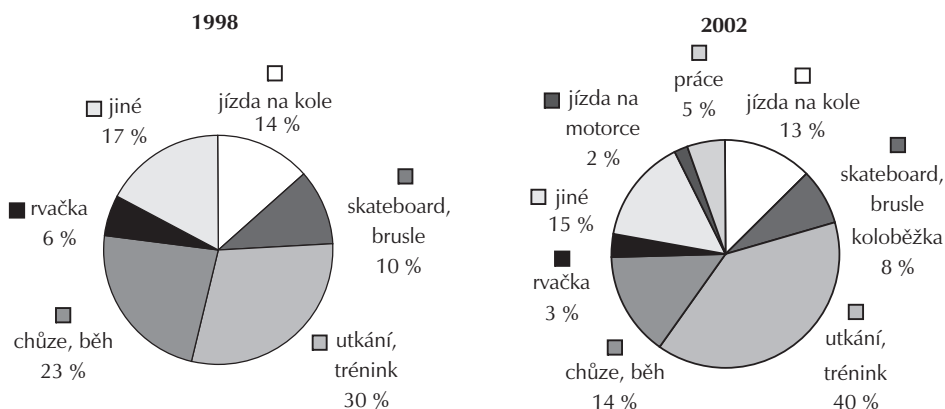
Tabulka 3 Druh činnosti, při níž došlo k úrazu

		jízda na kole	skateboard, brusle	utkání, trénink	chůze, běh	rvačka	jiné	celkem
1998								
chlapec	N	146	103	278	175	62	149	913
	%	16,0	11,3	30,4	19,2	6,8	16,3	100,0
dívka	N	80	69	209	211	34	136	739
	%	10,8	9,3	28,3	28,6	4,6	18,4	100,0
celkem	N	226	172	487	386	96	285	1652
	%	13,7	10,4	29,5	23,4	5,8	17,3	100,0

2002		jízda na kole	skateboard, brusle	utkáání, trénink	jízda na motorce	chůze běh	rvačka	práce	jiné	celkem
chlapec	N	169	84	469	33	134	48	57	129	1123
	%	15,0	7,5	41,8	2,9	11,9	4,3	5,1	11,5	100,0
dívka	N	100	78	356	7	170	24	56	185	976
	%	10,2	8,0	36,5	0,7	17,4	2,5	5,7	19,0	100,0
celkem	N	269	162	825	40	304	72	113	314	2099
	%	12,8	7,8	39,3	1,9	14,5	3,4	5,4	15,0	100,0

Poznámka: V roce 2002 byly k této otázce doplněny nové možnosti odpovědí: stalo se to při práci, při řízení vozidla nebo při jízdě na motorce.

Graf 3 Druh činnosti, při níž došlo k úrazu



Druh poranění. V roce 1998 byly nejčastějším poraněním způsobeným při úrazu zlomeniny. Představovaly téměř 38 % všech zranění stejně často mezi chlapci i dívkami. Na druhém místě byla uváděna podvrtnutí, výrony, natažení nebo namožení svalu (celkem 21 % všech úrazů). Relativně časté byly modřiny, podlitiny a pohmoždění tkáání (14 %). Úrazy hlavy, otřesy mozku nebo úrazy hlavy sdružené s dalším orgánovým poraněním představovaly skoro 10 % poranění.

Struktura typů zranění byla statisticky významně odlišná podle pohlaví ($x = 16,1$; st. v. 6; $p < 0,05$). Markantní rozdíly mezi chlapci a dívkami byly nalezeny u podvrtnutí (25 % úrazů dívek v. 18 % u chlapců). U dívek bylo také častější pořezání (13 % v. 10 % u chlapců). Chlapci častěji uváděli poranění hlavy (11 % oproti 7,5 % u dívek).

V roce 2002 byly zlomeniny (36 % všech úrazů) a podvrtnutí, natažení nebo namožení svalu (22 %) v čele pořadí poranění, k nimž došlo v důsledku úrazu. Incidence

modřin a podlitin byla nižší než v předcházející studii (13,5 % v. 8 % úrazů v roce 1998). Otřesy mozku nebo jiný úraz hlavy uvedlo 7 % dotázaných.

Výsledky jsou uvedeny v tabulce 4 a v grafu 4.

Škála poranění způsobených při úrazu se opět lišila podle pohlaví ($\chi^2 = 31,0$; st. v. 7; $p < 0,001$). Chlapci museli být častěji ošetřeni pro poranění hlavy, otřes mozku (9 % v. 5 % u dívek). Dívky uváděly častěji pořezání (12 % v. 7 %), fraktury (38 % v. 34 %). Také podvrtnutí, namožení svalu převažovaly u dívek (24 % v. 20 % u chlapců), ale s menším rozdílem než v roce 1998.

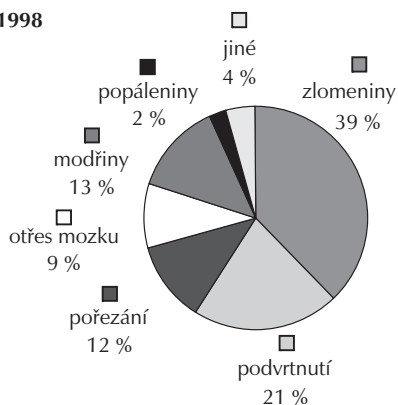
Tabulka 4 Druh poranění způsobeného úrazem

1998		zlome- niny	podvrt- nutí	poře- zání	otřes mozku	modřiny	popá- leniny	jiné	celkem
chlapec	N	340	166	116	99	124	26	36	907,0
	%	37,5	18,3	12,8	10,9	13,7	2,9	4,0	100,0
dívka	N	28	184	78	56	100	15	31	747
	%	37,9	24,6	10,4	7,5	13,4	2,0	4,1	100,0
celkem	N	623	350	194	155	224	41	67	1654
	%	37,7	21,2	11,7	9,4	13,5	2,5	4,1	100,0

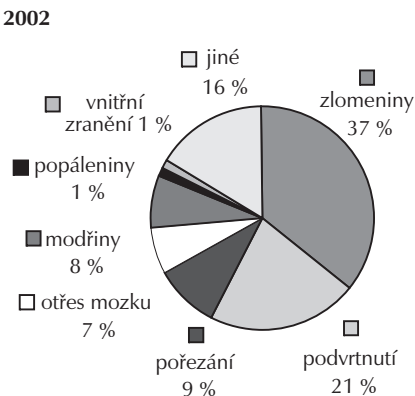
2002		zlo- meniny	pod- vrt- nutí	poře- zání	otřes mozku	mod- řiny	popá- leniny	vnitřní zra- nění	jiné	cel- kem
chlapec	N	396	237	134	100	87	16	16	176	1162
	%	34,1	20,4	11,5	8,6	7,5	1,4	1,4	15,1	100,0
dívka	N	377	228	66	49	77	12	11	177	997
	%	37,8	22,9	6,6	4,9	7,7	1,2	1,1	17,8	100,0
celkem	N	773	465	200	149	164	28	27	353	2159
	%	35,8	21,5	9,3	6,9	7,6	1,3	1,3	16,4	100

Graf 4 Druh poranění, způsobeného úrazem

1998



2002

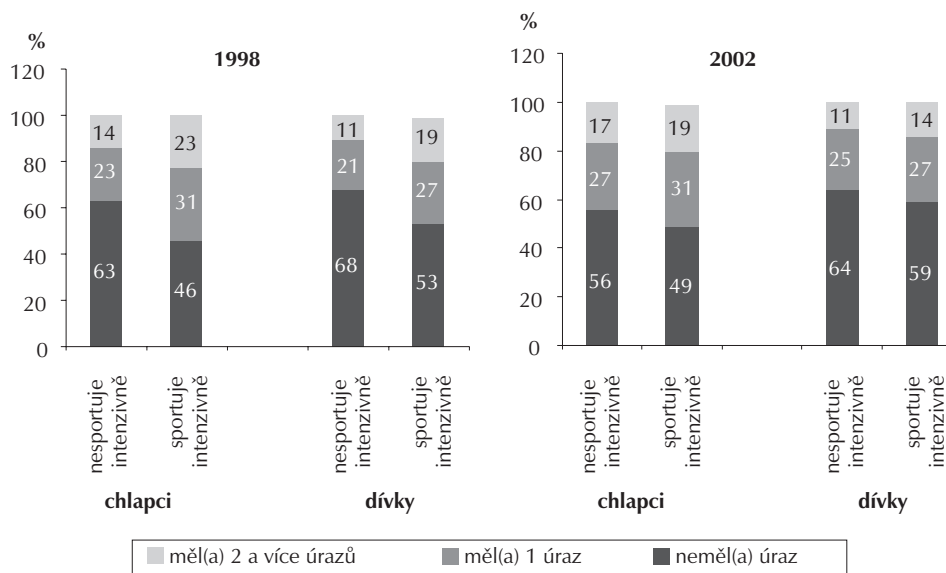


Některé další aspekty související s úrazy

Úrazy a aktivní sport

Literární poznatky i data z tohoto výzkumu ukázaly, že k úrazům u dětí dochází velmi často při sportování. Tento vztah jsme měli možnost dále testovat, protože pohybové aktivity dětí byly rovněž jednou ze sledovaných oblastí. Vzorek byl rozdělen na dvě skupiny. Jednu skupinu tvořily děti, které uvedly, že intenzivně cvičí nejméně 4 × týdně nejméně 4 hodiny. Druhou skupinu tvořily děti, u nichž pohybová aktivita nebyla tak intenzivní. U těchto dvou skupin jsme pak sledovali výskyt úrazů v posledním roce, jednotlivě podle pohlaví. Výsledky z roku 1998 i 2002 se shodují a jasně vypovídají o výrazně častějším výskytu úrazů u aktivně sportujících dětí. (V roce 1998: chlapci: $\chi^2 = 16,5$; st. v. 2; $p < 0,001$, dívky: $\chi^2 = 10,4$; st. v. 2; $p < 0,01$, v roce 2002: chlapci: $\chi^2 = 10,2$; st. v. 2; $p < 0,01$, dívky: $\chi^2 = 8,1$; st. v. 2; $p < 0,02$). Výsledky jsou ve formě relativních četností znázorněny v grafu 5.

Graf 5 Vztah mezi intenzivním sportováním a počtem úrazů



Úrazy a organizovaná sportovní činnost

Dosavadní výsledky z obou studií ukázaly vysokou incidenci dětských úrazů při organizované sportovní činnosti (viz výše). 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 organizova-

ných 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 tabulce 5. Děti s opakovanými úrazy v anamnéze uváděly zvýšenou četnost poranění při organizovaných sportovních akcích. Tato souvislost se ukázala statisticky významná jak u chlapců ($\chi^2 = 12,9$; st. v. 1; $p < 0,001$), tak u dívek ($\chi^2 = 8,5$; st. v. 1; $p < 0,01$).

Tabulka 5 Četnost úrazů při organizovaných a rekreačních sportovních aktivitách

2002		organizované sportování	rekreační sportování	celkem
žádný nebo 1 úraz v anamnéze	N	373	882	1255
	%	56,0	67,2	63,4
2 a více úrazů v anamnéze	N	293	431	724
	%	44	32,8	36,6

Úrazy a rodina

Při zjišťování vztahu úrazovosti a charakteristikou rodiny jsme sledovali na datech z roku 2002 ve věkové skupině patnáctiletých dětí tzv. formální strukturu rodiny a dále socioekonomickou úroveň rodiny danou vzděláním a zaměstnáním rodičů.

Tabulka 6 Četnost úrazů v posledním roce u chlapců podle socioekonomické situace rodiny

		nejnižší socioekonomický stupeň ¹	střední socioekonomický stupeň ²	nejvyšší socioekonomický stupeň ³	celkem
žádný úraz v anamnéze	N	70,	269	70	409
	%*	56,5	47,9	61,4	51,1
1 úraz v anamnéze	N	30	180	29	239
	%*	24,2	32,0	25,4	29,9
2 a více úrazů v anamnéze	N	24	113	15	152
	%*	19,4	20,1	13,2	19,0

* % dětí ze skupiny s daným socioekonomickým stupněm.

¹ Do skupiny rodin s nejnižším socioekonomickým stupněm byly zařazeny děti, jež uvedly, že jejich rodina není na tom moc dobře, eventuálně není na tom vůbec dobře.

² Do skupiny se středním socioekonomickým stupněm byly zařazeny děti, jež uvedly, že jejich rodina je tak průměrná.

³ Do skupiny rodin s nejvyšším socioekonomickým stupněm byly zařazeny děti, jež uvedly, že jejich rodina je na tom moc dobře, eventuálně velmi dobře.

⁴ Formální struktura rodiny byla v dotazníku rozdělena do čtyř kategorií: (1) intaktní úplná rodina – dítě vychovávají oba vlastní rodiče, (2) restrukturalizovaná rodina – dítě vyrůstá s vlastní matkou a nevlastním otcem, (3) rodina, kde dítě vyrůstá pouze s vlastní matkou, (4) kategorie jiné – jakákoliv jiná konstelace než uvedené tři předchozí. Testovali jsme, zda se liší četnost úrazů dětí v jednotlivých kategoriích.

Pokud jde o socioekonomický status rodičů, byl vztah k úrazovosti prokázán celkově ($\chi^2 = 9,7$; st. v. 4; $p < 0,5$), ale další analýzou jsme zjistili, že se do tohoto výsledku promítají statisticky významné rozdíly u chlapců ($\chi^2 = 9,6$; st. v. 4; $p < 0,05$). Výsledek uvádí tabulka 6. Chlapci z rodin s nejvyšší socioekonomickou úrovní uváděli nižší výskyt opakovaných úrazů (13 %). Při testování vlivu vzdělání rodičů na úrazovost dětí nebylo výsledné kolísání hodnot statisticky významné. Neprokázali jsme ani vztah četnosti úrazů k formální struktuře rodiny.

Dodržování bezpečnostních zásad

V rámci studie v roce 1998 jsme testovali dodržování základních bezpečnostních zásad v prevenci dopravních úrazů, konkrétně nošení cyklistické přilby a používání bezpečnostních pásů v automobilech. Výsledky jsou uvedeny v tabulce 7 a 8. Bezpečnostní pásy používá vždy 30 % dětí. Přitom jsme našli statisticky významný rozdíl pro jednotlivá pohlaví ($\chi^2 = 29,0$; st. v. 5; $p < 0,001$). Častěji si bezpečnostní pásy zapínali chlapci.

Helmu si vždy nebo často nasazuje 6 % dětí. 77 % dětí nosí helmu jen zřídka nebo nikdy. Vzhledem k pohlaví ($\chi^2 = 26,1$; st. v. 3; $p < 0,001$), častěji užívají přilbu hoši.

Tabulka 7 Používání bezpečnostních pásů v autě

		vždy	často	někdy	zřídka/nikdy
chlapci	N	566	345	409	300
	%	30,8	18,8	22,3	16,3
dívky	N	552	298	425	270
	%	29,7	16,0	22,8	14,5
celkem	N	1118	643	834	570
	%	30,2	17,4	22,6	15,4

Tabulka 8 Používání cyklistické přilby

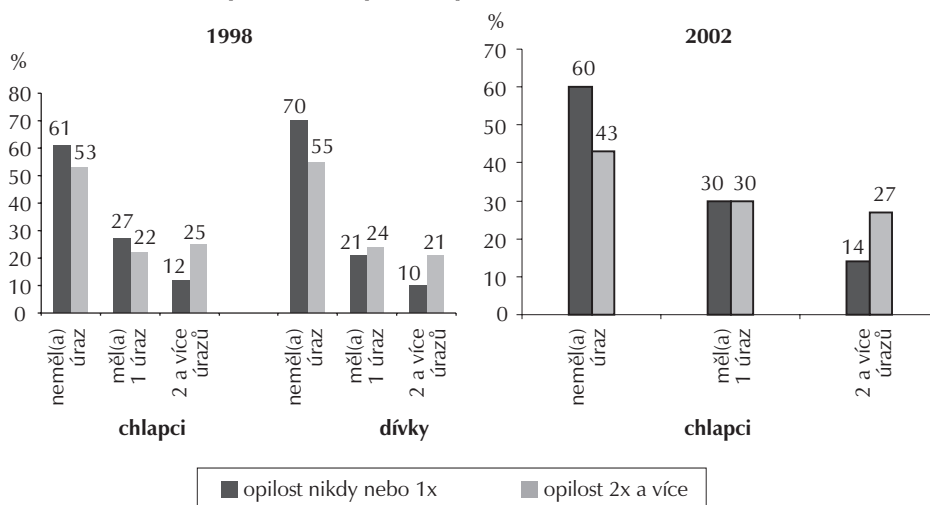
		vždy	často	někdy	zřídka/nikdy
chlapci	N	69	79	198	1409
	%	3,90	4,5	11,3	80,3
dívky	N	43	42	138	1442
	%	2,60	2,5	8,3	86,6
celkem	N	112	121	336	2851
	%	3,30	3,5	9,8	83,4

Úrazy a pití alkoholu

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

Výsledky z roku 1998 potvrdily vyšší četnost výskytu úrazů nejen u patnáctiletých chlapců zvýšeně konzumujících alkohol ($\chi^2 = 18,2$; st. v. 2; $p < 0,001$), ale také u dívek ($\chi^2 = 15,2$; st. v. 2; $p < 0,001$). V roce 2002 byl výše uvedený vztah prokázán celkově ($\chi^2 = 18,4$; st. v. 2; $p < 0,001$) s tím, že se do tohoto výsledku promítala souvislost nadměrného pití alkoholu s vyšší úrazovostí u chlapců ($\chi^2 = 22,4$; st. v. 2; $p < 0,001$). Výsledky jsou znázorněny v grafu 6.

Graf 6 Vztah mezi opakovanou opilostí a počtem úrazů



Diskuze

Výskyt úrazů v posledním roce. Incidence úrazů byla vysoká, se stoupajícím trendem mezi roky 1998 a 2002. V roce 1998 muselo být u lékaře pro úraz alespoň jednou ošetřeno celkem 1454 (39,4 %) dětí, v roce 2002 celkem 2170 (43,5 %) dětí. Tedy necelá polovina dětí utrpěla během posledních 12 měsíců natolik závažný úraz, že museli být ošetřeni u lékaře.

Chlapci jsou 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 úrazu se nemění v závislosti na věku. V tom se naše výsledky liší od studie doc. Pelecha a spol. (Pelech a Roth, 1999), ale shodují se s výsledky mezinárodní studie HBSC 1994 (Zvadová a kol., 2002). Ve studii HBSC 1994 se ovšem výsledky vztahovaly k celkové incidenci úrazů, aniž by autoři hodnotili závažnost úrazu.

Místo úrazu. V roce 1998 i 2002 děti uvádějí jako místo úrazu nejčastěji sportoviště (30 % v roce 1998, 25 % úrazů v roce 2002). Chlapci se častěji zraní na sportovišti, děvčata ve škole nebo doma.

V roce 1998 na 2. místě následovaly úrazy na ulici nebo silnici (22 % všech úrazů), jejichž počet se v roce 2002 snížil (13 %). Ke zhodnocení, zda tyto údaje odrážejí kolísání mezi roky 1998 a 2002, nebo naznačují možný trend poklesu dopravních úrazů u dětí, je třeba provedení dalších šetření. Podle údajů Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS, 2002a,b) během let 1995 a 2000 dopravní úrazy zaznamenaly nejmenší nárůst (7 %) vzhledem k dalším úrazům u dětí (sportovním, školním atd.). V roce 2002 došlo dokonce k mírnému poklesu dopravních úrazů u dětí oproti roku 2001 (ÚZIS, 2002a). Od roku 2000 zákon o provozu na pozemních komunikacích nařizuje nošení cyklistické helmy u dětí mladších 15 let (Zákon 361/2000 Sb., § 58), podle informací pracovníků ministerstva dopravy od roku 1992 platí povinnost vybavení bezpečnostními pásy na všech místech v osobním autě, nicméně je otázkou, do jaké míry jsou uvedené údaje odrazem legislativních změn.

Úrazy, ke kterým dochází ve škole nebo doma, jsou zastoupeny poměrně často a mezi roky 1998 a 2002 jsme v jejich incidenci nenalezli větší rozdíl. V posledních letech probíhá na základních školách v České republice řada výchovných preventivních programů (viz dále). Další šetření by tedy měla ukázat, nakolik jsou v prevenci úrazů efektivní. Naopak úrazy na veřejných prostranstvích uvádějí děti poměrně zřídka (necelá 2 % všech úrazů v roce 2002). Místa, jako nákupní centra, restaurační řetězce, multikina apod., kde některé rodiny, děti a mládež mohou trávit poměrně velkou část svého volného času, podle tohoto šetření zřejmě pro děti větší rizika neskytají.

Činnost prováděná při úrazu. 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 před dalšími typy činností vedoucích k úrazu vedou s velkým náskokem. U chlapců dochází k úrazům častěji při jízdě na kole, na bruslích nebo skateboardu, zatímco u dívek při chůzi či běhu. Tyto výsledky jsou stejné pro šetření v roce 1998 i 2002.

Úrazy při potyčkách, rvačkách nebyly uváděny příliš často (v roce 1998 méně než 6 % všech úrazů, v roce 2002 dokonce jen 3,4 % všech úrazů), mírně zde převažovali chlapci. To je v souladu se zjištěními o incidenci přímé agrese u chlapců, zatímco u děvčat se častěji setkáváme s agresí nepřímou, v podobě pomlouvání, žalování nebo výsměchu (Pelech a kol., 1999). Výsledky studie doc. Pelecha a kol. (Andělová a kol., 2000) uvádějí v roce 1998 podobné hodnoty počtu úrazů vzniklých při konfliktu s druhou osobou: 6 % dětí ze souboru žáků 1.–9. tříd ZŠ. Incidence úrazů, ke kterým došlo při rvačce, kterou jsme zaznamenali v roce 2002 (3,4 % všech úrazů), je poměrně příznivá a překvapivá. Jedná se ovšem o úrazy, které musely být ošetřeny u lékaře.

Výsledky, shrnuté v tabulce 3, ukazují poměrně vysoké procento úrazů vložených do kategorie jiné činnosti (17 %). Děti uváděly nejrůznější druhy činností, např. pomá-

hání při stavbě, při opravě auta, vaření. V roce 2002, také vzhledem k výše uvedeným údajům, se škála odpovědí rozšířila o další možnosti: stalo se to při práci, při řízení vozidla nebo při jízdě na motorce. Ovšem procento dětí, které využily odpovědi „jiné činnosti“ se významně nesnížil.

Druh poranění. Nejčastějšími poraněními, ke kterým při úrazu dochází, jsou zlomeniny. Představují třetinu všech zranění a jsou udávány relativně stejně často chlapci i dívkami. Na druhém místě jsou uváděny podvrtnutí, výrony, natažení nebo namožení svalu (celkem 21 % všech úrazů). Relativně časté byly modřiny a podlitiny (14 % úrazů v roce 1998), které si vyžádaly lékařské vyšetření, zřejmě pro vyloučení jiných poranění. Otřesy mozku nebo jiné úrazy hlavy uvedlo méně než 10 % dotázaných. Markantní rozdíly mezi chlapci a dívkami byly nalezeny u podvrtnutí. Ta byla častěji udávána dívkami (25 % v. 18 % u chlapců v roce 1998). Chlapci naopak častěji uváděli poranění hlavy (11 % oproti 7,5 % u dívek v roce 1998, 9 % oproti 5 % u dívek v roce 2002).

Rozdíly v místě úrazu, činnosti, při níž se úraz stal, a také v typu poranění daném ve vztahu k pohlaví souvisí zřejmě s odlišnými volnočasovými aktivitami u dívek a chlapců.

Úrazy a aktivní sport, úrazy a organizovaná sportovní činnost. Výsledky z roku 1998 i 2002 se shodují a jasně vypovídají o výrazně častějším výskytu úrazů u aktivně sportujících dětí. To je ve shodě se studiemi jiných autorů (ÚZIS, 2002b; Andělová a kol., 2000; Pelech a Roth, 1999). Při testování vztahu četnosti zranění při organizovaných sportovních akcích na datech z roku 2002 jsme zjistili, že u dětí s opakovanými úrazy v anamnéze častěji dochází k úrazu během organizovaného sportování, např. při tréninku, zápase. Tato souvislost se ukázala statisticky významná pro obě pohlaví, přestože u dívek dochází ke zraněním spojeným se sportem významně méně často než u chlapců. Sportování přináší zvýšené nároky na fyzickou výkonnost, vytrvalost, na koordinaci pohybů, koncentraci a z toho může vyplývat zvýšené riziko úrazu. Při aktivním sportu a při závodech tím spíše, snaha podat co nejlepší výkon může vést k většímu fyzickému zatížení a také ke snížení pozornosti dítěte vůči riziku potenciálního úrazu nebo přímo k potlačení vědomých obranných mechanismů. Takové jednání je podporováno některými trenéry mladých atletů, ať nepřímou (zatajením rizik, které určitý sportovní výkon představuje), nebo přímo (nátlakem k lepšímu výkonu), případně ovlivněno nedbalostí výchovného dozoru (nedůsledným uplatňováním preventivních opatření, jako např. svalové protažení před tréninkem, nedostatečným výcvikem zacházení se sportovním náčiním).

Úrazy a rodina. Pokud jde o socioekonomický status rodičů, vztah s četností úrazů byl prokázán celkově, ale další analýza ukázala tuto asociaci statisticky významně pouze u úrazy chlapců. Nejzřetelněji je souvislost s úrazovostí vyjádřena u chlapců z rodin s nejvyšší socioekonomickou úrovní, kteří uvádějí nižší výskyt opakovaných úrazů. Ro-

diny s vyšší socioekonomickou úrovní jsou možná lépe schopny dětem zajistit kvalitní sportovní vybavení, ochranné pomůcky apod. Příslušníci těchto rodin mohou při vysokém pracovním vytížení považovat zdraví za prioritu a k tomu vést i své děti. K potvrzení tohoto vztahu je však nutné další šetření, neboť určení socioekonomického stupně rodin dětí bylo v naší studii jen orientační.

Při testování vztahu vzdělání rodičů a úrazovosti dětí nebylo výsledné kolísání hodnot statisticky významné. Přestože by vzdělání rodičů mohlo hrát roli při větším dopadu edukačních preventivních programů a také se podílí na socioekonomickém statusu rodiny, nemusí nutně odrážet míru zájmu o děti, pořadí priorit rodiny a důslednost při vyžadování dodržování určitých bezpečnostních zásad (např. dodržování pravidel silničního provozu, používání ochranných sportovních pomůcek).

K získání přesnějších údajů by bylo třeba otestovat vzdělání matek a otců zvlášť, což provedeno nebylo. Je možné, že chování dětí týkající se výše uvedených preventivních principů ovlivňuje jen jeden rodič (a jeho vzdělání), který s dítětem tráví více času.

Výsledky z roku 2002 neprokázaly vztah k formální struktuře rodiny ani u chlapců, ani u dívek. Zde se naše výsledky liší od studií doc. Pelecha (Pelech a Roth, 1999), který uvádí vyšší počet úrazů u dětí vychovávaných jedním rodičem. Výsledná data v naší studii sice naznačovala uvedenou skutečnost, ale rozdíly v četnosti úrazů nebyly statisticky významné.

Dodržování bezpečnostních zásad. V rámci studie v roce 1998 jsme testovali také dodržování základních bezpečnostních zásad v prevenci dopravních úrazů, konkrétně nošení cyklistické přilby a používání bezpečnostních pásů v automobilech. Výsledky, které jsme získali, byly alarmující. Jen 30 % dětí použilo bezpečnostní pás vždy. 12 % dětí uvedlo, že na jejich místě v autě bezpečnostní pásy nejsou. Ochrannou helmu vždy nebo často nosilo pouze 6 % dětí. 77 % dětí použilo helmu zřídka nebo nikdy. Podle závěrečné zprávy Projektu podpory zdraví, vedeném pracovníky Státního zdravotnického ústavu, byla situace znepokojivá i na konci roku 2001, kdy bylo zjištěno, že 11 % dětí nikdy nepoužívá bezpečnostní pásy v autě a 30 % dětí nikdy nenosí cyklistickou helmu.

V našem šetření jsme zjistili, že rizikověji se chovají dívky, méně často používají bezpečnostní pásy v autě i ochrannou helmu.

Úrazy a pití alkoholu. Výsledky z roku 1998 potvrdily vyšší četnost výskytu úrazu nejen u patnáctiletých chlapců zvýšeně konzumujících alkohol, ale také u dívek. V roce 2002 byl výše uvedený vztah prokázán celkově, s tím, že se do tohoto výsledku promítala souvislost nadměrného pití alkoholu s vyšší úrazovostí u chlapců. K vyšší úrazovosti může docházet v důsledku stavu opilosti nebo v důsledku problematické socializace některých adolescentů, jejíž součástí je větší výskyt rizikového chování, včetně zvýšené konzumace alkoholu.

Závěry

Poznatky o úrazovosti dětí ve věku 11–15 let vycházející z dat studie HBSC 1998 a HBSC 2002 naznačují vysokou incidenci úrazů v této populační skupině. U chlapců dochází k úrazům častěji. Incidence úrazů se nemění v závislosti na věku.

Četnost úrazů, místo úrazu, činnost, při které k úrazu dochází i typ poranění se liší podle pohlaví a souvisí zřejmě s odlišnými volnočasovými aktivitami u dívek a chlapců.

Rozbor okolností nejzávažnějšího úrazu v posledním roce (podle subjektivního posouzení) podtrhuje výrazný podíl sportovních úrazů (včetně úrazů na kole, lyžích, bruslích a skateboardu) na celkovém počtu úrazů. Aktivně sportující děti v tomto souboru měly také úrazy častěji než děti sportující méně často. Při organizované sportovní činnosti vzniká více úrazů než při rekreačním sportování.

Formální struktura rodiny a vzdělání rodičů neměly vliv na četnost úrazů. S úrazovostí souvisí socioekonomický status rodiny. U chlapců, jejichž rodiče patří do skupiny s nejvyšším socioekonomickým statusem, byla nižší úrazovost.

Mezi nadměrnou konzumací alkoholu a úrazy byl zjištěn statisticky významný vztah. Tento vztah lze interpretovat tak, že časté pití alkoholu představuje významný rizikový faktor vedoucí k častějším úrazům.

Výsledky týkající se dodržování základních bezpečnostních pravidel, tj. používání bezpečnostních pásů a nošení ochranné přilby, jsou znepokojivé. V roce 1998 většina dětí používala ochrannou přilbu zřídka nebo nikdy. Jen asi třetina dětí uvedla, že jezdí v autě vždy připoutána.

Literatura

- Andělová Š, Roth Z, Pelech L. Výsledky studií úrazovosti od 0–18 let v ČR. In: 28. Ostravské dny dětí a dorostu. Praha 2000, Referát 2000, 152–162.
- Bojar M. Dětské úrazy a jejich prevence z pohledu neurologa. Med Rev 1998; 5(4): 1, 4–6.
- HBSC Report 1994, www.hbsc.org.
- Grivna M. Epidemiologie a prevence dětských úrazů. Čes slov Pediat 2000; 55 (8), Příl. VI–VII.
- Grivna M, Benešová V. Epidemiologie dětských úrazů a možnosti prevence. In: 28. Ostravské dny dětí a dorostu, Praha 2000, Referát 2000, 163–166.
- Jak jsou na tom se zdravím naše děti na prahu 21. století. Praha: Státní zdravotní ústav, 1999; 32–34, 46–50.
- Pelech L a kol. Analýza úrazovosti dospívající mládeže. Čes slov Pediat 1999; 54(10): 556–561.
- Pelech L a kol. Prevence dětských úrazů v České republice – dvacetileté zkušenosti. Čes slov Pediat 2003; 58(9): 587–590.
- Pelech L a kol. Úrazovost adolescentů v České republice. Čas Lék čes 1999; 138(20): 620–623.
- Pelech L, Roth Z. Školní a dospívající mládež a dopravní úrazovost. Hygiena 1999; 43 (3): 141–146.
- Pelech L, Roth Z. Úrazovost dětí školního věku. In: 27. Ostravské dny dětí a dorostu, Rožnov pod Radhoštěm 12.–14.5.1999, Sborník z konference s mezinárodní účastí, 1999: 206–212.
- Úrazy v roce 2002 z hlediska věku postižených. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2002.
- Úrazy v ČR v letech 1995–2000. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2002.

Zvadová Z, Janoušek S, Kodl M. Prevence úrazu u školních dětí. Praha: Státní zdravotní ústav, 2002.
Zvadová Z, Pelech L, Roth Z. Násilná zranění u školních dětí v Praze. Hygiena 1999; 44(4): 214–219.
Z. č.361/2000 Sb. o provozu na pozemních komunikacích, Z. 56/2001 Sb. O schvalování technické způsobilosti vozidel: www.mdcz.cz

Závěr (Implikace pro prevenci)

Poznatky z dotazových šetření bývají často uváděny jako jeden z významných podnětů pro prevenci. Je tomu skutečně tak. O problematice chování, které má vztah ke zdraví nemáme u dětí školního věku příliš mnoho údajů, proto je studie HBSC zdrojem, který má bezprostřední informační hodnotu. Výhodou projektu je jeho zaměření na širokou oblast problémů od psychosociálních, přes výživu, škodlivé návyky až po adaptaci na školu a třídní kolektiv.

Ve vztahu k prevenci bychom měli podtrhnout tři významné přínosy školních studií. První se týká již zmíněného záběru studie. Poznatky o výskytu a kontextu zdravotně nežádoucích nebo rizikových forem chování a poznatky o názorech a postojech charakteristikách mladých lidí mohou být významnou a užitečnou inspirací pro preventivní programy zaměřené na školu a školní prostředí, bez ohledu na to, zda je realizuje sama škola v rámci vlastního preventivního programu nebo jde o program, který pro školu dělá jiná organizace.

Druhým přínosem jsou poznatky o vlivu sociálních faktorů a faktorů prostředí. Zejména zde máme na mysli rodinu, její strukturu, vzdělanostní a ekonomická úroveň, vlivy prostředí vrstevníků a vlivy nebo možnosti materiálního prostředí (přístup k internetu, možnosti sportovního vyžití, zájmové kroužky apod.) Jde o okolnosti, které mají u dětí školního věku značný význam pro jejich zdárný fyzický, emoční a kognitivní vývoj. Proto mohou poznatky o těchto faktorech zajímat nejen ty, kdo bezprostředně preventivní programy připravují a realizují, ale také ty, kdo se na místní nebo regionální úrovni zabývají problematikou volnočasových aktivit mládeže a zajišťováním podmínek jejich rozvoje.

Konečně přínosem poznatků ze školních šetření jsou informace o vývojových trendech vybraných forem rizikových forem chování (např. kouření). Shromažďujeme-li srovnatelnou metodou informace po delší dobu, můžeme výsledky chápat jako zpětnou informaci o efektivitě opatření, která jsme v minulosti přijali a realizovali. Bez možnosti zpětné vazby není možná korekce dlouhodobého směřování. V tomto smyslu může studie HBSC sloužit i jako jeden ze zdrojů při formování priorit programů podpory zdraví školních dětí.

Příloha

Tabulky HBSC – česká verze

V textové části publikace jsme se nemohli věnovat všem aspektům zdraví a životního stylu školáků. Proto jsme do přílohy vybrali některá data z mezinárodní zprávy. Jsme si vědomi, že by bylo potřebné je komentovat, na to však v naší příručce již nemáme dostatečný prostor. Odkazujeme proto zájemce na mezinárodní zprávu, která je ke stažení na internetu na adrese www.pcp.lf3.cuni.cz/HBSC-CZ. V tomto seznamu tabulek jsme vedle českého názvu uvedli také anglický název a umístění tabulky v mezinárodní zprávě.

	český název tabulky	anglický název tabulky
1	Školáci a struktura rodiny, v níž žijí (všechny věkové skupiny) (%)	Young people living in different family structures, all three age groups (%) [2.7., s. 28]
2	Školáci, kteří mají rádi školu (%)	Young people liking school a lot (%) [2.16., s. 44]
3	Školáci, kteří vnímají své vrstevníky jako nápomocné a přátelské (%)	Young people finding their peers kind and helpful (%) [2.18., s. 46]
4	Školáci, kteří ve všední dny tráví nad domácími úkoly 3 a více hodin (%)	Young people who spend ≥ 3 hours a day on homework on weekdays (%) [3.22., s. 105]
5	Školáci, kteří přiznali šikanování druhých alespoň jednou v předešlých několika měsících (%)	Young people who bullied others at least once in the previous couple of months (%) [3.33., s. 135]
6	Školáci, kteří šikanovali spolužáky dvakrát nebo častěji za měsíc (%)	Young people who bullied others at least two or three times a month in the previous couple of months (%) [3.34., s. 136]
7	Výskyt vysoké životní spokojenosti v závislosti na zkušenostech se školou (všechny věkové skupiny) (%)	Young people with high life satisfaction, according to school experience, all age groups combined (%) [4.9., s. 187]
8	Školáci, kteří snídají každý školní den (%)	Young people who eat breakfast every school day (%) [3.24., s. 112]
9	Školáci nespokojení se svou tělesnou váhou (%)	Young people dissatisfied with their body weight (%) [3.29., s. 122]
10	Držení diet a kontrola váhy (%)	Young people engaged in dieting and weight control behaviour (%) [3.30., s. 124]
11	Školáci s nadváhou podle BMI (věková skupina třináctiletých a patnáctiletých) (%)	Young people who are overweight according to BMI, 13- and 15-year-olds (%) [3.31., s. 125]
12	Držení diet a kontrola váhy u patnáctiletých dívek v závislosti na počátku menstruace (%)	Girls engaged in dieting and weight control behaviour, according to onset of menarche, 15-year-olds (%) [4.14., s. 199]

	český název tabulky	anglický název tabulky
13	Školáci hodnotící své zdraví jako ucházející či špatné (%)	Young people rating their health as fair or poor (%) [3.1., s. 58]
14	Školáci udávající dvě či více subjektivních zdravotních potíží častěji než jednou týdně (%)	Young people experiencing two or more subjective health complaints more than once a week (%) [3.2., s. 59]
15	Školáci, kteří měli úraz či zranění jednou nebo vícekrát za poslední rok (%)	Young people who were injured once or more during the previous 12 months) (%) [3.40., s. 148]
16	Výskyt dvou či více subjektivních zdravotních potíží za týden v závislosti na zkušenostech se školou (všechny věkové skupiny) (%)	Young people with two or more subjective health complaints per week, according to school experience, all age groups combined (%) [4.11., s.190]
17	Výskyt pohlavního styku v závislosti na počátku menstruace (jen skupina patnáctiletých dívek) (%)	Girls who have had sexual intercourse, according to onset of menarche, 15-year-olds (%) [4.14., s. 199]
18	Školáci, kteří tráví čtyři či více večerů v týdnu s přáteli (věková skupina patnáctiletých) (%)	Young people spending time with friends four or more evenings a week (%) [2.14., s. 38]
19	Průměrný věk začátku kouření (věková skupina patnáctiletých)	Age of onset of smoking for 15-year-olds (years) [3.7., s. 69]
20	Patnáctiletí, kteří kouří denně (%)	Young people who smoke every day (%) [3.6., s.68]
21	Výskyt pravidelného kouření (alespoň jednou týdně) v závislosti na zkušenostech se školou (všechny věkové skupiny) (%)	Young people who smoke at least once a week, according to school experience, all age groups combined (%) [4.12., s.191]
22	Průměrný věk prvního užití alkoholu a věk první opilosti u patnáctiletých školáků	Age of onset of drinking alcohol and of first being drunk for 15-year-olds (years) [3.13., s. 81]
23	Pití piva jednou týdně a častěji (%)	Young people who drink beer weekly (%) [3.9., s. 76]
24	Zkušenost s marihuany a užití marihuany v posledním roce u patnáctiletých (%)	Young people who have ever used cannabis and have used it within the previous 12 month, 15-year-olds (%) [3.14., s. 86]
25	Pravidelní a silní uživatelé marihuany mezi patnáctiletými (%)	Young people in four groups of cannabis user, 15-year-olds (%) [3.15., s.88]

Vysvětlivky k tabulkám

Tabulky 7, 16, 21

Kategorizace žáků podle zkušeností se školou vznikla na základě skórování čtyř položek dotazníku. Do kategorie pozitivní zkušenost se školou jsou řazeni žáci, kteří uvedli, že mají rádi školu, mají dobrý nebo velmi dobrý prospěch, necítí se být stresováni školními úkoly, vnímají své spolužáky jako nápomocné a přátelské, dále souhlasně odpověděli, že žáci ve třídě jsou rádi spolu a že je spolužáci berou takové, jací jsou. Průměrný skór na škále odpovídá kategorii průměrné zkušenosti se školou. Nízký skór pak odpovídá kategorii negativní zkušenosti se školou.

Tabulka 11

preobézní – odpovídá BMI 25,00–29,9

obézní – odpovídá BMI 30,0 a vyšší

Tabulky 12, 17

brzký začátek menstruace: 9–11 let

obvyklý věk začátku menstruace: 12–13 let

pozdní věk začátku menstruace: 14 let a později

Tabulka 25

Dělení na pravidelné a silné uživatele konopí vychází pouze z rozložení odpovědí na frekvenční škále (tj. počet užití za poslední rok) jde tedy o údaj ne zcela přesný. Za pravidelného uživatele marihuany byli označeni ti, kdo uvedli užití konopné drogy třikrát až třicetdevětkrát za poslední rok, za silné uživatele byli považováni ti, kdo uvedli, že užívali marihuanu v posledním roce čtyřicetkrát nebo častěji.

Tabulka 1 Školáci a struktura rodiny, v níž žijí (všechny věkové skupiny) (%)

pořadí		oba rodiče	jeden rodič	stepfamily	jiné
1	Malta	92,9	4,8	1,7	0,6
2	Makedonie	90,9	6,7	1,1	1,3
3	Řecko	90,8	7,5	1,2	0,5
4	Itálie	90,2	7,0	2,2	0,6
5	Chorvatsko	89,3	7,4	2,8	0,5
6	Slovinsko	86,9	8,7	3,8	0,6
7	Španělsko	86,7	9,1	3,0	1,2
8	Polsko	86,6	10,2	2,4	0,8
9	Izrael	86,1	9,3	3,9	0,7
10	Irsko	85,4	10,3	3,5	0,8
11	Nizozemí	82,6	10,7	6,1	0,6
12	Belgie (vlám.)	82,2	9,2	8,1	0,5
13	Portugalsko	82,2	9,8	5,8	2,2
14	Švýcarsko	80,2	12,5	6,7	0,6
15	Rakousko	79,2	12,5	7,5	0,9
16	Ukrajina	78,7	13,7	6,6	0,9
17	Francie	78,5	11,0	9,7	0,8
18	Maďarsko	78,2	13,4	7,0	1,3
19	Litva	78,2	13,5	6,8	1,6
20	Německo	77,1	12,8	9,2	0,9
21	Rusko	75,1	16,9	6,8	1,1
22	Finsko	73,7	14,6	11,0	0,7
23	Kanada	73,6	14,6	10,5	1,3
24	Česká republika	73,5	13,4	12,2	0,9
25	Estonsko	72,5	17,7	8,8	1,1
26	Belgie (fran.)	70,9	16,1	11,3	1,6
27	Norsko	70,1	16,2	12,5	1,2
28	Lotyšsko	70,0	18,6	9,0	2,4
29	Skotsko	69,7	16,6	12,3	1,5
30	Švédsko	69,7	16,8	12,7	0,8
31	Dánsko	68,9	16,5	13,5	1,1
32	Wales	68,8	15,5	14,6	1,1
33	Anglie	67,3	16,9	14,5	1,2
34	Grónsko	62,2	17,3	14,8	5,6
35	USA	60,3	20,8	16,0	3,0
HBSC průměr		78,0	12,9	8,0	1,1

Tabulka 2 Školáci, kteří mají rádi školu (%)

11 let							
pořadí		dívky	chlapi	pořadí		dívky	chlapi
1	Makedonie	89,1	83,4	19	Švédsko	38,2	29,4
2	Malta	61,6	62,5	20	Skotsko	38,2	29,2
3	Rakousko	60,4	59,8	21	Kanada	32,1	26,3
4	Řecko	55,2	48,1	22	Izrael	31,0	24,8
5	Německo	52,5	47,5	23	Belgie (fran.)	33,0	22,3
6	Portugalsko	58,4	38,9	24	Anglie	28,4	25,2
7	Norsko	44,1	42,3	25	Belgie (vlám.)	30,4	22,5
8	Lotyšsko	47,8	37,2	26	Polsko	30,6	22,8
9	Slovinsko	48,7	36,6	27	Maďarsko	30,4	21,9
10	Španělsko	46,8	36,6	28	Irsko	30,3	20,4
11	Nizozemí	48,8	33,1	29	Ukrajina	28,4	21,7
12	Grónsko	39,2	41,4	30	Rusko	25,5	17,2
13	Litva	40,7	37,5	31	Chorvatsko	25,8	17,0
14	Wales	40,9	35,4	32	Itálie	24,9	15,6
15	Francie	43,7	29,8	33	Estonsko	23,0	12,5
16	USA	38,3	30,2	34	Česká republika	19,0	14,7
17	Švýcarsko	39,0	28,7	35	Finsko	12,7	8,4
18	Dánsko	36,6	30,8	HBSC průměr		38,2	30,4

13 let							
pořadí		dívky	chlapi	pořadí		dívky	chlapi
1	Makedonie	63,4	57,2	19	Malta	17,3	19,3
2	Norsko	43,3	41,0	20	Slovinsko	21,3	14,7
3	Nizozemí	42,7	38,7	21	Švédsko	20,9	14,7
4	Lotyšsko	32,9	20,1	22	Belgie (vlám.)	20,2	13,3
5	Irsko	31,4	20,4	23	Polsko	20,3	12,8
6	Portugalsko	30,2	19,5	24	Španělsko	19,8	12,6
7	Skotsko	25,9	23,0	25	Francie	18,8	12,6
8	Německo	24,9	23,3	26	Dánsko	17,8	13,3
9	Maďarsko	29,3	16,3	27	Belgie (fran.)	16,9	13,6
10	Rakousko	25,0	20,4	28	Anglie	16,4	13,6
11	Řecko	25,6	18,6	29	Rusko	14,1	12,1
12	Litva	26,1	15,7	30	Ukrajina	13,5	10,5
13	Wales	22,5	19,1	31	Itálie	12,3	7,1
14	Izrael	22,8	17,5	32	Finsko	9,7	8,6
15	Kanada	22,3	17,2	33	Česká republika	10,0	7,0

13 let							
16	Grónsko	21,4	17,3	34	Estonsko	10,9	5,4
17	USA	21,5	15,7	35	Chorvatsko	9,0	5,0
18	Švýcarsko	20,0	16,5	HBSC průměr		22,2	17,1

15 let							
pořadí		dívky	chlapci	pořadí		dívky	chlapci
1	Makedonie	57,9	52,0	19	Švýcarsko	14,2	15,1
2	Slovensko	36,1	35,3	20	Německo	14,4	14,4
3	Maďarsko	38,0	21,8	21	Skotsko	12,7	14,7
4	Norsko	31,9	30,9	22	Grónsko	13,9	13,1
5	Rakousko	23,7	27,1	23	Švédsko	13,3	13,1
6	Malta	21,5	23,5	24	Rusko	13,4	12,5
7	Nizozemí	21,9	21,4	25	Francie	15,7	9,7
8	Portugalsko	19,2	20,3	26	Španělsko	12,9	8,2
9	Izrael	18,3	18,6	27	Belgie (vlám.)	11,8	9,3
10	USA	20,0	14,7	28	Česká republika	10,8	7,8
11	Irsko	22,0	9,5	29	Itálie	10,9	7,1
12	Litva	20,1	14,4	30	Ukrajina	9,5	8,8
13	Kanada	19,5	13,7	31	Polsko	10,3	7,0
14	Lotyšsko	19,7	12,4	32	Belgie (fran.)	9,1	5,9
15	Wales	13,4	18,1	33	Estonsko	9,3	5,3
16	Anglie	15,3	14,9	34	Chorvatsko	6,4	5,9
17	Dánsko	17,2	12,7	35	Finsko	4,5	4,0
18	Řecko	15,7	13,9	HBSC průměr		17,4	14,8

Tabulka 3 Školáci, kteří vnímají své vrstevníky jako nápomocné a přátelské (%)

11 let							
pořadí		dívky	chlapci	pořadí		dívky	chlapci
1	Makedonie	86,3	89,8	19	Izrael	74,4	68,5
2	Švýcarsko	86,2	82,9	20	Maďarsko	68,8	71,2
3	Německo	87,5	81,4	21	Finsko	72,0	66,0
4	Švédsko	84,6	82,5	22	Španělsko	67,9	69,6
5	Portugalsko	83,0	82,6	23	Řecko	65,0	72,3
6	Skotsko	84,4	80,5	24	Polsko	68,9	66,3
7	Rakousko	86,9	77,1	25	Kanada	67,5	66,4
8	Slovensko	82,0	81,6	26	Lotyšsko	69,2	60,7
9	Belgie (fran.)	81,9	80,4	27	Estonsko	70,3	58,8
10	Chorvatsko	76,7	81,4	28	Itálie	61,7	65,3

11 let						
pořadí		dívky	chlapi	pořadí		chlapi
11	Nizozemí	79,1	76,5	29	Francie	62,0
12	Malta	79,9	74,3	30	Ukrajina	62,2
13	Dánsko	75,6	78,0	31	USA	60,0
14	Belgie (vlám.)	77,6	75,0	32	Litva	56,2
15	Norsko	77,4	72,5	33	Česká republika	59,3
16	Grónsko	70,3	78,8	34	Anglie	55,5
17	Irsko	77,5	68,4	35	Rusko	51,3
18	Wales	74,3	68,9	HBSC průměr		71,8

13 let						
pořadí		dívky	chlapi	pořadí		chlapi
1	Švýcarsko	82,6	80,7	19	Kanada	63,5
2	Portugalsko	77,8	82,2	20	Skotsko	64,9
3	Makedonie	74,3	82,4	21	Wales	62,6
4	Belgie (fran.)	78,7	75,2	22	Izrael	62,2
5	Švédsko	74,9	74,6	23	Polsko	59,2
6	Norsko	75,9	72,4	24	Řecko	50,7
7	Německo	79,4	67,6	25	Španělsko	54,9
8	Rakousko	78,3	68,2	26	Estonsko	61,5
9	Nizozemí	73,9	70,8	27	Itálie	49,2
10	Finsko	72,2	68,4	28	Ukrajina	49,0
11	Slovinsko	67,2	73,6	29	Francie	51,4
12	Belgie (vlám.)	75,0	63,9	30	Lotyšsko	55,2
13	Dánsko	70,6	66,7	31	USA	52,3
14	Chorvatsko	67,7	68,9	32	Litva	43,1
15	Irsko	72,9	62,0	33	Rusko	41,0
16	Malta	73,9	59,1	34	Česká republika	40,4
17	Grónsko	64,6	69,2	35	Anglie	42,0
18	Maďarsko	63,2	66,7	HBSC průměr		62,1

15 let						
pořadí		dívky	chlapi	pořadí		chlapi
1	Švýcarsko	79,8	76,0	19	Kanada	61,9
2	Makedonie	76,4	78,3	20	Grónsko	64,4
3	Portugalsko	77,2	77,1	21	Skotsko	57,4
4	Rakousko	85,5	67,4	22	Maďarsko	61,0
5	Dánsko	73,9	75,3	23	Řecko	53,7
6	Norsko	71,4	75,9	24	Polsko	51,1

15 let							
pořadí		dívky	chlapci	pořadí		dívky	chlapci
7	Finsko	74,4	69,4	25	Estonsko	57,1	50,3
8	Švédsko	70,7	72,8	26	Španělsko	51,9	53,9
9	Chorvatsko	73,3	66,9	27	USA	50,2	47,4
10	Slovinsko	73,0	68,2	28	Litva	44,5	51,8
11	Německo	72,4	68,0	29	Itálie	46,8	48,3
12	Nizozemí	71,9	66,8	30	Lotyšsko	47,8	44,7
13	Belgie (fran.)	69,3	67,7	31	Francie	44,8	45,7
14	Belgie (vlám.)	72,4	56,8	32	Ukrajina	44,7	44,8
15	Malta	69,1	58,8	33	Rusko	42,3	46,5
16	Irsko	70,5	50,8	34	Anglie	46,7	36,2
17	Wales	61,3	64,9	35	Česká republika	33,5	34,2
18	Izrael	65,5	58,0	HBSC průměr		60,1	58,4

Tabulka 4 Školáci, kteří ve všední dny tráví nad domácími úkoly 3 a více hodin (%)

11 let							
pořadí		dívky	chlapci	pořadí		dívky	chlapci
1	Řecko	62,1	47,8	19	Francie	9,3	9,6
2	Itálie	44,0	26,6	20	Belgie (fran.)	9,2	8,2
3	Malta	33,7	30,1	21	Norsko	9,7	7,4
4	Ukrajina	35,9	25,0	22	Rakousko	7,4	9,5
5	Chorvatsko	35,1	24,6	23	Belgie (vlám.)	8,9	7,6
6	Maďarsko	36,7	21,3	24	Anglie	10,0	6,3
7	Rusko	32,8	22,1	25	Kanada	7,3	6,4
8	Makedonie	24,5	26,9	26	Česká republika	6,6	6,6
9	Španělsko	26,3	20,2	27	Německo	6,7	6,4
10	Polsko	27,9	16,9	28	Slovinsko	7,3	4,7
11	Lotyšsko	21,6	16,7	29	Nizozemí	5,9	5,5
12	Izrael	20,4	16,3	30	Skotsko	3,5	6,5
13	Portugalsko	18,7	14,7	31	Irsko	4,2	4,2
14	Estonsko	22,5	10,7	32	Švýcarsko	3,6	4,8
15	Litva	20,1	8,5	33	Švédsko	4,1	4,0
16	Grónsko	14,4	12,6	34	Finsko	1,8	2,1
17	Wales	11,9	12,7		Norsko neposkytlo data		
18	USA	13,0	10,8	HBSC průměr		17,2	13,0

13 let							
pořadí		dívky	chlapci	pořadí		dívky	chlapci
1	Řecko	76,8	55,4	19	Izrael	18,4	11,0
2	Ukrajina	57,5	32,7	20	Belgie (fran.)	18,8	11,0
3	Maďarsko	49,2	24,6	21	Norsko	15,9	13,3
4	Itálie	44,7	24,7	22	Irsko	15,9	8,7
5	Rusko	40,5	28,1	23	USA	12,0	10,0
6	Chorvatsko	45,8	20,3	24	Rakousko	11,7	9,4
7	Malta	43,8	19,6	25	Kanada	12,2	8,7
8	Španělsko	38,5	21,7	26	Německo	11,0	8,6
9	Lotyšsko	37,8	21,9	27	Česká republika	12,2	6,8
10	Litva	40,6	15,5	28	Wales	10,7	8,4
11	Estonsko	32,9	16,1	29	Anglie	10,9	6,5
12	Polsko	31,2	16,7	30	Slovinsko	9,9	4,9
13	Makedonie	24,2	22,6	31	Švýcarsko	8,5	6,0
14	Belgie (vlám.)	25,2	14,2	32	Švédsko	6,4	7,8
15	Portugalsko	24,3	15,2	33	Skotsko	7,6	6,4
16	Francie	18,0	15,5	34	Finsko	2,6	0,9
17	Nizozemí	16,3	16,3		Norsko neposkytlo data		
18	Grónsko	15,6	15,9	HBSC průměr		24,6	15,3

15 let							
pořadí		dívky	chlapci	pořadí		dívky	chlapci
1	Řecko	71,6	45,4	19	Francie	20,8	15,3
2	Malta	60,5	24,1	20	Rakousko	18,5	12,3
3	Itálie	54,1	26,4	21	Nizozemí	19,6	10,3
4	Lotyšsko	47,7	27,1	22	Belgie (fran.)	18,6	9,9
5	Chorvatsko	48,0	24,0	23	Skotsko	16,2	12,6
6	Rusko	43,8	27,1	24	USA	17,7	10,5
7	Maďarsko	41,2	21,4	25	Izrael	17,6	9,3
8	Ukrajina	45,3	21,7	26	Belgie (vlám.)	15,4	11,6
9	Španělsko	42,5	20,4	27	Norsko	14,6	9,1
10	Irsko	34,1	26,7	28	Švédsko	15,2	7,0
11	Litva	46,2	13,5	29	Kanada	13,5	5,7
12	Polsko	41,0	14,2	30	Německo	10,4	8,2
13	Estonsko	39,0	14,7	31	Slovinsko	7,8	4,7
14	Makedonie	26,2	19,9	32	Švýcarsko	5,5	3,8
15	Grónsko	21,6	22,9	33	Česká republika	4,6	3,2
16	Wales	25,6	16,2	34	Finsko	2,9	0,7

15 let					
pořadí		dívky	chlapci	pořadí	
17	Portugalsko	29,0	9,2	Norsko neposkytlo data	
18	Anglie	24,8	12,1	HBSC průměr	
					28,2 14,6

Tabulka 5 **Školáci, kteří přiznali šikanování druhých alespoň jednou v předešlých několika měsících (%)**

11 let					
pořadí		dívky	chlapci	pořadí	
1	Litva	46,2	62,1	19	USA
2	Belgie (vlám.)	32,1	52,9	20	Polsko
3	Estonsko	33,8	49,0	21	Francie
4	Švýcarsko	31,9	49,8	22	Maďarsko
5	Ukrajina	35,5	43,2	23	Španělsko
6	Norsko	27,9	47,8	24	Finsko
7	Izrael	27,8	49,8	25	Anglie
8	Rakousko	29,9	45,8	26	Skotsko
9	Lotyšsko	28,1	46,7	27	Chorvatsko
10	Nizozemí	29,5	45,5	28	Makedonie
11	Portugalsko	29,6	42,9	29	Slovinsko
12	Grónsko	30,1	43,5	30	Řecko
13	Kanada	31,2	40,8	31	Irsko
14	Německo	30,5	40,0	32	Wales
15	Rusko	26,2	41,9	33	Malta
16	Itálie	25,6	37,2	34	Česká republika
17	Belgie (fran.)	23,4	39,1	35	Švédsko
18	Dánsko	21,1	40,9	HBSC průměr	
					23,5 37

13 let					
pořadí		dívky	chlapci	pořadí	
1	Litva	65,1	76,8	19	Norsko
2	Rakousko	50,6	64,0	20	Izrael
3	Lotyšsko	45,3	62,4	21	Španělsko
4	Německo	41,6	62,0	22	Chorvatsko
5	Estonsko	44,9	58,2	23	Anglie
6	Švýcarsko	40,4	59,3	24	Finsko
7	Ukrajina	41,5	55,6	25	Belgie (fran.)
8	Kanada	43,9	50,4	26	Maďarsko
9	USA	39,5	48,8	27	Skotsko
10	Portugalsko	37,8	48,9	28	Makedonie
					19,1 35,6

13 let							
11	Dánsko	33,6	51,0	29	Wales	18,6	31,3
12	Nizozemí	34,6	46,7	30	Slovinsko	18,7	31,3
13	Itálie	32,8	49,1	31	Řecko	15,3	32,5
14	Belgie (vlám.)	31,0	50,2	32	Irsko	15,7	32,3
15	Rusko	33,7	44,3	33	Malta	16,3	28,1
16	Francie	36,9	40,1	34	Česká republika	14,1	21,7
17	Polsko	28,9	44,6	35	Švédsko	11,8	21,0
18	Grónsko	30,6	42,7	HBSC průměr		31,0	44,6

15 let							
pořadí		dívky	chlapi	pořadí		dívky	chlapi
1	Litva	67,1	79,0	19	Portugalsko	26,8	34,2
2	Rakousko	48,5	65,7	20	Řecko	18,5	40,3
3	Lotyšsko	46,0	59,4	21	Itálie	21,1	37,9
4	Ukrajina	45,6	58,1	22	Rusko	22,3	35,6
5	Německo	41,1	61,9	23	Finsko	17,0	37,2
6	Švýcarsko	41,0	57,8	24	Anglie	18,3	36,2
7	Polsko	36,9	54,9	25	Malta	13,9	38,3
8	Estonsko	35,8	51,9	26	Skotsko	19,0	28,3
9	Kanada	31,9	54,0	27	Izrael	14,6	34,7
10	Belgie (vlám.)	32,9	47,7	28	Chorvatsko	17,6	31,3
11	Dánsko	27,0	54,0	29	Slovinsko	20,6	25,0
12	Francie	34,6	45,1	30	Irsko	17,8	30,6
13	Grónsko	36,2	39,3	31	Maďarsko	17,5	27,1
14	USA	29,8	43,8	32	Makedonie	15,9	27,0
15	Španělsko	29,4	43,9	33	Wales	15,9	26,2
16	Nizozemí	26,1	45,8	34	Česká republika	15,0	25,5
17	Norsko	20,9	47,4	35	Švédsko	13,4	25,3
18	Belgie (fran.)	25,8	40,4	HBSC průměr		28,1	44,0

Tabulka 6 Školáci, kteří šikanovali dvakrát nebo častěji za měsíc (%)

11 let							
pořadí		dívky	chlapci	pořadí		dívky	chlapci
1	Litva	17,8	30,1	19	Norsko	5,3	11,4
2	Grónsko	16,4	17,4	20	Francie	6,5	9,8
3	Rusko	9,9	18,8	21	USA	6,3	10,0
4	Izrael	6,7	18,0	22	Řecko	3,4	11,5
5	Švýcarsko	6,5	18,0	23	Nizozemí	3,5	11,0

11 let							
pořadí		dívky	chlapi	pořadí		dívky	chlapi
6	Portugalsko	7,7	15,1	24	Chorvatsko	5,0	8,4
7	Itálie	7,0	15,2	25	Španělsko	3,9	7,6
8	Rakousko	5,6	14,4	26	Maďarsko	3,4	8,2
9	Belgie (fran.)	4,7	15,0	27	Anglie	3,1	6,9
10	Ukrajina	7,8	11,8	28	Finsko	2,8	6,6
11	Belgie (vlám.)	5,7	14,6	29	Skotsko	3,3	6,0
12	Makedonie	9,7	9,9	30	Slovinsko	2,6	6,3
13	Estonsko	6,0	12,6	31	Irsko	1,4	5,9
14	Lotyšsko	5,1	14,0	32	Wales	1,2	4,4
15	Německo	7,3	11,3	33	Malta	0,6	5,6
16	Polsko	3,2	14,3	34	Česká republika	1,8	3,3
17	Kanada	7,5	10,4	35	Švédsko	0,6	2,4
18	Dánsko	4,7	13,1	HBSC průměr		5,5	11,5

13 let							
pořadí		dívky	chlapci	pořadí		dívky	chlapci
1	Litva	29,5	43,6	19	Nizozemí	5,7	15,2
2	Německo	15,8	26,2	20	Belgie (fran.)	6,4	14,4
3	Rakousko	14,5	25,7	21	Makedonie	7,0	13,0
4	Grónsko	18,3	22,4	22	Chorvatsko	4,7	14,5
5	Rusko	15,0	24,6	23	Řecko	4,3	13,6
6	Lotyšsko	11,5	26,4	24	Španělsko	5,4	12,1
7	Švýcarsko	11,0	23,0	25	Norsko	3,0	10,7
8	Estonsko	10,7	20,9	26	Anglie	4,9	8,1
9	Ukrajina	10,9	19,4	27	Finsko	3,2	9,8
10	Kanada	11,6	17,8	28	Slovinsko	3,2	8,6
11	USA	11,6	17,9	29	Wales	4,0	7,1
12	Dánsko	8,7	19,6	30	Maďarsko	2,2	9,4
13	Itálie	8,1	20,0	31	Skotsko	4,6	6,5
14	Portugalsko	8,2	17,0	32	Irsko	2,3	8,0
15	Polsko	6,1	17,8	33	Malta	4,2	5,6
16	Izrael	6,0	19,1	34	Česká republika	2,6	5,5
17	Francie	9,3	14,1	35	Švédsko	2,3	5,1
18	Belgie (vlám.)	7,0	16,6	HBSC průměr		8,4	16,4

15 let						
pořadí		dívky	chlapci	pořadí		chlapci
1	Litva	32,2	49,8	19	Řecko	5,0
2	Rakousko	16,2	29,7	20	Nizozemí	5,5
3	Německo	13,5	30,6	21	Izrael	4,9
4	Ukrajina	14,0	27,0	22	Portugalsko	5,9
5	Švýcarsko	11,9	28,5	23	Finsko	4,7
6	Lotyšsko	13,9	28,5	24	Anglie	3,8
7	Grónsko	16,2	21,3	25	Chorvatsko	3,4
8	Polsko	6,9	24,1	26	Norsko	3,0
9	Belgie (vlám.)	7,9	21,1	27	Malta	2,8
10	Estonsko	9,0	20,0	28	Slovinsko	4,5
11	Francie	9,9	18,0	29	Makedonie	2,9
12	Rusko	9,8	17,8	30	Skotsko	3,3
13	Dánsko	5,6	21,0	31	Česká republika	2,8
14	Belgie (fran.)	10,3	15,8	32	Irsko	3,0
15	Itálie	7,1	19,7	33	Švédsko	3,1
16	USA	5,9	19,6	34	Maďarsko	2,2
17	Kanada	6,0	19,1	35	Wales	1,8
18	Španělsko	6,4	17,6	HBSC průměr		7,8
						18,1

Tabulka 7 Výskyt vysoké životní spokojenosti v závislosti na zkušenostech se školou (všechny věkové skupiny) (%) (vysvětlivky viz str. 105)

	negativní zkušenost	průměrná zkušenost	pozitivní zkušenost
Rakousko	63	86	95
Belgie (vlám.)	57	86	96
Kanada	53	86	97
Chorvatsko	40	73	87
Česká republika	66	84	96
Dánsko	59	89	95
Anglie	61	82	97
Estonsko	53	72	91
Finsko	68	91	96
Francie	59	82	97
Německo	83	85	91
Řecko	71	89	92
Grónsko	50	77	100
Maďarsko	70	79	95
Irsko	52	84	96

	negativní zkušenost	průměrná zkušenost	pozitivní zkušenost
Izrael	68	85	88
Itálie	59	85	95
Lotyšsko	52	76	87
Litva	50	73	95
Malta	58	79	95
Nizozemí	75	93	98
Norsko	43	78	94
Polsko	44	75	87
Portugalsko	43	74	93
Rusko	51	74	90
Skotsko	61	85	92
Slovinsko	61	81	93
Španělsko	68	86	93
Švédsko	40	81	98
Švýcarsko	76	89	96
Makedonie	50	86	94
Ukrajina	57	66	89
USA	54	81	96
Wales	58	83	95

Tabulka 8 Školáci, kteří snídají každý školní den (%)

11 let						
pořadí		dívky	chlapci	pořadí		chlapci
1	Nizozemí	89,9	89,1	19	Rusko	70,4
2	Portugalsko	84,9	91,4	20	Kanada	66,3
3	Švédsko	84,1	83,9	21	Skotsko	65,3
4	Belgie (vlám.)	80,5	83,3	22	Itálie	66,9
5	Španělsko	79,1	83,4	23	Grónsko	71,5
6	Ukrajina	81,1	79,7	24	Rakousko	62,7
7	Irsko	79,4	81,2	25	Švýcarsko	59,9
8	Dánsko	79,0	79,6	26	Anglie	60,1
9	Francie	75,0	80,8	27	Wales	60,2
10	Finsko	75,2	78,7	28	Maďarsko	61,7
11	Chorvatsko	75,4	77,6	29	Makedonie	61,7
12	Lotyšsko	78,0	74,2	30	Česká republika	54,4
13	Estonsko	75,2	75,1	31	USA	54,2
14	Německo	74,7	75,8	32	Malta	58,1
15	Norsko	74,1	76,3	33	Řecko	47,0

11 let					
pořadí		dívky	chlapci	pořadí	
16	Litva	72,6	76,3	34	Izrael
17	Belgie (fran.)	71,1	76,7	35	Slovinsko
18	Polsko	74,4	72,9	HBSC průměr	
					69,1 72,9

13 let					
pořadí		dívky	chlapci	pořadí	
1	Portugalsko	75,8	83,1	19	Belgie (fran.)
2	Ukrajina	75,8	82,2	20	Grónsko
3	Nizozemí	74,0	80,1	21	Itálie
4	Lotyšsko	71,7	79,7	22	Makedonie
5	Belgie (vlám.)	72,8	76,7	23	Skotsko
6	Estonsko	71,6	76,9	24	Rakousko
7	Litva	67,6	77,7	25	Kanada
8	Španělsko	67,5	75,7	26	Wales
9	Dánsko	65,9	77,2	27	Anglie
10	Francie	65,5	76,5	28	Švýcarsko
11	Irsko	63,5	78,3	29	Malta
12	Švédsko	64,3	75,9	30	Maďarsko
13	Norsko	63,7	75,4	31	Česká republika
14	Rusko	65,3	74,1	32	Řecko
15	Chorvatsko	67,4	70,4	33	USA
16	Polsko	63,5	72,7	34	Izrael
17	Německo	60,5	70,9	35	Slovinsko
18	Finsko	57,1	72,6	HBSC průměr	
					57,4 67,8

15 let					
pořadí		dívky	chlapci	pořadí	
1	Portugalsko	70,5	79,0	19	Belgie (fran.)
2	Ukrajina	70,4	76,5	20	Itálie
3	Estonsko	67,0	76,4	21	Grónsko
4	Lotyšsko	65,5	79,4	22	Makedonie
5	Litva	60,6	76,9	23	Skotsko
6	Nizozemí	61,3	73,6	24	Rakousko
7	Belgie (vlám.)	62,1	72,3	25	Anglie
8	Dánsko	62,3	72,6	26	Wales
9	Švédsko	60,1	72,1	27	Malta
10	Francie	57,4	72,9	28	Kanada
11	Polsko	60,3	70,3	29	Maďarsko
					42,6 52,4

15 let						
pořadí		dívky	chlapci	pořadí		
12	Rusko	61,1	69,9	30	Česká republika	37,6
13	Chorvatsko	60,9	67,6	31	Švýcarsko	39,1
14	Norsko	56,0	70,5	32	Slovinsko	35,9
15	Španělsko	55,2	72,3	33	Řecko	30,8
16	Irsko	55,3	73,2	34	USA	28,7
17	Finsko	54,8	66,4	35	Izrael	29,9
18	Německo	56,0	64,1	HBSC průměr		51,7
						64,1

Tabulka 9 Školáci nespokojení se svou tělesnou váhou (%)

11 let						
pořadí		dívky	chlapci	pořadí	dívky	dívky
1	Slovinsko	45,3	25,8	19	Grónsko	24,8
2	Belgie (fran.)	38,1	29,2	20	Itálie	24,1
3	Německo	35,9	30,8	21	Řecko	27,6
4	Belgie (vlám.)	37,1	25,9	22	Česká republika	25,6
5	Maďarsko	34,0	26,4	23	Izrael	23,7
6	Polsko	34,1	26,6	24	Kanada	23,0
7	Nizozemí	34,6	24,6	25	Chorvatsko	22,4
8	Dánsko	33,4	25,3	26	Malta	17,9
9	Portugalsko	35,5	23,4	27	Norsko	25,2
10	Španělsko	30,9	26,3	28	Irsko	20,6
11	Wales	32,9	23,4	29	Makedonie	17,6
12	Švýcarsko	32,4	23,4	30	Švédsko	20,6
13	Skotsko	34,0	22,5	31	Litva	23,3
14	USA	29,1	25,7	32	Lotyšsko	23,3
15	Anglie	29,6	24,6	33	Estonsko	17,0
16	Finsko	30,7	23,2	34	Ukrajina	10,3
17	Rakousko	28,8	24,1	35	Rusko	10,5
18	Francie	29,8	21,6	HBSC průměr		27,9
						21,6

13 let						
pořadí		dívky	chlapci	pořadí	dívky	chlapci
1	Německo	48,0	36,0	19	Izrael	35,6
2	Slovinsko	52,6	29,5	20	Francie	36,5
3	Belgie (vlám.)	47,4	29,6	21	Kanada	32,9
4	Rakousko	42,7	33,7	22	Česká republika	36,3
5	Belgie (fran.)	44,1	28,5	23	Norsko	35,1
						20,8

13 let						
pořadí		dívky	chlapci	pořadí	dívky	chlapci
6	Wales	42,8	31,2	24	Švédsko	35,8
7	Španělsko	41,2	32,1	25	Řecko	32,5
8	Skotsko	45,9	26,4	26	Chorvatsko	29,4
9	Dánsko	45,6	25,9	27	Itálie	30,2
10	Nizozemí	44,4	27,5	28	Malta	30,7
11	Polsko	47,6	23,7	29	Grónsko	28,3
12	Anglie	43,2	26,9	30	Litva	32,4
13	Švýcarsko	42,5	26,5	31	Estonsko	28,3
14	Finsko	42,3	26,2	32	Lotyšsko	28,5
15	USA	37,8	27,9	33	Makedonie	19,2
16	Maďarsko	39,4	24,9	34	Ukrajina	13,3
17	Portugalsko	38,3	25,3	35	Rusko	11,4
18	Irsko	39,2	23,1	HBSC průměr		36,6
						23,4

15 let						
pořadí		dívky	chlapci	pořadí	dívky	chlapci
1	Belgie (fran.)	54,1	28,6	19	Maďarsko	41,2
2	Německo	51,9	32,2	20	Finsko	43,3
3	Slovinsko	59,9	24,4	21	Norsko	42,5
4	Belgie (vlám.)	54,8	25,3	22	Francie	41,8
5	Španělsko	49,0	27,8	23	Izrael	35,7
6	Wales	52,0	26,5	24	Švédsko	41,9
7	Polsko	56,5	19,3	25	Chorvatsko	38,8
8	Irsko	48,3	21,4	26	Itálie	37,1
9	Grónsko	48,2	24,0	27	Řecko	33,2
10	USA	43,9	30,0	28	Česká republika	39,0
11	Nizozemí	50,6	23,7	29	Malta	31,7
12	Portugalsko	48,0	24,1	30	Lotyšsko	38,8
13	Anglie	46,4	24,4	31	Litva	42,5
14	Skotsko	52,3	20,6	32	Estonsko	34,9
15	Dánsko	48,2	22,8	33	Makedonie	26,1
16	Rakousko	44,9	25,9	34	Ukrajina	20,5
17	Kanada	43,0	22,6	35	Rusko	13,0
18	Švýcarsko	46,1	21,8	HBSC průměr		42,2
						20,4

Tabulka 10 **Držení diet a kontrola váhy (%)**

11 let							
pořadí		dívky	chlapci	pořadí		dívky	chlapci
1	Maďarsko	28,6	18,9	19	Anglie	11,0	8,3
2	Dánsko	23,9	16,8	20	Kanada	10,3	8,1
3	USA	17,9	15,0	21	Rakousko	10,5	8,0
4	Izrael	19,6	12,4	22	Rusko	12,0	5,5
5	Belgie (fran.)	16,6	12,1	23	Belgie (vlám.)	9,6	7,0
6	Wales	16,4	10,1	24	Makedonie	7,2	8,4
7	Německo	13,9	11,8	25	Chorvatsko	6,5	8,6
8	Malta	11,9	13,8	26	Irsko	8,8	6,4
9	Skotsko	13,7	11,2	27	Finsko	8,0	6,9
10	Řecko	15,0	9,1	28	Ukrajina	9,6	5,6
11	Polsko	12,1	11,6	29	Litva	7,5	6,0
12	Česká republika	12,8	10,8	30	Portugalsko	7,6	4,4
13	Itálie	10,6	12,9	31	Lotyšsko	6,6	4,7
14	Slovinsko	13,7	7,7	32	Grónsko	4,3	7,4
15	Španělsko	8,6	12,2	33	Nizozemí	5,6	4,4
16	Francie	13,2	7,1	34	Estonsko	5,2	4,1
17	Švýcarsko	9,6	10,8	35	Švédsko	5,4	4,0
18	Norsko	11,6	8,7	HBSC průměr		11,9	9,2

13 let							
pořadí		dívky	chlapci	pořadí		dívky	chlapci
1	Maďarsko	34,4	17,6	19	Irsko	17,6	7,2
2	Izrael	32,3	13,8	20	Belgie (fran.)	16,9	7,5
3	Dánsko	31,8	12,7	21	Francie	15,1	8,6
4	USA	25,0	14,5	22	Španělsko	14,0	8,7
5	Malta	27,1	8,9	23	Švédsko	14,8	6,2
6	Wales	22,8	12,5	24	Belgie (vlám.)	11,3	7,3
7	Skotsko	24,6	9,1	25	Ukrajina	14,4	4,1
8	Česká republika	23,0	9,4	26	Litva	13,1	5,4
9	Anglie	21,8	10,6	27	Rusko	13,3	4,4
10	Kanada	21,5	8,2	28	Finsko	12,3	5,2
11	Německo	20,0	10,2	29	Chorvatsko	8,5	5,8
12	Řecko	19,7	10,0	30	Estonsko	8,6	5,2
13	Slovinsko	22,0	7,5	31	Portugalsko	9,5	4,2
14	Norsko	20,1	9,5	32	Grónsko	7,8	5,8
15	Polsko	21,6	8,3	33	Makedonie	8,5	4,5

13 let					
pořadí		dívky	chlapci	pořadí	
16	Rakousko	16,0	12,8	34	Nizozemí
17	Švýcarsko	18,5	9,5	35	Lotyšsko
18	Itálie	19,0	8,0	HBSC průměr	18,2

15 let					
pořadí		dívky	chlapci	pořadí	
1	Maďarsko	36,2	11,2	19	Rakousko
2	USA	30,0	20,8	20	Francie
3	Dánsko	35,8	10,9	21	Německo
4	Kanada	29,2	9,7	22	Litva
5	Izrael	28,1	10,7	23	Španělsko
6	Wales	30,4	9,7	24	Rusko
7	Česká republika	28,7	9,2	25	Ukrajina
8	Skotsko	29,3	7,8	26	Belgie (vlám.)
9	Itálie	27,3	6,9	27	Chorvatsko
10	Řecko	25,4	10,3	28	Estonsko
11	Anglie	25,0	9,3	29	Lotyšsko
12	Slovinsko	27,7	8,1	30	Švédsko
13	Belgie (fran.)	24,7	8,2	31	Finsko
14	Malta	23,5	9,6	32	Makedonie
15	Irsko	23,5	5,5	33	Portugalsko
16	Polsko	25,4	6,7	34	Nizozemí
17	Norsko	23,5	7,1	35	Grónsko
18	Švýcarsko	24,3	5,8	HBSC průměr	22,6

Tabulka 11 Školáci s nadváhou podle BMI (věková skupina třináctiletých a patnáctiletých) (%) (vysvětlivky viz str. 105)

13 let					
pořadí		preobézní chlapci	preobézní dívky	obézní chlapci	obézní dívky
1	Malta	24,7	18,1	9,1	5,4
2	USA	19,2	14,8	8,2	3,8
3	Grónsko	25,0	11,2	1,9	1,9
4	Wales	17,8	15,1	4,4	1,7
5	Španělsko	21,5	11,1	3,2	0,6
6	Kanada	18,3	10,4	4,6	2,1
7	Anglie	13,4	12,9	4,4	3,1
8	Itálie	17,9	10,9	3,1	1,5

13 let					
pořadí		preobézní chlapci	preobézní dívky	obézní chlapci	obézní dívky
9	Portugalsko	16,1	11,6	4,3	1,3
10	Řecko	17,5	10,4	2,8	1,7
11	Skotsko	13,4	10,6	3,4	2,4
12	Slovinsko	12,4	11,0	3,3	1,4
13	Finsko	12,8	9,8	3,1	1,2
14	Rakousko	13,3	10,1	1,7	0,9
15	Maďarsko	13,0	9,5	2,5	1,4
16	Irsko	10,5	8,4	3,9	2,1
17	Belgie (fran.)	11,2	9,7	1,9	1,1
18	Izrael	12,6	7,8	2,0	1,7
19	Norsko	11,7	6,6	3,6	1,3
20	Makedonie	13,3	5,8	3,2	1,0
21	Německo	11,9	7,2	2,6	1,1
22	Francie	11,8	7,9	2,0	0,8
23	Švédsko	10,5	7,0	0,7	1,5
24	Belgie (vlám.)	10,2	7,0	1,5	1,1
25	Chorvatsko	11,1	5,4	1,9	0,7
26	Česká republika	10,3	6,4	1,4	0,7
27	Dánsko	7,5	8,3	0,9	0,9
28	Polsko	9,7	3,9	1,3	0,4
29	Švýcarsko	7,8	5,6	1,9	0,6
30	Estonsko	9,0	4,1	1,1	0,3
31	Nizozemí	7,4	4,2	0,7	0,3
32	Lotyšsko	6,9	3,0	0,6	0,6
33	Rusko	6,3	3,6	0,5	0,1
34	Litva	5,3	3,6	0,4	0,1
35	Ukrajina	5,0	2,9	0,0	0,2
HBSC průměr		12,0	7,9	2,4	1,2

15 let					
pořadí		preobézní chlapci	preobézní dívky	obézní chlapci	obézní dívky
1	USA	23,5	15,0	10,5	5,3
2	Grónsko	16,4	30,1	2,7	1,2
3	Malta	18,6	11,9	9,3	4,8
4	Kanada	20,7	13,0	4,3	4,6
5	Wales	16,6	14,4	5,6	3,0

15 let					
pořadí		preobézní chlapci	preobézní dívky	obézní chlapci	obézní dívky
6	Řecko	20,3	7,5	2,7	1,1
7	Španělsko	17,7	10,0	2,9	0,7
8	Anglie	11,8	10,1	4,5	2,8
9	Finsko	14,3	7,9	2,8	1,4
10	Itálie	17,1	6,6	2,5	1,1
11	Slovinsko	16,6	6,2	1,9	0,8
12	Skotsko	12,6	8,1	1,7	2,3
13	Norsko	12,6	8,4	2,0	1,1
14	Irsko	9,6	10,8	1,4	1,8
15	Dánsko	12,8	8,6	1,4	0,9
16	Portugalsko	15,1	6,4	1,7	0,8
17	Maďarsko	11,7	7,5	3,7	1,8
18	Německo	13,7	5,5	2,1	1,1
19	Francie	10,3	7,6	1,8	2,4
20	Rakousko	10,0	7,5	3,3	0,7
21	Belgie (vlám.)	10,7	7,2	2,0	1,9
22	Švédsko	12,7	6,0	1,9	1,1
23	Chorvatsko	14,7	5,6	1,5	0,5
24	Belgie (fran.)	10,3	7,9	1,3	1,6
25	Izrael	11,1	6,4	2,7	1,0
26	Makedonie	13,0	4,6	1,8	1,2
27	Česká republika	11,5	5,0	1,6	0,5
28	Švýcarsko	10,2	5,5	1,2	1,2
29	Nizozemí	8,8	7,1	1,0	0,8
30	Estonsko	8,1	3,8	1,2	0,8
31	Polsko	7,0	4,2	0,8	1,1
32	Lotyšsko	7,9	3,5	0,7	0,7
33	Ukrajina	6,1	4,3	0,4	0,3
34	Rusko	6,4	2,8	0,6	0,3
35	Litva	4,4	3,0	0,6	0,3
HBSC průměr		12,2	7,1	2,3	1,4

Tabulka 12 **Držení diet a kontrola váhy u patnáctiletých dívek v závislosti na počátku menstruace (%) (vysvětlivky viz str. 105)**

začátek menstruace	brzký	obvyklý	pozdní
1 Rakousko	26	21	25
2 Belgie (vlám.) ^a	25	18	13
3 Belgie (fran.) ^b	31	35	14
4 Kanada	35	29	21
5 Chorvatsko ^a	24	16	10
6 Česká republika ^b	38	30	19
7 Dánsko ^a	47	33	37
8 Anglie	30	25	20
9 Estonsko	16	19	13
10 Finsko	17	17	10
11 Francie ^c	33	19	13
12 Německo	23	18	18
13 Řecko ^a	28	27	14
14 Maďarsko ^b	41	40	24
15 Irsko	32	23	20
16 Izrael	38	28	26
17 Itálie ^c	42	25	14
18 Lotyšsko	25	19	12
19 Litva ^c	37	24	14
20 Nizozemí ^c	24	12	7
21 Norsko	22	25	19
22 Polsko ^c	35	27	9
23 Portugalsko	15	15	10
24 Skotsko ^a	39	29	19
25 Slovinsko	35	28	22
26 Španělsko	24	19	14
27 Švédsko	23	14	14
28 Švýcarsko ^c	42	25	17
29 Makedonie ^a	18	15	8
30 Ukrajina ^c	38	22	10
31 USA	35	28	23
32 Wales	38	30	24

a = $P < 0,05$; b = $P < 0,01$; c = $P < 0,001$; pozn.: Grónsko, Malta a Rusko neposkytly data

Tabulka 13 Školáci hodnotící své zdraví jako ucházející či špatné (%)

11 let							
pořadí		dívky	chlapci	pořadí		dívky	chlapci
1	Ukrajina	43,7	27,2	19	Maďarsko	14,0	9,9
2	Litva	35,3	23,4	20	Polsko	14,4	9,7
3	Rusko	34,4	22,3	21	Německo	13,3	10,3
4	Grónsko	32,1	13,4	22	Česká republika	12,7	10,3
5	Lotyšsko	26,7	19,4	23	Kanada	10,8	10,0
6	Wales	23,4	19,3	24	Švédsko	9,9	9,4
7	Anglie	20,0	16,7	25	Slovinsko	11,4	7,6
8	Malta	13,9	18,8	26	Irsko	7,4	11,2
9	Skotsko	14,9	16,7	27	Belgie (vlám.)	9,3	9,1
10	Norsko	18,2	12,5	28	Itálie	10,2	7,8
11	Portugalsko	16,8	13,3	29	Finsko	9,1	7,2
12	USA	16,7	12,9	30	Švýcarsko	7,1	8,5
13	Belgie (fran.)	15,6	12,7	31	Řecko	8,7	5,8
14	Estonsko	16,8	11,4	32	Izrael	5,4	5,6
15	Chorvatsko	15,8	11,2	33	Makedonie	6,4	4,4
16	Nizozemí	14,2	12,2	34	Španělsko	4,4	5,3
17	Dánsko	14,5	10,9				
18	Rakousko	15,9	8,6	HBSC průměr		15,7	12,1

13 let							
pořadí		dívky	chlapci	pořadí		dívky	chlapci
1	Ukrajina	53,9	30,0	19	Maďarsko	18,8	11,1
2	Rusko	40,9	22,2	20	Dánsko	19,1	9,3
3	Litva	40,4	23,1	21	Kanada	16,6	10,8
4	Grónsko	39,2	18,7	22	Polsko	14,7	10,2
5	Wales	32,8	24,5	23	Švédsko	14,7	10,1
6	Lotyšsko	31,6	20,0	24	Belgie (vlám.)	13,9	9,5
7	Anglie	27,9	18,9	25	Česká republika	12,3	11,2
8	Malta	31,8	13,7	26	Irsko	12,6	10,5
9	Skotsko	23,6	19,1	27	Slovinsko	15,0	7,5
10	Portugalsko	25,0	14,3	28	Řecko	15,1	6,6
11	USA	20,0	17,8	29	Itálie	11,8	9,9
12	Chorvatsko	21,4	16,2	30	Finsko	12,6	8,7
13	Estonsko	16,9	16,7	31	Švýcarsko	10,8	7,3
14	Rakousko	22,0	10,8	32	Izrael	10,4	7,1
15	Norsko	17,7	14,9	33	Španělsko	10,5	6,6

15 let							
pořadí		dívky	chlapci	pořadí		dívky	chlapci
1	Ukrajina	63,1	31,5	19	Irsko	20,6	15,1
2	Rusko	44,3	27,2	20	Itálie	24,5	11,0
3	Litva	47,2	25,1	21	Belgie (vlám.)	20,8	15,7
4	Lotyšsko	43,2	23,7	22	Rakousko	22,4	14,0
5	Wales	40,7	20,7	23	Švédsko	23,0	12,2
6	Chorvatsko	36,8	18,6	24	Dánsko	19,6	15,3
7	Anglie	33,2	18,7	25	Kanada	20,2	13,5
8	USA	32,8	18,7	26	Německo	22,1	11,9
9	Malta	29,9	18,8	27	Slovinsko	22,7	12,1
10	Norsko	27,2	20,4	28	Finsko	15,9	12,4
11	Skotsko	31,5	15,9	29	Španělsko	17,3	9,8
12	Belgie (fran.)	29,8	14,5	30	Izrael	14,9	11,6
13	Portugalsko	28,2	17,0	31	Makedonie	16,3	10,2
14	Nizozemí	27,2	17,9	32	Řecko	16,5	7,6
15	Estonsko	27,5	15,7	33	Česká republika	13,8	10,2
16	Grónsko	24,1	16,3	34	Švýcarsko	12,8	8,0
17	Maďarsko	23,9	11,9				
18	Polsko	22,3	15,3	HBSC průměr		27,2	16,1

11 let							
pořadí		dívky	chlapci	pořadí		dívky	chlapci
1	Itálie	49,5	43,2	19	Skotsko	32,2	26,3
2	Španělsko	46,0	39,3	20	Estonsko	31,7	26,4
3	Izrael	38,8	42,0	21	Česká republika	33,8	22,8
4	Ukrajina	46,1	30,8	22	Wales	31,8	24,7
5	Anglie	38,9	36,4	23	Maďarsko	32,0	23,3
6	USA	40,2	33,5	24	Nizozemí	29,8	25,0
7	Řecko	38,6	35,1	25	Chorvatsko	31,7	22,6
8	Malta	35,1	38,2	26	Dánsko	29,5	21,6
9	Polsko	38,6	32,3	27	Belgie (vlám.)	27,7	22,4

10	Grónsko	38,5	29,4	28	Kanada	26,6	22,9
11	Lotyšsko	38,3	27,9	29	Makedonie	27,5	20,0
12	Francie	37,1	29,6	30	Rakousko	24,7	19,0
13	Litva	39,9	26,0	31	Slovinsko	26,2	17,4
14	Belgie (fran.)	34,7	28,9	32	Švýcarsko	25,7	17,6
15	Rusko	36,4	26,2	33	Irsko	19,2	22,6
16	Švédsko	33,4	28,2	34	Finsko	23,5	16,8
17	Norsko	36,3	25,8	35	Německo	22,8	14,8
18	Portugalsko	32,7	25,3	HBSC průměr		33,6	26,9

13 let							
pořadí		dívky	chlapci	pořadí		dívky	chlapci
1	Řecko	57,1	39,5	19	Malta	36,5	24,3
2	Izrael	51,0	45,0	20	Wales	37,0	25,0
3	Itálie	53,8	37,1	21	Skotsko	34,4	26,1
4	Španělsko	49,0	31,7	22	Grónsko	36,5	21,8
5	Ukrajina	47,3	29,4	23	Lotyšsko	34,1	23,4
6	USA	39,4	34,7	24	Portugalsko	35,7	20,7
7	Švédsko	46,5	26,4	25	Nizozemí	34,7	20,9
8	Litva	46,3	26,1	26	Chorvatsko	32,0	22,9
9	Polsko	42,2	28,8	27	Irsko	27,4	25,2
10	Anglie	39,0	30,5	28	Norsko	32,4	19,8
11	Makedonie	41,2	28,0	29	Finsko	33,3	18,8
12	Česká republika	37,8	29,5	30	Belgie (vlám.)	28,6	21,5
13	Maďarsko	39,0	27,2	31	Slovinsko	29,7	20,1
14	Francie	38,2	26,8	32	Dánsko	31,0	16,6
15	Estonsko	36,8	27,5	33	Švýcarsko	30,4	16,7
16	Rusko	39,8	22,9	34	Rakousko	28,8	17,4
17	Belgie (fran.)	35,2	27,9	35	Německo	25,0	13,4
18	Kanada	39,5	22,8	HBSC průměr		38,2	25,8

15 let							
pořadí		dívky	chlapci	pořadí		dívky	chlapci
1	Řecko	65,6	42,3	19	Lotyšsko	46,2	19,2
2	Izrael	60,2	47,1	20	Portugalsko	46,3	21,3
3	Itálie	62,8	38,0	21	Irsko	38,6	25,0
4	Ukrajina	61,3	31,0	22	Wales	41,0	25,9
5	Španělsko	53,1	30,0	23	Rusko	39,6	24,6
6	Litva	55,7	26,7	24	Grónsko	37,1	25,0
7	Makedonie	50,1	29,6	25	Skotsko	37,9	23,5

8	Polsko	47,3	30,6	26	Česká republika	36,3	23,7
9	Maďarsko	46,4	27,7	27	Norsko	37,2	19,3
10	USA	45,7	31,8	28	Belgie (vlám.)	31,7	23,9
11	Belgie (fran.)	47,4	28,9	29	Finsko	37,2	18,1
12	Estonsko	50,7	26,4	30	Slovinsko	36,0	17,6
13	Švédsko	49,4	27,3	31	Švýcarsko	32,8	16,7
14	Chorvatsko	47,9	24,8	32	Nizozemí	30,2	16,4
15	Malta	44,7	27,9	33	Dánsko	26,1	16,3
16	Anglie	41,5	30,2	34	Rakousko	25,8	15,3
17	Kanada	38,5	30,9	35	Německo	24,4	11,9
18	Francie	45,0	25,2	HBSC průměr		43,5	25,6

Tabulka 15 Školáci, kteří měli úraz či zranění jednou nebo vícekrát za poslední rok (%)

11 let							
pořadí		dívky	chlapci	pořadí		dívky	chlapci
1	Izrael	51,9	68,5	19	Lotyšsko	42,5	50,9
2	Wales	51,4	59,3	20	Irsko	37,6	54,5
3	Německo	52,1	58,2	21	Švýcarsko	38,7	52,2
4	Belgie (vlám.)	50,6	59,7	22	Portugalsko	34,2	55,5
5	Anglie	45,6	63,8	23	Dánsko	40,9	48,0
6	Španělsko	46,8	62,6	24	Chorvatsko	34,1	52,2
7	USA	49,3	59,8	25	Belgie (fran.)	38,3	46,2
8	Rakousko	48,8	58,5	26	Česká republika	37,4	45,4
9	Litva	45,5	58,2	27	Švédsko	32,7	44,7
10	Francie	45,0	56,4	28	Nizozemí	34,5	39,8
11	Kanada	47,2	54,1	29	Finsko	30,1	39,5
12	Skotsko	43,3	54,1	30	Ukrajina	28,8	39,0
13	Malta	40,4	60,5	31	Maďarsko	30,4	35,9
14	Slovinsko	42,3	55,4	32	Makedonie	27,7	33,4
15	Řecko	40,8	56,3	33	Estonsko	26,1	33,0
16	Itálie	38,3	58,3	34	Grónsko	25,4	31,9
17	Rusko	41,7	54,0	35	Polsko	20,7	31,5
18	Norsko	45,1	48,9	HBSC průměr		40,6	51,7

13 let							
pořadí		dívky	chlapci	pořadí		dívky	chlapci
1	Španělsko	54,2	66,2	19	Dánsko	44,1	49,7
2	Kanada	54,7	61,2	20	Irsko	39,0	55,6
3	Wales	46,6	63,4	21	Slovinsko	38,7	54,9

4	Německo	51,8	57,7	22	Česká republika	40,2	51,2
5	Anglie	45,3	63,5	23	Rusko	36,9	52,8
6	USA	50,7	58,1	24	Lotyšsko	34,6	52,4
7	Rakousko	47,7	59,0	25	Chorvatsko	31,4	50,6
8	Litva	43,0	61,7	26	Švédsko	33,2	45,1
9	Francie	47,5	57,2	27	Nizozemí	32,0	42,5
10	Izrael	43,8	62,7	28	Finsko	32,5	41,2
11	Malta	43,0	59,8	29	Estonsko	30,1	41,8
12	Itálie	45,1	57,2	30	Maďarsko	28,9	42,1
13	Belgie (vlám.)	42,6	59,8	31	Belgie (fran.)	32,1	37,3
14	Švýcarsko	45,4	53,1	32	Makedonie	22,7	37,6
15	Norsko	44,5	52,9	33	Grónsko	23,2	36,4
16	Řecko	38,5	58,9	34	Ukrajina	21,4	36,5
17	Portugalsko	36,3	60,4	35	Polsko	23,1	33,4
18	Skotsko	38,8	57,3	HBSC průměr		39,9	52,9

15 let							
pořadí		dívky	chlapci	pořadí		dívky	chlapci
1	Španělsko	51,4	62,9	19	Řecko	35,1	56,5
2	Francie	49,1	61,5	20	Lotyšsko	41,3	50,1
3	Kanada	48,5	59,8	21	Česká republika	38,8	48,9
4	Německo	46,7	58,5	22	Skotsko	32,9	54,3
5	Belgie (vlám.)	43,7	60,4	23	Malta	29,4	58,8
6	Rakousko	47,0	56,3	24	Švédsko	32,7	46,2
7	Wales	42,9	58,9	25	Rusko	30,2	48,1
8	Švýcarsko	45,1	56,6	26	Nizozemí	30,7	44,8
9	Norsko	47,7	51,1	27	Finsko	34,2	40,9
10	Anglie	40,8	56,5	28	Chorvatsko	28,7	42,7
11	USA	42,3	52,7	29	Belgie (fran.)	28,0	41,0
12	Portugalsko	41,7	52,4	30	Grónsko	28,7	40,9
13	Izrael	41,5	52,8	31	Estonsko	26,9	40,5
14	Irsko	38,5	59,7	32	Polsko	26,0	35,4
15	Litva	33,8	58,2	33	Maďarsko	25,3	38,4
16	Slovinsko	39,8	51,9	34	Ukrajina	24,1	35,9
17	Dánsko	46,2	45,3	35	Makedonie	22,1	33,4
18	Itálie	39,4	53,5	HBSC průměr		37,6	50,8

Tabulka 16 Výskyt dvou či více subjektivních zdravotních potíží za týden v závislosti na zkušenostech se školou (všechny věkové skupiny) (%) (vysvětlivky viz str. 105)

pořadí		negativní zkušenost	průměrná zkušenost	pozitivní zkušenost
1	Rakousko	68	45	28
2	Belgie (vlám.)	69	48	41
3	Belgie (fran.)	93	61	38
4	Kanada	85	60	37
5	Chorvatsko	77	59	39
6	Česká republika	88	63	48
7	Dánsko	68	46	23
8	Anglie	79	63	32
9	Estonsko	73	63	64
10	Finsko	80	62	8
11	Francie	84	59	25
12	Německo	73	43	34
13	Řecko	81	74	54
14	Grónsko	50	49	15
15	Maďarsko	87	68	54
16	Irsko	90	59	41
17	Izrael	92	79	61
18	Itálie	93	76	50
19	Lotyšsko	84	57	43
20	Litva	73	59	35
21	Malta	81	68	42
22	Nizozemí	78	44	27
23	Norsko	87	51	32
24	Polsko	81	60	44
25	Portugalsko	82	55	31
26	Rusko	73	52	34
27	Skotsko	76	54	35
28	Slovinsko	72	53	38
29	Španělsko	69	62	44
30	Švédsko	88	66	42
31	Švýcarsko	76	56	45
32	Makedonie	86	63	41
33	Ukrajina	92	72	56
34	USA	85	61	45
35	Wales	84	60	34

Tabulka 17 **Výskyt pohlavního styku v závislosti na počátku menstruace (jen skupina patnáctiletých dívek) (%) (vysvětlivky viz str. 105)**

začátek menstruace	brzký	obvyklý	pozdní
1 Rakousko ^b	30	20	8
2 Belgie (vlám.) ^c	34	26	12
3 Belgie (fran.) ^a	37	22	11
4 Kanada ^b	30	25	9
5 Chorvatsko	11	11	5
6 Česká republika ^b	27	17	11
7 Anglie ^c	55	40	27
8 Estonsko ^b	30	18	9
9 Finsko ^c	48	33	20
10 Francie ^c	30	17	7
11 Německo ^b	50	36	17
12 Řecko	14	9	7
13 Maďarsko	21	18	11
14 Izrael ^a	20	11	5
15 Itálie ^b	28	20	11
16 Lotyšsko ^c	30	19	5
17 Litva ^c	22	13	6
18 Nizozemí ^c	34	23	13
19 Polsko ^b	15	8	8
20 Portugalsko	22	22	14
21 Skotsko ^c	50	34	18
22 Slovinsko	26	22	17
23 Španělsko ^c	22	26	13
24 Švédsko ^c	50	32	12
25 Švýcarsko ^c	34	21	11
26 Makedonie	4	4	2
27 Ukrajina ^c	40	28	12
28 Wales ^c	56	38	26

a = $P < 0,05$; b = $P < 0,01$; c = $P < 0,001$

Pozn.: Data neposkytló Dánsko, Grónsko, Irsko, Malta, Norsko, Rusko a USA

Tabulka 18 Školáci, kteří tráví 4 či více večerů v týdnu s přáteli (věková skupina patnáctiletých) (%)

pořadí		dívky	chlapci	průměr
1	Grónsko	63,2	75,0	69,1
2	Skotsko	47,5	58,7	53,1
3	Rusko	48,2	56,8	52,5
4	Finsko	46,0	54,2	50,1
5	Ukrajina	40,0	59,8	49,9
6	Norsko	46,9	50,6	48,8
7	Wales	33,6	44,9	39,3
8	Anglie	33,7	45,4	39,6
9	Estonsko	33,6	43,5	38,6
10	Španělsko	35,3	40,5	37,9
11	Kanada	31,3	44,2	37,8
12	Izrael	30,7	41,1	35,9
13	Lotyšsko	32,1	38,1	35,1
14	USA	31,3	36,8	34,1
15	Irsko	32,6	35,0	33,8
16	Nizozemí	29,0	34,6	31,8
17	Česká republika	28,8	30,0	29,4
18	Litva	24,9	33,6	29,3
19	Německo	26,6	29,3	28,0
20	Dánsko	26,3	28,0	27,2
21	Makedonie	19,0	34,8	26,9
22	Švédsko	21,0	31,4	26,2
23	Belgie (vlám.)	19,9	28,0	24,0
24	Polsko	20,0	27,5	23,8
25	Slovinsko	21,9	22,5	22,2
26	Chorvatsko	16,1	23,4	19,8
27	Itálie	13,8	24,8	19,3
28	Švýcarsko	14,8	18,1	16,5
29	Řecko	13,1	19,5	16,3
30	Maďarsko	12,3	15,6	14,0
31	Francie	10,0	16,8	13,0
32	Malta	8,3	15,2	11,8
33	Belgie (fran.)	7,8	13,6	10,7
34	Rakousko	7,9	9,5	8,7
35	Portugalsko	3,3	6,9	5,1
HBSC průměr		26,5	33,7	30,1

Tabulka 19 Průměrný věk začátku kouření (věková skupina patnáctiletých)

pořadí		dívky	chlapci	průměr
1	Izrael	13,5	12,9	13,2
2	Itálie	13,5	12,8	13,2
3	Řecko	13,7	12,5	13,1
4	Grónsko	12,7	13,0	12,9
5	Slovinsko	12,9	12,8	12,9
6	Portugalsko	13,0	12,4	12,7
7	Makedonie	13,2	12,3	12,8
8	Rusko	13,1	12,5	12,8
9	Španělsko	12,7	12,7	12,7
10	Chorvatsko	13,0	11,9	12,5
11	Norsko	12,3	12,2	12,3
12	Lotyšsko	12,8	11,8	12,3
13	Maďarsko	12,6	11,7	12,2
14	Nizozemí	12,2	12,2	12,2
15	Belgie (vlám.)	12,5	11,7	12,1
16	Malta	12,3	11,9	12,1
17	Dánsko	12,0	12,1	12,1
18	Anglie	12,0	11,9	12,0
19	Francie	12,1	11,9	12,0
20	Německo	12,2	11,7	12,0
21	Švýcarsko	12,5	11,5	12,0
22	Švédsko	12,0	11,7	11,9
23	Finsko	12,4	11,3	11,9
24	Belgie (fran.)	12,0	11,6	11,8
25	Polsko	12,6	11,4	12,0
26	Skotsko	11,6	12,2	11,9
27	Ukrajina	13,2	11,3	12,3
28	Kanada	12,2	11,4	11,8
29	Wales	11,8	11,8	11,8
30	Irsko	11,9	11,2	11,6
31	Estonsko	12,8	11,0	11,9
32	Česká republika	12,1	10,8	11,5
33	Rakousko	11,5	11,3	11,4
34	Litva	12,4	10,7	11,6
35	USA	11,6	9,9	10,8
HBSC průměr		12,4	11,7	12,1

Tabulka 20 **Patnáctiletí, kteří kouří denně (%)**

pořadí		dívky	chlapci	pořadí		dívky	chlapci
1	Grónsko	53,6	52,5	19	Švýcarsko	16,6	17,6
2	Německo	28,7	26,3	20	Chorvatsko	16,8	17,1
3	Ukrajina	13,5	35,2	21	Wales	21,5	12,1
4	Slovinsko	23,2	22,5	22	Portugalsko	19,5	13,1
5	Finsko	23,3	22,1	23	Polsko	11,6	21,4
6	Rakousko	24,8	19,5	24	Itálie	16,1	16,1
7	Česká republika	22,9	20,2	25	Skotsko	19,2	13,0
8	Španělsko	23,2	16,6	26	Irsko	16,5	14,6
9	Francie	20,1	19,5	27	Rusko	12,4	20,1
10	Nizozemí	19,7	18,7	28	Dánsko	15,8	13,7
11	Maďarsko	18,0	20,7	29	Kanada	11,0	12,8
12	Litva	11,2	26,6	30	Řecko	10,6	9,2
13	Belgie (vlám.)	19,1	18,3	31	Makedonie	8,6	11,2
14	Belgie (fran.)	20,3	16,0	32	Švédsko	13,8	5,7
15	Anglie	19,6	15,8	33	Izrael	8,4	11,2
16	Norsko	19,9	15,6	34	USA	7,7	12,0
17	Lotyšsko	14,4	21,8	35	Malta	8,4	8,6
18	Estonsko	11,6	23,3	HBSC průměr		16,9	18,1

Tabulka 21 **Výskyt pravidelného kouření (alespoň jednou týdně) v závislosti na zkušenostech se školou (všechny věkové skupiny) (%) (vysvětlivky viz str. 105)**

pořadí	negativní zkušenost	průměrná zkušenost	pozitivní zkušenost
1	Rakousko	29	34
2	Belgie (vlám.)	31	23
3	Belgie (fran.)	36	23
4	Kanada	33	14
5	Chorvatsko	48	24
6	Česká republika	41	29
7	Dánsko	27	19
8	Anglie	36	24
9	Estonsko	35	23
10	Finsko	51	29
11	Francie	35	26
12	Německo	45	33
13	Řecko	21	13
14	Grónsko	50	62
15	Maďarsko	64	26

pořadí		negativní zkušenost	průměrná zkušenost	pozitivní zkušenost
16	Irsko	32	20	17
17	Izrael	25	14	8
18	Itálie	39	22	0
19	Lotyšsko	37	24	13
20	Litva	41	25	26
21	Malta	22	17	11
22	Nizozemí	30	23	16
23	Norsko	37	24	15
24	Polsko	29	21	10
25	Portugalsko	14	23	14
26	Rusko	34	21	15
27	Skotsko	39	19	14
28	Slovinsko	50	30	20
29	Španělsko	44	27	12
30	Švédsko	24	15	4
31	Švýcarsko	51	24	17
32	Makedonie	23	15	8
33	Ukrajina	38	32	19
34	USA	30	14	5
35	Wales	34	20	5

Tabulka 22 Průměrný věk prvního užití alkoholu a věk první opilsti u patnáctiletých školáků

1. užití alkoholu							
pořadí		dívky	chlapci	pořadí		dívky	chlapci
1	Izrael	13,8	13,1	19	Francie	12,9	12,3
2	Itálie	13,7	13,2	20	Portugalsko	12,9	12,3
3	Grónsko	13,6	13,1	21	USA	13,2	11,8
4	Rusko	13,5	13,0	22	Maďarsko	12,9	12,1
5	Finsko	13,3	13,2	23	Chorvatsko	12,9	12,0
6	Španělsko	13,4	13,0	24	Skotsko	12,5	12,5
7	Norsko	13,4	13,0	25	Anglie	12,6	12,4
8	Ukrajina	13,4	12,9	26	Estonsko	12,9	12,1
9	Lotyšsko	13,5	12,7	27	Makedonie	13,1	11,9
10	Slovinsko	13,4	12,8	28	Dánsko	12,8	12,0
11	Irsko	13,2	12,5	29	Polsko	12,8	11,9
12	Švédsko	13,2	12,7	30	Wales	12,5	12,1
13	Švýcarsko	13,1	12,7	31	Belgie (fran.)	12,4	12,0

14	Kanada	13,1	12,7	32	Belgie (vlám.)	12,5	11,8
15	Německo	12,9	12,8	33	Litva	12,6	11,6
16	Malta	13,0	12,6	34	Rakousko	12,0	11,8
17	Nizozemí	13,0	12,6	35	Česká republika	11,8	10,9
18	Řecko	13,2	12,2	HBSC průměr		12,9	12,3

Tabulka 23 **Pití piva jednou týdně a častěji (%)**

11 let							
pořadí		dívky	chlapci	pořadí		dívky	chlapci
1	Izrael	6,3	15,5	19	Belgie (fran.)	0,7	2,2
2	Česká republika	4,0	9,3	20	Polsko	0,5	2,5
3	Anglie	3,1	10,0	21	Lotyšsko	0,8	2,0
4	Ukrajina	4,2	7,0	22	Makedonie	0,9	1,8
5	Itálie	1,9	7,8	23	Nizozemí	0,0	2,9
6	Malta	1,2	7,6	24	Švýcarsko	0,3	2,3
7	Wales	2,1	4,6	25	Dánsko	0,8	1,6
8	Rusko	1,9	4,2	26	Francie	0,5	2,0
9	Řecko	1,5	3,8	27	Irsko	0,0	1,9
10	Maďarsko	0,6	4,7	28	Německo	0,2	1,7
11	Litva	1,0	3,3	29	Portugalsko	0,3	1,4
12	Kanada	0,7	3,5	30	Španělsko	0,2	1,6
13	Slovinsko	0,6	3,4	31	Švédsko	0,1	1,7
14	Estonsko	0,5	3,1	32	Grónsko	0,7	0,9
15	Chorvatsko	0,4	2,9	33	Finsko	0,1	1,2
16	Skotsko	0,4	2,8	34	Norsko	0,1	0,7
17	Rakousko	0,5	2,8	35	USA	0,4	0,5
18	Belgie (vlám.)	0,9	2,1	HBSC průměr		1,1	3,7

13 let							
pořadí		dívky	chlapci	pořadí		dívky	chlapci
1	Itálie	8,9	21,0	19	Skotsko	2,7	7,8
2	Česká republika	8,0	21,1	20	Nizozemí	2,0	8,0
3	Wales	7,5	19,4	21	Maďarsko	2,4	8,0
4	Anglie	7,3	20,1	22	Švýcarsko	2,4	6,4
5	Rusko	10,0	16,5	23	Slovinsko	1,5	6,5
6	Ukrajina	7,0	16,7	24	Portugalsko	1,2	7,0
7	Izrael	7,0	17,2	25	Belgie (fran.)	1,7	5,9
8	Malta	4,4	15,7	26	Finsko	2,4	4,9
9	Řecko	3,8	11,6	27	Švédsko	2,6	4,5

13 let					
pořadí		dívky	chlapci	pořadí	
10	Německo	5,9	9,0	28	USA
11	Dánsko	5,1	9,5	29	Rakousko
12	Litva	4,8	7,6	30	Francie
13	Chorvatsko	3,8	8,2	31	Makedonie
14	Kanada	4,4	7,7	32	Španělsko
15	Estonsko	3,3	8,6	33	Norsko
16	Lotyšsko	3,6	8,1	34	Irsko
17	Belgie (vlám.)	2,7	9,3	35	Grónsko
18	Polsko	3,6	7,5	HBSC průměr	
					4,0
					9,4

15 let					
pořadí		dívky	chlapci	pořadí	
1	Dánsko	31,5	47,7	19	Slovinsko
2	Česká republika	23,1	36,9	20	Estonsko
3	Wales	14,5	43,1	21	Kanada
4	Nizozemí	17,5	39,6	22	Chorvatsko
5	Itálie	20,5	35,1	23	Švédsko
6	Ukrajina	14,6	38,4	24	Norsko
7	Německo	18,8	33,8	25	Polsko
8	Belgie (vlám.)	17,9	33,2	26	Izrael
9	Anglie	12,8	39,7	27	Lotyšsko
10	Malta	10,7	40,1	28	USA
11	Rusko	16,0	30,5	29	Francie
12	Švýcarsko	10,7	30,6	30	Grónsko
13	Řecko	13,0	28,9	31	Finsko
14	Belgie (fran.)	15,5	25,9	32	Makedonie
15	Litva	10,2	26,7	33	Španělsko
16	Rakousko	9,8	25,1	34	Portugalsko
17	Skotsko	6,2	27,3	35	Irsko
18	Maďarsko	8,0	30,6	HBSC průměr	
					11,2
					26,0

Tabulka 24 Zkušenost s marihuanou a užití marihuany v posledním roce u patnáctiletých (%)

pořadí		dívky	chlapci	pořadí	
1	Kanada	37,5	43,3	19	Německo
2	Švýcarsko	35,3	40,3	20	Polsko
3	Anglie	32,4	37,4	21	Ukrajina
4	Grónsko	31,1	36,1	22	Estonsko
					10,7
					18,0

pořadí		dívky	chlapci	pořadí		dívky	chlapci
5	USA	26,2	36,5	23	Chorvatsko	12,2	16,3
6	Španělsko	30,0	31,6	24	Maďarsko	10,1	14,6
7	Skotsko	29,5	31,3	25	Rakousko	10,6	12,7
8	Francie	23,8	31,2	26	Rusko	5,1	12,4
9	Česká republika	23,2	30,9	27	Lotyšsko	5,4	10,6
10	Wales	24,2	26,4	28	Finsko	7,0	7,9
11	Slovinsko	21,4	27,3	29	Izrael	4,6	9,3
12	Belgie (fran.)	19,8	28,4	30	Litva	3,1	8,8
13	Belgie (vlám.)	20,5	23,0	31	Malta	4,4	7,6
14	Nizozemí	19,2	24,0	32	Švédsko	4,5	4,8
15	Dánsko	18,5	24,1	33	Řecko	2,1	6,3
16	Itálie	16,8	24,2	34	Makedonie	2,2	3,9
17	Portugalsko	14,4	24,9	Norsko neposkytlo data			
18	Irsko	14,4	25,5	HBSC průměr		16,0	21,7

Tabulka 25 **Pravidelní a silní uživatelé marihuany mezi patnáctiletými (%)**

pořadí		pravidelní uživatelé	silní uživatelé	pořadí		pravidelní uživatelé	silní uživatelé
1	Švýcarsko	17,4	9,4	19	Dánsko	9,7	1,4
2	Kanada	19,2	8,1	20	Polsko	5,9	1,4
3	USA	13,3	7,9	21	Chorvatsko	5,8	1,4
4	Anglie	13,9	7,1	22	Rakousko	4,2	1,0
5	Skotsko	13,1	5,5	23	Maďarsko	3,0	1,0
6	Španělsko	15,0	5,1	24	Izrael	1,9	0,9
7	Belgie (fran.)	10,7	4,8	25	Švédsko	1,6	0,6
8	Francie	13,3	4,5	26	Řecko	1,2	0,6
9	Slovinsko	12,6	4,1	27	Malta	2,8	0,5
10	Irsko	6,4	3,6	28	Finsko	2,6	0,5
11	Wales	12,8	3,4	29	Rusko	2,3	0,4
12	Itálie	8,5	3,3	30	Lotyšsko	2,1	0,4
13	Belgie (vlám.)	9,5	3,2	31	Estonsko	4,8	0,3
14	Německo	8,0	2,9	32	Litva	1,3	0,3
15	ČR	10,9	2,8	33	Ukrajina	6,1	0,2
16	Grónsko	10,8	2,8	34	Makedonie	0,6	0,1
17	Nizozemí	10,5	2,8	Norsko neposkytlo data			
18	Portugalsko	7,3	2,7	HBSC průměr		7,9	2,8



ŽIVOTNÍ STYL A ZDRAVÍ ČESKÝCH ŠKOLÁKŮ

Z výsledků mezinárodní srovnávací studie Světové zdravotnické organizace
The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)

Ladislav Csémy, František D. Krch, Hana Provazníková, Jarmila Rážová, Hana Sovinová

Vydavatel: Psychiatrické centrum Praha, Ústavní 91, 181 03 Praha 8-Bohnice

1. vydání – 2005 – 140 stran

Redaktor: PhDr. Alena Palčová

Grafická úprava a DTP sazba: Jana Vašková

Realizace: Agentura HPA, Počernická 514, 108 00 Praha 10

ISBN 80-85121-94-8