

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií

Děti, kvalita života a rodina

Daniela Příhodová

Bakalářská práce

2009

Univerzita Pardubice
Fakulta zdravotnických studií
Katedra ošetrovatelství
Akademický rok: 2008/2009

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Daniela PŘÍHODOVÁ**

Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**

Studijní obor: **Všeobecná sestra**

Název tématu: **Děti, kvalita života a rodina**

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

1. konzultace tématu s vedoucím práce
2. studium literatury
3. stanovení cílů a výzkumných záměrů
4. vypracování dotazníku
5. rozdání dotazníků respondentům
6. zpracování výsledků

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

Seznam odborné literatury:


1. **SOBOTKOVÁ, Irena.** Psychologie rodiny. Praha : Portál, s.r.o, 2001. ISBN 80-7178-559-8.
2. **NEŠPOR, Karel.** Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby. Praha: Portál, s.r.o, 2003. ISBN 80-7178-831-7
3. **MATĚJČEK, Zdeněk.** Výbor z díla. Praha : Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1056-6.
4. **SAK, Petr.** Proměny české mládeže. Praha : Petrklíč, 2000. ISBN 80-7229-042-8.
5. **MATĚJČEK, Zdeněk.** Škola rodičů. Praha : MAXDORF, 2000. ISBN 80-85912-29-5.
6. **MAREŠ, Jiří a kol.** Kvalita života u dětí a dospívajících I. Brno : MSD, spol. s.r.o., 2006. ISBN 80-86633-65-9.
7. **MAREŠ, Jiří a kol.** Kvalita života u dětí a dospívajících II. Brno : MSD, spol. s.r.o., 2007. ISBN 978-80-7392-008-1.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Eva Hlaváčková**
Katedra ošetřovatelství

Datum zadání bakalářské práce: **30. listopadu 2008**
Termín odevzdání bakalářské práce: **24. dubna 2009**


prof. MUDr. Arnošt Pellant, DrSc.
děkan

L.S.


Mgr. Eva Hlaváčková
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 3. února 2009

Prohlašuji:

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

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v Univerzitní knihovně.

V Pardubicích dne 20. 4. 2009

Poděkování:

Děkuji především Mgr. Evě Hlaváčkové za odborné vedení mé bakalářské práce, za rady a připomínky k ní, které mi poskytovala při jejím zpracování. Mé poděkování patří také učitelům, kteří se podíleli na rozdávání dotazníků, všem respondentům, kteří mi ochotně odpovídali na otázky v dotazníku a v neposlední řadě Petru Kopáčkovi a Janu Riegerovi, kteří mi pomáhali se zpracováním.

V Pardubicích dne 20. 4. 2009

ANOTACE

Výzkum se zabývá problematikou kvality života, která má úzký vztah ke zdraví člověka v holistickém pojetí. Cílem výzkumu bylo zjistit, jaká je kvalita života u dětí ve věku 11 – 15 let ve vztahu k rodině. Byl proveden na základě rozdáání dotazníků na ZŠ.

KLÍČOVÁ SLOVA

kvalita života, děti, pubescent, rodina

TITLE

Children, quality of life and family

ANNOTATION

The bachelor work deals with problems of the quality of life. This quality has a tight connection with the health of human being in holistic conception. The objective of the research was a detection of the quality of life of children in the age of 11 – 15 years in relation to the family. The work is divided into two main chapters – a theoretical and an exploratory part. In the theoretical part there is described mainly the period of pubescence, the quality of life and the family. The research which was realized in terms of distribution of questionnaires in the Primary School Milady Horákové follows.

KEYWORDS

quality of life, children, pubescent, family

OBSAH

<i>Úvod</i>	9
I. TEORETICKÁ ČÁST	10
<i>1 Období puberty</i>	<i>11</i>
1.1 Ontogeneze	11
1.2 Volný čas, zájmová činnost a vrstevníci.....	13
1.3 Negativní návyky a závislost	14
1.4 Psychická deprivace a somatoformní poruchy	15
<i>2 Kvalita života</i>	<i>17</i>
2.1 Historie pojmu.....	17
2.2 Vymezení pojmu	17
2.3 Měření kvality života	19
<i>3 Specifika výzkumů kvality života u dětí a dospívajících</i>	<i>20</i>
<i>4 Rodina</i>	<i>21</i>
4.1 Rodinné fungování.....	22
4.1.1 Rodinné interakce	22
4.2 Formy rodinného života	22
4.2.1 Úplná, primární rodina.....	22
4.2.1.1 <i>Kohabitace</i>	23
4.2.1.2 <i>Rozpad rodiny</i>	23
4.2.2 Rodiny s jedním rodičem.....	24
4.2.3 Doplněné neboli nevlastní rodiny	25
II. PRAKTICKÁ ČÁST	27
<i>1 Cíle výzkumu, výzkumné otázky</i>	<i>28</i>
<i>2 Metodika</i>	<i>28</i>
<i>3 Výsledky výzkumu a jejich analýza</i>	<i>30</i>
<i>Diskuze</i>	<i>52</i>

<i>Závěr</i>	54
<i>POUŽITÁ LITERATURA</i>	56
<i>PŘÍLOHA A</i>	58

Úvod

Když se řekne kvalita života, jsou lidé, kteří si nedokážou představit nic konkrétního, a naopak lidé, které napadá až přespříliš souvisejících oblastí s tímto termínem. Jde o rozsáhlou problematiku, která by měla být aplikována jak na oblast zdravých lidí, tak i nemocných. Ve skutečnosti není mnoho studií, které by se zajímaly o kvalitu života u zdravých jedinců. Pokud navíc specifikujeme užší oblast zdravých lidí, a to *děti a dospívající*, počet studií se rapidně sníží. Zájem o zdravé jedince, zejména o dětskou populaci z pohledu kvality života, začíná být až v poslední dekádě dětství. Z tohoto důvodu jsem si zvolila dané téma. Oblasti málo zkoumané se spíše dočkají nových poznatků.

Hlavním důvodem je však zájem o to, v jaké kvalitě budou žít svůj život naše další generace. S kvalitou života dnešních dětí a dospívajících – budoucích dospělých je pevně spjata i budoucnost člověka a kvalita lidského společenství. Je zřejmé, že základy pro odolnost, díky které zvládáme životní nároky a vytváříme si zdravé vztahy, jsou do značné míry formovány už v průběhu dětství a dospívání. Proto je třeba tomuto období věnovat zvláštní pozornost.

U dětí a dospívajících je při zkoumání kvality života nutné vzít v úvahu i rodinu. To, jak funguje, má velký vliv na zdraví člověka. V rodině jsou také uspokojovány emoční a sociální potřeby, jejichž naplnění a rozvíjení je v těsné souvislosti se subjektivním vnímáním životní pohody.¹ Kladný vztah k rodičům snižuje u dětí pravděpodobnost, že budou náchylné ke špatnému a nevhodnému chování a zvykům. Je také spojen s pozitivními zdravotními důsledky, jako je tělesná a duševní pohoda.

Významným výzkumem v této oblasti je studie WHO „Health Behaviour in School-aged Children: A WHO Cross-National Study“ (HBSC)“, která byla organizována v roce 2006 v České republice a v dalších 34 zemích světa. Cílem studie bylo sledovat behaviorální komponenty zdraví u dětí ve věku 11-15 let. Tento výzkum se mi stal inspirací.

Život v rodině má největší vliv na každého z nás. Podmínky, ve kterých vyrůstáme, nás ovlivní na celý život. Pokud vyrůstáme v rodině, kde jsou kladné vzájemné vztahy, a přetrvává harmonie, máme ty nejlepší předpoklady stát se zdravou osobností. Jsou-li nám rodiče vzorem a vedou-li nás k zodpovědnosti a samostatnosti v našem životě, můžeme být šťastní za takovou rodinu. Každý ale nemá to štěstí vyrůstat v takových podmínkách.

¹ MAREŠ, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících I.* str. 44

I. TEORETICKÁ ČÁST

1 Období puberty

1.1 Ontogeneze

Periodizace a terminologie tohoto období se s každým autorem liší. Například Vágnerová rozděluje školní věk na:

- a) *raný školní věk*, který trvá od nástupu do školy do 8-9 let,
- b) *střední školní věk* trvající od 8-9 do 11-12 let, čili do doby, kdy dítě přechází na druhý stupeň základní školy a začíná dospívat,
- c) *starší školní věk* je obdobím na 2. stupni základní školy do ukončení povinné školní docházky, čili přibližně do 15 let.²

Langmeier a Krejčířová rozlišují období pubescence (11-15 let) do dvou skupin:

a) *fáze prepuberty* neboli první pubertální fáze, která začíná prvními známkami pohlavního dospívání a končí u dívek nástupem menarché a u chlapců první noční polucí,

b) *fáze vlastní puberty* neboli druhá pubertální fáze navazuje na předchozí fázi a končí po dosažení reprodukční schopnosti.³

Macek uvádí, že podle *metabolické teorie dospívání* je důležitá pro začátek puberty u dívek hmotnost, jelikož menarche, první menstruace, se dostaví jen tehdy, pokud má dívka více jak 20 % tělesného tuku.⁴ Kuric píše, že období prepuberty je přípravnou fází puberty.⁵

Pubescence (latinsky pubescere = dospívat, obrůstat chmýřím, vousy) je podle Geista vývojové období mezi dětstvím a adolescencí, charakterizované biologickým zráním, změnami tělesnými (zvýraznění sekundárních pohlavních znaků, první menstruace u dívek, u chlapců první poluce) i duševními (formování duševně samostatné individuality). U chlapců nastupuje kolem 12-13 let, u dívek kolem 11 let, zatímco biologické u chlapců kolem 14, u dívek kolem 13 let i dříve. Nástup kolísá podle zeměpisné polohy, prostředí, rasy atp.

Pubescence bývá dělena na období předpubescentní (chlapci kolem 12, dívky 10,5 let), pubescentní a postpubescentní (chlapci ± 18, dívky ± 16 let), které zasahuje do adolescence. Mezi doprovodné psychické znaky patří sklon k reflexi, kritický pohled na systém hodnot

² VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. : Dětství a dospívání.* str. 237

³ LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. *Vývojová psychologie.* str. 139

⁴ MACEK, P. *Adolescence.* str. 54

⁵ KURIC, J. *Ontogenetická psychologie.* str. 94

dospělých, kolísání nálad a citových stavů, plachost v navazování kontaktů, kolísání mezi sebezpečováním a podceňováním, citová krize, negativismus, vzdor apod.⁶

Z hlediska tělesného vývoje nastává tzv. druhá tvarová změna. Je to období růstu, kdy je typické označení *samá ruka samá noha*, dozrávání pohlavních orgánů včetně objevení se druhotných pohlavních znaků, které viditelně specifikují mužský a ženský tělesný vzhled.

Z oblasti duševního vývoje dochází ke zvýšené aktivitě dospívajícího. Je patrná duševní rozkolísanost, nevyrovnanost a přecitlivělost. Pubescent přeceňuje své síly i názory a je patrná vzdorovitost a zvýšená emotivnost. Pubescent přehodnocuje své dosavadní postoje a názory a je kritičtější.⁷

Poznávací procesy se zlepšují a už převažují znaky poznávání dospělého. Začíná řešit problémy, které mu byly dříve cizí. Hluběji proniká do obsahu a podstaty života, přemýšlí o svém budoucím povolání a přehodnocuje svůj názor na svět. V této době vyhází pubescent z dětství a vstupuje do dospělosti.⁸

Myšlení nyní převládá logické. Inteligence vrcholí okolo patnáctého roku a další pokroky jsou podmíněny už jen postupně získanými životními zkušenostmi.⁹

V té době jsou chlapecké a dívčí skupiny nejvíce oddáleny a jedni se před druhými sice trochu předvádějí nebo se vzájemně provokují, ale jinak je kontaktů poměrně málo.¹⁰ Vnímání vlastních pubertálních změn co se sebehodnocení týče, hůře snášejí dívky. Pubertu snášejí ve větší míře jako omezení a zásah do svého života (menstruace, domácí práce, větší kontrola rodiči). Chlapci pubertální změny vnímají většinou pozitivně (růst svalové hmoty, síly, výkonu apod.).¹¹

V době puberty děti těžce snášejí posměšky, ponižování a pocity méněcennosti. Ať už vznikly z jakéhokoliv důvodu, jsou prožívány z celého života v tomto období pravděpodobně nejtíživěji.¹²

⁶ GEIST, B. *Psychologický slovník*. str. 241

⁷ KURIC, J. *Ontogenetická psychologie*. str. 94

⁸ KURIC, J. *Ontogenetická psychologie*. str. 96

⁹ KURIC, J. *Ontogenetická psychologie*. str. 101

¹⁰ MATĚJČEK, Z. *Škola rodičů*. str. 28

¹¹ MACEK, P. *Adolescence*. str. 56

¹² MATĚJČEK, Z. *Škola rodičů*. str. 29

1.2 Volný čas, zájmová činnost a vrstevníci

Podle Saka se v tomto období utváří hodnotový systém jedince a hledají se cesty jeho uplatňování a objektivizace reálným chováním a činnostmi. Jeho významnou součástí je způsob trávení volného času a propojení pracovních a volnočasových aktivit.

V žádném dalším životním období není jedinec schopen zajímat se o tak široké spektrum zájmových aktivit jako v dětství a mládí. Další vývoj jde spíše cestou redukce zájmového spektra a prohlubování určitého zájmu.¹³

Zájmové činnosti jsou z oblastí techniky, především výpočetní techniky, sportů a her, estetiky a kultury a zájmy související s vnitřním světem pubescenta a jeho chápání hodnot.¹⁴

U dětí dochází kolem 14 let k významnému zlomu v citové orientaci, prudce stoupá podíl těch, kteří uvádějí, že mají nejráději kamaráda či kamarádku. Později citový význam kamarádů pro respondenty opět klesá.¹⁵

Zkušenost s kamarádky vztahy je nezbytným předpokladem pro pozdější rozvoj hlubších přátelství a intimních vztahů v adolescenci. Ovlivňují prožití školního věku a budoucí strategie chování a neformální sociální vztahy. Jde o schopnost získat si přijatelnou pozici a být akceptován lidmi na stejné úrovni.

Rodina by měla uspokojovat potřebu citové jistoty a bezpečí avšak do určité míry ji uspokojují vrstevníci. Poskytují dítěti emoční oporu v různých životních situacích, umožňují řešit životní problémy, které se s dospělými nedají řešit.¹⁶ Pubescent získává ve skupině vrstevníků určité postavení. Jejich názory mají pro jeho sebehodnocení důležitý význam. Hodnocení vrstevnické skupiny se řídí jinými pravidly než hodnocení dospělými. Je zde větší rovnost rolí a možnost aktivní spoluúčasti.¹⁷ Vztahy pubescenta k rodině se oproti předešlému období mění. Dominuje zde odmítání dosavadního pečovatelského.¹⁸

¹³ SAK, P. *Proměny české mládeže*. str. 133

¹⁴ KURIC, J. *Ontogenetická psychologie*. str. 107

¹⁵ SAK, P. *Proměny české mládeže*. str. 133

¹⁶ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. : Děťství a dospívání*. str. 292

¹⁷ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. : Děťství a dospívání*. str. 298

¹⁸ KURIC, J. *Ontogenetická psychologie*. str. 109

1.3 Negativní návyky a závislost

V dnešní moderní době je stále častější zájmovou aktivitou pro děti počítač. Pokud jde o odreagovávání na počítači na krátkou chvíli, je to naprosto normální. Objevují se však časté případy dětí, které si nedokážou najít jinou volnočasovou činnost než počítač a tráví na něm veškerý svůj volný čas.

Počítač a internet je dnes otevřená brána nekonečných možností. Mnozí rodiče si však neuvědomují, co to s dítětem může provést.

Mezi nejčastější činnosti na počítači patří *počítačové hry*. Jejich rizikovost, zejména pro děti, je evidentní. Patří sem zanedbávání školy, zaostávání v sociálních dovednostech, rizika spojená se zdravým vývojem pohybového systému, prvek násilí a riskování v mnoha počítačových hrách, virtuální nevolnost (poruchy rovnováhy po hře např. na leteckém simulátoru) apod.

Další činností je nadměrná, časově náročná *účast na internetových diskusních fórech*. Takto zaneprázdněné dítě či dospívající často zanedbává své reálné vztahy pro mělké a povrchní kontakty po internetu, nemluvě o riziku setkávání se s danou osobou tzv. naslepo.

Do poslední skupiny patří *internet jako prostředek k hazardní hře*. Zde je jasný přechod k patologickému hráčství a souvisejícím problémům.

Z oblasti návykových látek děti nejčastěji zkouší nikotinové přípravky především v podobě cigaret a alkoholu, tedy měkké drogy. Věk, ve kterém dítě začne kouřit, pít alkohol, nebo zkoušet drogy se neustále snižuje. Možný ve své práci z roku 2002 uvedl, že čeští adolescenti patří mezi svými vrstevníky k největším kuřákům v Evropě: 45 % z nich udalo, že kouří.¹⁹ Nešpor v problematice alkoholu a jiných návykových látek u dětí uvedl, že u dospívajících ve věku 15 let, s nimiž rodiče trávili málo času a zároveň v rodinách, kde se nedařilo zvládat konflikty, se vyskytovala u dětí častěji zkušenost s nelegálními drogami.²⁰

Proč mladí lidé kouří, pijí alkohol a berou drogy? Mladý člověk v procesu svého dospívání prodělává značné výkyvy v sebehodnocení. Rozkolísané sebevědomí vede dítě k tomu, aby se falešně ujišťovalo, „že něco dokáže, že se dovede vyrovnat druhým, starším“. Mladí lidé mají přirozeně zvýšenou zvědavost, chtějí zkoušet nové věci, mají silnou touhu po neobvyklých zážitcích, touhu po dobrodružstvích. Chtějí se učinit zajímavými, chtějí se

¹⁹ MOŽNÝ, I. *Česká společnost : Nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*. str. 165

²⁰ NEŠPOR, Karel. *Alkohol a jiné návykové látky u dětí : Prevence v rodině*

odlišovat, ale současně se chtějí přizpůsobit partě, nechtějí být považováni za hlupáky a naivky, kteří se bojí alkoholu, cigaret či drog.

Ukazuje se, že vzniku škodlivých návyků napomáhá vše, co je s rozkolísaným sebevědomím spojeno, tj. např. rozvod rodičů, těžce konfliktní vztahy v rodině, rozvrácení vnitřního řádu rodiny a chaotické žití bez dodržování jasně určených pravidel. K nevhodným návykům dětí výrazně přispívá chování členů rodiny, zvláště když sami kouří, pijí alkohol a řeší své životní situace užíváním všelijakých prášků na uklidnění či povzbuzení.²¹

Další vliv mají vrstevníci. Ve skupinách je vyvíjen tlak na jednotlivce, který je také jednou z forem komunikace uvnitř skupiny. Ten může přispět k růstu i poklesu možnosti nebezpečného chování, obzvláště kouření cigaret. Takové riskantní chování pomáhá udržovat kohezi skupiny tím, že poskytuje prostředek důvěrného kontaktu jednotlivých členů prostřednictvím rituálů, sdílených uvnitř skupiny.²²

Na úrovni rodiny lze vysledovat řadu rizikových, ale i protektivních faktorů. Jinými slovy, rodina se může přímo nebo nepřímo podílet na vzniku a rozvoji závislosti některého člena, ale rodina také může rozvoji závislosti předcházet nebo velmi pomoci pro překonávání návykového problému.²³

1.4 Psychická deprivace a somatiformní poruchy

Touto kapitolou chci poukázat na to, že i u jinak zdravých dětí, u kterých lékaři předkládají rodičům negativní výsledky, se mohou vyskytovat tělesné potíže vyvolané psychicky. Má-li dítě vyrůstat v osobnost zdravou, zdatnou a společensky výkonnou, má vyrůstat v prostředí citově vřelém a stálém, kde jsou uspokojovány jeho psychické potřeby (především sociální a emocionální). Přitom je zřejmé, že stability je v dnešních rodinách obecně méně než dříve.

Psychická deprivace je podle Matějčka psychický stav, vzniklý následkem takových životních situací, kdy subjektu není dána příležitost uspokojovat některé základní psychické potřeby v dostačující míře a po dosti dlouhou dobu.

²¹ MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z. *Jak a proč nás trápí děti*. str. 159

²² CURRIE, C. et al. *Young people's health in context*. str. 178

²³ NEŠPOR, K. *Návykové chování a závislost: současné poznatky a perspektivy léčby*. str. 79

Celý problém pak popisuje jako plovoucí ledovec. Nad hladinu vyčnívá jen vážnější sociální patologie, k níž deprivace přispěla (agresivita, kriminalita, alkoholismus, drogy apod.). Pod hladinou je skryto mnohem širší, mohutnější zázemí, ze kterého za „příhodných“ podmínek ona vážnější sociální patologie vyrůstá. Citové ochuzení je zvláště úrodnou půdou pro pozdější asocialitu.²⁴

Projevy psychické deprivace jsou velmi rozmanité. Hlavním znakem bývá opoždění intelektového a psychomotorického vývoje. Deprivované děti bývají školně nezralé a mívají horší prospěch, než odpovídá jejich dispozicím. Psychická deprivace se může projevovat změnami chování: negativismem, uzavřením se do sebe, agresivitou anebo psychosomatickými potížemi.²⁵

Skorunka se zabýval psychosomatickou problematikou u dětí. Říká, že přítomnost tělesných potíží bez dostatečného vysvětlení či zjištění příčiny v podobě jasně definovaného, organického onemocnění je v dětství a dospívání častým jevem. Ve věkové skupině 11-16 let je celoživotní prevalence výskytu somatoformních příznaků 10 %. Jeden z nejčastějších příznaků u dětí jsou opakované bolesti břicha. Objevují se u 10 až 30 % dětí a dospívajících. Mezi další somatoformní příznaky patří bolesti hlavy, které postihují 20 až 55 procent všech dětí, bolesti svalů, kloubů, únava, pocity slabosti, motání hlavy, nevolnost, nechutenství atd. V souvislosti se vznikem takových potíží se hovoří o procesu somatizace. Tímto termínem se podle Mareše nejčastěji rozumí proces, kdy prožívaný distres není vyjádřen psychologicky, ale naopak v tělesné rovině ve formě různých tělesných příznaků.²⁶

²⁴ MATĚJČEK, Z. *Výbor z díla*. str. 206

²⁵ LANGMEIER, J.; MATĚJČEK, Z. *Psychická deprivace v dětství*.

²⁶ SKORUNKA, D. *Projevy somatizace a kvalita života u dětí a dospívajících: perspektiva rodinného terapeuta* in MAREŠ, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. str. 43; 56

2 Kvalita života

2.1 Historie pojmu

Pojem kvalita života (dále jen KŽ) má relativně dlouhou a zajímavou historii. Důraz kladený na KŽ se objevoval podle Payneho již v samotné antice ve spojení se Sokratem, který se zabýval poznáním sebe sama a tím co dává smysl lidskému životu.²⁷ Výskyt tohoto pojmu se datuje do dvacátých let dvacátého století. Do obecného povědomí však vstoupil až v šedesátých letech dvacátého století jako výraz metaforický, který shrnoval sociálně-politické cíle americké administrativy za vlády prezidenta L.B. Johnsona, který v roce 1964 prohlásil: „*Cíle nemůžeme poměřovat výší našich bankovních kont. Mohou být měřeny pouze kvalitou života, který naši občané prožívají.*“ (in Mareš, 2006, str. 11)

Tento pojem se rychle ujal a stal se v politice i v mediálním světě módním slovem. Také v Evropě brzy zdomácněl, neboť ho v sedmdesátých letech použil německý kancléř W. Brandt v politickém programu své vlády. Teprve později se z něj stával pojem vědecký, nejprve v sociologii a potom i ve vědách o člověku.

Rozvíjel se třemi směry: a) objektivním – byl chápán jako souhrn objektivních ukazatelů, např. o kvalitě životních podmínek v dané zemi, b) subjektivním – byl chápán jako souhrn subjektivních ukazatelů, např. o KŽ jedince a jeho *cesty životem*, c) kombinací objektivních a subjektivních ukazatelů.²⁸

2.2 Vymezení pojmu

Pojem KŽ je nesnadné vymezit a uchopit. V současné době existuje celá řada definic KŽ, ale žádná z nich není všeobecně akceptována. Mají však jedno společné, a to, že pojem „kvalita života“ by měl obsahovat údaje o fyzickém, psychickém a sociálním stavu jedince.

Na KŽ je pohlíženo jako na vícerozměrnou veličinu a obvykle je definována jako *subjektivní posouzení vlastní životní situace*²⁹. Vychází z Maslowovy hierarchie potřeb. Její podstatou je, že aby mohly být uspokojovány vyšší potřeby (potřeba bezpečí, blízkosti jiných, sebeúcty), musí být nejprve uspokojeny potřeby základní, fyziologické (potřeba nasycení, spánku, úlevy od bolesti).

²⁷ PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. str. 62

²⁸ MAREŠ, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. str. 11

²⁹ SLOVÁČEK, V., SLOVÁČKOVÁ, B. a kol. *Vojenské zdravotnické listy*

Kebza uvádí, že v kvalitě života se promítá výrazně úroveň osobní pohody (well-being), úroveň schopnosti postarat se o sebe (sebeobsluhy), úroveň mobility a schopnosti ovlivňovat vývoj vlastního života.³⁰ Podle Možného jsou hlavním zdrojem subjektivního pocitu spokojenosti mezilidské vztahy, zejména rodina a přátelství, a kvalita prožívání volného času.³¹

Dále KŽ zahrnuje pocit fyzického zdraví a nepřítomnost symptomů onemocnění či léčby, a v celkovém pohledu také psychickou kondici, společenské uplatnění, náboženské a ekonomické aspekty. Mezi další faktory patří věk, pohlaví, polymorbidita, rodinná situace, preferované hodnoty, ekonomická situace, vzdělání, religiozita, kulturní zázemí apod.³²

Rozdělením na jednotlivé oblasti se věnoval např. Cummins. Dospěl k sedmi kategoriím: 1. materiální zabezpečení (*material well-being*), 2. zdraví, 3. produktivita, výkonnost (*productivity*), 4. velmi dobré, přátelské mezilidské vztahy (*intimacy*), 5. pocit bezpečí, 6. komunita, 7. emoční pohoda (*emotional well-being*). (in Mareš, 2006, str. 12)³³

Jeden zajímavý a přitom obecný model zpravovali kanadští badatelé na univerzitě v Torontu. Kvalitu života strukturují do tří velkých oblastí. Jejich model by se dal stručně označit jako „3 B“. Jsou to oblasti označené: 1. being (*být*), 2. belonging (*někam patřit*), 3. becoming (*o něco usilovat, něčím se stávat*).³⁴

Světová zdravotnická organizace (WHO) navrhla definici, kde uvádí, že kvalita života je to, jak jedinec vnímá své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a ve vztahu ke svým cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům. (in Mareš, 2006, str. 25)

³⁰ KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. str. 59

³¹ MOŽNÝ, I. *Česká společnost : Nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*. str. 15

³² SLOVÁČEK, V., SLOVÁČKOVÁ, B. a kol. *Vojenské zdravotnické listy*

³³ MAREŠ, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*, str. 12

³⁴ MAREŠ, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. str. 15

2.3 Měření kvality života

Kvalita života se ve světě měří různými dotazníkovými metodami. Některé jsou zaměřené na zdravé jedince, některé na nemocné. Dle toho, kdo hodnotí KŽ, popisujeme tři oblasti:

1. kvalitu života hodnotí druhá osoba
2. hodnotitelem je respondent
3. smíšená (1. a 2. oblast)³⁵

Mezi často používané dotazníkové metody patří například metoda SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life) jde o individuálně definované, subjektivní kritéria života. Respondent zaznamenává do dotazníku své životní cíle, hodnotí jejich plnění a určuje jejich důležitost.³⁶ Další metodou je typ HRQoL (Health-Related Quality of Live) od Patrica a Ericksona měří kvalitu života z hlediska zdraví. V dotazníku typu SWLS je stupnice spokojenosti se životem.³⁷

Na závěr této kapitoly bych chtěla dodat, že v roce 2008 byla vyhodnocena KŽ dospělých lidí indexem ve 194 státech celého světa. Na prvním místě je Francie, Česká republika je na 29. místě.³⁸

³⁵ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologická pojetí a způsoby zjišťování kvality života*

³⁶ ZVÍROTSKÝ, M. *Explicně vyjádřená témata sexuality ve výzkumu individuální kvality života dětí a dospívajících*

³⁷ KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologická pojetí a způsoby zjišťování kvality života*

³⁸ International Living. *2008 Quality of Life Index*

3 Specifika výzkumů kvality života u dětí a dospívajících

Mareš se zabýval zvláštnostmi dětského a dospívajícího věku ve výzkumech, které porovnával s dospělými a shrnul je do čtyřech důležitých oblastí:

Vývojové zvláštnosti

1. Děti a dospívající se relativně rychle vyvíjejí, přičemž normální i patologický vývoj zasahuje všechny stránky.
2. Jedinovo procházení různými vývojovými etapami sebou přináší změny ve vnímání a hodnocení kvality vlastního života.
3. Děti a dospívající mají své vlastní pojetí zdraví a nemoci odlišné od pojetí dospělých osob, odlišné od odborných názorů na zdraví a nemoc; toto dětské pojetí se rovněž vyvíjí.
4. Děti a dospívající vnímají, prožívají a hodnotí kvalitu svého života obvykle z jiných pohledů než dospělí lidé.

Zvláštnosti zdravotního stavu

1. V populaci dospívajících je relativně nejvíce zdravých osob.
2. Vnímání a hodnocení zdravotního stavu dítětem samotným se zpravidla liší od hodnocení jiných osob, včetně těch, které o ně pečují (rodičů, lékařů, sester).

Osobnostní zvláštnosti

1. Dítě jinak interpretuje a hodnotí závažnost stresorů, které na ně působí než dospělý.
2. Dítě jinak hodnotí své možnosti vyrovnat se s nepříznivými i životními okolnostmi než dospělý.
3. Má odlišnější a zpravidla omezenější repertoár zvládacích strategií než dospělý.
4. Nemůže tolik rozhodovat samo o sobě, častěji za něj rozhodují dospělí.

Sociální zvláštnosti

1. U dětí a dospívajících mají nepřehlédnutelný význam kulturní, etnické, náboženské a sociální faktory, které ovlivňují jejich názory na kvalitu současného i budoucího života.³⁹

³⁹ MAREŠ, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících*. str. 33-34

4 Rodina

Rodina je nejdůležitější primární skupinou člověka a vzniká narozením prvního dítěte. Kramer definuje rodinu takto:

„Rodina je skupina lidí se společnou historií, současnou realitou a budoucím očekáváním vzájemně propojených transakčních vztahů. Členové jsou často (ale ne nutně) vázáni hereditou, legálními manželskými svazky, adopcí nebo společným upořádáním života v určitém úseku jejich životní cesty.“ (in Sobotková, 2001, str. 12)⁴⁰

Giddens popisuje rodinu jako skupinu osob přímo spjatých příbuzenskými vztahy, jejíž dospělí členové jsou odpovědní za výchovu dětí. Manželství definuje jako sociálně akceptovaný a posvěcený sexuální svazek mezi dvěma dospělými jedinci.⁴¹

Ačkoliv právní řád České republiky neobsahuje jasně vyjádřenou definici rodiny, za rodinu pokládá především rodinu založenou manželstvím.

Pro dobré fungování rodiny je důležité, jak kvalitní vztah je mezi mužem a ženou. Způsob, jakým manželé činí společná rozhodnutí, jak zvládají konfliktní situace, jak plánují společnou budoucnost, jak si vzájemně uspokojují svoje potřeby, je určitým modelem interakce a intimity mezi mužem a ženou, který ovlivňuje i vývoj dětí.

Z hlediska historického vývoje můžeme rodinu rozdělit na tradiční, moderní a postmoderní. Tradiční rodina měla širokou a vícegenerační strukturu a autoritou byl bezvýhradně otec. Oproti tomu dnešní, postmoderní společnost má strukturu i autoritu variabilní a individualizovanou.⁴²

V naší zemi se rodina v tradičním pojetí rozpadá zhruba od sedmdesátých let 20. století, kdy došlo k překonání společenského dogma rozvodu. Významná změna nastala rozšířením spolehlivé antikoncepce. Díky ní mohly ženy začít rozhodovat o tom, kdy a zda vůbec se narodí děti a regulovat zároveň počet narozených dětí, čímž se člověk vymknul z rukou přírodě, která zajišťovala plynulé pokračování lidského druhu.⁴³

⁴⁰ SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. str. 12

⁴¹ GIDDENS, A. *Sociologie*. str. 156

⁴² MOŽNÝ, I. *Rodina a společnost*. str. 23

⁴³ MOŽNÝ, I. *Česká společnost : Nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*. str. 21

4.1 Rodinné fungování

Základní kritéria rodinného fungování jsou různými autory vymezována odlišně. Plaňava jako základní čtyři složky uvádí strukturu rodiny, intimitu, osobní autonomii a hodnotovou orientaci včetně postojů. Za nejvýznamnější procesy označuje dynamiku a komunikaci v rodině.

Výstižnou charakteristiku rodinného fungování uvádí S. R. Sauber s kolegy. Rozdělili ho do čtyřech oblastí:

- a) osobní fungování (spokojenost se svou pozicí a rolí v rodině);
- b) manželské či partnerské fungování (spokojenost v sexuální oblasti, vzájemný soulad);
- c) rodičovské fungování (odpovědnost za výchovu dětí);
- d) socioekonomické fungování (ekonomická úroveň rodiny a sociální zapojení). (in Sobotková, 2001, str. 42)⁴⁴

4.1.1 Rodinné interakce

Rodinné interakce jsou způsoby komunikace členů rodiny a to, jaké vztahy k sobě navzájem členové rodiny mají. Interakce mezi členy rodiny je nejvýraznějším faktorem, který ovlivňuje tzv. well-being (tělesná i duševní pohoda, pocit zdraví, blahobyt) v rodině. Právě každodenní, opakující se interakce utvářejí celkovou, jedinečnou atmosféru rodiny.

Rodinnou interakcí se u nás zabývali v 70. letech Josef a Dana Langmeierovi a jejich výzkumy byly určeny pro potřeby diagnostiky rodiny a rodinné terapie.⁴⁵

4.2 Formy rodinného života

4.2.1 Úplná, primární rodina

Je to rodina tvořená vlastní matkou, otcem a jejich společnými dětmi. V přepočtu na 1000 obyvatel bylo v roce 2006 uzavřeno 5,2 sňatků a v roce 2007 jich bylo 5,5, z čehož vyplývá, že počet uzavíraných manželství roste.⁴⁶

Rodina je důležitou součástí identity školáka, uspokojuje většinu jeho potřeb a považuje jí za emoční zázemí a oporu. Společně sdílí život plný společných zážitků, které vytváří rodinnou historii, zapojují se do každodenní společenské rutiny a mají i určité rodinné rituály.

⁴⁴ SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. str. 42

⁴⁵ SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. str. 44

⁴⁶ Český statistický úřad. *Demografická ročenka České republiky 2007*

Vágnerová říká, že sdílení společného života a trvalá přítomnost rodičů, kteří mají o dítě zájem a jsou mu k dispozici, když to potřebuje, je nejdůležitější podmínkou funkčního vztahu mezi rodiči a dítětem školního věku. Vztah mezi otcem a matkou slouží jako vzor vzájemného vztahu mužské a ženské role a je to pro dítě ukázkou vztahu tohoto druhu, kdy vše, co se doma děje, považují za normální.⁴⁷

4.2.1.1 Kohabitace

Giddens popisuje kohabitaci jako stav, kdy spolu dva partneři žijí, aniž by byli manželi. Partneři často získávají právní status druhá či družky, což jim umožňuje v případě rozchodu majetkové vyrovnání nebo placení výživného.⁴⁸

V roce 2006 bylo 33,3 % dětí narozených mimo manželství a v roce 2007 34,5 % dětí, z čehož vyplývá, že se počty narozených dětí mimo manželství zvyšují.⁴⁹

Roste počet nesezdaných párů a počet svobodných matek. V obecném povědomí dlouho převládala představa svobodné matky jako mladé ženy, která tzv. udělala chybu. Nyní je stále více žen, které si přejí mít dítě dřív, než bude pozdě, i když nemají vhodného partnera do manželství. Starší matky mívají velmi často mladší partnery. Matky rodící poprvé po čtyřicátém roce mají partnery průměrně o tři roky mladší. Pro srovnání – manželé jsou obecně v populaci o 2,5 roku starší než jejich ženy.⁵⁰

4.2.1.2 Rozpad rodiny

K zániku rodiny může dojít rozvodem, rozchodem, anebo smrtí jednoho z manželů. Rozvody, popř. rozchody vytvářejí rodiny s jedním rodičem (neúplné rodiny) či rodiny s jedním nevlastním rodičem. Češi patří v Evropě na smutnou špici žebříčku v rozvodovosti. Od 60. let minulého století si toto prvenství držíme stále, byť se čísla v průběhu doby poněkud mění. Dle úhrnné rozvodovosti bylo v roce 1975 rozvedeno přibližně 30 % párů, v r. 2007 48,7 % manželství, z čehož vyplývá, že každé druhé manželství končí rozvodem.⁵¹

⁴⁷ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. : Dětství a dospívání*. str. 269

⁴⁸ GIDDENS, A. *Sociologie*. str. 180

⁴⁹ Český statistický úřad. *Demografická ročenka České republiky 2007*

⁵⁰ SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. str. 113

⁵¹ Český statistický úřad. *Demografická ročenka České republiky 2007*

Rozvod manželství hrozí zejména na jeho počátku a zejména v manželství mladých lidí. Ze sta vdaných žen ve věku 20-24 let se ročně rozvedou tři, ve věku 30-34 let jen dvě a ve věku 40-44 let už jen něco víc než jedna.⁵²

Rozpad rodiny je pro dítě značnou zátěží plnou nejistot. Samozřejmost stálosti rodiny představovala základ trvalosti a jistoty. K nejistotě dítěte přispívá často i fakt, že jeden rodič hodnotu a důležitost druhého před dítětem snižuje. Děti jsou pak dezorientované a nevědí, komu by měly věřit. Dostávají se i do situací, kdy nevědí, na čí straně by měly být, když mají rády oba rodiče.⁵³

Děti po rozvodu emocionálně strádají, avšak Giddens doplňuje, že nezáleží jen na přítomnosti či nepřítomnosti obou rodičů, ale též na náplni a stylu výchovy, kterou dítěti poskytují. Děti prospívají nejlépe, jsou-li milovány, jsou-li jejich rodiče zásadoví a citliví k jejich potřebám. Rozvod samozřejmě činí udržení tohoto stylu rodičovství obtížnějším – ale problémy nastanou stejně tak, když jsou rodiče rozhádaní, ale zůstávají spolu.⁵⁴

Rodič, který z rodiny odchází, obvykle otec, je často tolerantnější a shovívavý bez nároků na dítě. Kontakt s dítětem bývá omezený, a proto se snaží, aby se tato setkání dítěti líbila. Naopak rodič, který zůstává s dítětem sám, obvykle matka, je dominantnější a autoritářský, už proto, že mu nic jiného nezbývá.⁵⁵

4.2.2 Rodiny s jedním rodičem

Rodin s jedním rodičem stále přibývá. Vznikají rozvodem, rozchodem, ovdověním, adoptí dítěte osamělou ženou nebo porodem dítěte mimo manželství. V naprosté většině jde o ženy, neboť po rozvodu bývají děti obvykle svěřeny matce.⁵⁶

Od počátku šedesátých let 20. století byl tento trend důsledkem vzrůstajícího počtu rozvodů, a v posledních letech je také odrazem nárůstu počtu žen, které mají děti mimo manželství – za svobodna.

Mění se také složení svobodných matek podle věku. Dříve převažovaly velmi mladé ženy, často nezletilé dívky, které byly těhotenstvím zaskočeny, protože možnost otěhotnění z nerozvážnosti a nezodpovědnosti podcenily. Nyní začínají převažovat, aspoň v našich

⁵² SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. str. 113

⁵³ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. : Dětství a dospívání*. str. 276

⁵⁴ GIDDENS, A. *Sociologie*. str.167

⁵⁵ VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. : Dětství a dospívání*. str. 277

⁵⁶ GIDDENS, A. *Sociologie*. str. 167

podmínkách, zralější ženy v období střední dospělosti, často kolem 35 let. Jsou většinou zajištěné, úspěšné ve svém povolání, a ačkoli nepotkaly vhodného partnera, chtějí přivést na svět dítě, dokud je čas.⁵⁷

4.2.3 Doplněné neboli nevlastní rodiny

Nevlastní rodiny jsou stále obvyklejší formou rodinného uspořádání oproti předchozím generacím. Mezi hlavní příčiny neúplnosti rodiny patří z 69, 5 % rozvod, z 17,9 % svobodní a z 12,6 % ovdovělí.⁵⁸ Sobotková definuje nevlastní rodinu jako rodinu vzniklou po druhém či dalším sňatku aspoň jednoho z rodičů nebo soužití rodiče s novým partnerem ve společné domácnosti.⁵⁹ U párů ve věku 25-45 let je téměř pravidlem, že jeden z partnerů či oba přivádějí do druhého svazku děti z předchozího manželství, které budou žít pod jednou střechou s novým partnerem.⁶⁰

Situace vytvoření nevlastní rodiny s malými dětmi je jiná než vytváření nevlastní rodiny s adolescenty, neboť děti v různém věku mají odlišné vývojové potřeby. Menší děti se mohou cítit ostrčené, protože jejich rodič věnuje hodně času a energie novému partnerovi; mohou ho začít považovat za svého soka a žárlit. Adolescenti jsou zase velmi citliví na erotické projevy a sexuální náznaky rodičů a vadí jim to. Proto se někteří rodiče cítí nejistí nebo mají pocit viny a výčitky svědomí kvůli dětem.⁶¹

Vztah s nevlastním rodičem nebývá ideální, zvláště pokud tento člověk přišel do rodiny bezprostředně po odchodu vlastního rodiče. Dítě má vytvořenou vazbu na vlastního rodiče, a pokud odchází, pociťuje to částečně jako ztrátu. Nevlastního rodiče pak bere jako vetřelce. Nějakou dobu trvá, než si na něho zvykne a později je brán, jako další člen rodiny.⁶² Má fungovat spíše jako přítel a rádce, což usnadní jeho akceptaci dětmi.

Specifická je situace rodin s pubescenty. Mívají větší problémy v přizpůsobení se novému uspořádání rodiny než adolescenti a mladší děti. Adolescenti již nepotřebují tolik přímé

⁵⁷ SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. str. 128

⁵⁸ Český statistický úřad. *Demografická ročenka České republiky 2007*

⁵⁹ SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. str. 137

⁶⁰ GIDDENS, A. *Sociologie*. str. 170

⁶¹ SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. str. 141

⁶² VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. : Dětství a dospívání*. str. 279

rodičovské péče, jsou již méně závislé na rodině a mívají více vnějších zdrojů podpory a zájmů (kamarádi, přátelé, zájmové skupiny atd.).⁶³

⁶³ SOBOTKOVÁ, I. *Psychologie rodiny*. str. 142

II. PRAKTICKÁ ČÁST

1 Cíle výzkumu, výzkumné otázky

Cíle:

1. Zjistit, zda je lepší kvalita života dětí v úplné, primární rodině než v neúplné a doplněné rodině.

Výzkumné otázky:

1. Bude v úplné rodině kvalita života dětí vyšší než v rodině neúplné a doplněné?
2. Bude ovlivňovat čas trávený s rodinou kvalitu života dětí?
3. Budou respondenti uvádět v neúplné a doplněné rodině horší zdravotní stav než v úplné primární rodině?
4. Vyskytne se negativní chování ve větší míře u dětí z neúplných a doplněných rodin než u dětí z úplných primárních rodin?

2 Metodika

Cílovou populací pro výzkum byly děti ve věku 11 - 15 let. Ve sledovaném souboru bylo 56 dětí, z toho 32 chlapců a 24 dívek. Výzkum probíhal na Základní škole Milady Horákové v Hradci Králové.

Nejprve proběhl pilotážní předvýzkum ve výše zmíněné škole v jedné osmé třídě o souboru 17 respondentů. Na základě tohoto předvýzkumu, který probíhal od počátku měsíce ledna 2008, jsem vytvořila otázky pro můj výzkum. Tyto dotazníky rozdala paní učitelka Mgr. Alena Skalická ve své vyučovací hodině a pak mi je vrátila vyplněné zpět.

Vlastní výzkum pak probíhal po získání souhlasu ředitele školy PaedDr. Miroslava Kudyvejse od října 2008 v náhodně vybrané jedné 7., 8. a 9. třídě. Tyto dotazníky byly, na doporučení ředitele školy, předány Mgr. Aleši Stašovi, který vyučuje občanskou výchovu, aby je rozdával ve třídách, a od něho jsem dostala vyplněné dotazníky zpět.

K výzkumu jsem použila metodu dotazování, technika dotazníku – viz Příloha A. Inspirací mi byla studie HBSC avšak dotazník, který v ní byl použit, byl příliš rozsáhlý, a proto jsem zvolila vlastní zjednodušenou formu dotazníku. Respondenti písemně odpovídali na celkem 22 otázek anonymně. Použila jsem devatenáct uzavřených otázek (dichotomické i širší škály

odpovědí), dvě polouzavřené a jednu otevřenou. Ve vybraných položkách porovnávám úplnou, neúplnou a doplněnou rodinu. Některé otázky jsou hodnoceny vizuální analogovou škálou (VAS) s maximálním rozmezím 0-5 (otázky č. 11., 12., 13., 14., 15., 19.). V otázce 13, 14 a 15 je KŽ hodnocena podle výše indexu.

Index = maximální možné získané body ve VAS (za celou otázku)/ součet zakroužkovaných odpovědí

Čím větší je index, tím lepší je KŽ.

Jelikož je KŽ velice rozsáhlá problematika, vybrala jsem do mého výzkumu jen některé oblasti. Do konceptu kvality života jsem zahrнула posouzení zdraví, psychosomatické potíže, vybrané aspekty socioekonomického statusu (vzdělání rodičů, kapesné), komunikace a vztahy v rodině, společné aktivity, ohodnocení života, těšení se na budoucnost, pocit štěstí a připojila jsem i škodlivé návykové chování, protože jsem chtěla vědět, jaká je KŽ i v tomto případě.

Problémy při rozdávání a hodnocení dotazníků nevznikly žádné. Návratnost byla 100 %.

3 Výsledky výzkumu a jejich analýza

Vzorec pro výpočet relativní četnosti

$$F_i = n_i / n \times 100 \text{ respondent}$$

Relativní četnost..... f_i (%)

Absolutní četnost..... n_i

Rozsah souboru..... n

Celková četnost..... Σ

Položka č. 1

Respondenti zaškrtovali pohlaví.

Z 56 respondentů je 32 chlapců a 24 dívek.

Položka č. 2

Respondenti zaškrtovali věk.

Z 56 respondentů je 24 dětí ve věku 11-13 dětí a 32 dětí je ve věku 14-15 let. Více dětí je starších.

Položka č. 3 a 4

Označením osob, s kterými respondenti bydlí a zda mají další domov, jsem zjistila, kolik dětí je z úplné rodiny, kolik dětí je z neúplné a kolik z doplněné. Výsledky jsem shrnula do následujících dvou tabulek – počet odpovědí a relativní četnost (Tab. 1, 2).

Tabulka 1 - Typ rodin

Skupina	n_i	% (f_i)
Úplná	33	59%
Neúplná	10	18%
Doplněná	13	23%
Σ	56	100

Tabulka 2 - Věková rozložení dle typu rodin

Skupina	11-13 let	14-15 let
Úplná	17	16
Neúplná	4	6
Doplněná	3	10
Σ	24	32

Nejširší skupinou je úplná rodina. Zde je 33 dětí a naopak skupinou s nejméně dětmi je neúplná rodina o počtu 10 dětí.

Rodina může být dělena různě. Např.:

1. úplná rodina (s oběma vlastními rodiči/ s jedním nevlastním rodičem)
2. neúplná (matka a děti/ otec a děti)
3. dítě u prarodičů nebo příbuzných
4. náhradní rodina (pěst. péče)

Nebo primární (vlastní rodiče a děti) a sekundární (nevlastní rodič/ jeden rodič) rodina.

V této práci rozděluji rodinu na tři typy:

1. úplná rodina – myšlena jako primární s vlastními rodiči
2. neúplná rodina – s jedním rodičem
3. doplněná rodina – nevlastní rodina

Položka č. 5, 6

Jaké je nejvyšší dosažené vzdělání matky a otce – viz příloha A

Vliv vzdělání rodičů může mít vliv na řadu faktorů (kapesné dítěte, životní pohoda aj.). Tabulka je členěna na první a druhou polovinu – matka, otec a dle typu rodiny. Čísla v tabulce je počet odpovědí (Tab. 3).

Tabulka 3 - Vzdělání matky a otce dle typu rodiny

MATKA	úplná r.	neúplná	doplněná	OTEC	úplná r.	neúplná	doplněná
VŠ	6	3	1	VŠ	6	1	1
SŠ	15	3	8	SŠ	14	3	6
Vyučení	2	2	1	Vyučení	5	3	3
ZŠ	1	1	2	ZŠ	1	1	2
Neví	9	1	1	Neví	7	2	1

1. Matky

V úplné rodině (33) je nejvíce matek se vzděláním středoškolským s počtem 15. Devět respondentů nevědělo, šest s vysokoškolským vzděláním, jedna vyučena a jedna se základním vzděláním.

V neúplné rodině (10) jsou 3 matky s vysokoškolským a 3 se středoškolským vzděláním. Dva respondenti uvedli matku s vyučením, jeden se základním vzděláním a jeden nevěděl.

V doplněné rodině (13) je nejvíce matek se středoškolským vzděláním s počtem 8 a zbytek odpovědí je téměř rovnoměrně rozložen.

2. Otcové

V úplné rodině (33) je nejvíce otců se středoškolským vzděláním s počtem 14. Sedm respondentů neví. Téměř o polovinu méně než středoškolské vzdělání má vysokoškolské (stejně jako u matek v úplné rodině).

Neúplná rodina je v odpovědích poměrně rovnoměrně rozložena. Nejvyšší hodnoty dosahují vysokoškolské a středoškolské vzdělání s počtem 3.

V doplněné rodině je nejvyšší počet 6 a to otcové se středoškolským vzděláním. Ostatní možnosti jsou opět skoro rovnoměrně rozložené.

Položka č. 7 a 8

Zaměstnanost rodičů – viz příloha A

V následující tabulce je podle typu rodiny vypsán počet odpovědí - zda pracují oba rodiče a pokud ne, kdo z nich je doma a proč. (Tab. 4).

Tabulka 4 - Zaměstnanost - úplná rodina

Typ rodiny	úplná		neúplná		doplněná	
	ano	ne	ano	ne	ano	ne
Oba rodiče	31	0	9	0	10	0
Matka	mateřská d.	1	1	0	mateřská d.	2
Otec	studium	1	0	0	0	1

V 33 úplných rodinách jsou oba rodiče zaměstnaní a v posledních dvou jedna matka není, jelikož je na mateřské dovolené a jeden otec není, protože studuje.

V 9 neúplných rodinách jsou oba rodiče zaměstnaní a v jedné rodině je matka nezaměstnaná bez udání důvodu.

V 10 doplněných rodinách jsou oba rodiče zaměstnaní. V následujících třech rodinách dvě matky nejsou zaměstnané, jelikož jsou na mateřské dovolené a jeden otec je nezaměstnan.

Položka č. 9 a 10

V této otázce jsem se chtěla dotknout i materiální KŽ, protože ta se také ve studiích zaměřených na tuto oblast zjišťuje. Výše kapesného by mohla ovlivňovat výši KŽ. Jaké mají respondenti kapesné a zda s ním jsou spokojeni či nikoliv nám ukazují následující tři tabulky. Respondenti jsou rozděleni podle věku a podle typu rodiny. Čísla znamenají počty odpovědí (Tab. 5, 6, 7).

Tabulka 5 - Kapesné a spokojenost - úplná rodina

Úplná rod.	11-13 let	14-15 let	Spokojení	Nespokojení
Nepřavidel.	7	7	10	4
0-100 Kč	5	2	5	2
101-300 Kč	4	4	6	2
Více	1	3	4	0

V úplné rodině mladší i starší respondenti nejčastěji dostávají kapesné nepřavidelně a celkem jich je 10 spokojeno a 4 nespokojení. Nad 300 Kč za měsíc dostává jeden mladší respondent a 3 starší respondenti a všichni 4 jsou spokojeni.

Tabulka 6 - Kapesné a spokojenost - neúplná rodina

Neúplná r.	11-13 let	14-15 let	Spokojení	Nespokojení
Nepřavidel.	2	3	2	3
0-100 Kč	2	1	1	2
101-300 Kč	0	0	0	0
Více	0	2	2	0

V neúplné rodině dostávají 2 mladší respondenti kapesné nepřavidelně a 2 resp. do 100 Kč za měsíc. Starší resp. dostávají nejčastěji kapesné nepřavidelně. Nejvyšší nespokojenost je

s nepravidelným kapesným a starší respondenti byly dále nespokojeni s kapesným do sto korun a více jak tři sta korun.

Tabulka 7 - Kapesné a spokojenost - doplněná rodina

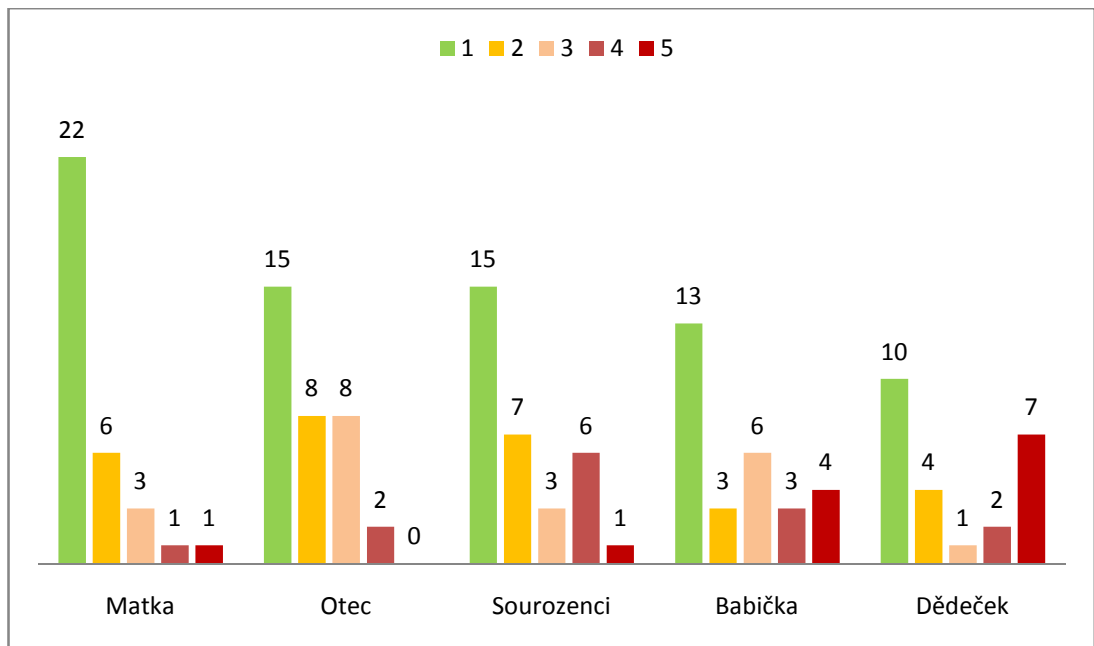
Doplněné r.	11-13 let	14-15 let	Spokojení	Nespokojení
Nepravidel.	0	1	1	0
0-100 Kč	1	1	2	0
101-300 Kč	2	4	5	1
Více	0	4	3	1

V doplněné rodině jen jeden starší respondent dostává kapesné nepravidelně a je spokojen. U mladších jsou výsledky irelevantní, jelikož jsou jen 3. Ti starší dostávají nejčastěji kapesné 101 Kč – 300 Kč za měsíc a více. V těchto rodinách jsou většinou respondenti s kapesným spokojeni.

Položka č. 11

Tato položka nám ukáže jaká je komunikace v rodinách a jak dobře se dokážou respondenti svěřovat daným osobám - viz příloha A. Výsledky (počet odpovědí) jsou přenesené do grafů dle typu rodiny.

První graf značí úplnou rodinu, druhý a třetí ukazuje doplněnou rodinu z hlediska vlastních a nevlastních členů rodiny a čtvrtý a pátý graf nám ukazuje v neúplné rodině svěřování se otci a matce. Zelená barva je nejlepší možná odpověď, červená je nejhorší možná odpověď. (Obr. 1, 2, 3, 4, 5).



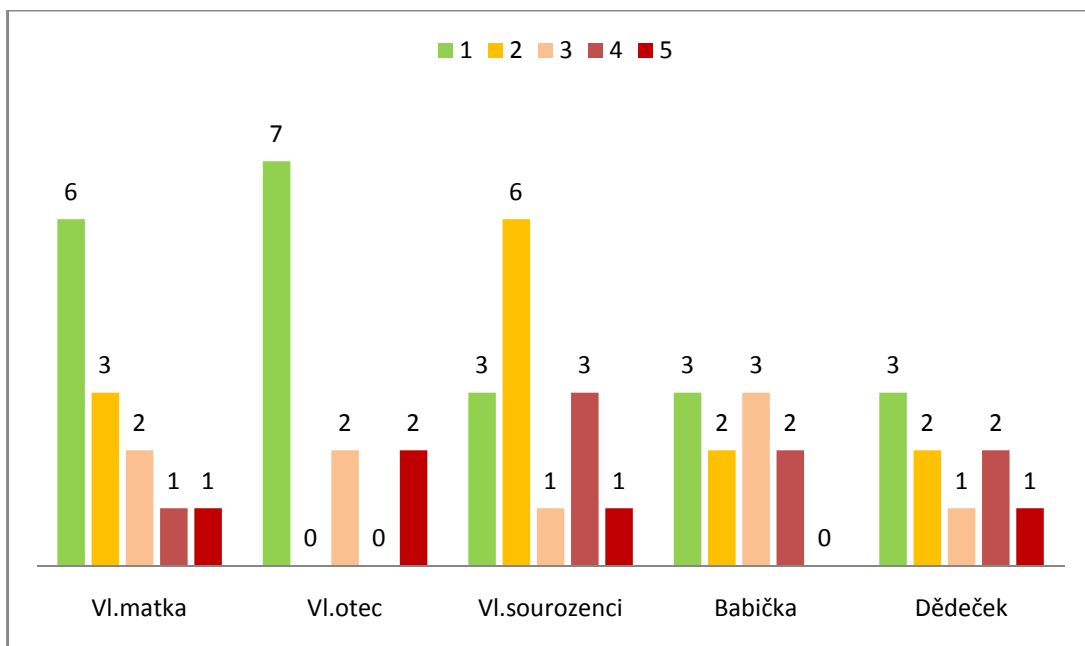
Obr. 1 – Graf svěřování se v úplné rodině (z 33 resp.)

Z grafu je vidět, že děti nejvíce zaškrtovali číslo 1 (dobře se mi s danou osobou hovoří).

Když sloučíme nejlepší možné odpovědi, tedy číslo 1 a 2, tak se respondenti nejčastěji svěřují matce. Na druhém místě jsou společně otec a sourozenci.

Pokud bychom sloučili nejhorší možné odpovědi, tedy číslo 4 a 5, tak matce i otcí se špatně svěřují dva respondenti. Sourozencům se respondenti svěřují špatně. Uvádějí sedmkrát špatné svěřování se. U prarodičů je svěřování se nejhorší. U babičky sem a u dědečka osm respondentů uvedlo nejhorší možné odpovědi.

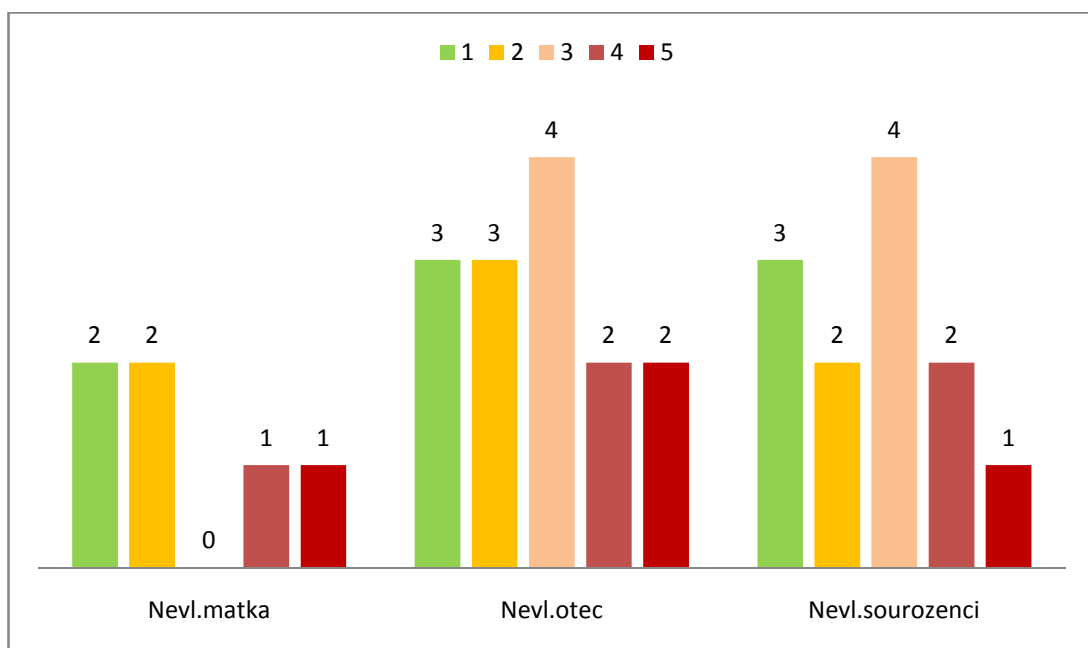
Otázkou je, proč se respondenti svěřují nejméně sourozencům a prarodičům. Tento fakt se objevoval při zpracování výsledků ve všech typech rodiny. Sourozenci jsou často bráni buď jako spojenci nebo naopak, a to možná častěji, jako rivalové, kteří spolu neustále soupeří a vedou konkurenční boj. U prarodičů by to mohlo být způsobeno tím, že dnešní rodiny už nejsou tak široké, jako bývaly v dřívějších dobách. Dnes tvoří rodinu většinou matka, otec a dítě popř. děti a za prarodiči se jezdí na návštěvu. Možná se respondenti svěřují prarodičům málo proto, že se tak často nevidají.



Obr. 2 – Graf svěřování se v doplněné rodině - vlastní členové (13 resp.)

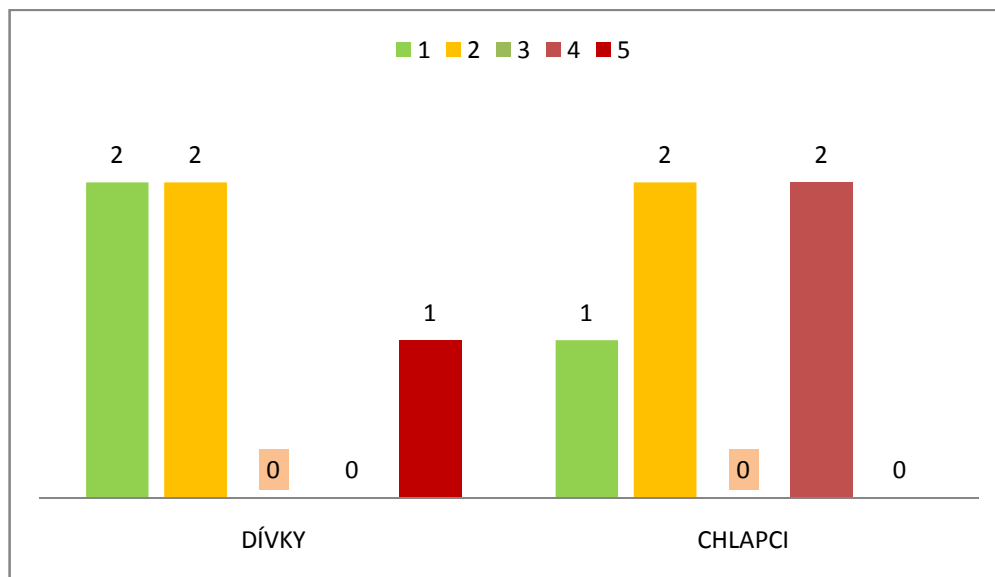
U vlastních členů doplněné rodiny vidíme, že sedm respondentů se nejlépe svěřuje otci a šest matce.

Pokud bychom brali ohled, jako v předchozím vyhodnocování grafu, na čísla 1 a 2, tak je na tom nejlépe matka a následně otec. Osmi respondentům se dobře svěřuje sourozencům a 4 špatně. Prarodičům se opět svěřují nejméně.



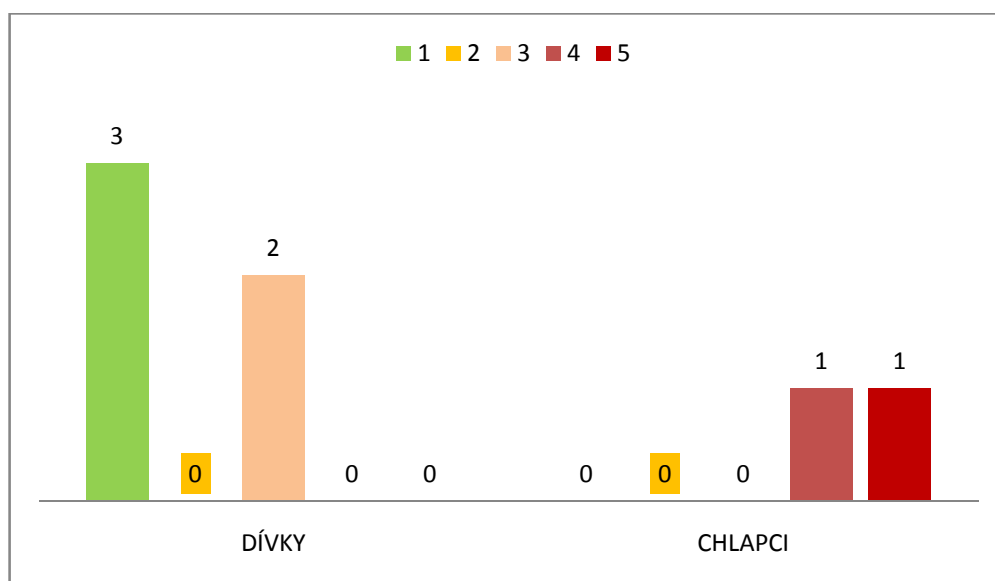
Obr. 3 – Graf svěřování se v doplněné rodině - nevlastní členové (13 resp.)

Šest respondentů má nevlastní matku. Čtyřem z nich se s ní dobře mluví o problémech a dvěma špatně. Třináct respondentů má nevlastního otce. Šesti z nich se s ním dobře mluví o problémech a třem špatně. Dvanáct respondentů má nevlastního sourozence. Pěti z nich se dobře svěřují a třem špatně.



Obr. 4 – Graf svěřování se v neúplné rodině matce (11 resp.)

Z deseti respondentů je pět dívek a pět chlapců. Čtyřem dívkám se matce svěří dobře a jedné špatně. Třem chlapcům se matce svěří dobře a dvěma špatně.



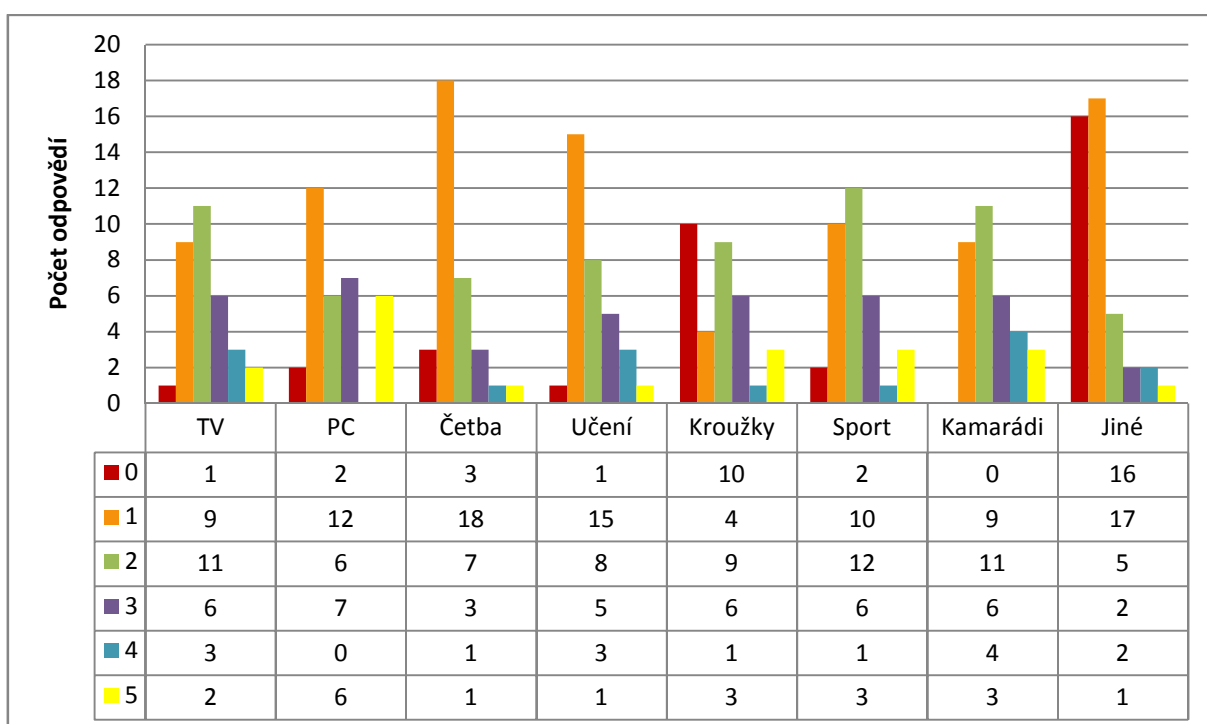
Obr. 5 – Graf svěřování se v neúplné rodině otci (11 resp.)

Sedm respondentů z neúplné rodiny má otce, z toho jsou tři dívky a dva chlapci. S grafu vyplývá, že dívkám se lépe svěřuje otci než chlapcům.

Položka č. 12

Jak tráví respondenti čas po škole a kolik věnují jednotlivým aktivitám času – viz příloha A. Myslím si, že i to, jak tráví respondenti svůj volný čas, může ovlivňovat jejich KŽ.

Otázka je znázorněná v následujících třech grafech (dle typu rodiny). Časové aktivity jsou ve sloupcích dle přibližného času v hodinách za všechny respondenty, tedy 0-5 hodin denně. Pro přehlednost je také v každém grafu vložena tabulka. Odpovědi jsem řadila od aktivit s nejvíce věnovaným časem po aktivity s nejméně věnovaným časem. (Obr. 6, 7, 8).



Obr. 6 – Graf aktivity ve volném čase – úplná rodina

Pokud sečtu pro lepší přehlednost 4 a 5 hodin, tak v úplné rodině jsou nejčastější aktivity:

1. kamarádi
2. počítač
3. televize

Aktivity s nejméně věnovaným časem (1 a 2 hodiny):

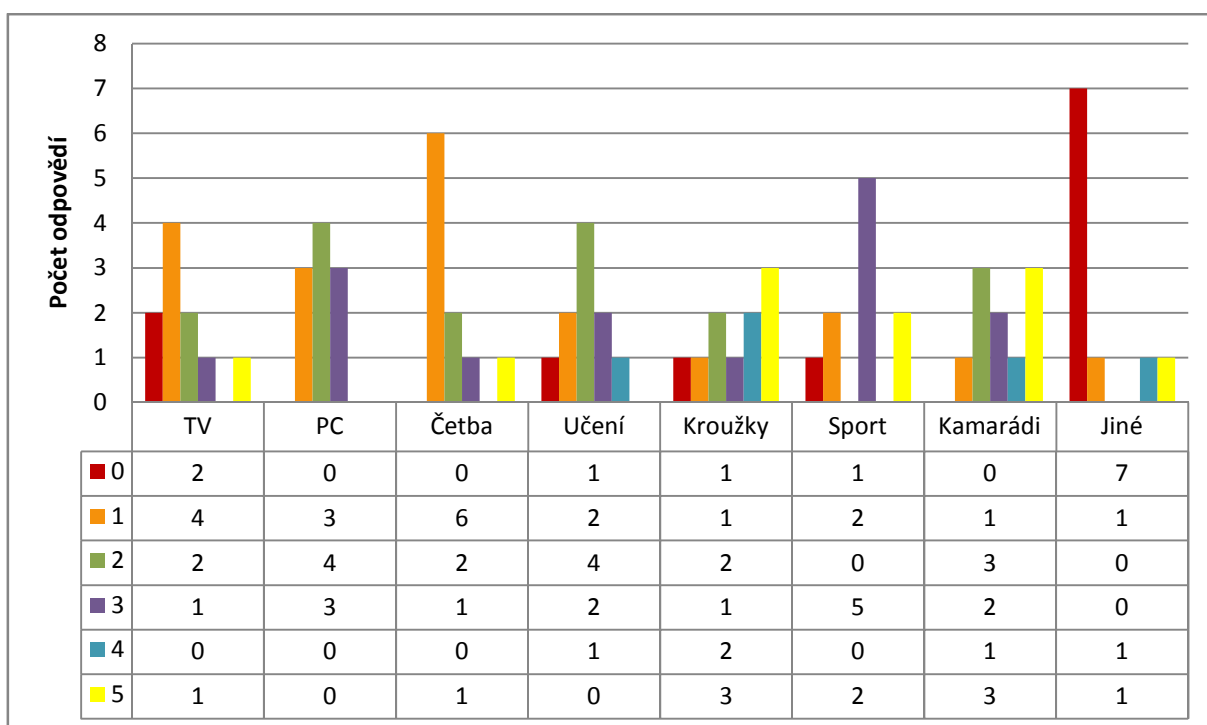
1. četba
2. učení
3. sport a jiné

Nejčastější aktivity, kterým nevěnují respondenti žádný čas:

1. Jiné
2. Kroužky
3. Četba

Ve skupině „jiné“ se objevovaly tyto odpovědi:

- povídání si s rodiči, rybaření, karate, plavání, běh, fotbal, jízda na kole, čas trávený u koní, hraní si, poslouchání hudby, hip hop, doučování, uklízení, historický šerm a air soft



Obr. 7 – Graf aktivity ve volném čase – neúplná rodina

Pokud sečtu pro lepší přehlednost 4 a 5 hodin, tak v neúplné rodině jsou nejčastější aktivity:

1. kroužky
2. kamarádi
3. sport a jiné

Aktivity s nejméně věnovaným časem (1 a 2 hodiny):

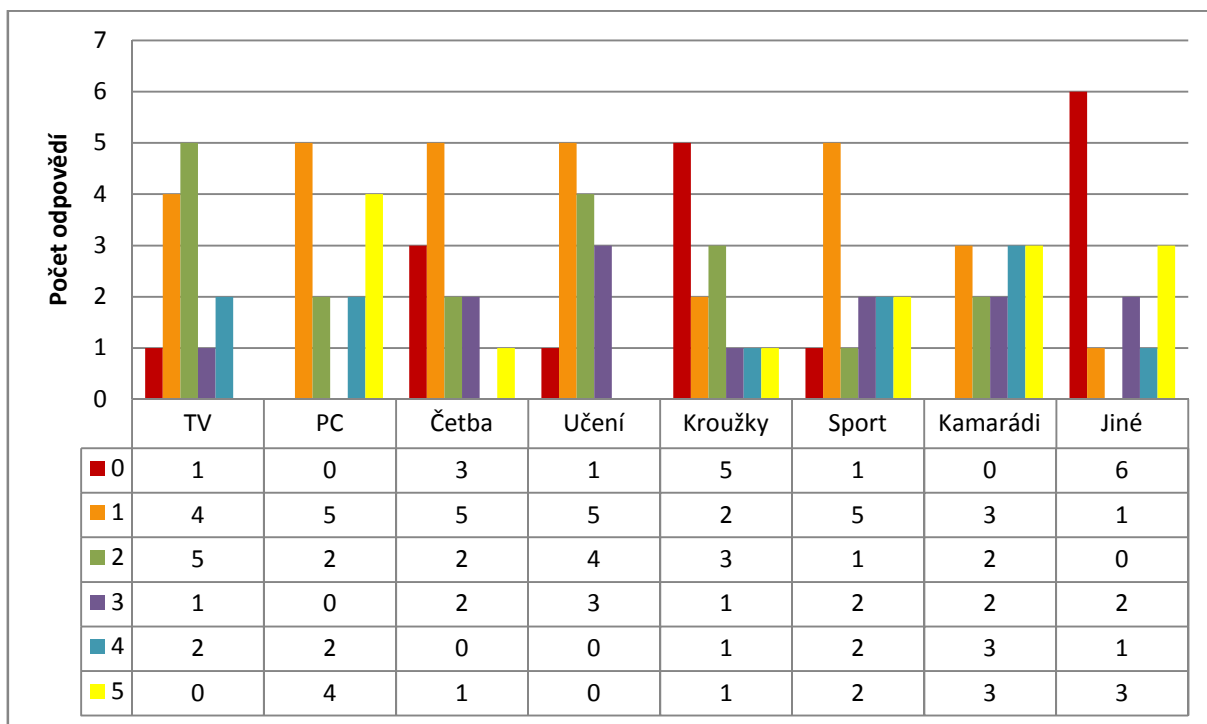
1. četba
2. počítač
3. televize, učení

Nejčastější aktivity, kterým nevěnují respondenti žádný čas:

1. jiné
2. televize
3. učení, kroužky, sport

Ve skupině „jiné“ se objevovaly tyto odpovědi:

- koně, hudba, pomoc mladšímu bratrovi



Obr. 8 – Graf aktivity ve volném čase – doplněná rodina

Pokud sečtu pro lepší přehlednost 4 a 5 hodin, tak v doplněné rodině jsou nejčastější aktivity:

1. kamarádi
2. sport, jiné
3. televize, kroužky

Aktivity s nejméně věnovaným časem (1 a 2 hodiny):

1. televize, učení
2. počítač, četba
3. sport

Nejčastější aktivity, kterým nevěnují respondenti žádný čas:

1. jiné
2. kroužky
3. četba

Ve skupině „jiné“ se objevovaly tyto odpovědi:

- poslouchání hudby, péče o křečka, tanec, čas trávený s koňmi, čajovna, spánek, air soft (2 x)

Položka č. 13

V následujících otázkách (č. 13, 14, 15) uvádím výsledné hodnoty v indexu. Index ukazuje kvalitu života. Čím je index vyšší, tím je KŽ lepší. Hodnoty indexu jsou zprůměrované za všechny respondenty se zaokrouhlením na jedno desetinné místo (Tab. 8., 9., 10.).

Kolik času tráví respondenti s rodinou – viz příloha A.

Respondenti označovali políčka VAS 0 – 5 v dotazu na to, jak často společně jí, povídají si o běžných věcech, hrají hry, dívají se na televizi, chodí na procházky a na návštěvy.

Tabulka 8 - Čas trávený s rodinou

Skupina	průměrný index
Úplná rodina	2,2
Neúplná r.	1,9
Doplněná r.	2,1

Nejnižší možný index zde je 1 a nejvyšší 6. Nejnižší index respondenta zde činil 1,12 a nejvyšší činil 3,6. Z tabulky vyplývá, že KŽ v oblasti společně tráveného času s rodinou je nejvyšší v úplných rodinách. Na dalším místě je doplněná rodina a nejhůře na tom je neúplná rodina. Otázkou zůstává, zda tento malý rozdíl v desetinných místech může být statisticky významný či nikoliv.

Položka č. 14

V této otázce respondenti hodnotili ve škále 1 - 5 svůj zdravotní stav, svůj vzhled, svůj život, jak se těší na budoucnost, zda pocítují osamělost, zda se cítí šťastní a jak hodnotí vztahy v rodině a vztahy s rodiči.

Tato otázka zahrnuje více aspektů na základě, kterých opět můžeme hodnotit subjektivní kvalitu života dětí pomocí indexu. Nejprve uvádím tabulku s výslednými indexy a pak tři tabulky dle typu rodiny s vybranými dotazy (život, budoucnost, pocit štěstí, vztahy v rodině), kde jsou výsledky dle počtu odpovědí. Tyto vybrané dotazy mi přišli významné pro hodnocení KŽ, proto je ještě navíc prezentuji. Pocit osamělosti se významově otáčí a je na to brán ohled při zpracovávání výsledků (Tab. 9, 10, 11, 12).

Tabulka 9 - Hodnocení svého života

Skupiny	průměrný index
Úplná rodina	2,6
Neúplná r.	2,3
Doplněná r.	2,5

Index je v rozmezí 1 – 5. Nejnižší index respondenta zde činil 1,29 a nejvyšší 5. Čím vyšší je index, tím vyšší je KŽ. Z této tabulky vyplývá, že nejvyšší KŽ v této širší oblasti je v úplné rodině, na druhém místě je doplněná rodina a nejhorší výsledky jsou v neúplné rodině.

Tabulka 10 - Hodnocení života - úplná rodina

Úplná rodina	1	2	3	4	5
Život	12	10	9	2	0
Budoucnost	19	7	3	2	0
Šťastná/ý	12	11	6	2	1
Vztahy v rod.	15	12	3	0	2

Tabulka 11 - Hodnocení života - neúplná rodina

Neúplná rod.	1	2	3	4	5
Život	4	5	1	0	0
Budoucnost	2	2	4	1	1
Šťastná/ý	3	4	3	0	0
Vztahy v rod.	2	6	1	0	1

Tabulka 12 - Hodnocení života - doplněná rodina

Doplněná r.	1	2	3	4	5
Život	7	2	2	2	0
Budoucnost	4	1	5	0	3
Šťastná/ý	5	2	5	1	0
Vztahy v rod.	4	7	0	1	1

Z tabulky úplné rodiny vyplývá:

- svůj život respondenti hodnotí poměrně dobře, ale dva respondenti uvedli č. 4
- na budoucnost se respondenti celkem těší, ale dva uvedli č. 4
- 23 respondentů se cítí ve svém životě šťastní, 6 respondentů uvedlo průměrně a 3 uváděli nejhorší možné odpovědi
- 27 respondentů hodnotí vztahy v rodině za dobré, 3 respondenti průměrně a dva velmi špatné

Z tabulky neúplné rodiny vyplývá:

- svůj život respondenti hodnotí poměrně dobře
- budoucnost 4 respondenti hodnotí dobře, 4 průměrně a dva špatně
- 7 respondentů se cítí ve svém životě šťastných a tři pocit štěstí hodnotí průměrně
- 8 respondentů hodnotí vztahy v rodině za dobré, jeden průměrně a jeden špatně

Z tabulky doplněné rodiny vyplývá:

- svůj život hodnotí 9 respondentů dobře, dva průměrně a dva špatně
- na budoucnost se těší 5 respondentů, pět udává průměrnou hodnotu a tři se netěší na budoucnost
- 7 respondentů se cítí ve svém životě šťastných, pět průměrně a jeden respondent označil č. 4
- vztahy v rodině jsou u 11 respondentů dobré a u dvou špatné

Položka č. 15

Respondenti ve škále 0 – 5 zaznamenávali ke každému zdravotnímu problému, zda a nakolik je trápil v posledních dvou měsících. 0 znamená, že se tento problém nevyskytoval a 5 každý den. Mezi zdravotní problémy, na které respondenti odpovídali, jsem zařadila bolest hlavy, bolest břicha, bolest zad, krční páteře, únava, vyčerpanost, strach, nervozita, úzkost, podrážděnost, špatná nálada a poruchy spánku – viz příloha A.

Tímto dotazem jsem chtěla zjistit, jaký je výskyt zdravotních obtíží v jednotlivých rodinách. Výsledek zdravotních obtíží je v jednotlivých typech rodin hodnocen indexy. Opět platí, že čím je vyšší index, tím je vyšší KŽ (Tab. 16).

Tabulka 4 - Zdravotní problémy

Skupiny	průměrný index
Úplná rodina	3,1
Neúplná r.	2,9
Doplněná r.	2,6

Index je v rozmezí 1 – 6. Nejnižší u respondentů činil 1,29 a nejvyšší byl 5,33. Z následující tabulky vyplývá, že KŽ v oblasti zdravotního stavu je nejlepší v úplných rodinách. Následuje neúplná rodina a jako nejhorší skupina je doplněná rodina.

Položka č. 16

Neúplná rodina je často zmiňovaná jako jeden z rizikových faktorů ve smyslu rozvoje některých zdraví ohrožujících návyků a závislostí. V položkách 16 – 22 je zjišťováno kouření cigaret a pití alkoholických nápojů. Frekvence užívání těchto látek přirozeně stoupala s věkem sledovaných dětí.

V této položce respondenti odpovídali, zda někdy kouřili cigaretu. Tabulka rozděluje respondenty dle typu rodiny, věku. Výsledky v tabulce jsou dle počtu odpovědí absolutní a relativní četnosti (Tab. 10).

Tabulka 5 - Ochutnání cigarety

Typ rodiny	Úplná rodina				Neúplná rodina				Doplněná rodina			
	11-13	14-15	n _i	% (f _i)	11-13	14-15	n _i	% (f _i)	11-13	14-15	n _i	% (f _i)
Ano	8	14	22	67%	4	3	7	70%	2	10	12	92%
Ne	9	2	11	33%	0	3	3	30%	1	0	1	8%
Σ			33	100%			10	100%			13	100%

Úplná rodina:

Z mladších respondentů devět cigaretu neochutnalo a osm ano. Ze starších respondentů dva neochutnali a čtrnáct ano. Celkem v úplné rodině 33 % dětí ještě nikdy nekouřilo cigaretu a 67 % ano.

Neúplná rodina:

Z mladších respondentů všichni čtyři už ochutnali cigaretu a ze starších tři ano a tři ne. Celkem v neúplné rodině 30 % dětí ještě nikdy nekouřilo cigaretu a 70 % ano.

Doplněná rodina:

Z mladších respondentů jeden neochutnal a dva ano. Ze starších všech deset už někdy kouřilo. Celkem v doplněné rodině 8 % nikdy nekouřilo cigaretu a 92 % ano.

Položka č. 17 a 18

Jak často v současné době respondenti kouří a kolik kusů cigaret vykouří za jeden měsíc – viz příloha A. Tato položka je jako podotázka pro respondenty, kteří v předchozí otázce odpověděli, že již někdy ochutnalo cigaretu.

Tabulka je členěna dle typu rodiny, věku (počet odpovědí) a kolik kusů cigaret respondenti vykouří za měsíc (Tab. 11).

Tabulka 11 - Kouření respondentů

Typ rodiny	Úplná rodina			Neúplná rodina			Doplněná rodina		
	Věk, ks	11-13	14-15 ks/měsíc	11-13	14-15 ks/měsíc	11-13	14-15 ks/měsíc	11-13	14-15 ks/měsíc
Každý den	1	3	30-60	0	0	0	0	0	0
Nejm. 1 x /t.	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Méně než 1 x/t.	1	2	2-20	1	1	1-30	1	2	1-20
Nekouřím	6	9	0	3	2	0	2	0	0

V úplné rodině je v mladším věku 6 nekuřáků a dva kuřáci a ve starším věku devět nekuřáků a pět kuřáků. Celkově 4 respondenti uvedli, že kouří každý den a počet kusů cigaret uváděli v rozmezí 30 – 60 za měsíc. Tři uvedli, že kouří méně než jednou týdně a množství uváděli 2 – 20 kusů cigaret za měsíc.

V neúplné rodině jsou v mladším věku tři nekuřáci a jeden kuřák. Ve starším věku jsou dva nekuřáci a jeden kuřák. Celkem kouří dva respondenti a to méně než jednou týdně. Počet vykouřených cigaret za měsíc uvedli 1 – 30.

V doplněné rodině jsou v mladším věku dva nekuřáci a jeden kuřák. Ve starším věku jsou dva kuřáci. Celkem tři kuřáci kouří méně než jednou týdně s počtem vykouřených cigaret 1 – 20 kusů za měsíc.

Položka č. 19

Zde respondenti odpovídali, zda kouří jejich rodiče a kamarád/ka ve škále 0 – 5, kdy nula znamená, že nekouří a pět znamená každý den – viz příloha A.

Tato otázka je rozložena do dvou tabulek a to podle toho, zda jde o respondenty nekuřáky nebo kuřáky. Výsledná čísla udávají počet odpovědí (Tab. 12, 13).

Tabulka 12 - Kouření u kamarádů a rodičů u těch, co nekouří

Typ rodiny	Úplná rodina						Neúplná rodina						Doplněná rodina					
Škála	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
Kamarád/ka	16	7	0	1	1	1	5	0	0	1	2	0	2	3	0	0	0	0
Otec	20	0	0	1	3	2	4	1	0	0	0	3	1	0	0	0	1	3
Matka	20	0	0	2	2	2	5	0	0	1	1	1	2	0	0	0	1	2

Tabulka 13 - Kouření u kamarádů a rodičů u těch, co kouří

Typ rodiny	Úplná rodina						Neúplná rodina						Doplněná rodina					
Škála	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
Kamarád/ka	2	0	1	0	1	3	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	2	2
Otec	4	0	0	0	1	2	2	0	0	0	0	0	3	1	0	0	1	3
Matka	5	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	4	0	0	0	1	3

V úplné rodině respondenti kuřáci uvádějí:

- u dvou respondentů kamarád/ka nekouří, u dvou kamarád kouří často, u tří respondentů kouří kamarád/ka několikrát za den
- u čtyř respondentů je otec nekuřák a u třech respondentů kouří otcové několikrát denně
- u pěti respondentů je matka nekuřačka, a u dvou kouří méně než jednou denně

V úplné rodině respondenti nekuřáci uvádějí:

- u 16 respondentů kamarád/ka nekouří, u sedmi kouří, ale velice málo, u třech kouří častěji
- u 20 respondentů je otec nekuřák a u šesti otcové kouří častěji
- u 20 je matka nekuřačka a u šesti matky kouří častěji

V neúplné rodině respondenti kuřáci uvádějí:

- u jednoho kamarád/ka kouří, ale minimálně a u jednoho kamarád kouří častěji
- zde jsou pouze dva otcové a to nekuřáci
- jedna matka nekuřačka a jedna kouří minimálně

V neúplné rodině respondenti nekuřáci uvádějí:

- u pěti jsou kamarádi/ky nekuřáci a u třech kouří častěji
- čtyři otcové nekuřáci, jeden kouří minimálně a tři velké množství denně
- pět matek nekouří a tři častěji

V doplněné rodině respondenti kuřáci uvádějí:

- u jednoho je kamarád/ka nekuřák, jeden kouří minimálně a šest kouří častěji
- tři otcové nekuřáci, jeden kouří minimálně a čtyři denně
- čtyři matky nekuřačky a čtyři kouří denně

V doplněné rodině respondenti nekuřáci uvádějí:

- u dvou kamarád/ka nekouří a tři minimálně
- jeden otec nekuřák a tři kouří denně
- dvě matky nekuřačky a tři kouří denně

Položka č. 20

Respondenti zde odpovídali, zda už někdy pili alkoholický nápoj.

Tabulka je členěna dle typu rodiny a věku. Výsledná čísla znamenají počet odpovědí (Tab. 14).

Tabulka 6 - Pití alkoholu

Typ rodiny Věk, n _i , f _i	Úplná rodina				Neúplná rodina				Doplněná rodina			
	11-13	14-15	n _i	% (f _i)	11-13	14-15	n _i	% (f _i)	11-13	14-15	n _i	% (f _i)
Ano	14	16	30	91%	4	5	9	90%	3	10	13	100%
Ne	3	0	3	9%	0	1	1	10%	0	0	0	0%
Σ			33	100%			10	100%			13	100%

Úplná rodina

- tři, ze sedmnácti mladších respondentů, neochutnalo nikdy alkohol
- všech šestnáct starších respondentů ochutnalo alkohol

Neúplná rodina

- všichni čtyři mladší respondenti již ochutnali alkohol
- pět z šesti starších respondentů ochutnalo alkohol.

Doplněná rodina

- všichni respondenti doplněné rodiny již někdy ochutnali alkohol.

Položka č. 21

Zde odpovídali, jak často v současné době pijí alkoholické nápoje.

Výsledky jsou uvedeny v následující tabulce podle typu rodiny a věku v počtu odpovědí a na závěr jsou údaje vždy uvedeny v absolutní a relativní četnosti (Tab. 15).

Tabulka 15 - Konzumace alkoholu

Typ rodiny	Úplná rodina				Neúplná rodina				Doplněná rodina			
	11-13	14-15	n _i	% (f _i)	11-13	14-15	n _i	% (f _i)	11-13	14-15	n _i	% (f _i)
Každý den	0	0	0	0%	0	0	0	0%	0	0	0	0%
Alešp. 1x.t.	1	2	3	10%	0	0	0	0%	0	2	2	15%
Méně než 1x.t.	1	2	3	10%	2	0	2	22%	0	2	2	15%
Výjimečně	9	10	19	66%	2	4	6	67%	3	6	9	69%
Nepijí	2	2	4	14%	0	1	1	11%	0	0	0	0%
Σ	13	16	29	100%	4	5	9	100%	3	10	13	100%

1. Úplná rodina

a) Mladší respondenti

- dva mladší respondenti alkohol nepijí
- devět respondentů pije výjimečně
- jeden pije méně než jednou týdně
- jeden alespoň jednou za týden

b) Starší respondenti

- dva starší respondenti alkohol nepijí
- deset jich pije výjimečně
- dva respondenti pijí alkohol méně než jednou za týden
- dva alespoň jednou týdně

Celkem v úplné rodině nepije 14 % respondentů, 66 % výjimečně, 20 % častěji.

2. Neúplná rodina

a) Mladší respondenti

- dva z mladších respondentů pijí výjimečně
- dva pijí méně jak jednou týdně

b) Starší respondenti

- jeden respondent nepije alkohol
- čtyři respondenti výjimečně.

Celkem v neúplné rodině 11 % respondentů nepije alkohol, 67 % výjimečně a 22 % méně než jednou za týden.

3. Doplněná rodina

- a) Mladší respondenti
 - všichni tři mladší respondenti pijí výjimečně alkohol
- b) Starší respondenti
 - šest starších respondentů pije výjimečně alkohol
 - čtyři pijí častěji

Celkem v doplněné rodině 69 % respondentů pije výjimečně alkohol, 15 % méně než jednou týdně a 15 % více jak jednou týdně.

Položka č. 22

Zda se respondenti někdy opili.

Odpovědi jsou v následující tabulce hodnoceny dle typu rodiny a věku (počtem odpovědí) a na závěr je vždy absolutní a relativní četnost (Tab. 16).

Tabulka 16 - Opilost

Typ rodiny	Úplná rodina				Neúplná rodina				Doplněná rodina			
	Věk, n_i , f_i	11-13	14-15	n_i	% (f_i)	11-13	14-15	n_i	% (f_i)	11-13	14-15	n_i
Vícekrát	3	6	9	30%	1	1	2	22%	1	1	2	22%
Jednou	3	3	6	20%	2	1	3	33%	2	1	3	33%
Neopil/a se	8	7	15	50%	1	3	4	44%	1	3	4	44%
Σ	14	16	30	100%	4	5	9	100%	4	5	9	100%

1. Úplná rodina

- a) Mladší respondenti
 - osm mladších respondentů se nikdy neopilo
 - tři jedenkrát
 - tři vícekrát
- b) Starší respondenti
 - sedm respondentů se nikdy neopilo
 - tři jedenkrát
 - šest vícekrát

Celkem se v úplné rodině 50 % respondentů nikdy neopilo, 20 % jedenkrát a 30 % víckrát.

2. Neúplná rodina

a) Mladší respondenti

- jeden se nikdy neopil
- dva respondenti jedenkrát
- jeden víckrát

b) Starší respondenti

- tři ze starších respondentů se nikdy neopili
- jeden respondent se opil jedenkrát
- jeden víckrát

Celkem se v úplné rodině 44 % respondentů nikdy neopilo, 33 % jedenkrát a 22 % víckrát.

3. Doplněná rodina

a) Mladší respondenti

- všichni tři mladší respondenti se nikdy neopili

b) Starší respondenti

- čtyři ze starších respondentů se jednou opilo
- šest víckrát

Celkem se v doplněné rodině 23 % respondentů nikdy neopilo, 31 % jedenkrát a 46 % víckrát.

Diskuze

Výzkum byl zaměřen na subjektivní hodnocení kvality života dětí ve věku 11 – 15 let ve vztahu k rodině. Otázky, které byly položeny na začátku výzkumu, se zaměřují na to, v kterém typu rodiny je nejvyšší kvalita života a zda ji ovlivňuje čas trávený s rodinou. Zda je v některých typech rodiny horší zdravotní stav ve smyslu psychosomatických potíží a vyšší výskyt negativního chování ve smyslu kouření cigaret a pití alkoholických nápojů.

Kvalitu života (dále jen KŽ) bychom mohli posuzovat z různých pohledů a hodnotit vztahově různé otázky v mém dotazníku. Nejdůležitější aspekty jsem shrnula do samostatné otázky, kde respondenti odpovídali na to, jak hodnotí svůj zdravotní stav, svůj život, vzhled, to, jak se těší na budoucnost, pocit štěstí, osamělosti, vztahy v rodině a vztahy s rodiči. V této oblasti bylo zjištěno, že kvalitu života hodnotí nejlépe děti v úplných rodinách (2,6) a nejhůře děti v neúplných rodinách (2,3). Čím je vyšší index, tím je vyšší kvalita života. Je však otázkou, zda je rozsah třech desetin v tomto souboru respondentů statisticky významný.

Nejvyšší KŽ z pohledu času stráveného s rodinou vykazují respondenti v úplné rodině (2,2), pak v doplněné rodině (2,1) a nejnižší v neúplné rodině (1,9). Zjistila jsem, že v dotazu, jak často se společně stravují, je u všech respondentů podobný počet, což je průměrně 62 % denně popř. téměř každý den. Je to poměrně pozitivní výsledek, když vezmeme v úvahu, jak je dnes „uspěchaná doba“ oproti minulosti, v které si dnes dá „každý“ člen rodiny k večeři něco jiného a v jinou dobu. Odborníci z Národního centra pro závislosti a zneužívání léků (CASA) Kolumbijské univerzity v New Yorku zjistili, že rodinné večeře jsou prevencí proti závislostem u teenagerů. Zajímavé je, že 84 % dětí (z počtu 1063) v jejich výzkumu uvedlo, že večeřet s rodinou by se jim líbilo. Šlo přitom o teenagery, o nichž jejich rodiče řekli, že jsou problematictí a nechťejí komunikovat.⁶⁴

V otázce negativního chování (cigarety, alkohol) jsem zjistila, že 67 % respondentů v úplné rodině ochutnalo cigaretu, v neúplné 70 % a v doplněné 92 %. Dále kouří v úplné rodině 31 %, v neúplné 28 % a v doplněné to je 60 % respondentů.

Celkem 90 % respondentů v úplné a neúplné rodině a 100 % respondentů v doplněné rodině už ochutnalo alkohol a z nich ho dál pije v úplné rodině 75 %, v neúplné 80 % a v doplněné rodině 100 %.

⁶⁴ Deník. *Rodinné večeře jsou prevencí proti závislostem.*

Z těchto údajů se vyplývá, že výskyt negativního chování je vyšší v neúplných a především v doplněných rodinách než v rodinách úplných.

Zdravotní stav se ukázal nejlepší v úplné rodině (3,1), pak v neúplné (2,9) a nejhorší v doplněné (2,6). Abychom si dokázali udělat obrázek o tom, jak na tom děti jsou všeobecně, tak dohromady ze všech 56 respondentů uvádělo výborný zdravotní stav 79 %, průměrný 20 % a horší zdravotní stav 1 % dětí, což jsou velice dobré výsledky.

Prevalence somatických obtíží je v dětské populaci vysoká: recidivující bolesti břicha jsou příčinou celých 5 % všech návštěv pediatra a udává se, že bolesti hlavy postihují 20 až 55 % všech dětí. V adolescenci si 10 % všech dospívajících stěžuje na časté bolesti hlavy, bolesti na hrudi, nauzeu (pocit na zvracení) a únavu. Všeobecným průzkumem v populaci adolescentů (stáří od 12 do 16 let) se zjistilo, že úzkostnými somatickými obtížemi trpí 11 % dívek a 4 % chlapců.

Při hodnocení kvality života jsem se pro zajímavost podívala na děti, které měly nejhorší výsledky. Zajímavé bylo, že respondentem, který na tom byl úplně nejhůře, byla dívka z úplné rodiny. Měla nejnižší KŽ ze všech respondentů opakovaně ve více otázkách. Velice špatně se svěřovala rodičům se svými problémy, vztahy v rodině i s rodiči hodnotila jako velice špatné, cítila se nešťastná a svůj život hodnotila jako špatný. U této dívky se objevovaly denně psychosomatické potíže (bolest hlavy, únava, vyčerpanost, nervozita a úzkost, podrážděnost a poruchy spánku).

Vybrala jsem tři „nejhorší“ respondenty. Všechny to byly dívky ve věku 14 – 15 let, jedna byla z úplné a dvě z doplněné rodiny. Všechny tři se špatně svěřovaly rodičům, byly nešťastné a výrazně se u nich projevovaly psychosomatické potíže.

Zde je názorně vidět, že v těchto třech rodinách jsou problémy, které pravděpodobně vedou k psychosomatickým potížím. Do problémů samozřejmě hlouběji nevidíme, ale již HBSC (The Health Behaviour in School-aged Children) studie ukázala, že dívky často hodnotí svůj zdravotní stav hůře než chlapci (jako velmi dobrý a dobrý zdravotní stav 89,5 % chlapců a 87,1 % dívek, jako ne moc dobrý a špatný 10,5 % chlapců a 12,9 % dívek). Prokázali také statisticky významnou souvislost ($p < 0,001$) mezi hodnocením pocitu štěstí a věkem dětí. Nejšťastnější ze sledovaných věkových kategorií byly jedenáctileté děti a pocit štěstí se s věkem zhoršoval.⁶⁵

⁶⁵ Csémy, L. et al. *Životní styl a zdraví českých školáků*. str. 12-14

Závěr

Cílem výzkumu bylo zjistit, zda je lepší kvalita života dětí v úplné, primární rodině než v neúplné a doplněné rodině. Počet respondentů byl v úplné rodině 33, v neúplné 10 a v doplněné 13. Dle výsledků mého výzkumu vyšlo, že děti z úplné rodiny mají opravdu nejlepší kvalitu života (celkem o 0,3).

Nejčastěji respondenti tráví svůj volný čas s kamarády. Z pohledu rodinných aktivit tráví respondenti nejvíce času s rodiči v úplné rodině. Měli bychom mít na paměti, že vztahy s vrstevníky a schopnost komunikace (všeobecně) je v tomto věku pro děti velice důležitá, a mají úzkou souvislost s jejich pocitem zdraví a spokojenosti.

Psychosomatické potíže se nejvíce objevovaly v doplněné rodině. Na druhém místě byla neúplná rodina. Tyto informace se shodují s HBSC studií, kde zjistili, že s horší formální strukturou rodiny se zvyšuje výskyt psychosomatických potíží a snižuje se životní spokojenost.⁶⁶ Naopak hodnocení zdravotního stavu mělo neočekávané výsledky, kdy ho nejlépe hodnotili respondenti z neúplné rodiny (90 %), pak z úplné (78 %) a nakonec z doplněné rodiny (69 %). Tyto výsledky přičítám malému vzorku dětí.

Negativní chování se vyskytuje u 57 respondentů v hojné míře. Celkem z tohoto počtu kouřilo cigaretu 41 respondentů a dál nekouří pouze 22 dětí. Alkohol ochutnalo dokonce 51 respondentů a dál ho nepije jen 5 dětí. Toto jsou varovná čísla. Respondenti jsou nezletilí a tyto látky mají ze zákona zakázané. Proto bychom se měli zamyslet nad tím, proč jsou čísla tak vysoká. Možná je to proto, že se rodiče dětem dostatečně nevěnují, možná mají příliš volného času, a přemýšlí, jak si ho „zkrátit“ a určitě mají silný vliv i vrstevníci a party, do kterých se snaží děti zapadnout, viz kapitoly *1.2 Volný čas, zájmová činnost a vrstevníci*, *1.3 Negativní návyky a závislost*

Kvalitu života u dětí je důležité i nadále a nejlépe pravidelně sledovat, jelikož úzce souvisí se zdravím. Měli bychom si uvědomit, že zdraví dítěte je základní podmínkou pro jeho harmonický vývoj, a že chabé zdraví může významně narušovat schopnosti a vývoj dítěte a zamezit dosažení jejich cílů.

Zdravotní sestra by takovéto studie měla znát, protože jejím úkolem je nejen ošetřovat nemocné, ale také snaha udržet a podporovat zdraví. Když ví, že některé příznaky jsou typické pro psychosomatické potíže, bude lépe chápat, proč jsou některé děti nemocné

⁶⁶ Csémy, L. et al. *Životní styl a zdraví českých školáků*. str. 17

a uvědomí si, že středem pozornosti nemusí být jen samotné dítě, ale celá rodina, která na něho působí. Nezapomínejme, že člověk je holistická – bio-psychosociální bytost, a proto musíme vždy všechny tyto složky zohledňovat.

POUŽITÁ LITERATURA

1. CURRIE, C. et al. *Young people's health in context*. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. (Health Policy for Children and Adolescents); No. 4. WHO 2004. ISBN 92 890 1372 9.
2. *Demografická ročenka České republiky 2007* [online]. Praha: Český statistický úřad [cit. 2009-02-23].

Dostupný z WWW:

<<http://www.czso.cz/>>.
3. GEIST, Bohumil. *Psychologický slovník*. Praha : Vodnář, 2000. ISBN 80-86226-07.
4. GIDDENS, Anthony. *Sociologie*. Praha : Argo, 1999. ISBN 80-7203-124-4.
5. HAMPLOVÁ, Dana. *Životní spokojenost, štěstí a rodinný stav v 21 evropských zemích*. Sociologický časopis. 2006, roč. 42, č. 1, s. 35-56.
6. International Living. *2008 Quality of Life Index* [online]. 1992, 2009 [cit. 2008-04-14].

Dostupný z WWW: <www.internationalliving.com>.
7. KEBZA, Vladimír. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha : Akademie věd České Republiky, 2005. ISBN 80-200-1307-5.
8. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologická pojetí a způsoby zjišťování kvality života* [online]. Praha : 2006 , 16. 3. 2009 [cit. 2005-01-14].
Dostupný z WWW: <<http://jaro.krivohlavy.cz/>>.
9. LANGMEIER, Josef, KREJČÍŘOVÁ, Dana. *Vývojová psychologie*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-195-X.
10. LANGMEIER, Josef; MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychická deprivace v dětství*. 2. přeprac. vyd. Praha : Státní zdravotnické nakladatelství, 1974.
11. MAREŠ, Jiří a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno : MSD, spol. s.r.o., 2006. ISBN 80-86633-65-9.
12. MATĚJČEK, Zdeněk. *Výbor z díla*. Praha : Karolinum, 2005. ISBN 80-246-1056-6.
13. MOŽNÝ, Ivo. *Rodina a společnost*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2006. ISBN 80-86429-58-X.
14. MOŽNÝ, Ivo. *Česká společnost : Nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*. Praha : Portál, 2002. ISBN 80-7178-624-1.
15. NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost : současné poznatky a perspektivy léčby*. Praha: Portál, s.r.o, 2003. ISBN 80-7178-831-7.

16. NEŠPOR, Karel. *Alkohol a jiné návykové látky u dětí : Prevence v rodině* [online]. Geoprint s.r.o. Praha : Státní zdravotní ústav, 2004, 2008 [cit. 2008-01-07]. Dostupný z WWW: <<http://www.szu.cz/publikace/letaky-v-pdf>>.
17. PAYNE, Jan. *Kvalita života a zdraví*. Praha : Triton, 2005. ISBN 80-7254-657-0.
18. *Rodinné večere jsou prevencí proti závislostem*. Deník. 3.11.2007, č. 257, s. 17.
19. SAK, Petr. *Proměny české mládeže*. Praha : Petrklíč, 2000. ISBN 80-7229-042-8.
20. SLOVÁČEK, Vladislav, SLOVÁČKOVÁ, Brigita a kol. *Vojenské zdravotnické listy* [online]. Hradec Králové : Fakulta vojenského zdravotnictví Univerzity obrany, 2004 [cit. 2009-02-23]. Dostupný z WWW: <http://www.pmfhk.cz/VZL/VZL%201_2004/Vz11_2.%20Slovacek.pdf>.
21. SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny*. Praha : Portál, s.r.o, 2001. ISBN 80-7178559-8.
22. CSÉMY, L. et al. *Životní styl a zdraví českých školáků*. The Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). 1. vyd., Praha : Psychiatrické centrum 2005. ISBN 80-85121-94-8.
23. VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie I. : Dětství a dospívání*. Praha : Karolinum, 2005. ISBN 80-246-0956-8.
24. ZVÍROTSKÝ, Michal. *Explicně vyjádřená témata sexuality ve výzkumu individuální kvality života dětí a dospívajících : Sborník z kongresu Pardubice 2006* [online]. Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu. PhpRS, 2001, 20. 3. 2009 [cit. 2006-10-22]. Dostupný z WWW: <<http://www.planovanirodiny.cz/search.php>>.

PŘÍLOHA A

DOTAZNÍK

Žáci a žákyně,

prosím Vás o vyplnění tohoto dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce s názvem: Kvalita života dětí ve vztahu k rodině. Správné odpovědi křížkujte → . Tento dotazník je anonymní. Odpovídejte prosím pravdivě. Za spolupráci Vám předem děkuji.

Daniela Příhodová

1. Pohlaví:

- Chlapec
- Dívka

2. Věk:

- 11 – 13 let
- 14 – 15 let

3. Označ osoby, s kterými doma bydlíš (u sester a bratrů uveď počet)

- | | |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vlastní Matka | <input type="checkbox"/> Vlastní bratr/ři |
| <input type="checkbox"/> Nevlastní matka | <input type="checkbox"/> Nevlastní bratr/ři |
| <input type="checkbox"/> Vlastní otec | <input type="checkbox"/> Babička |
| <input type="checkbox"/> Nevlastní otec | <input type="checkbox"/> Děda |
| <input type="checkbox"/> Vlastní sestra/y | <input type="checkbox"/> Někdo další |
| <input type="checkbox"/> Nevlastní sestra/y | |

4. Máš ještě druhý domov?

- Ne
 - Ano - a kdo tam bydlí? (opět označ)
- | | |
|---------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Vlastní Matka | <input type="checkbox"/> Vlastní bratr/ři |
| <input type="checkbox"/> Nevlastní matka | <input type="checkbox"/> Nevlastní bratr/ři |
| <input type="checkbox"/> Vlastní otec | <input type="checkbox"/> Babička |
| <input type="checkbox"/> Nevlastní otec | <input type="checkbox"/> Děda |
| <input type="checkbox"/> Vlastní sestra/y | <input type="checkbox"/> Někdo další |
| <input type="checkbox"/> Nevlastní sestra/y | |

5. Jaké je nejvyšší dosažené vzdělání tvé matky?
- Základní
 - Vyučení
 - Středoškolské
 - Vysokoškolské
 - Nevím
6. Jaké je nejvyšší dosažené vzdělání tvého otce?
- Základní
 - Vyučení
 - Středoškolské
 - Vysokoškolské
 - Nevím
7. Je tvoje matka zaměstnaná?
- Ano
 - Ne, je nezaměstnaná
 - Ne (jiný důvod například těhotenství, invalidní důchod, studium apod.)
8. Je tvůj otec zaměstnán?
- Ano
 - Ne, je nezaměstnán
 - Ne (jiný důvod například invalidní důchod, studium apod.)
9. Jaké máš kapesné?
- Nemám žádné
 - Peníze nedostávám pravidelně
 - 0 – 100 Kč /měsíc
 - 101 – 300 Kč /měsíc
 - Více
10. Jsi spokojený/á se svým kapesným?
- Ne, chtěl/a bych dostávat více peněz
 - Ano, jsem spokojený/á

11. Označ políčka dle toho, zda s uvedenými osobami hovoříš o věcech, které tě trápí. Křížkuj pouze čísla, ne kolonky. (0 znamená, že tohoto člena rodiny nemáš, 1 znamená nejlepší odpověď, 5 znamená nejhorší odpověď například velice špatně se mi s danou osobou hovoří/vůbec spolu takové věci neřešíme):

Vlastní Matka	①	②	③	④	⑤
Nevlastní matka	①	②	③	④	⑤
Vlastní otec	①	②	③	④	⑤
Nevlastní otec	①	②	③	④	⑤
Vlastní sestra/y	①	②	③	④	⑤
Nevlastní sestra/y	①	②	③	④	⑤
Vlastní bratr/ři	①	②	③	④	⑤
Nevlastní bratr/ři	①	②	③	④	⑤
Babička	①	②	③	④	⑤
Děda	①	②	③	④	⑤

12. Jak trávíš čas po škole a kolik věnuješ jednotlivým aktivitám času (0 znamená, tuto činnost neprovozují, další čísla určují čas v hodinách)?

Sledování televize:	①	②	③	④	⑤
Hry/práce na počítači:	①	②	③	④	⑤
Čtení knih/časopisů:	①	②	③	④	⑤
Učení/děláné úkolů:	①	②	③	④	⑤
Zájmové kroužky (kam docházíš pravidelně) :	①	②	③	④	⑤
Nějaký sport (jízda na kole, lyžování, plavání a další) :	①	②	③	④	⑤
Trávení času s kamarády:	①	②	③	④	⑤
Jiné aktivity (Uveď jaké a ohodnoť číslem jako v předchozích otázkách)	①	②	③	④	⑤
.....	①	②	③	④	⑤

13. Kolik času trávíš s rodinou (0 znamená, takto spolu čas netrávíme, 1 znamená každý den, 2 znamená skoro každý den, 3 znamená 1 x týdně, 4 znamená méně než 1 x týdně, 5 znamená ojedinele)?

Jíme společně: ① — ② — ③ — ④ — ⑤

Díváme se na televizi: ① — ② — ③ — ④ — ⑤

Povídáme si o běžných věcech:

① — ② — ③ — ④ — ⑤

Hrajeme společně hry (jakékoliv):

① — ② — ③ — ④ — ⑤

Chodíme společně na procházky/výlety/ sportovat:

① — ② — ③ — ④ — ⑤

Chodíme na návštěvy ke známým/příbuzným:

① — ② — ③ — ④ — ⑤

14. Hodnot' jednotlivé otázky (číslo 1 znamená nejlepší odpověď/100 % ano, číslo 5 znamená nejhorší odpověď/100 % ne).

Jak hodnotíš svůj zdravotní stav? ① — ② — ③ — ④ — ⑤

Jak bys ohodnotil/a svůj vzhled? ① — ② — ③ — ④ — ⑤

Jak bys ohodnotil/a svůj život? ① — ② — ③ — ④ — ⑤

Těšíš se na budoucnost? ① — ② — ③ — ④ — ⑤

Pocít'uješ někdy osamělost? ① — ② — ③ — ④ — ⑤

Cítíš se šťastná/ý? ① — ② — ③ — ④ — ⑤

Jak bys popsal/a vztahy ve vaší rodině?

① — ② — ③ — ④ — ⑤

Jak bys popsal/a vztah k rodičům?

① — ② — ③ — ④ — ⑤

15. Označ ke každému zdravotnímu problému, zda a nakolik tě trápil v posledních dvou měsících (0 znamená vůbec, 1 jednou měsíčně, 2 jednou týdně, 3 každý týden, 4 několikrát do týdne, 5 každý den).

bolest hlavy	①	②	③	④	⑤
bolest břicha	①	②	③	④	⑤
bolest zad, krční páteře	①	②	③	④	⑤
únava, vyčerpání	①	②	③	④	⑤
strach (víš z čeho)	①	②	③	④	⑤
nervozita, úzkost (nevíš z čeho)	①	②	③	④	⑤
podrážděnost, špatná nálada	①	②	③	④	⑤
poruchy spánku (např. potíže s usínáním, buzení v noci a podobně)	①	②	③	④	⑤

16. Kouřil/a jsi někdy cigaretu?

- Ano
- Ne

17. Jak často v současné době kouříš:

- Každý den
- Nejméně jednou týdně, ale ne denně
- Méně často než jednou týdně
- Nekouřím (neodpovídej na následující otázku)

18. Kolik kusů cigaret vykouříš za jeden měsíc?

Uveď přibližný počet:

19. Kouří tvůj/tvoje dobrý/á kamarád/ka a tví rodiče (0 znamená nekouří, 1 znamená, kouří velice málo (méně než jednou týdně), 2 kouří alespoň jednou týdně, 3 několikrát týdně, 4 každý den menší počet - do 2 ks, 5 každý den větší počet)?

Kamarád/ka	①	②	③	④	⑤
Otec	①	②	③	④	⑤
Matka	①	②	③	④	⑤

20. Pil jsi někdy alkoholický nápoj?
- Ano
 - Ne
21. Jak často v současné době piješ alkoholické nápoje:
- Každý den
 - Nejméně jednou týdně, ale ne denně
 - Méně často než jednou týdně
 - Zřídka/méně než jednou měsíčně
 - Nepiji alkohol
22. Opil/a jsi se někdy?
- Ne
 - Ano, jednou
 - Ano, víckrát