ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST ČESKÝCH DĚTÍ JAKO VÝZNAMNÝ KONCEPT OVLIVŇUJÍCÍ ZDRAVÍ

Satisfaction with life in Czech children as an important factor affecting health

11: 1–270, 2009
ISSN 1212-4117

Eva Hlaváčková¹, Lenka Hodačová², Ladislav Csémy³, Jindra Šmejkalová⁴, Eva Čermáková⁵

¹Univerzita Pardubice, Fakulta zdravotnických studií

²Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav sociálního lékařství

³Psychiatrické centrum Praha, Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta

⁴Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, Ústav hygieny a preventivního lékařství

⁵Univerzita Karlova v Praze, Lékařská fakulta v Hradci Králové, OVT, Ústav lékařské biofyziky

Summary

The target of the study was to determine the measure of the satisfaction with life, subjectively perceived health condition and feelings of happiness in Czech children and to consider the results obtained as related to the site of dwelling, age and gender. The target population for the research were Czech children aged 11, 13 and 15 years.

The data were obtained from the total number of 5711 children: 1817 children, i.e. 31.8 %, aged 11 years; 1952 children, i.e. 34.2 %, aged 13 years; and 1942 children, i.e. 34 %, aged 15 years. By gender, the group included 2882 boys (50.5 %) and 2829 girls (49.5 %). The data accumulation was implemented within the scope of the research examination of the World Health Organization international study „The Health Behaviour in School-Aged Children: A WHO Cross-National Study“ (HBSC). The analysis of the satisfaction with the life was implemented with the help of the Cantril index.

A high proportion of Czech children (80.6 %) states index of 6 and above on the scale of the satisfaction with life. A great majority of children (88 %) evaluates their health condition as excellent or good and more than 80% children feel happy. We considered statistically significant associations between the factors followed, age and gender of children and we demonstrated no association with the site of dwelling. Compared with results obtained in 2002, the measure of the satisfaction with the life decreased in children, particularly in children aged 11 years and in respondents of female gender.

Key words: satisfaction with life – children – health – Cantril index

Souhrn

Cílem studie bylo zjistit míru životní spokojenosti, subjektivně vnímaný zdravotní stav a pocit štěstí u českých dětí a získané výsledky posoudit ve vztahu k místu bydliště, věku a pohlaví. Cílovou populací pro výzkum byly české děti ve věku 11, 13 a 15 let.

Data byla získána od celkového počtu 5 711 dětí ve věku 11 let (1 817 dětí, tj. 31,8 %), 13 let (1 952 dětí, tj. 34,2 %) a 15 let (1 942 dětí, tj. 34 %). Chlapců bylo 2 882 (50,5 %), dívek 2 829 (49,5 %). Sběr dat byl proveden v rámci výzkumného šetření mezinárodní studie Světové zdravotnické organizace (WHO) „The Health Behaviour in School-Aged Children: A WHO Cross-National Study“ (HBSC). Analýza životní spokojenosti byla prováděna pomocí Cantrilova indexu.

Vysoké procento českých dětí (80,6 %) uvádí na žebříčku životní spokojenosti index 6 a více. Převážná většina dětí (88 %) hodnotí svůj zdravotní stav jako vynikající a dobrý a více než 80 % dětí se cítí šťastnými. Prokázali jsme statisticky významné souvislosti mezi sledovanými faktory, věkem a pohlavím dětí, neprokázali jsme souvislost s místem bydliště. Ve srovnání s výsledky z roku 2002 míra životní spokojenosti u dětí klesla, a to zejména u jedenáctiletých dětí a u respondentů ženského pohlaví.

Klíčová slova: životní spokojenost – děti – zdraví – Cantrilův index

ÚVOD

Zdraví umísťují lidé v hierarchii hodnot obvykle na jednu z nejvyšších pozic. Je základní podmínkou k seberealizaci a zdrojem produktivního a smysluplného života. Jeho vnímání a hodnocení závisí na mnoha faktorech, kterými jsou podle Kebzy především věk, pohlaví, vzdělání a socioekonomický status posuzovatelů (Kebza, 2005, s. 14).

Existuje mnoho definic a úhlů pohledů na zdraví. Jsou ovlivněny historickým vývojem i vědeckými poznatky dané doby a promítají do sebe filozofii svých autorů. Současný přístup ke zdraví významně ovlivnila definice Světové zdravotnické organizace (WHO) z roku 1946 a salutogenetická koncepce americko-izraelského sociologa Aaron Antonovského.

Díky definici WHO „*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease and infirmity*“, překládané nejčastěji jako „*Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne jenom nepřítomnost nemoci nebo vady*“ (Bártlová, 2005, s. 21; Baštecká, Goldmann, 2001, s. 26; Krivohlavý, 2001, s. 37), se pohled na zdraví odklonil od jednostranného biomedicínského modelu a vrátil se k antické holistické filozofii. V latině a řečtině původně slovo „zdraví“ znamenalo celek. Řecká medicína vycházela z filozofie komplexního pojetí pacienta jako jedince tvořícího neoddělitelný celek s prostředím, ve kterém žije, a vymezovala zdraví jako „isomoriá“ neboli rovnocennost všech elementů daného celku, kdy žádný prvek nemá převahu (Bártlová, 2005, s. 21; Baštecká, Goldmann, 2001, s. 26; Krivohlavý, 2001, s. 32; Payne, 2005, s. 25).

V koncepci salutogeneze popsal sociolog Aaron Antonovsky faktory podporující zdraví (salutory) a vytyčil tři základní aspekty zdroje zdravotní síly: smysluplnost – meaningfulness, víru ve zvládnutelnost požadavků – manageability a schopnost rozumět světu – comprehensibility (Antonovsky, 1996, s. 17). Na základě toho WHO doporučila nový přístup ke zdraví, tzv. posilování zdraví, které spočívá v aktivním vytváření obranných schopností jedince, nikoli pouze v prevenci nemocí (Bártlová, 2005, s. 23).

S podporou a posilou zdraví je úzce spojená pozitivní psychologie, která se soustřeďuje na kladné psychologické jevy, jakými jsou radost, naděje, odpouštění, smířování, vděčnost, empatie, altruismus, láska, přátelství, moudrost,

nezdolnost (resilience), sebeocenění (self-esteem), vrcholné zážitky (flow), duševní pohoda (well-being) a spiritualita (Krivohlavý, 2004).

Duševní pohoda (well-being) a životní spokojenost jsou považovány za významné faktory, které souvisejí s vnímáním zdraví a kvalitou života. Jsou sledovány v mnoha výzkumech (Kožený, 2007, s. 224–225). Jedná se o subjektivní indikátory, které se promítají do všech oblastí života jedince a ovlivňují zdraví v pozitivním i negativním slova smyslu. Sledování těchto indikátorů je zvláště důležité u dětí a mladých lidí, u kterých je vysoká prevalence tzv. somatoformních potíží, tedy výskyt tělesných potíží bez zjištěné organické příčiny (Skorunka, 2006, s. 44–45). U dětí je psychická a somatická složka daleko více provázaná než u dospělých a čím jsou mladší, tím snadněji se přetížení různými patologickými vlivy přenáší z jedné složky do druhé (Balcar, 1997, s. 113).

Etiologie somatoformních potíží je multifaktoriální, na jejich vzniku se podílejí jak aspekty biologické, psychologické, tak také sociální a socioekonomické. Jedním z důležitých faktorů je míra sociální integrace do komunity v místě, kde jedinec žije. Významným protektivním faktorem zdraví může být podle Mertina převládající způsob života v České republice, kde není zvykem se často stěhovat, což umožňuje lidem vytvářet silné vazby v rámci komunity (Císařová, 2005, s. 15).

Cíl

Cílem studie bylo zjistit míru životní spokojenosti, subjektivně vnímaný zdravotní stav a pocit štěstí u českých dětí a získané výsledky posoudit ve vztahu k místu bydliště, věku a pohlaví. Cílovou populací pro výzkum byly české děti ve věku 11, 13 a 15 let, tedy děti v období nástupu puberty (11 let), v období velkých fyzických a psychických změn (13 let) a v období důležitých rozhodnutí týkajících se budoucího života a kariéry (15 let).

Soubor, metodika

Data byla získána od celkového počtu 5 711 dětí ve věku 11 let (1 817 dětí, tj. 31,8 %), 13 let (1 952 dětí, tj. 34,2 %) a 15 let (1 942 dětí, tj. 34 %). Chlapců bylo 2 882 (50,5 %), dívek 2 829 (49,5 %); 1 719 dětí (tj. 30,1 %) uvedlo, že žije na venkově, 2 281 dětí (tj. 39,9 %), že žije

na malém městě a 1 698 dětí (tj. 29,7 %) označilo jako místo bydliště velké město.

Sběr dat byl proveden v rámci výzkumného šetření významné mezinárodní studie Světové zdravotnické organizace (WHO) „The Health Behaviour in School-Aged Children: A WHO Cross-National Study“ (HBSC), která se systematicky od roku 1982 zabývá výzkumem chování ovlivňujícího zdraví dětí a mládeže. Výzkumná šetření se opakují každé čtyři roky. Poslední sběr dat byl v České republice realizován v měsíci květnu roku 2006 na osmdesáti šesti náhodně vybraných základních školách a víceletých gymnáziích. Anonymní dotazník obsahoval 79 položek rozdělených do několika odlišných domén – socioekonomické faktory, stravovací zvyklosti, fyzická aktivita, návykové chování, rodina, psychosociální adaptace, duševní zdraví, psychosomatické obtíže, úrazy, škola a kvalita života. Z obsáhlého dotazníku jsme pro naše šetření vybrali tři oblasti: 1. Cantrilův index (CI), což je položka zjišťující životní spokojenost; znázorňuje žebřík s hodnotami 0–10, kdy 0 znamená nejhorší možný život a 10 nejlepší život, jaký si děti dovedou představit. Děti měly označit stupeň, kam by v současnosti svůj život umístily. Hodnoty 6 a více znamenají

vysokou životní spokojenost (Currie, 2004, s. 56). 2. Pocit štěstí – otázka: „Jaký máš v současnosti pocit ze svého života?“, posuzovaná volbou ze čtyř možností: cítím se velmi šťastný, celkem šťastný, ne moc šťastný, necítím se vůbec šťastný. 3. Zdravotní stav, který děti subjektivně hodnotily pomocí čtyřbodové škály (otázka: „Co soudíš o svém zdravotním stavu?“; možnosti: je vynikající, dobrý, ne moc dobrý, špatný).

Výsledky a interpretace

Míru životní spokojenosti jsme hodnotili ve vztahu k věku, místu bydliště a pohlaví respondentů. Analýzu dat jsme provedli na základě následujících výzkumných otázek:

1. Jaká je životní spokojenost českých dětí?
2. Je míra životní spokojenosti u dětí žijících na vesnici vyšší?
3. Závisí míra životní spokojenosti na věku a pohlaví?

Pro prezentaci výsledků jsme rozdělili CI na 3 úrovně – nejnižší úroveň životní spokojenosti s hodnotami 0–3, střední s hodnotami 4–7 a nejvyšší úroveň s hodnotami 8–10 (tab. č. 1, tab. č. 2, tab. č. 3).

Tab. č. 1 Míra životní spokojenosti podle věku v %

Cantrilův index (CI)	celý soubor	11 let	13 let	15 let
0–3	3,7	4,8	3,1	3,3
4–7	44,6	38,1	46,7	48,5
8–10	51,8	57,0	50,2	48,1
průměrná hodnota CI	7,3	7,5	7,2	7,1

Tab. č. 2 Míra životní spokojenosti podle bydliště v %

Cantrilův index (CI)	celý soubor	vesnice	malé město	velké město
0–3	3,7	3,3	3,8	4,0
4–7	44,6	43,9	45,5	44,6
8–10	51,8	52,8	50,6	51,7
průměrná hodnota CI	7,3	7,3	7,2	7,3

Tab. č. 3 Míra životní spokojenosti podle pohlaví v %

Cantrilův index (CI)	celý soubor	chlapci	dívky
0–3	3,7	3,2	4,3
4–7	44,6	42,4	46,9
8–10	51,8	54,4	48,8
průměrná hodnota CI	7,3	7,4	7,1

Ve většině případů více než polovina dětí uvedla míru životní spokojenosti v hodnotách 8–10. Z výsledků je patrné, že v těchto vysokých hladinách klesá míra spokojenosti s věkem – z 57 % u jedenáctiletých na 48,1 % u patnáctiletých dětí. To potvrzuje i průměrná hodnota CI, která ze 7,5 u jedenáctiletých klesá na hodnotu 7,1 u patnáctiletých dětí (tab. č. 1). Hodnocení životní spokojenosti se liší i podle pohlaví, kdy úroveň 8–10 udává 54,4 % chlapců, zatímco

u dívek je to necelá polovina (48,8 %). Průměrná hodnota CI je u chlapců 7,4; u dívek 7,1 (tab. č. 3). Výsledky v tabulce č. 2 ukazují, že míra životní spokojenosti nezávisí na místě bydliště.

Abychom mohli porovnat naše výsledky s výsledky studie HBSC z roku 2002, uvádíme hodnocení životní spokojenosti v hladinách 6–10, které WHO považuje za vysoké (tab. č. 4, tab. č. 5).

Tab. č. 4 Míra životní spokojenosti v hladinách 6–10 podle věku v %

	11 let	13 let	15 let
naše výsledky	79,7	80,8	80,6
studie HBSC z roku 2002	86,0	81,1	83,5

Tab. č. 5 Míra životní spokojenosti v hladinách 6–10 podle pohlaví v %

	chlapci	dívky
naše výsledky	83,5	77,6
studie HBSC z roku 2002	84,6	82,1

Srovnání ukazuje, že úroveň životní spokojenosti u českých dětí od roku 2002 klesla. Výrazné rozdíly jsou patrné především u jedenáctiletých dětí, kde hodnoty 6–10 uvedlo v roce 2002 86 % dětí a v roce 2006 pouhých 79,7 %

dětí. Výrazně se snížilo i procento dívek uvádějících životní spokojenost v rozmezí stupňů 6–10 (z 82,1 % v roce 2002 na 77,6 % v roce 2006). Naše zjištění podporují i výsledky, které uvádí Csémy (Csémy, 2005, s. 14). Průměrná

hodnota CI v roce 2002 byla u jedenáctiletých dětí 7,9, v naší studii z šetření v roce 2006 klesla na 7,5. Dívky udávaly v roce 2002 průměrnou

hodnotu CI 7,4; v naší studii je průměr u dívek 7,1.

Hodnocení zdravotního stavu

Tab. č. 6 Subjektivní hodnocení zdravotního stavu podle věku v %

Zdravotní stav	celý soubor	11 let	13 let	15 let
vynikající	25,3	27,3	24,9	23,8
dobrý	62,3	60,1	63,1	63,5
ne moc dobrý	10,5	9,8	10,6	11,1
špatný	1,9	2,8	1,4	1,6

Tab. č. 7 Subjektivní hodnocení zdravotního stavu podle pohlaví v %

Zdravotní stav	celý soubor	chlapci	dívky
vynikající	25,3	32,2	25,3
dobrý	62,3	57,8	62,3
ne moc dobrý	10,5	8,0	10,5
špatný	1,9	2,0	1,9

Svůj zdravotní stav hodnotilo 87,6 % dětí jako vynikající a dobrý, 12,4 % dětí jako ne moc dobrý a špatný. Prokázali jsme statisticky významnou souvislost ($p < 0,001$) mezi hodnocením zdravotního stavu, pohlavím a věkem dětí. Dívky hodnotily svůj zdravotní stav celkově hůře než chlapci. Nejvíce dětí, které hodnotily svůj zdravotní stav jako špatný, bylo v kategorii jedenáctiletých. Na místě bydliště odpovědi nezáležely. Při dotazu na konkrétní obtíže

v posledních šesti měsících uvedlo 5,7 % dětí, že zhruba každý den trpí bolestmi hlavy, 6,6 % dětí bolestmi v zádech a 5,2 % dětí si stěžovalo na každodenní bolesti ramen a krční páteře. Unavených a vyčerpaných se každý den cítilo 14,6 % dětí. I v této sledované oblasti odpovědi nezávisely na místě bydliště, ale měly významný vztah k pohlaví. Dívky hodnotily svůj zdravotní stav hůře, např. denní bolesti hlavy uvedlo téměř dvakrát více dívek než chlapců.

Pocit štěstí

Tab. č. 8 Hodnocení pocitu štěstí podle věku v %

Pocit štěstí	celý soubor	11 let	13 let	15 let
velmi šťastný	21,3	29,0	19,9	15,6
celkem šťastný	61,2	56,1	61,7	65,4
ne moc šťastný	15,1	12,4	15,7	17,0
vůbec ne šťastný	2,4	2,5	2,7	2,0

Tab. č. 9 Hodnocení pocitu štěstí podle pohlaví v %

Pocit štěstí	celý soubor	chlapci	dívky
velmi šťastný	21,3	24,7	17,8
celkem šťastný	61,2	61,4	61,1
ne moc šťastný	15,1	11,8	18,5
vůbec ne šťastný	2,4	2,2	2,6

Na otázku „Jaký máš v současnosti pocit ze svého života?“ odpovědělo z celkového počtu 5 711 respondentů 21,3 % dětí, že se cítí velmi šťastné, 61,2 % dětí, že se cítí celkem šťastné, 15,1 % dětí, že se necítí moc šťastné a 2,4 % dětí, že se necítí vůbec šťastné. Jejich odpovědi nezávisely na místě bydliště, ale závisely na pohlaví ($p < 0,001$). Velmi šťastných se cítilo 24,7 % chlapců, zatímco dívek jen 17,8 %. Pouze 54 % dětí mělo pocit, že v jejich životě jde vše dobře, přičemž u dívek to byla necelá polovina.

Diskuse

Z výsledků vyplývá pozitivní zjištění, že velmi vysoké procento českých dětí (80,6 %) uvádí na žebříčku životní spokojenosti index 6 a více, což značí vysokou míru spokojenosti (Currie, 2004, s. 57). Míra životní spokojenosti se snižuje se vzrůstajícím věkem a je nižší u dívek. Zajímavé je zjištění, že životní spokojenost nezávisí na místě bydliště. Domnívali jsme se, že vyšší hodnoty CI budou vykazovat děti žijící na vesnici, kde se dá předpokládat vyšší sociální integrace a užší vztahy. Výsledek může být ovlivněn skutečností, že v posledních letech dochází k přesunu části obyvatelstva z měst na venkov a životní styl lidí žijících na venkově se přibližuje městskému (Kunhart, 2003).

Ve srovnání s výsledky z roku 2002 (Csémy, 2005, s. 14) vidíme, že míra životní spokojenosti na CI u dětí klesla zejména u jedenáctiletých dětí a u respondentů ženského pohlaví. Nižší spokojenost u dívek může být spojena se zvyšujícími se nároky na ženskou krásu, s měnící se rolí ženy, s emancipací a snahou vyrovnat se mužům. Důvodem by mohla být i skutečnost, že podle některých výzkumů jsou dívky více než chlapci orientovány na allocentrické hodnoty (pomoc druhým), což jim

může v dnešní spíše individualisticky zaměřené společnosti přinášet problémy (Macek, 1999, s. 86).

Vliv na nižší hodnocení životní spokojenosti u jedenáctiletých dětí mohou mít změny v současné rodině. Přes stagnaci rozvodů v 90. letech je česká rodina v porovnání s Evropou málo stabilní a rozvodem končí polovina z uzavřených manželství. Ročně dojde k legislativním rozpadům více než dvaceti tisíc rodin s dětmi. Rodina je více dvoukariérová, dochází k přehodnocování mateřské role. Zvyšuje se autonomie jednotlivců, sledovány jsou především zájmy manželů, dítě nehraje centrální roli (Možný, 2002).

Matějček upozorňuje na velmi důležitou životní epochu dítěte mezi mladším a starším školním věkem, kterou označuje jako střední školní věk. Jedná se o období kolem 10. a 11. roku dítěte. V tomto věku probíhá významný proces diferenciacie identity podle pohlaví a dozrávání instinktivního rodičovského chování vůči malému dítěti. Pro harmonický rozvoj potřebuje dítě ve středním školním věku dost vzorů mužského a ženského chování v přírodních podmínkách (Matějček, 2005, s. 281). Vysoká vytiženost rodičů i prarodičů v zaměstnání, nedostatek času na děti, převažující pasivní trávení volného času u počítače a televize mohou u dětí snižovat spokojenost se životem. Jednou z příčin nižší spokojenosti v životě dětí může být také nižší míra sociální inkluze, kdy děti jsou zaměřené především samy na sebe a hodnota života s druhými ustupuje do pozadí (Štech, 2005, s. 18).

Hodnocení životní spokojenosti souvisí s hodnocením zdravotního stavu a pocitu štěstí. Kauzalita může být oboustranná. Pozitivní je zjištění, že téměř 88 % dětí z našeho souboru hodnotilo svůj zdravotní stav jako vynikající

nebo dobrý a šťastných se cítilo 82,5 % dětí. Na druhou stranu se od roku 2002 (Csémy, 2005, s. 13) zvýšilo procento nešťastných dětí ve všech sledovaných věkových kategoriích. Dívky z našeho souboru ve srovnání s chlapci hodnotily celkově svůj zdravotní stav hůře a cítily se méně šťastné. Unavených a vyčerpaných se každý den podle našich výsledků cítilo 14,6 % dětí. Nejvíce dětí, které hodnotily svůj zdravotní stav jako špatný, bylo v kategorii jedenáctiletých.

V další studii je třeba se zaměřit na detailnější analýzu vztahů životní spokojenosti skupiny dívek a respondentů ve věku 11 let s dalšími proměnnými, jakými jsou např. rodinná struktura, spokojenost ve vztazích, pocit štěstí, kvalita života, subjektivní hodnocení zdraví.

ZÁVĚR

Z výsledků šetření vyplývá pozitivní zjištění, že velmi vysoké procento českých dětí (80,6 %) uvádí na žebříčku životní spokojenosti index 6 a více, což značí vysokou míru spokojenosti. Převážná většina dětí (88 %) hodnotí svůj zdravotní stav jako vynikající a dobrý a více než 80 % dětí se cítí šťastných. Prokázali jsme statisticky významné souvislosti mezi sledovanými faktory, věkem a pohlavím dětí, neprokázali jsme souvislost s místem bydliště. Míra životní spokojenosti se snižuje se vzrůstajícím věkem a je nižší u dívek. Také zdravotní stav hodnotí dívky celkově hůře než chlapci a cítí se méně šťastné. Ve srovnání s výsledky z roku 2002 míra životní spokojenosti u dětí klesla zejména u jedenáctiletých dětí a u respondentů ženského pohlaví.

V další analýze je třeba se zaměřit na detailnější zjišťování životní spokojenosti u těchto dvou skupin respondentů.

LITERATURA

ANTONOVSKY, A.: The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*. Oxford University Press 1996. Vol. 11, no 1, s. 11–18.

BALCAR, K.: Psychologické aspekty psychosomatických

poruch v dětství a dospívání. In: ŘÍČAN, P. a kol.: *Dětská klinická psychologie*. 3. vyd., Praha: Grada, 1997.

BÁRTLOVÁ, S.: *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. vyd., Praha: Grada, 2005.

BAŠTECKÁ, B., GOLDMANN, P.: *Základy klinické psychologie*. 1. vyd., Praha: Portál, 2001.

CÍSAŘOVÁ, P.: Jsem doma tam, kde žiji. *Psychologie dnes*, 2005. Vol. XI, č. 10, s. 11–15.

CSÉMY, L. a kol.: *Životní styl a zdraví českých školáků*. 1. vyd., Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2005.

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.

KEBZA, V.: *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd., Praha: Academia, 2005.

KOLEKTIV AUTORŮ: Štěstí přináší úspěch. *Psychologie dnes*, 2006. Vol. XII, č. 2, s. 4.

KOŽENÝ, J., CSÉMY, L., TIŠANSKÁ, L.: Strukturální analýza modelu životní spokojenosti adolescentů. *Československá psychologie*, 2007. Vol. II, č. 3, s. 224–237.

KŘIVOHLAVÝ, J.: *Pozitivní psychologie*. 1. vyd., Praha: Portál, 2004.

KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie zdraví*. 1. vyd., Praha: Portál, 2001.

KUNHART, J.: *Sociologie*. 1. vyd., Pardubice: Univerzita Pardubice, 2003.

MACEK, P.: *Adolescence. Psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. 1. vyd., Praha: Portál, 1999.

MATĚJČEK, Z.: *Výbor z díla*. 1. vyd., Praha: Karolinum, 2005. 445 s.

MOŽNÝ, I.: *Sociologie rodiny*. 1. vyd., Praha: Slon 2002.

NEUBAUEROVÁ, R.: „Práce architektů“ – projekt pro dětské zastupitelstvo. *Sisyfos*, no 3. Praha. 2000. s. 34–38.

PAYNE, J. a kol.: *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd., Praha: Triton, 2005.

SKORUNKA, D.: Projevy somatizace a kvalita života u dětí a dospívajících: perspektiva rodinného terapeuta. In: MAREŠ, J.: *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. 1. vyd., Brno: MSD 2006. s. 43–56.

ŠTECH, S.: Jaké jsou děti na konci základní školy? Srovnání po deseti letech. *Psychologie dnes*, 2005, roč. XI, č. 6, s. 16–18.

ZIMMELOVÁ, P.: Problematika stárnutí Evropy. *Sborník konference Generace 50 plus v České republice – Třeboň*, 21. 10. 2004.

ZIMMELOVÁ, P.: Malnutrice a hodnocení výživy u seniorů. *Sborník příspěvků II. ročník mezinárodní konference Výživa – nedílná součást léčby závažných chorob*. JU ZSF v Českých Budějovicích a Centrum prevence civilizačních chorob 2006. 57 s. s. 24–29.

ZIMMELOVÁ, P.: Psychologie stáří. In: *Rukověť pro poskytovatele sociálních služeb v oblasti problematiky seniorů*. 1. vyd. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. 2008. s. 54–68.

Eva Hlaváčková et al.
eva.hlavackova@upce.cz