

ŠKOLA A KVALITA ŽIVOTA U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

Jiří MAREŠ

Souhrn:

Přehledová studie se pokouší shrnout současné pohledy na vztah mezi školními faktory a kvalitou života žáků. První skupina výzkumů se zajímá o to, nakolik kvalita života dítěte (zhoršená nemocí) ovlivňuje jeho fungování ve škole. Druhá skupina výzkumů analyzuje obtíže, které má hospitalizované dítě během pobytu v nemocnici a po návratu do školního života. Třetí skupina výzkumů se zabývá výzkumy, jež studují kvalitu života u zdravých dětí. Poslední část přehledové studie upozorňuje, že není metodologicky snadné zkoumat vztah mezi individuálně vnímanou, individuálně hodnocenou kvalitou školního života a školou

Klíčová slova: škola, kvalita života, rozvoj osobnosti, zdravotní stav, chronické a závažné onemocnění, dotazník

Úvod

Řekne-li se spojení „škola a kvalita života“, asociují lidé velmi často protikladné příklady – pozitivní a negativní. Škola je pak prezentována buď jako faktor poškozující žáky a zhoršující kvalitu jejich života, anebo faktor rozvíjející žáky, otevírající jim šance, obohacující jim život. Média zpravidla prezentují školu jako prostředí, v němž jsou děti nuceny biflovat nepraktické poznatky, jsou nespravedlivě hodnoceny učiteli, jsou sváděny ke konzumaci drog, ohrožovány na zdraví či na životě agresivními spolužáky.

Mnohem méně se o škole mluví jako o místě, kde se dítě rozvíjí v osobnost (někdy navzdory zhoršenému zdravotnímu stavu, nepříznivému rodinnému či sociálnímu prostředí), kde se mu otvírá prostor pro zdravý vývoj (Havlíková, 1998; Helus, 2004). Pozitivní pohled není tak mediálně atraktivní. Snad jen mimořádně nadané děti se objeví čas od času na televizních obrazovkách, ale spíše jako rarita, jako skupina jedinců, která je úspěšná navzdory špatnému školskému systému. Přitom výzkumy nadaných dětí jsou dlouhodobou součástí odborného pohledu na mladou generaci a věnuje se jim značná pozornost (např. Dočkal, 1987, 2005; Hříbková, 1991, aj.). Obecně se dá říci, že zájem odborníků o pozitivní charakteristiky lidí má v posledních letech stoupající tendenci. Zasloužil se o to mj. nový směr bádání, který je nazýván *pozitivní psychologie* (Seligman, Csikszentmihalyi, 2000; Mareš, 2001; Snyder, Lopez, 2002; Křivohlavý, 2004)

Naše přehledová studie nechce zůstat u povrchních soudů o tom, jaký je vztah mezi školou a kvalitou života dětí a dospívajících. Klade si proto tři cíle – s oporou o dostupnou literaturu: 1. shrnout poznatky o tom, nakolik kvalita života dítěte, zhoršená nemocí, ovlivňuje jeho fungování ve škole; 2.

charakterizovat problémy, které má hospitalizované dítě při návratu do školního života; 3. shrnout, jaké poznatky přinesly výzkumy zabývající se kvalitou školního života jako celku u zdravých dětí.

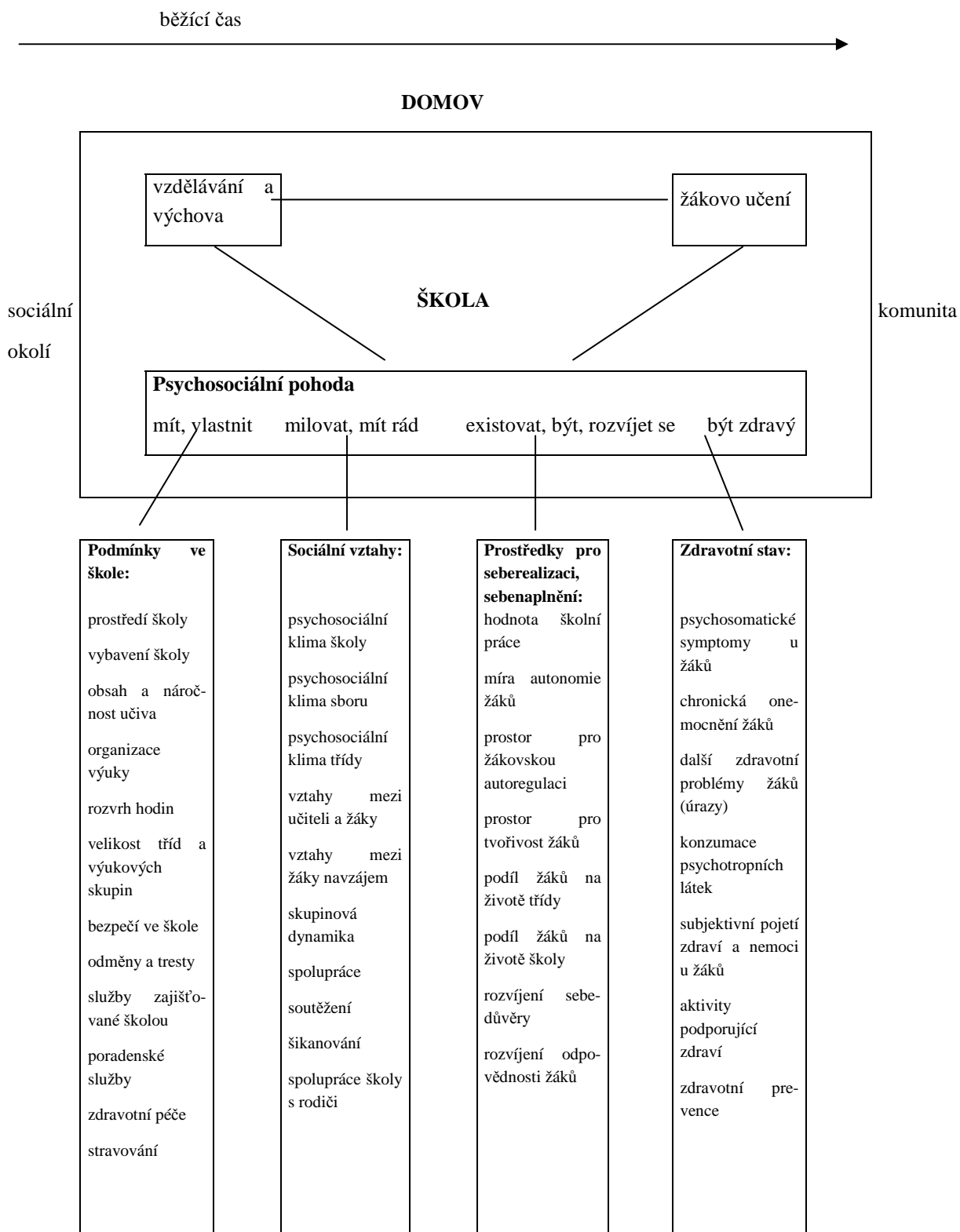
Rámcový model

Dříve, než přikročíme k detailnímu výkladu, měli bychom načrtnout alespoň rámeček, v němž se budou další úvahy pohybovat. Nejde nám pouze o tradiční fungování školy (vzdělávání, výchova, výcvik), ale pokusíme se do dalších úvah zabudovat i zdraví zúčastněných osob, chápané jako bio-psycho-sociální celek.

Nemáme v úmyslu zatěžovat výchozí úvahy podrobnostmi, a proto se přikloníme k rámcovému modelu, který navrhli finští autoři Konu, Lintonen a Rimpelä (2002).

Východiskem nám bude blok, který nese název **zdravotní stav** (dětí), a budeme hledat jeho vztahy k dalším proměnným (sociální vztahy, prostředky pro seberealizaci atd.), které model obsahuje.

Obr.1 Model psychosociální pohody ve škole (modifikovaně podle Konu et al., 2002, s. 157)



V dalším výkladu se budeme věnovat nejprve dětem, které sice chodí do školy, ale byla u nich diagnostikována určité chronické onemocnění. To jim sice nebrání ve školní práci, ale může jim čas od času komplikovat učení, v některých činnostech jsou oproti zdravým spolužákům znevýhodněni trvaleji.

Fungování nemocného dítěte ve škole

Škola není jen místem, kam se chodí učit zdravé děti, nýbrž i místem, kam se společně s nimi se chodí učit děti chronicky nemocné. Laická úvaha říká, že v řadě aspektů se musí lišit od svých zdravých vrstevníků – a přesto jsou s nimi srovnávány (se strany spolužáků, učitelů i rodičů).

Průvodním jevem mnoha chronických onemocnění bývá bolest. Běžně uvažovaným dopadem chronické a rekurentní bolesti u nemocných dětí je absence nemocných dětí ve škole, „zameškání“ učiva i situací, v nichž se nacvičují nové dovednosti. Uvažují tak učitelé, rodiče i zdravotníci. Německý výzkum (Roth-Isigkeitová et al., 2005) zjistil, že nejčastěji ve škole chybí děti a dospívající, kteří trpí bolestmi břicha (51 %) a bolestmi hlavy (43 %), méně už děti s bolestmi zad (19 %). Časté absence ve škole uvádí též přehledová studie Chin Chanové et al. (2005) v případech muskuloskeletární bolesti, juvenilní reumatoidní artritidy.

Přitom nejde pouze o to, že dítě zamešká výuku, musí si učivo doplňovat, musí „dohánět“ své spolužáky. Závažnější je, že škola je po rodině druhým a neméně důležitým prostředím pro socializaci dítěte. Tam dítě hledá svou sociální identitu, navazuje vrstevnické vztahy, tam zakouší sociálně-emoční situace, tam získává kompetence důležité pro další život, tam se učí zvládat zátěžové situace. Časté absence toto vše dítěti komplikují. Dítě s rekurentní či chronickou bolestí se průběžně srovnává s vrstevníky a uvědomuje si, že je „jiné“. Vidí – a vidí to i lidé kolem něj - že v řadě výkonových situací nestačí svým vrstevníkům. Může v něm tedy vznikat pocit méněcennosti, nízké sebedůvěry, sebeúcty (Chan, 2005). Závažnější je, že tyto osobnostní změny spojené s pocitem, že jedinec je horší, než jeho vrstevníci, utvrzuje dítě či dospívajícího v tom, že si musí zvyknout na „roli nemocného“, že bude i v dalším životě tím, kdo selhává, nestačí, nemůže (Walker et al., 2002).

Naše přehledová studie si položila netradiční otázku. Jak vnímají, prožívají a hodnotí svůj život ve škole děti, které jsou chronicky nemocné? Nakolik jejich nemoc ovlivňuje jejich **kvalitu školního života**?

K odpovědi můžeme dospět analýzou výsledků, které byly získány standardizovanými dotazníky, jež umožňují změřit kvalitu života u dětí a dospívajících. Nejvhodnější pro tyto účely jsou pochopitelně metody generické, obecné, dovolující změřit kvalitu života u dětí zdravých i nemocných, u nemocných pak nezávisle na specifčnosti jejich onemocnění. Problémem je, že diagnostika kvality života **u dětí** je novou disciplínou a vhodných generických metod je relativně málo. Přehled britských autorek Eiserové a Morseové (2001) uvádí 19 generických metod, my jsme v nejnovějším přehledu našli už 27 generických metod (Mareš, 2006). Ne u všech jsou ovšem k dispozici podrobné údaje, ne všechny jsou běžně používány; část z nich je teprve ve stádiu ověřování a má daleko k rutinnímu používání.

Pro náš výklad jsme vybrali metody, které zjišťují kvalitu života u dětí a dospívajících podle níže uvedených hledisek. Jde o metody, které:

- jsou generické, obecné; dovolují tedy zkoumat kvalitu života u zdravých i nemocných dětí
- jsou validní a reliabilní; jejich psychometrické charakteristiky byly spolehlivě prokázány
- jsou široce používány, nejde o lokální záležitost či teprve vyvíjenou metodu
- dovolují zkoumat kvalitu života dítěte ve škole, neboť obsahují samostatnou proměnnou typu fungování dítěte ve škole (*school functioning*).

Jedním z nejrozšířenějších je americký dotazník PedsQL - *Pediatric Quality of Life Questionnaire* (Varni et al., 1999). Má část obecnou, generickou a část speciální, typickou pro konkrétní onemocnění. Dotazník prošel řadou úprav; v současnosti se pracuje se čtvrtou verzí, která nese označení PedsQL™ 4.0. Dotazník byl ověřen na rozsáhlých vzorcích školní populace: u 2 319 zdravých dětí a dospívajících a 100 dětí a dospívajících s chronickým onemocněním (Varni, Burwinkle, Said, 2006).

Celý dotazník má ve své generické verzi 23 položek a měří čtyři proměnné: 1. fyzické, somatické zdraví (fungování), 2. emoční zdraví (fungování), 3. sociální zdraví (fungování), 4. školní fungování (školní problémy). Proměnná označovaná jako **školní fungování** má pět položek a dítě na každou položku odpovídá pomocí pětistupňové škály (0-nikdy ...4-téměř vždy):

1. Je pro mě obtížné udržet pozornost při výuce.
2. Jsem zapomnětlivý/zapomnětlivá.
3. Nestačím požadovanému tempu ve škole.
4. Mám zameškané hodiny, protože se necítím dobře a musím zůstat doma.
5. Mám zameškané hodiny, protože chodím na kontroly k lékaři nebo do nemocnice.

Podívejme se, k jakým zjištěním dospěly výzkumy posledních let (tab.1).

Tab.1 Výsledky výzkumů kvality života dětí a dospívajících ve vztahu jejich fungování ve škole

autoři	zdravotní stav dětí	věk a počet zkoumaných dětí	použité metody	závěry o fungování dětí ve škole	poznámky
Varni, Burwinkle (2006)	zdravé děti a zdraví dospívajících; děti a dospívající s ADHD	3 260 zdravých dětí a dospívajících (průměrný věk 10,75); 72 dětí ve věku 5-16 let	PedsQL™ 4.0	děti s ADHD mozku významně horší (p<0,001) než zdravé děti	velikost účinku je vysoká, činí 1, 35
Powers et al. (2004)	děti a dospívající s klinicky prokázanou migrénou	Celkem 686 nemocných dětí a dospívajících. Z toho: 86 nemocných dětí ve věku 8-7 let, 298 nemocných dětí ve věku 8-12 let, 281 nemocných dospívajících ve věku 13-18 let	PedsQL™ 4.0; neurologické vyšetření	děti s migrénou významně horší (p<0,001) než zdravé děti	nemocní dospívající ve věku 13-18 let uváděli významně horší školní fungování (p<0,05), než nemocné děti ve věku 8-12
Berrin et al. (2006)	děti a dospívající s mozkovou obrnou	73 nemocných dětí ve věku 5-18 let	PedsQL™ 4.0 + speciální modul PedsQL™ 3.0 pro mozkovou obrnu	u dětí s mozkovou obrnou neovlivňuje horší školní fungování jen subtyp nemoci, ale také bolest a únava;	bolest může na školní výkony působit přímo (intenzivnější bolest – horší výkony) anebo nepřímo, prostřednictvím zvýšené únavy
Bhat et al.	děti a dospívající	134 nemocných	PedsQL™ 4.0	děti s nádorem	

(2005)	s nádorem mozku	dětí (průměrný věk 11,8 let); zdravé děti jako kontrola		mozku významně horší (p<0,01) než zdravé děti	
Varni, Seid, Knight et al. (2002)	děti a dospívající s reumatickým onemocněním	400 zdravých dětí a dospívajících; 231 nemocných dětí a dospívajících (věk 5-18 let)	PedsQL™ 4.0 + speciální modul PedsQL™ 3.0 pro reumatická onemocnění	děti s fibromyalgií významně horší (p< 0,01) než zdravé děti, ale také než juvenilní reumatoidní artritidou (p< 0,01)	
Hallstrand et al. (2003)	děti a dospívající s astmatem	116 zdravých dětí a dospívajících; 44 nemocných dětí a dospívajících (průměrný věk 14,0 let)	PedsQL™ 3.0; měření broncho-konstrikce navozené cvičením; měření vitální kapacity plic	astmatici významně horší (p< 0,01)	
Williams et al. (2005)	obézní děti a dospívající	1 456 zdravých dětí, 294 se zvýšenou hmotností a 63 obézních dětí	PedsQL™ 4.0	nezjištěn statisticky významný rozdíl oproti zdravé populaci	
Hughes et al. (2007)	obézní děti a dospívající	71 zdravých dětí a 71 obézních dětí ve věku 5-12 let	PedsQL4.0 (UK verze)	nezjištěn statisticky významný rozdíl oproti zdravé populaci	
Doyle et al. (2007)	dospívající se zvýšenou hmotností a s vysokým rizikem k poruchám příjmu potravy	81 dospívajících s vyšší hmotností	PedsQL™ 4.0; dotazník poruch příjmu potravy EDWQ; škála stresu, úzkosti a deprese	nezjištěn statisticky významný rozdíl oproti zdravé populaci	

Souhrnný pohled na tab.1 říká, že s výjimkou obezity všechna uváděná onemocnění nejen **zhoršují** kvalitu života dětí a dospívajících obecně, ale speciálně jim komplikují **život ve škole**. Z toho plyne, že bude třeba, aby si učitelé, poradenští pracovníci, školní psychologové uvědomili tento handicap a podle toho s dítětem jednali. Ať už preventivně, nebo při obtížích, s nimiž se tyto děti budou velmi pravděpodobně potýkat.

Vztahy mezi zdravím a kvalitou školního života jsou ovšem složitější, než se jeví z údajů uváděných v tab.1. Uvědomme si, že problémy **dětí ve škole** jsou z pohledu dotazníku PedsQL problémy jedince s kognitivními a somatickými obtížemi, nikoli obtížemi sociálními. Např. narážky učitelů na větší hmotnost dítěte tento dotazník nezachytí. Úsměšky ze strany spolužáků, či dokonce šikanování se mohou do jisté míry objevit v jiné proměnné dotazníku (vztahy s ostatními dětmi). Tato proměnná ovšem zjišťuje vztahy s dětmi obecně, nikoli specificky ve školním prostředí a se spolužáky.

Hospitalizace a návrat nemocného dítěte do školy

Dětství a dospívání není pouze „zlatým věkem“. U mnoha dětí a dospívajících diagnostikují zdravotníci chronické onemocnění, u dospívajících se vyskytují vážné úrazy. Tomuto věku se nevyhýbají ani těžká, život ohrožující onemocnění. Ve všech uvedených případech je třeba dítě hospitalizovat, často na delší dobu.

Dlouhodobě hospitalizovaný jedinec musí zvládnout minimálně dvě sociální role: roli **pacienta** a roli dlouhodobě **absentujícího žáka**. Roli pacienta mu pomáhají zvládnout lékaři, zdravotní sestry, rodiče, případně spolupacienti. Tu druhou pak rodiče, učitelé kmenové školy a spolužáci. Existuje však ještě jeden zdroj sociální opory, o němž laická veřejnost mnoho neví – jsou jimi učitelky a vychovatelky škol při větších nemocnicích (Vodová, Mareš, 2001).

Pro nemocné nebo zdravotně oslabené děti a žáky ve zdravotnických zařízeních jsou určeny speciální základní školy při zdravotnickém zařízení a speciální mateřské školy při zdravotnickém zařízení. Posláním těchto škol je poskytovat pravidelnou odbornou výchovnou a vzdělávací péči všem hospitalizovaným dětem např. na dětských klinikách, příp. dětských odděleních dalších klinik (infekčních, neurologických, chirurgických atp.) ve větších nemocnicích. Jde o děti, které nemoc či úraz s následnou hospitalizací vyřadily na delší dobu z běžné školní docházky. Výuka počítá s tím, že jde o děti zdravotně indisponované, které po delší dobu (řádově týdny až měsíce) musí v nemocnici absolvovat předepsané diagnostické a terapeutické výkony.

Školy při nemocnicích plní obvykle čtyři institucionální úkoly: 1. zabraňují vzniku „mezer“ ve vědomostech a dovednostech dětí tím, že se hospitalizované dítě dál vzdělává v několika vybraných předmětech, 2. zajišťují dítěti plynulý a bezproblémový návrat do původní kmenové školy, 3. zaměstnávají dítě s ohledem na jeho zdravotní stav a tím odvádějí jeho pozornost od nemoci a obtíží spojených s léčením; vyučování má také psychoterapeutické účinky, 4. pomáhají dítěti mimo samotnou výuku; psychologický přístup speciálního pedagoga usnadňuje dítěti adaptaci na neznámé prostředí, pomáhá mu překonat nepříjemnosti spojené s odloučením od rodiny, zbavuje ho strachu z nemoci, umožňuje mu lépe zvládat nepříjemné výkony a vyrovnat se s často zdlouhavým léčením (Vodová, Kunstmüllerová, 1994).

Jaké úkoly plní samotní vyučující? Učitelka nemocniční školy usiluje o to, aby se stala plnohodnotnou členkou multidisciplinárního nemocničního týmu, který pečuje o nemocné dítě. Učitelka ve své činnosti integruje dvojí poslání – pedagogické a psychoterapeutické. Obojí nabývá na účinnosti mj. tím, že učitelka pracuje s nemocným dítětem individuálně. Podstatné je, že se učitelka se nezajímá jen o nemocný orgán či dítě ve specifické roli pacienta, ale o nemocného mladého člověka jako celek (Peyrard, 2000).

Každá učitelka pracuje s dítětem individuálně na místě, které odpovídá jeho zdravotnímu stavu. Aby se zabránilo přetěžování dítěte, rozhoduje o délce a rozsahu výuky ošetřující lékař. Zpravidla se vyučují tři předměty: český jazyk a literatura, matematika a cizí jazyk. V případě dlouhodobé hospitalizace může být dítě vyučováno také dalším předmětům. Pro 1. stupeň ZŠ se přiřazuje jeden z dále uvedených předmětů: prvouka, přírodověda, vlastivěda, pro 2. stupeň ZŠ pak jeden z předmětů: přírodopis, fyzika, chemie, zeměpis, dějepis.

Učitel ve škole při nemocnici se vzdává části své tradiční učitelské role, tj. role založené na institucionální moci nad žáky. Ta spočívá v neustálém kladení požadavků, v náročném zkoušení, napomínání, trestání. Těžiště jeho práce se přesouvá do role facilitátora a to nejen žákova učení, ale celého žákova pobytu v nemocnici. Prvotní není naučit žáka vše ve stanoveném čase, ale nedopustit výraznější zaostávání a usnadnit mu návrat do kmenové školy. Nemoc a utrpení žáků-pacientů

přeskupují hodnoty, jež učitelé vyznávají a to směrem k větší toleranci, nadhledu, než je tomu v běžných školách (Mareš, Ježek, Pečenková, 2005).

Jedná-li se o dlouhodobě hospitalizované dítě (v řádu měsíců či dokonce roků), posílá škola při nemocnici po ukončení hospitalizace původní kmenové škole zprávu. Zpráva shrnuje prospěch a chování žáka během hospitalizace, průběh výuky a informuje kmenovou školu o probraném učivu. Účast pedagoga v léčebném procesu je pro dítě ukazatelem dočasnosti nemoci a posiluje naději na uzdravení i u vážně nemocných dětských pacientů: *jestliže se učím, tak to se mnou nemůže být tak zlé*. Pravidelná přítomnost učitele, zájem o žákovu práci, podíl na radosti z jeho učebních úspěchů je prvním vykročením do zdravého života; stává se pro dětského pacienta příslibem větší svobody a většího soukromí. Uzdravený žák se může zařadit do své kmenové poněkud snadněji, než kdyby se v nemocnici neučil a musel zameškané učivo dohánět sám.

Jeho zdraví spolužáci mezitím probírali v kmenové škole všechny předměty, on ve škole při nemocnici pouze některé. Návrat do běžného života, mezi zdravé a výkonné spolužáky, mezi učitele navyklé na rychlé tempo a nemající čas na individuální práci, nebývá proto pro uzdravující se dítě bez problémů. Pro děti končící dlouhodobý pobyt v nemocnici je už sama myšlenka na návrat do školy stresující. Dítě se obává, jak ho – po tak dlouhé odmlce – přijmou spolužáci, jak se k jeho zpoždění ve výuce postaví učitelé. Velmi mnoho mohou pro jeho bezproblémový návrat udělat učitelky těchto speciálních škol tím, že kontaktují učitele kmenové školy a spolužáky kmenové třídy (Vodová, Mareš, 2001).

Jak vypadá zařazování uzdraveného žáka (nebo žáka, jehož stav se na určitou dobu stabilizoval), do školního života z *pohledu žáků samotných*? Výzkumná sonda u britských žáků zjistila, že uzdravení žáci nebo žáci se stabilizovaným postižením si váží možnosti chodit opět do školy a velmi usilovně se snaží dohnat zpoždění. Nestačí však na to sami, potřebují vždy pomoc. Neformální opory se jim dostávají od rodičů (nejčastěji od matky), ale zažívají ji také od některých učitelů a některých spolužáků. Mívají tři hlavní problémy: s „vypadnutím z tempa“ běžného školního života, s nevhodným reagováním některých učitelů na přestálou nemoc a s nevhodným reagováním některých spolužáků na důsledky nemoci či postižení (Lightfoot et al., 1999). Kromě změny somatické kvality svého života zažívají i změnu v dalších oblastech své kvality života: emoční, sociální, školní.

Klima školy a kvalita života lidí ve škole

Všichni, kdo chodí do školy a ve škole pracují (žáci, učitelé, vedoucí pracovníci, poskytovatelé psychologických a zdravotnických služeb škole, pomocný personál) vytvářejí v dané instituci svébytné psychosociální klima školy. Těmto otázkám byly věnovány samostatné studie jak ve světové literatuře např. (např. Anderson, 1982; Freiberg, 1999), tak v literatuře domácí (Chráska et al., 2003). Nejpodrobněji tyto otázky zkoumal tým kolem S. Ježka (Ježek et al. 2003, 2004, 2005).

Protože náš zajímá vztah mezi školou a kvalitou života dětí a dospívajících, soustředili jsme na výzkumy, které mají zájem o kvalitu života ve škole. **Kvalitu života ve škole** (v angl. psané literatuře se používá označení *quality of school life*) není snadné definovat. Obvykle se jí rozumí ustálené postupy vnímání, prožívání, hodnocení a reagování všech aktérů školy na to, co se ve škole odehrává, v čem musejí žít a pracovat. Jde tedy o subjektivně vnímanou, sociálně konstruovanou a sociálně sdílenou charakteristiku dění ve škole (Ježek et al., 2003, 2004, 2005). Ta ovlivňuje zdravotní, psychické, sociální a spirituální oblasti života aktérů školního života, nejčastěji však žáků.

Vztah mezi klimatem školy a kvalitou života dětí související se zdravím zjišťuje jen málo výzkumů. Pro ilustraci uvedeme tři.

Kvalitu života související se zdravím měří německý dotazník KINDL (Ravens-Sieberer, Bullinger, 1998), který se dočkal dalších jazykových verzí (Wee, Ravens-Sieberer, Erhart et al., 2007). V Singapuru proběhla standardizace metody, včetně kulturní adaptace. Použití verze upravené do singaporské angličtiny, neboť tato generická metoda má potom potenciální využití na Filipínách, v Malajsii, v HongKongu (Wee, Ravens-Sieberer, Erhart et al. 2007). Dotazník neobsahuje specifickou proměnnou, která by se týkala kvality života přímo ve škole. Dotazník KINDL byl použit na 15 švýcarských školách (Zahner, Puder, Poth et al., 2006). Autoři zkoumali, zda je možné během jednoho školního roku cílenou intervencí zvýšit fyzickou aktivitu dětí na 1. stupni základní školy. Vyšli z předpokladu, že je třeba právě ve škole čelit nadváze dětí, která ústí až v obezitu a celkově zhoršuje kvalitu života dětí. Výzkum se snaží změnit psychosociální klima školy a jeho prostřednictvím i životní styl dětí. Výsledky budou teprve publikovány.

Francouzský dotazník VSP-A (*Vécu et Santé Perçue de l'Adolescent*) má celkem 54 položek. Z toho pět položek tvoří samostatnou proměnnou nazvanou kvalita života ve škole (Simeoni, Sapin, Antoniotti et al., 2001). Výzkum u 2 941 dospívajících ve věku 11-17 ukázal, že ve vnímání kvality školního života nejsou rozdíly mezi pohlavími. Vnímaná kvalita života ve škole se s přibývajícím věkem žáků postupně zhoršuje, rozdíly jsou významné.

Existují i specifické metody, které se soustřeďují jen na kvalitu života dětí ve škole. Ta se obvykle zjišťuje dotazníkem QSL – *Quality of School Life*. Při podrobnějším zkoumání jsme zjistili, že dotazník identického názvu prodělal určitý vývoj a že pod stejným označením se skrývají jeho různé varianty.

Původně vznikl jako multidimenzionální nástroj, který se zajímal o celkový život školy, podmínky života školy, reagování žáků na školu obecně, na školní práci, na učitele. Metoda měla 27 položek, na něž se odpovídalo třemi způsoby: na 14 položek dichotomicky (ano-ne), na 9 položek výběrem z několika nabídnutých alternativ, na 4 položky pomocí likertovské škály. Metoda zjišťovala tři proměnné: 1. spokojenost se školou, 2. zaujetí školní prací, 3. vztahy mezi žákem a učitelem (Epstein, McPartland, 1976, a,b).

L. Schmidtová (1992) zkoumala kvalitu života ve škole u 5 000 žáků 5.-9. tříd v pěti školských obvodech amerického státu Illinois. Pomocí první verze dotazníku QLS zjišťovala, nakolik vnímaná kvalita školního života souvisí s učitelovým pojetím kontroly a řízení výuky, tak jak ji měří dotazník PCI (*Pupil Control Ideology*). Willoverův dotazník PCI z r. 1972 zachycuje rozpětí od tvrdého, dozorcovského pojetí (*custodial ideology*) až po humanistické pojetí (*humanistic ideology*). Výsledky naznačují, že u učitelů s humanistickým pojetím výuky uvádějí žáci vyšší kvalitu školního života. Obdobně je tomu u všech tří dílčích ukazatelů: u humanistických učitelů jsou žáci ve škole spokojenější, zaujatější školní prací, vztahy mezi učitelem a žáky jsou příznivější. Procento celkového vysvětleného rozptylu je ovšem velmi nízké, pohybuje se mezi 3-4 %.

V r. 1981 Australané Williams a Batten vyšli z výše zmíněné původní verze a obohatili ji. Následovala série dalších prací (Asinley, Bourke, 1988; Bourke, 1993 aj.). Konečnou podobu novému dotazníku vtiskly studie Flynn (1993; Mok, McDonald, 1994). Nový dotazník QSL – *Quality of School Life* má nyní 40 položek a pomocí čtyřstupňové škály měří sedm proměnných (viz tab. 2).

Tab. 2 Struktura nového dotazníku QSL měřícího kvalitu života ve škole

oblast	dimenze	podrobnější charakteristika
Emoční oblast	1. pozitivní emoce	žakovská spokojenost se školou jako celkem
	2. negativní emoce	žakovská nespokojenost se školou; pocit odcizenosti, osamění, nezájmu okolí
Kurikulární oblast	3. vztahy žáků s učiteli	žakovo vnímání, prožívání a hodnocení interakce s učitel-žáci
	4. výkonnostní dimenze	žakova důvěra v sebe sama, ve vlastní síly; přesvědčení, že nároky školy se dají zvládnout, že lze být úspěšný
	5. přínosnost školní práce pro žáky	žakovo přesvědčení, že školní práce má smysl, že to, co se naučí, se dá v životě použít, že škola mu otevírá budoucnost
Sociální oblast	6. žakovská identita	žák se ve škole učí rozumět sám sobě, učí se srovnávat sám sebe s ostatními, spolupracovat
	7. sociální status žáka a jeho sebehodnocení	žák si hledá své sociální postavení, buduje si sebeúctu, učí se přijímat hodnocení od lidí, kterých si váží

Výzkum M. Mokové a M. Flynn (1997) na 10 katolických školách v Austrálii zkoumal, zda sama velikost školy ovlivňuje kvalitu školního života žáků. Školy se lišily počtem žáků (variační rozpětí se pohybovalo od 234 do 1274 žáků s mediánem 769 žáků). Autoři (na rozdíl od tradovaného tvrzení menší škola = lepší psychosociální klima, větší škola = horší sociální klima) zjistili, že samotná velikost školy nerozhoduje. Žáci pociťují lepší kvalitu života na školách, kde jsou dobré interpersonální vztahy, dobrá kázeň, vysoký standard vyučování a učení, pestré, a přitom relevantní kurikulum.

Metodologické problémy.

Torsheim a Wold (2001) připomínají, že mnohé dosavadní výzkumy neberou v úvahu skutečnost že vnímanou kvalitu života, vnímaný distres, sociální oporu atd. ovlivňují současně individuální faktory a kontextové faktory. Po dlouhou dobu bylo měření těchto vlivů obtížné, neboť statistické postupy nebyly adekvátní složitosti problému. Řešení přineslo až multiúrovňové modelování, hierarchické lineární modelování.

Dovoluje zkoumat dva typy problémů. První z nich je týká moderátorů, které působí na různých úrovních, působí „napříč“ úrovněmi (*crosslevel moderators*). Mluvíme o nich v případech, kdy vliv individuálně vnímaného stresu je podmíněn kontextovými faktory různých úrovní, není tedy stejný.

Druhý problém se týká případů, kdy data jsou ovlivňována tím, že neexistuje nezávislost působení (*non-indepenedence*). Vyplývá to z faktu, že někteří jednotlivci sdíleného kontextu jsou si podobnější než jiní. Individuální vnímání a reagování těchto jedinců není pravděpodobně vzájemně nezávislé, i když přístup akcentující individuální úroveň předpokládá vzájemnou nezávislost jedinců. Jinak řečeno: pokud se pohybuje na individuální úrovni, tato podobnost nemusí být zachycena, změřena. Vystane však velmi výrazně ve chvíli, kdy přejdeme na vyšší úrovně.

Analogické problémy zřejmě platí při zkoumání vlivu školy na zdraví a kvalitu života žáků.

Závěry

Přehledová studie se pokusila shrnout současné pohledy na vztah mezi školními faktory a kvalitou života žáků.

První skupina výzkumů se zajímá o to, nakolik kvalita života dítěte (zhoršená nemocí) ovlivňuje jeho fungování ve škole. Výzkumy pomocí dotazníku PedsQL potvrdily, že mnohá chronická či závažná onemocnění (např. ADHD syndrom, migrény, astma, nádor mozku, fibromyalgie) komplikují dětem školní docházku i zvládnání požadavků školy. Výjimkou byla nadváha či obezita dětí, kde rozdíly mezi nemocnými a zdravými dětmi nebyly statisticky významné.

Druhá skupina výzkumů analyzuje obtíže, které má hospitalizované dítě během pobytu v nemocnici a po návratu do školního života. Výzkumy naznačují, že uzdravení žáci nebo žáci, jejichž nemoc se stabilizovala, mívají tři hlavní problémy: s „vypadnutím z tempa“ z běžného školního života, s nevhodným reagováním některých učitelů na přestálou nemoc, s nevhodným reagováním některých spolužáků na důsledky nemoci či postižení (Lightfoot et al., 1999).

Třetí skupina výzkumů se zabývá výzkumy, jež studují kvalitu života u zdravých dětí. Většina generických dotazníků, které se zajímají o kvalitu života dětí a dospívajících, nezjišťuje jejich fungování ve škole. Jen málo dotazníků (např. KINDL, VSP-A) studuje mj. i tuto proměnnou. Nadějnější je patrně dotazník QSL – *Quality of School Life*, který postupem času prošel řadou úprav.

Poslední část přehledové studie upozornila na skutečnost, že není metodologicky snadné zkoumat vztah mezi individuálně vnímanou, individuálně hodnocenou kvalitou školního života a školou. Do hry vstupují jednak individuální a skupinové faktory, dále faktory specifické pro jednotlivé úrovně složitěho komplexu označovaného jako škola a konečně faktory, které jdou napříč různými úrovněmi školy. Solidní výzkum vztahů je zde v samém počátku.

Studie vznikla s podporou GA ČR, výzkumný projekt č. 406/06/0035.

Literatura

- ANDERSON, C. S. The Search for School Climate: A Review of the Research. *Review of Educational Research* 1982, p. 368-420. ISSN 00346543.
- BERRIN, S. J.; MALCARNE, V. L.; VARNI, J. W. et al. Pain, Fatigue, and School Functioning in Children with Cerebral Palsy: A Path-Analytic Model. *Journal of Pediatric Psychology*, 2006, p. 1-8. ISSN 0146-8693.
- BHAT, S. R.; GOODWIN, T. L.; BURWINKLE, T. M. et al. Profile of Daily Life in Children with Brain Tumors: an Assessment of Health-Related Quality of Life. *Journal of Clinical Oncology*, 2005, vol. 23, no.24, p. 5493-5500. ISSN 0732-183X.
- DOČKAL, V. *Psychológia nadania*. Bratislava: SDN, 1987.
- DOČKAL, V. *Zaměřeno na talenty aneb nadání má každý*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 2005. ISBN 80-7106-840-3.
- DOYLE, A. C.; GRANGE, L. D.; GOLDSMIDT, A. et al. Psychosocial and Physical Impairment in Overweight Adolescents at High Risk for Eating Disorders. *Obesity*, 2007, vol.15, no.1, p. 145-154. ISSN 1930-7381.

- EISER, C.; MORSE, R. The Measurement of Quality of Life in Children: Past and Future Perspectives. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 2001, vol.22, no. 3, p. 1-9- ISSN 0196-206X.
- EPSTEIN, J. L.; McPARLAND, J. M. *Quality of School Life Scale*. Chicago, Riverside Publishing, 1976. (a)
- EPSTEIN, J. L.; MCPARLAND, J. M. Concept and Measurement of the Quality of School Life. *American Educational Research Journal* 1976, vol. 13, no.1, p. 15-30. ISSN 00028312 (b)
- FREIBERG, H. J.(Ed.) *School Climate. Measuring, Improving and Sustaining Healthy Learning Environment*. Philadelphia: Falmer Press, Taylor and Francis, 1999. ISBN 0-7507-0642-2.
- HALLSTRAND, T. S.; CURTIS, J. R.; AITKEN, M. L. et al. Quality of Life in Adolescents with Mild Asthma. *Pediatric Pulmonology*, 2003, vol. 36, p. 536-543. ISSN 8755-6863.
- HAVLÍNOVÁ, M. (Ed.) *Program podpory zdraví ve škole*. Praha: Portál, 1998. ISBN 80-7178-263-7.
- HELUS, Z. *Dítě v osobnostním pojetí*. Praha: Portál, 2004, 228 s. ISBN 80-7178-888-0.
- HŘÍBKOVÁ, L. Modely, strategie a metody k identifikaci talentu. *Čs. psychologie*, 1991, no.1, p. 48-59. ISSN 0009-062X.
- HUGHES, A. R.; FAREWELL, K.; HARRIS, D. et al. Quality of Life in a Clinical Sample of Obese Children. *International Journal of Obesity*, 2007, vol.31, no.1, p.39-44. ISSN 0307-0565
- CHAN, CHIN, CHI, E.; PIIRA, T.; BETTS, G. The School Functioning of Children With Chronic a Recurrent Pain. *Pediatric Pain Letter*, 2005, vol.7, no.2/3, p.11-16. ISSN 1205-9692.
- CHRÁSKA, M.; TOMANOVÁ, D.; HOLOUŠOVÁ, D. (Eds.) *Klima současné české školy*. Brno: Konvoj, 2003. ISBN 80-7302-064-5.
- JEŽEK, S. (Ed.) *Psychosociální klima školy I*. Brno: MSD, 2003. 152 s. ISBN 80-86633-13-6.
- JEŽEK, S. (Ed.) *Psychosociální klima školy II*. Brno MSD, 2004. 165 s. ISBN 80-86633-29-2.
- JEŽEK, S. (Ed.) *Psychosociální klima školy III*. Brno: MSD, 2005. 158 s. ISBN 80-8663-34-54.
- KONU, A. T.; LINTONEN, T. P.; RIMPELÄ, M. K. Factors Associated with Schoolchildren's General Subjective Well-Being. *Health Educational Research*, 2002, vol.17, p.155-165. ISSN 0268-1153.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-835-X.
- LEPPER, M. R.; CORPUS, J. H.; IYENGAR, S. S. Intrinsic and Extrinsic Motivational Orientations in the Classroom: Age Differences and Academic Correlates. *Journal of Educational Psychology*, 2005, vol. 97, no. 2, p. 184-196. ISSN 0022-0663.
- LIGHTFOOT, J.; WRIGHT, S.; SLOPER, P. Supporting Pupils in Mainstream School With an Illness or Disability: Young People's Views. *Child: Care, Health and Development*, 1999, vol.25, no. 4, p. 267-283. ISSN 0305-1862.
- MAREŠ, J. Pozitivní psychologie: důvod k zamyšlení i výzva. *Čs. psychologie*, 2001, vol. 45, no.2, p. 97-117. ISSN 0009-062-X.
- MAREŠ, J. Kvantitativní generické nástroje pro diagnostiku kvality života u dětí. In MAREŠ, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD 2006, p. 107-140. ISBN 80-86633-65-9.

- MAREŠ, J.; JEŽEK, S.; PEČENKOVÁ, J. Psychosociální klima ve speciální základní škole při fakultní nemocnici. In JEŽEK, S. (Ed.) *Psychosociální klima školy III*. Brno, 2005: 125-136. ISBN 80-8663-34-54.
- MOK, M. M. Does School Size Affect Quality of School Life? *Issues in Educational Research*, 1997, vol. 7, no. 1, p. 69-86. ISSN 0313-7155.
- MOK, M. M.; FLYN, M. Does School Size Affect Quality of School Life? *Issues in Educational Research*, 1997, vol. 7, no. 1, p. 69-86.
- MOK, M. M.; FLYN, M. Establishing Longitudinal Factorial Construct Validity of the Quality of School Life Scale for Secondary Students. *Journal of Applied Measurement*, 2002, vol. 3, no. 4, p. 400-420. ISSN 0313-7155.
- PEYRARD, J. P. Problematic of the Teaching of Ill Children. Thoughts of a Teacher in a Pediatric Department. *Archives de Pédiatrie*, 2000, vol. 7, no. 9, p. 1001-1006. ISSN 0929-693X.
- POWERS, S. W.; PATTON, S. R.; HOMMEL, K. A. Quality of Life in Paediatric Migraine: Characterization of Age-Related Effects Using PedsQL 4.0. *Cephalalgia*, 2004, vol. 24, p. 120-127. ISSN 0333-1024.
- RAVES-SIEBERER, U.; BULLINGER, M. Assessing Health-Related Quality of Life in Chronically Ill Children with German KINDL. First Psychometric and Content Analytical Results. *Quality of Life Research*, 1998, vol. 7, p. 399-407. ISSN 0962-9343.
- ROTH-ISIGKEIT, A.; THYEN, U.; STÖVEN, H. Et al. Pain Among Children and Adolescents: Restrictions in Daily Living and Triggering Factors. *Pediatrics*, 2005, vol. 115, no. 2, p. 152-162. ISSN 0031-4005.
- SCHMIDT, L. J. Relationship Between Pupil Control Ideology and the Quality of School Life. *Journal of Invitational Theory and Practice*, 1992, vol. 1, no. 2, ISSN 1060-6041.
- SELIGMAN, M.; CSIKSZENTMIHALYI, M. Positive Psychology. *American Psychologist*, 2000, vol. 55, no. 1, p. 1-10. ISSN 0003-066X.
- SIMEONI, M. C.; SAPIN, C.; ANTONIOTTI, S. et al. Health-Related Quality of Life Reported by French Adolescents: A Predictive Approach to Health Status? *Journal of Adolescent Health*, 2001, vol. 28, p. 288-294. ISSN 1054-139X.
- SNYDER, C. R.; LOPEZ, S. J. (Eds.) *Handbook of Positive Psychology*. New York, Oxford University Press, 2002. ISBN 0-19-513533-4.
- TORSHEIM, T.; WOLD, B. School-Related Stress, Support, and Subjective Health Complaints Among Early Adolescents: A Multilevel Approach. *Journal of Adolescence*, 2001, vol. 24, p. 701-713. ISSN 0140-1971.
- VARNI, J. W.; BURWINKLE, T. M. The PedsQL™ 4.0 as a Patient-Reported Outcome in Children and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorders: a Population-Based Study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2006, vol. 4, no. 26. ISSN 1477-7525.
- VARNI, J. W.; BURWINKLE, T. M.; SEID, M. The PedsQL™ 4.0 as a School Population Health Measure: Feasibility, Reliability, and Validity. *Quality of Life Research*, 2006, vol. 15, p. 203-215. ISSN 0962-9343.

- VARNI, J. W.; BURWINKLE, T. M.; SEID, M. et al. The PedsQL™ 4.0 as a Pediatric Population Health Measure: Feasibility, Reliability, and Validity. *Ambulatory Pediatrics*, 2003, vol. 3, no. 6, p. 329-341. ISSN 1530-1567.
- VARNI, J. W.; SEID, M.; KNIGHT, T.S. et al. The PedsQL™ in Pediatric Rheumatology. *Arthritis and Rheumatism*, 2002, vol. 46, no. 3, p. 714-725. ISSN 0004-3591.
- VARNI, J. W.; SEID, M.; RODE, C. A. The PedsQL™: Measurement Model for Pediatric Quality of Life Inventory. *Medical Care* 1999, vol. 37, no. 2, p.126-139. ISSN 0025-7079.
- VODOVÁ, A.; KUNSTMÜLLEROVÁ, H. *Čtyřicet let školy při nemocnici (1954-1994)*. Hradec Králové: Speciální základní škola při Fakultní nemocnici 1994, 21 p.
- VODOVÁ, A.; MAREŠ, J. Učitelky a vychovatelky speciální školy při nemocnici jako zdroj sociální opory. In MAREŠ, J. a kol. *Sociální opora u dětí a dospívajících*. Hradec Králové: Nucleus, 2005, p. 110-117. ISBN 80-86225-19-4.
- WALKER, L. S.; GUTE, J. W.; DUKE, M. et al. Recurrent Abdominal Pain: A Potential Precursor of Irritable Bowel Syndrome in Adolescents and Young Adults. *Journal of Pediatrics*, 1998, vol. 138, p.1010-1015. ISSN 0022-3476.
- WEE, H. L.; RAVENS-SIEBERER, U.; ERHART, M. et al. Factor Structure of the Singapore English Version of the KINDL Children Quality of Life Questionnaire. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2007, vol. 5, no.4. ISSN 1477-7525.
- WILLIAMS, J.; WAKE, M.; HESKETH, K. Health-Related Quality of Life of Overweight and Obese Children. *JAMA*, 2005, vol. 293, no. 1, p.70-76. ISSN 0098-7484.
- ZAHNER, L.; PUDER, J. J.; ROTH, R. Et al. A School-Based Physical Activity Program to Improve Health and Fitness in Children Aged 6-13 Years („Kinder-Sportstudie KISS“): Study Design of a Randomized Controlled Trial. *BMC Public Health*, 2006, vol.6, no.147. ISSN 1471-2458.

Kontakt na autora:

Prof. PhDr. Jiří MAREŠ, CSc.

Univerzita Karlova

Lékařská fakulta v Hradci Králové

Ústav sociálního lékařství

Šimkova 870

500 38 Hradec Králové

E-mail: mares@lfhk.cuni.cz