

OTÁZKY KVALITY ŽIVOTA NA ZÁKLADĚ PŘEDCHOZÍCH VÝZKUMŮ

Oliva ŘEHULKOVÁ, Evžen ŘEHULKA

Kvalita života je v současném výzkumu velmi frekventované téma a umožňuje přinést nové a zajímavé výsledky do různých oblastí bádání. Pro praktický psychologický výzkum má tato kategorie mnoho výhod: je interdisciplinární, má objektivní i subjektivní stránku a je bohatě interpretovatelná.

O kvalitě života se začalo mluvit asi nejdříve v ekonomii dvacátých let, kdy se ve vyspělých státech zjistilo, že ukazatelem spokojenosti a společenského blaha není jen hojnost spotřebovaného zboží, ale subjektivní prožitek těchto podmínek, kde je rozhodující osobní kognitivní a emocionální hodnocení. Přes sociologii se dostal pojem kvalita života do medicíny, kde se udržování dostatečné kvality života stalo důležitým cílem např. v geriatрии, psychiatrii či onkologii (Hnilicová, Bencko 2005). Křivohlavý (2002) uvádí, že jedna z prvních monografií zabývajících se kvalitou života byla práce A. L. Strausse z roku 1975 věnovaná problematice hodnocení života chronicky nemocných pacientů a starých lidí. Cílem péče nebylo nejen udržování života, ale hlavně zajištění života důstojného, smysluplného, orientovaného na prožitek lidského štěstí a pohody. Tyto teze se staly nosným programem i pro psychologii, kde se v daných intencích rozvíjela psychologie zdraví a pozitivní psychologie.

V současné době došlo i k určité změně paradigmatu ve výzkumu kvality života, neboť byl přenesen zájem z lidí nemocných na jedince zdravé. Nezkoumá se tedy, jak závažnost onemocnění redukuje životní možnosti člověka, ale snaží se naopak o pohled na zdravé lidi, kteří mohou prožívat život plněji, intenzivněji, smysluplněji, a tedy kvalitněji.

Kvalita života není bohužel přesně vymezená, což je dáno její interdisciplinárností a různými metodologickými přístupy k jejímu pojetí a zkoumání. V této situaci se nám jeví jako nejvýhodnější opírat se o koncepcce Světové zdravotnické organizace (SZO/WHO), i když jsou také někdy diskutabilní, ale vytvářejí relativně nejvíce rozšířené pojetí, které umožňuje odbornou komunikaci.

Je nutné vyjít ze známé definice zdraví, které je podle SZO/WHO chápáno jako „stav plné tělesné, psychické a sociální pohody, a ne jen jako nepřítomnost nemoci nebo vady“. „Zdraví určitého člověka je co nejúžeji propojeno s kvalitou jeho života“ říká autor monografie o „zdraví“ D. Seedhouse (1995). SZO/WHO v roce 1996 uvádí, že kvalita života vyjadřuje „jak lidé vnímají své místo v životě, v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žijí, a ve vztazích ke svým cílům, očekáváním, standardům

a zájmům.“ V nejnovějších materiálech SZO/WHO „Zdraví 21 – zdraví do 21. století“ je kvalita života vymezována jako „pocit jednotlivců nebo skupin obyvatelstva, že jsou uspokojovány jejich potřeby, a že jim nejsou odnímány příležitosti k dosažení štěstí a naplnění života“. Komplexnost chápání „kvality života“ dobře vidíme v materiálu WHO Quality of Life Group (1993), který citují J. Mareš, J. Marešová (2004) a J. Mareš (2006): ti zdůrazňují, že v kvalitě života se odráží individuální percepce a celkové subjektivní hodnocení vlastní pozice ve vztahu k dané kultuře a hodnotám a budoucímu očekávání v tomto směru, komplexně je zde zahrnuto vlastní somatické zdraví, psychický stav i sociální vztahy. Při práci s kvalitou života si musíme uvědomit, že není totožná s termíny „stav zdraví“, „životní spokojenost“, „psychický stav“ nebo „osobní pohoda“.

Vidíme, že obecně je kvalita života prožitkem, zážitkovým vztahem, reflexí nad vlastní existencí. Řada teorií a modelů kvality života často pracuje ještě s duchovní dimenzí a upozorňuje v této souvislosti na význam spirituality. Zde nám připadá vhodné upozornit na model kvality života slovenského psychologa D. Kováče (2001, 2004), který vytvořil model o třech úrovních:

- 1) bazálně všelidská úroveň kvality života
- 2) individuálně civilizační úroveň
- 3) kulturně duchovní úroveň

Tyto tři dimenze jsou řízeny faktorem smyslu života, jeho úlohu vidí autor v tom, že „nacházený a rozvíjený smysl života je vrcholovým psychoregulátorem jednotlivých komponent kvality života a je současně i neúčinnějším pramenem stálé spokojenosti člověka se svým životem, zdrojem přetrvávající pohody, fůrem, na němž se může objevit občas i chvíle štěstí“ (D. Kováč 2007).

Ve výčtu teoretických koncepcí kvality života by bylo možno pokračovat, ale tento přehled není cílem naší studie; výše uvedenými odstavci jsme chtěli pouze uvést základní myšlenky, z nichž vycházely naše dále prezentované výsledky.

x x x

V posledních přibližně pěti letech jsem se zabývali výzkumem kvality života u zdravých lidí a zpravidla byly našimi zkoumanými osobami učitelé, resp. učitelky základních škol, kterým jsme věnovali studijní pozornost z hlediska psychologického výzkumu jejich profese (viz bibliografie). Tento pohled se nám ukázal jako velmi zajímavý a domníváme se, že mohl přinést některé nové poznatky k chápání této profese, kterou se zabývají jen některé studie (J. Průcha 2002). Některé výzkumy jsme orientovali také na poznání kvality života dospívajících (O. Řehulková, E. Řehulka 2006).

Pokusíme se zde nyní tyto naše výsledky prezentovat a shrnout do obecnějších závěrů. Šetření, která jsme prováděli, byla často specifická vzhledem ke zkoumaným osobám (dále z.o.), neboť jsme u některých výzkumů využívali respondentů, jež se účastnili výuky, školení či přednášek, kde jsme se problematikou kvality života zabývali (např. výuka psychohygieny nebo psychologie zdraví); šlo tedy o z.o., které byly v této problematice v základu orientované, s čímž je nutno počítat při koncipování výzkumu a interpretaci výsledků.

x x x

Jako první pokus (E. Řehulka, O. Řehulková 2005b) jsme zvolili jednoduchou analýzu volného textu, kdy z.o. byly požádány, aby na základě svých informací o problematice kvality života popsaly svou vlastní kvalitu života; byl jim nabídnut arch papíru A4 a čas max. 40 minut (v průměru bylo využito 28 minut). Úkol jsme zadali čtyřem skupinám z.o. rozdílného věku.

1. skupina: vysokoškolští studenti učitelských fakult a fakulty lékařské ve věku 18 – 28 let (46 resp.)
2. skupina: pracovníci ve školství a zdravotnictví s vysoko- či středoškolským vzděláním ve věku 29 – 45 let (56 resp.)
3. skupina: pracovníci ve školství a zdravotnictví s vysoko- či středoškolským vzděláním ve věku 46 – 60 let (31 resp.)
4. skupina: posluchači U3V s vysoko- či středoškolským vzděláním ve věku 61 – 70 let (26 resp.)

Celkem tedy šlo o 159 z.o. (z toho 110 žen a 49 mužů), které měly základní informace o problematice kvality života a dala se tedy u nich očekávat určitá poučená sebereflexe v tomto směru. Vcelku šlo také o jedince, kteří byli v aktuálně dobrém zdravotním stavu. V důsledku zdravotních potíží neměli nijak omezen výkon práce či trávení volného času.

Získaný písemný materiál jsme analyzovali tak, že obsah reflexe vlastní kvality života, který podaly naše z.o. hodnotili tři posuzovatelé (psychologové) na sedmistupňové škále mezi následující polaritními kategoriemi:

| | | |
|-----------------------|---------------|----------------------|
| budoucnost | <i>versus</i> | minulost |
| velká sebereflexe | | malá sebereflexe |
| odpovědná verbalizace | | laxní verbalizace |
| určitost | | neurčitost |
| aktivita | | pasivita |
| spokojenost | | nespokojenost |
| plánovitost | | nahodilost |
| uspořádanost | | neuspořádanost |
| silná sebekritičnost | | slabá sebekritičnost |
| silná sebedůvěra | | slabá sebedůvěra |

Výsledky zpracování ukázaly, že popis vlastní kvality života ukazuje v uvedených dimeziích následující trendy z hlediska stárnutí:

| | |
|------------------------------------|-------------------------|
| od budoucnosti | k minulosti |
| od malé sebereflexe | k velké sebereflexi |
| od laxní verbalizace | k odpovědné verbalizaci |
| od určitosti | k neurčitosti |
| od aktivity | k pasivitě |
| od nespokojenosti | k spokojenosti |
| od plánovitosti | k nahodilosti |
| od neuspořádanosti | k spořádanosti |
| od slabé sebekritičnosti | k silné sebekritičnosti |
| od velké sebedůvěry | k malé sebedůvěře |

Tedy můžeme říci, že v popisu své kvality života se mladší z.o. orientují více na budoucnost, naopak starší na minulost, u mladších pozorujeme malou sebereflexi u starších větší, starší z.o. odpovědněji formulují své myšlenky na rozdíl od mladších, kteří jsou ve svých výrazech určitější, kdežto starší z.o. používají obecnější termíny. Mladší z.o. vyjadřují v popisu své kvality života více znaků aktivity, starší vykazují aktivity daleko méně. Více nespokojenosti s vlastní kvalitou života nacházíme ve vyjádření u mladších z.o. a tyto rovněž nacházejí ve své kvalitě života určitý plán, zatímco starší zde vidí spíše nahodilost. Mladší z.o. ale fakta ve výpovědi o kvalitě života nedovedou tak dobře uspořádat jako starší lidé, ti jsou rovněž - vzhledem k mladším - více sebekritičtí a mají malou sebedůvěru, zatímco u mladších z.o. nacházíme v prezentaci vlastní kvality života sebedůvěru výraznější.

Zjištěné trendy mohou být chápány jako obecné charakteristiky sebereflexe a také nemusí platit individuálně, ale domníváme se, že opravňují myšlenku, že vnímání a popis vlastní kvality života je ovlivňována věkem a že zde můžeme hledat určité zákonitosti, takže můžeme konstatovat, že struktura kvality života se mění věkem.

x x x

V dalším našem experimentu (E. Řehulka, O. Řehulková 2005b) jsme si dali za cíl pokusit se vyjádřit kvalitu života relativně přesně formulovaným vztahem.

Pracovali jsme se stejným souborem z.o. Po přednášce jsme požádali posluchače, aby zhodnotili svou kvalitu života na škále 1 – 10, vždy v celých číslech. Dále jsme v jednoduchých klinických rozhovorech, které jsme vedli my nebo přítomné zdravotní sestry, event. lékař, získali informace o celkovém zdravotním, psychickém a sociálním stavu z.o. a jejich případných psychosomatických stescích a zhodnotili jsme je opět na stejné škále. Výsledek jsme posluchači oznámili, stručně ho diskutovali a závěrem jsme z.o. požádali, aby tyto „objektivní“ informace zhodnotily na uvedené škále, jak vnímají jejich závažnost.

Získali jsme tedy tři následující údaje:

1. vlastní subjektivní zhodnocení kvality života (QoLs)
2. objektivní údaje o kvalitě života (QoLo)
3. celkový subjektivní názor po interpretaci QoLo (QoLo/s)

Získané číselné údaje jsme zpracovali podle následujícího vzorce:

$$\frac{\frac{QoLo + QoLo/s}{2} + QoLs}{2} = QoL$$

Domníváme se, že toto jednoduché matematické vyjádření ukazuje dobře subjektivitu kategorie kvality života, přičemž ale zapracovává i zvážení celkového zdravotního, psychického a sociálního stavu z.o.

Pokud bychom zde chtěli uvádět výsledky této části výzkumu, budou v podstatě vágní, i když i v tomto směru zajímavé. Ukázalo se totiž, že věkové skupiny se v takto

získaných hodnotách statisticky významně neliší, že tedy věk není přímo určující pro kvalitu života, pokud se jí pokoušíme vyjádřit kvantitativně.

Přesto je však evidentní, že se věkem kvalita života nějak mění a je možno předpokládat, že její změny budou kvalitativní, či jinak řečeno, bude se měnit struktura kvality života, resp. její jednotlivé složky, tak jak jsme to viděli v předchodím projektu.

x x x

Ještě v jednom výzkumu jsme se zabývali vývojem kvality života, tentokrát opět u učitelské profese (O. Řehulková, E. Řehulka 2007b). Výzkum jsme prováděli v několikasestrových kurzech psychohygieny, kterých se účastnilo 148 učitelů základních škol, 31 posluchaček učitelství a 14 učitelek – posluchaček univerzity 3. věku. Jednoduchým dotazníkem jsme se informovali u našich z.o. na míru pracovní zátěže, kterou jsme dělili na:

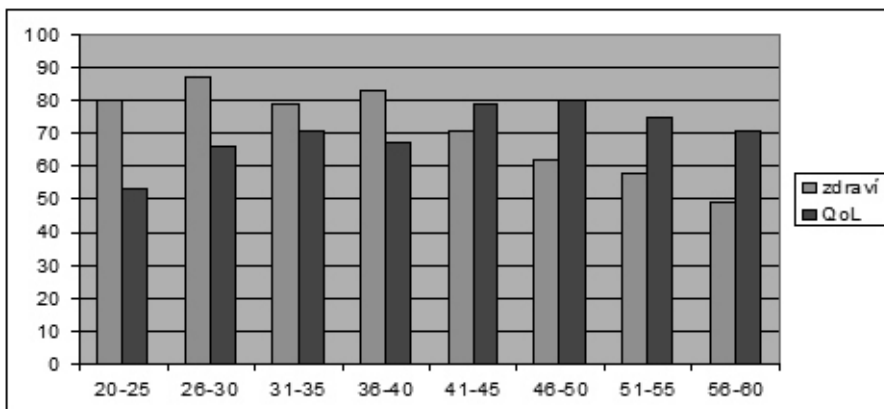
- a) pozitivní zátěž (šlo o úkoly, které z.o. ochotně přijímají, chápou jejich obtížnost, troufají si je při určitém úsilí zvládnout, jejich zvládnutí vyvolává uspokojení a považují ho za osobní růst)
- b) negativní zátěž (úkoly, které je sice nutno zvládnout, ale jsou považovány za zbytečné, ubíjející, netvůrčí a nudné).

Pro zjištění subjektivního zdravotního stavu jsme použili Symptomatologický inventář (E. I. Kasielke, S. Möbius, Ch. Scholze) a pro zjišťování kvality života metodu SEIQoL.

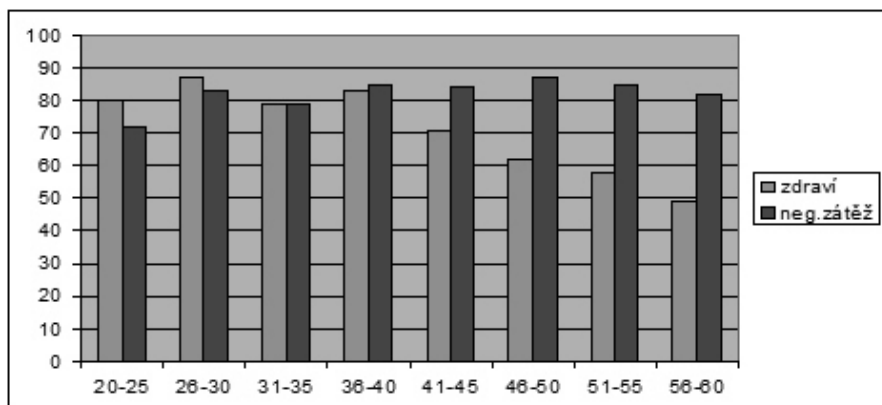
Metodika SEIQoL (O'Boyle, McGee, a Joyce, 1994) vychází ze strukturovaného rozhovoru, kdy z.o. musí uvést pět životních cílů, resp. cílů životního snažení, resp. hodnot (tzv. cues), které v dané chvíli považuje pro sebe za nejdůležitější. U každého z těchto pěti životních cílů se uvádí „důležitost“ (všech pět cues musí činit součet 100 %) a „míra spokojenosti“ (u každého cues se uvádí od 1 do 100). Jednoduchým početním zpracováním získáváme číselně vyjádřenou individuální hodnotu kvality života. U nás tuto metodu uvedl a interpretoval J. Křivohlavý (2001).

| <i>PŘÍKLAD:</i> | | |
|---|---------------------------|--------------|
| DŮLEŽITOST | ŽIVOTNÍ CÍL, HODNOTA, CUE | SPOKOJENOST |
| 15% | např. kariéra | 80% |
| 25% | rodina | 95% |
| 10% | peníze | 70% |
| 20% | poznání | 75% |
| 30% | seberealizace | 70% |
| Σ 100% | | od 1 do 100% |
| VYHODNOCENÍ: | | |
| v každém řádku se násobí „důležitost“ x „spokojenost“, součiny se sečtou a dělí 100 | | |
| PŘÍKLAD: | | |
| součet pěti součinů je 7875 děleno 100 je kvalita života <u>78,75</u> | | |

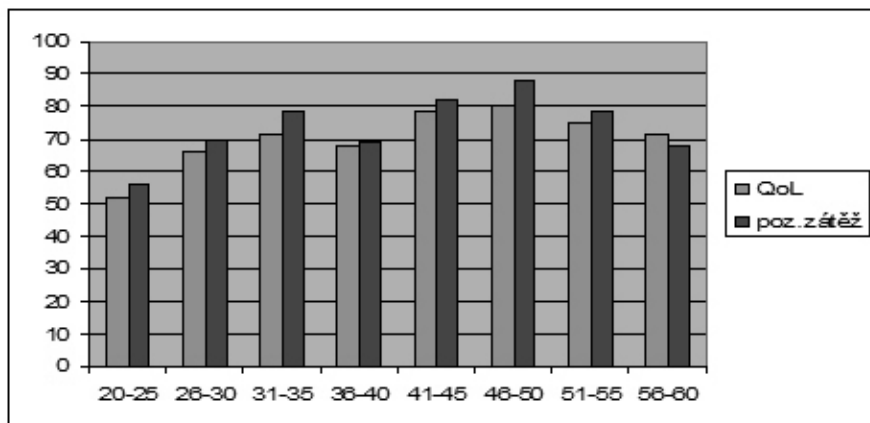
Získané výsledky jsme rozdělili podle věkového kritéria (z.o. jsme rozdělili po pěti letech věku) a uvádíme je v následujících tabulkách



Tab. 1 Vztah mezi sebeposouzením zdraví a kvalitou života podle věkových skupin



Tab. 2 Vztah mezi sebeposouzením zdraví a negativní zátěží podle věkových skupin



Tab. 3 Vztah mezi kvalitou života a pozitivní zátěží podle věkových skupin

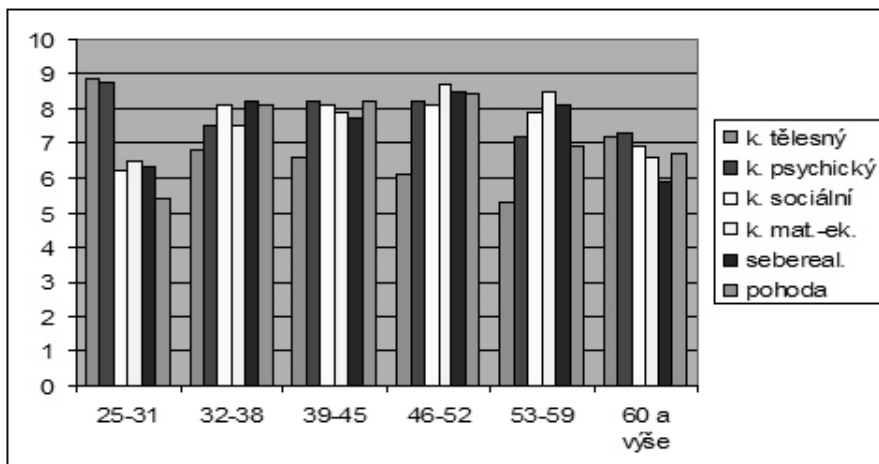
Pokusíme-li se z uvedených grafů formulovat některé závěry, můžeme říci, že kvalita života našich z.o. věkem narůstala, i když sebezpození zdravotního stavu se zhoršovalo, negativní zátěž věkem narůstala, přičemž pozitivní zátěž vedla ke zvyšování kvality života.

x x x

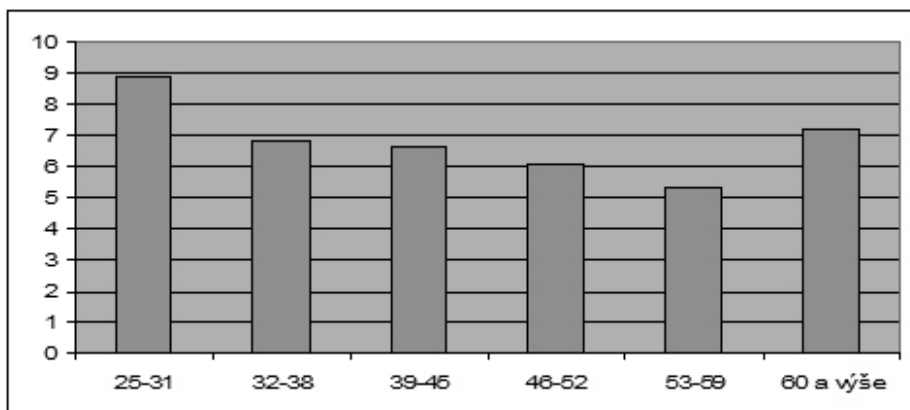
Vývojem kvality života jsme se zabývali ještě v dalším výzkumu (E. Řehulka, O. Řehulková 2007), kde jsme se opět vrátili k myšlence struktury kvality života, neboť jsme vycházeli z našich předchozích zjištění, že kvalita života se v průběhu stárnutí obvykle nemění, ale mění se její struktura. Na základě různých teoretických koncepcí o kvalitě života a našich dřívějších studií o tzv. zdravé osobnosti (E. Řehulka 2000, 2006), jsme konstrukt kvality života strukturovali do následujících složek:

- tělesný komfort
- psychický komfort
- sociální komfort
- materiálně-ekonomický komfort
- úroveň seberealizace
- zážitky pohody, radosti a štěstí

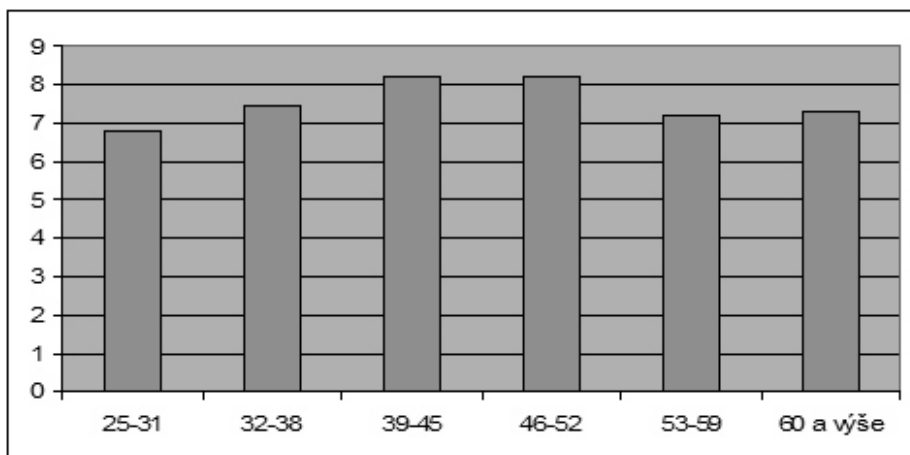
Podle této koncepce jsme zkonstruovali nestandardizovaný dotazník na výše uvedou strukturu kvality života se škálovanými odpověďmi a touto metodikou jsme vyšetřili 519 učitelek základních škol ve věku 25 až 63 let. Získané výsledky jsou v následujících tabulkách.



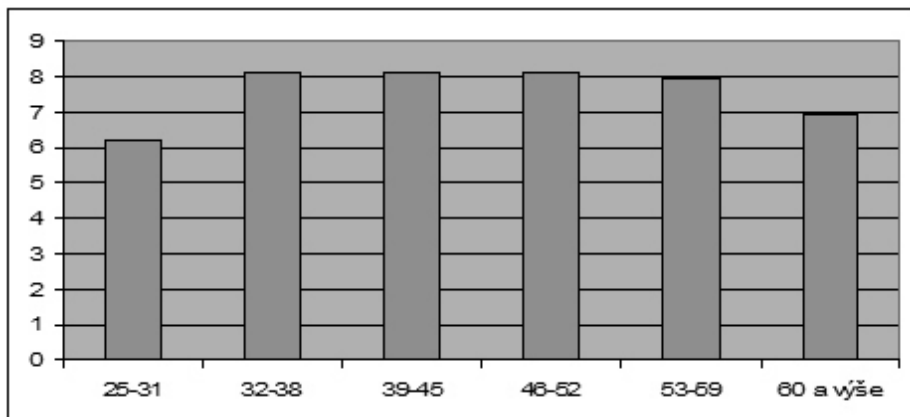
Tab. 4 Vývoj kvality života v jednotlivých složkách



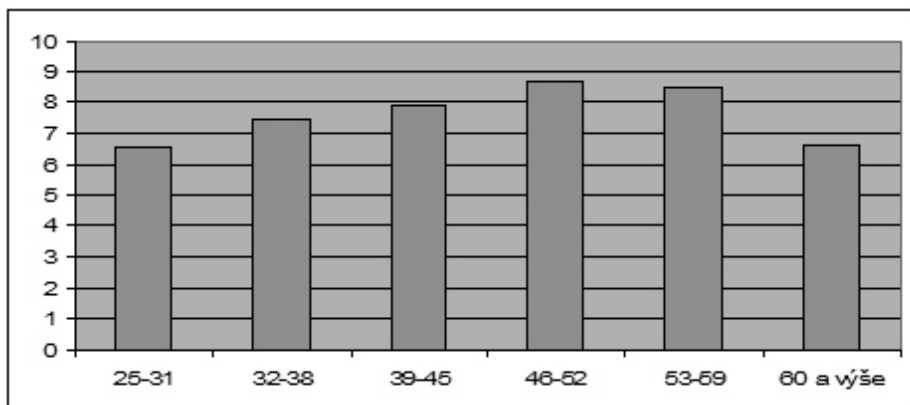
Tab. 5 „Tělesná složka“ kvality života



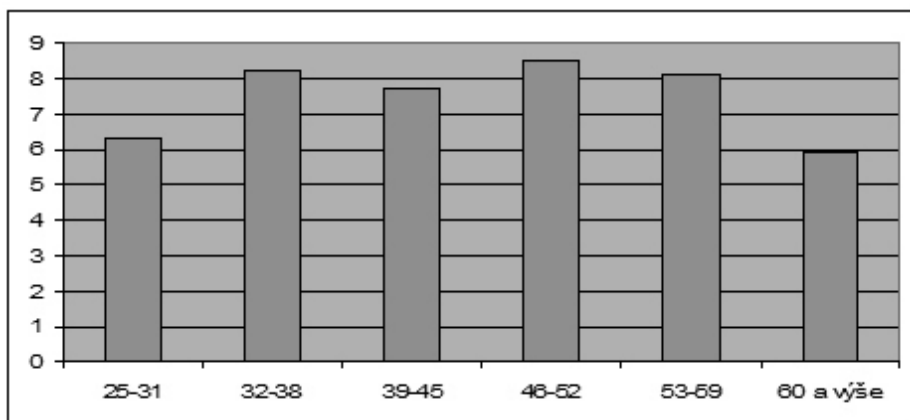
Tab. 6 „Psychická složka“ kvality života



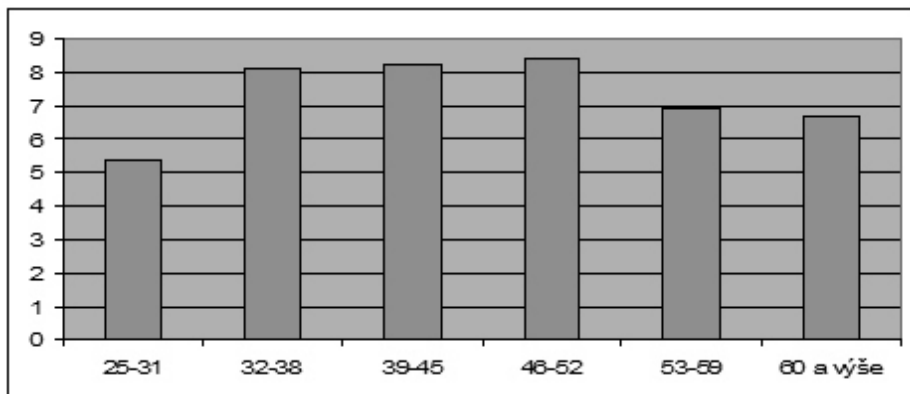
Tab. 7 „Sociální složka“ kvality života



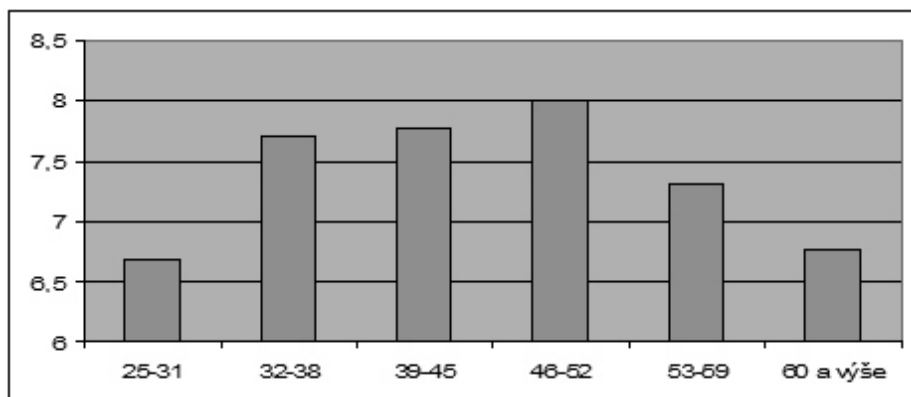
Tab. 8 „Materiálně-ekonomická složka“ kvality života



Tab. 9 „Seberealizace“ jako složka kvality života



Tab. 10 „Pohoda“ jako složka kvality života



Tab. 11 Kvalita života v průběhu profesního vývoje

Z uvedených tabulek vidíme, že jednotlivé složky kvality života se rozvíjejí v průběhu profesního života učitele odlišně, přičemž celkově kvalita života vrcholí v druhé polovině života. S průběhem celkové kvality života nejvíce souvisí ty její složky, které jsme označili jako „psychický komfort“ a „materiálně technický komfort“.

x x x

Ještě bychom chtěli zůstat u konkrétnějších údajů z metodiky SEIQoL, s níž jsme již pracovali a kterou jsme charakterizovali výše. Nyní bychom uvedli detailnější výsledky, které jsme tou metodou získali (E. Řehulka, O. Řehulková 2003). Metodou SEIQoL jsme vyšetřili 43 učitelek základních škol z jižní Moravy. Tento vzorek byl vybrán náhodně, zpravidla při seznámení zkoumaných osob s autory této studie jako přednášejícími v některém kurzu pro učitele. Nejmladší z učitelek bylo 27 let, nejstarší 56, průměrný věk 36,2 let. Všechny učitelky měly nejméně pětiletou praxi, přičemž průměrná doba praxe byla 16 let, byly v době vyšetření v činné službě a žádná si nebyla vědoma závažnějších zdravotních potíží. Vyšetření bylo provedeno v roce 2002 a výsledky jsou uvedeny v tab. 12.

| cues | četnost (f) / % | důležitost | spokojenost |
|-------------------------|-----------------|------------|-------------|
| 1. zdraví | 43 / 100 | 24,2 | 72,6 |
| 2.rodina | 30 / 69,7 | 28,6 | 72,5 |
| 3. štěstí | 25 / 58,1 | 15,7 | 45,6 |
| 4. děti | 24 / 55,8 | 27,2 | 77,1 |
| 5. partner. vztahy | 16 / 37,2 | 13,1 | 45,6 |
| 6. peníze | 13 / 30,2 | 22,7 | 30,0 |
| 7. láska | 11 / 25,6 | 18,6 | 54,5 |
| 8. svoboda, nezávislost | 11 / 25,6 | 12,1 | 62,7 |
| 9. přátelství | 9 / 20,9 | 19,4 | 67,7 |
| 10. klid, pohoda | 8 / 18,6 | 16,9 | 47,5 |
| 11. práce (škola) | 5 / 11,6 | 16,1 | 76,1 |

| | | | |
|------------------------|----------|------|--------|
| 12. sex, erotika | 5 / 11,6 | 12,2 | 70,0 |
| 13. tvorba, tvořivost | 4 / 9,3 | 13,8 | 67,5 |
| 14. smysl života, bytí | 4 / 9,3 | 10,8 | 55,0 |
| 15. kultura (účast) | 3 / 6,9 | 13,3 | 73,3 |
| 16. rodiče (péče o ně) | 2 / 4,7 | 27,5 | 75,0 |
| 17. kariéra | 2 / 4,7 | 22,5 | 75,0 |
| | | | Ø 62,8 |

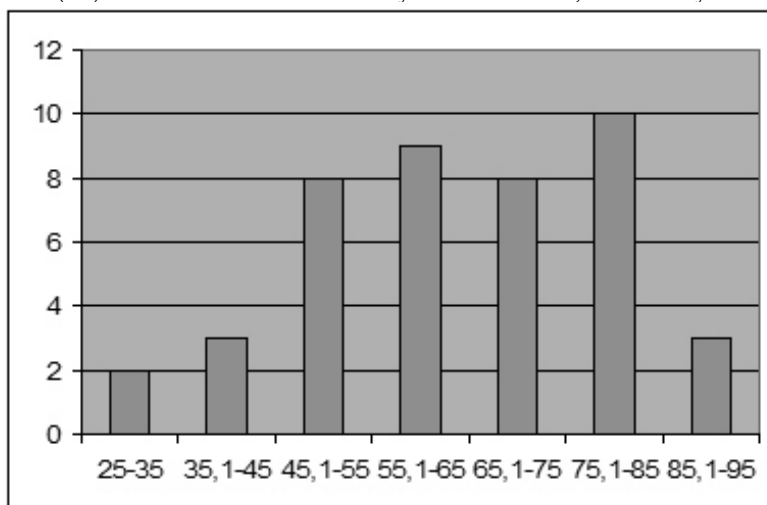
Tab. 12 Uvedené životní cíle v metodě SEIQoL u žen

Především se ukázalo, že v celém zkoumaném souboru nalézáme 17 životních cílů (cues), přičemž „zdraví“ uvádějí všechny z.o. (tedy 100 %), následuje „rodina“, „štěstí“, „vlastní děti“ atd., jak uvádí tab. 12. Prvních deset životních cílů, které byly uváděny, je možno charakterizovat jako obecné nebo také jako egocentrické, neboť se vztahují především k vlastnímu pocitu blaha. Teprve na 11. místě je objevuje jako životní cíl pedagogická práce.

Podíváme-li se na důležitost jednotlivých životních cílů, vidíme, že přes 20 bodů mají životní cíle „zdraví“, „rodina“, „vlastní děti“, „peníze“ a potom „péče o vlastní rodiče“ a „kariéra“, i když tyto poslední dva cíle uváděly pouze dvě respondentky. Relativně nejméně důležité jsou pro naše z.o. „svoboda, nezávislost“ a „sex a erotika“.

Pokud se v tab. 12 podíváme na to, jak jsou naše učitelky spokojeny s realizací svých životních cílů, vidíme největší spokojenost s „vlastními dětmi“ a zajímavé je, že další hodnota se týká „školní práce“. Lze tedy říci, že pokud z.o. uvedly jako jeden ze svých životních cílů „školní práci“, potom je pro ně významná. Relativně vysoká je průměrná spokojenost se „zdravím“, s „rodinou“, s „účastí na kultuře“ a se „sexuálním životem“, i když tyto poslední životní cíle uvádí opět jen několik respondentek. Nejnížší, a výrazná, nespokojenost je s „penězi“, což je svým způsobem očekávatelný výsledek charakterizující naše současné školství.

Rozložení jednotlivých výsledků kvality života našich z.o. vidíme v tab. 13. Nejvíce z.o. (10) má číselnou hodnotu kvality života mezi 75,1 – 85 body.



Tab. 13 Rozložení výsledků kvality života u učitelek

Zajímavé je zastavit se u výsledné hodnoty, tedy u vlastního vyjádření kvality života, jak nám ji metoda SEIQoL ukazuje. Z následující tab. 14 vidíme, že při srovnání s výsledky irských badatelů, které uvádí J. Křivohlavý (2002), je kvalita života našich zkoumaných učitelek podstatně nižší. Interpretovat tuto skutečnost je obtížné. Pravděpodobně zde hraje určitou roli poměrně velká zátěž, která charakterizuje výkon učitelského povolání, i když současně jsme viděli, že hlavní životní cíle vyjadřující kvalitu života našich zkoumaných učitelek se týkají spíše jejich osobního života než faktorů souvisejících přímo s pedagogickou profesí. Můžeme také uvažovat, že zvyšování kvality života - pokud by šlo cestou zvyšování spokojenosti - se bude týkat hodnot, které jsou vázány na vlastní osobnost než na pracovní realizaci. V tomto směru můžeme dosažené výsledky chápat jako svým způsobem potvrzení našeho předpokladu o důležitosti kultivace a růstu osobnosti jako základního faktoru pro úspěšný výkon učitelské profese.

| Výsledky měření kvality života | | | |
|--------------------------------|------------------|---------------------|----------|
| | průměrná hodnota | standardní odchylka | rozsah |
| zdraví starší lidé | 82.1 | 12.2 | 47.3-100 |
| mladší lidé | 77.4 | 9.5 | 52- 95.3 |
| naš výzkum | 64.3 | 15.27 | 30- 92 |

Tab. 14 *Výsledky měření kvality života*

x x x

Řadu nových poznatků o kvalitě života může přinést zkoumání této kategorie u mladých lidí (J. Mareš 2006, 2007) a současně tento pohled obohatí poznatky o této věkové skupině. Kvalita života je jinak chápána v adolescenci, v rané dospělosti, ve středním věku, v pozdějším věkovém období, zejména před odchodem do starobního důchodu a také seniorský věk má své specifické pojetí kvality života, a to vše ve stavu psychofyziologické normality, neboť kvalita života u nemocných je samostatným problémem.

Provedli jsme výzkum kvality života adolescentů (O. Řehulková, E. Řehulka 2006), neboť jsme vycházeli z toho, že kvalita života je ve velmi úzkém vztahu k jednotlivým vývojovým etapám jedince. Kvalita života je pojmem multidimenzionálním a je nutno si uvědomit, že vyjadřuje subjektivní ohodnocení, které se odehrává v určitém kulturním, sociálním a environmentálním kontextu, a není totožná s termíny „stav zdraví“, „životní spokojenost“, „psychický stav“ nebo „osobní pohoda“.

Vztah mezi well-beingem (osobní pohodou) a kvalitou života bývá vykládán různě, nejčastěji je osobní pohoda chápána jako součást kvality života. Pojem well-being nacházíme také ve známé definici zdraví podle WHO, kdy je zdraví určeno jako „stav tělesné, psychické a sociální pohody (well-beingu), a ne jen nepřítomnost nemoci nebo vady“. (*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.*) Well-being se tak může brát jako pojem, který spojuje koncepci kvality života a koncepci zdraví.

V naší koncepci, a speciálně při výzkumu adolescentů, jsme zkoumali

1. JAK JSEM ZDRAVÝ *objektivní kvalita života* – objektivní zdravotní údaje
2. JAK ŽIJÍ *způsob života*
3. JAK SE CÍTÍM *subjektivní pohoda* (well-being) – aktuální emocionální hodnocení vlastního života
4. JAK EXISTUJI *subjektivní kvalita života* – individuální kognitivní zhodnocení a prožitek života z hlediska osobní perspektivy

Ve výzkumu adolescentů (n = 140; věk 10 až 20 let; polovina hoši a dívky, všechny z.o. byly zdravé) jsme disponovali daty ze základního zdravotního vyšetření, dotazníku na zdravotní stesky, dotazníku kvality života a metod, kterými jsme získali informace k výše uvedeným čtyřem okruhům. Vedle toho jsme ještě používali metodu SEIQoL charakterizovanou výše.

Údaje týkající se zdraví adolescentů jsou vcelku uspokojivé. Vzhledem k tomu, že náš výzkumný vzorek neměl z.o. se sníženou pracovní schopností a rovněž aktuální zdravotní stav byl bez problémů, nezaznamenali jsme žádné velké zdravotní potíže. Objevily se pouze taková zjištění jako alergie dobře medikamentózně kompenzovaná či drobné ortopedické problémy ze sportu, které však neomezovaly běžnou pohyblivost. Ani ve složce duševního zdraví nebyly shledány závažnější problémy, snad jen občasné konstatování mírné neurovegetativní lability a některých neurotických projevů (tréma, lehká emocionální labilita, zvýšená potivost apod). Celkem můžeme říci, že v této dimenzi kvality života jsou naši adolescenti v průměru zdraví na 87 %.

Komplikovanější se ukázal obraz při zkoumání kvality života a životního stylu adolescentů. Kvalitu způsobu života je možno pozitivně hodnotit pouze u 55 % z.o. Adolescenti se velmi často nesprávně stravují, mají nedostatečné informace o správné výživě, a pokud tyto informace mají, výrazně je podceňují. Podceňuje se škodlivost alkoholu (závislost nebyla v našem vzorku prokázána), kouření tabáku (29 % z.o. se označilo jako kuřáci, i když často jen sporadičtí), zkušenosti s drogami uvedlo 62 % dotázaných, patologickou závislost jsme však neprokázali v žádném případě. Značné nedostatky vidíme také v organizaci práce a odpočinku; na chyby v této organizaci je možno hřešit díky dobré zdravotní kapacitě. Práce, odpočinek, spánek jsou organizovány spontánně podle náhodných životních okolností, zátěžové situace jsou řešeny nepromyšleně, s nepřiměřeně velkým výdajem energie a často neefektivně.

Při tom všem si adolescenti negativa svého života poměrně málo připouštějí a jejich subjektivní životní pohoda je relativně vysoká, naši metodikou jsme zjistili 73 %.

Vlastní existenční prožitek svého života vidí adolescenti především v hodnotnějších sociálních vztazích, ve stabilnějších emocionálních kontaktech s vrstevníky, rodiči a učiteli a především v nalezení lepšího vztahu k sobě samému. Tento problém je sice pro adolescenci typický, ale v našem výzkumu se ukázal jako faktor, který snižuje kvalitu života. Domníváme se, že kvalitu života současných českých adolescentů negativně ovlivňují nízké hodnoty faktorů, které bychom mohli označit jako spirituální, jež můžeme charakterizovat absencí konkrétního životního plánu, snahou po stabilitě vývoje, orientací na komerční hodnoty a jednoduché materiální prožitky a naivitou v hledání transcendentálních hodnot. Tato subjektivní kvalita života ukazuje průměrnou hodnotu 51 %.

Tyto výsledky v podstatě odpovídají také údajům, jež nám poskytla metoda SEIQoL, kterou lze kvantitativně určit úroveň kvality života a která v našem výzkumném vzorku ukázala hodnoty kolem 65%, přičemž v podstatě nebyly statistické rozdíly z hlediska věku ani pohlaví.

Současně je nutno konstatovat, že mimo údajů týkajících se zdraví měly všechny další tři dimenze kvality života velký rozptyl jak kolem průměrných hodnot, tak při různých měřeních během výzkumu.

| | |
|---|-------------|
| 1. OBJEKTIVNÍ KVALITA ŽIVOTA (jak jsem zdravý)..... | 87 % |
| 2. ZPŮSOB ŽIVOTA (jak žiji)..... | 55 % |
| 3. SUBJEKTIVNÍ POHODA, WELL-BEING (jak se cítím) | 73 % |
| 4. SUBJEKTIVNÍ KVALITA ŽIVOTA (jak existuji) | 51 % |

Tab. 15 *Pozitivní hodnoty zjišťovaných složek kvality u adolescentů*

Závěrem je možno říci že, data týkající se zdraví jsou zde podle očekávání vysoká, zatímco kvalita života je velmi kolísavá, zřejmě v závislosti na aktuálním sociálně-psychologickém stavu, což ukazuje především kvalitativní analýza údajů. Kolísavé hodnoty kvality života mladých lidí mohou v sobě obsahovat nebezpečí, že se mohou později promítnou i do změn zdravotního stavu. Pro výchovu v dospívání přináší toto zjištění návrh, abychom se v tomto období věnovali poznávání kvality života adolescentů a nespokojovali se jen zjištěním zdravotního stavu. Měli bychom se zabývat také tím, jak kvalitu života, jako kategorii z velké části subjektivně-prožitkovou, výchovně, event. sebevýchovně, event. terapeuticky ovlivňovat.

Závěry

- Jednotlivé složky kvality života se rozvíjejí v průběhu života odlišně.
- V průběhu života se kvalita života mění více kvalitativně než kvantitativně.
- V průběhu života narůstá vědomé racionální chápání kvality života a projevuje se v něm postupně více sebereflexe, ale současně nižší sebedůvěra.
- V průměru se ukazuje, že zvyšování kvality života našich respondentek narůstáním spokojenosti se zvolenými životními cíly jde především cestou uspokojování vlastních hodnot úzce vázaných na osobnost.
- Z hlediska životních cílů se jako nejčastější ukazuje "zdraví", které je v průměru pokládáno za relativně velmi důležité, přičemž naše z.o. jsou v průměru se svým zdravím poměrně spokojeny.
- Při sebezposuzování u „zdravých“ jedinců v průběhu profesního života není zásadní soulad mezi úrovní zdravotního stavu a úrovní kvality života.
- Celkově kvalita života učitelek vrcholí v druhé polovině profesního vývoje.
- Komplikovaná z hlediska kvality života je u učitelek první a poslední profesní dekáda.
- Průměrná hodnota kvality života našich zkoumaných učitelek se ukazuje jako relativně nízká ve srovnání se zahraničními výzkumy.
- Zjištěné kolísavé hodnoty kvality života u adolescentní mládeže mohou být signálem zdravotního ohrožení v pozdějších věkových obdobích.

- Struktura kvality života může být vyjádřena charakteristikami, na které lze výchovně, event. sebevýchovně, event. terapeuticky působit.
- „Kvalitu života“ je tedy možno (nutno) programově ovlivňovat.