

Kvalita života v souvislostech zdraví a nemocí

***Oliva ŘEHULKOVÁ, Evžen ŘEHULKA
Marek BLATNÝ
Jiří MAREŠ
et al.***

BRNO 2008

**Publikace reprezentuje práce řešené
v rámci projektů zaměřených na problematiku
zdraví a kvality života.**

GA AV ČR IAA7025403

Paradigm of health and quality of life: methodological, personality and ontogenetic aspects

MSM00216224721

School and Health in 21st Century

GAČR 406-07-1384

Quality of life in children surviving cancer: A developmental approach

GAČR 406-06-0035

Quality of life in children and adolescents

Publikace byla finančně podpořena grantem GA AV ČR IAA 7025403 Paradigma
zdraví a kvality života: aspekt metodologický, osobnostní a ontogenetický
a výzkumným záměrem

MSM00216224721 Škola a zdraví v 21. století.

Recenzenti: Prof. PhDr. Mojmír Svoboda, CSc.
Doc. PhDr. František Baumgartner, CSc.

Vydavatel, tisk: MSD
PC sazba: JarDa
Brno 2008

ISBN: 978-80-7392-073-9

OBSAH

ÚVOD

Oliva ŘEHULKOVÁ, Evžen ŘEHULKA.....5

PARADOXY KVALITY ŽIVOTA, KTERÁ SOUVISÍ SE ZDRAVÍM (HRQL)

Jiří MAREŠ, Jana MAREŠOVÁ.....6

OTÁZKY KVALITY ŽIVOTA NA ZÁKLADĚ PŘEDCHOZÍCH VÝZKUMŮ

Oliva ŘEHULKOVÁ, Evžen ŘEHULKA.....16

KVALITA ŽIVOTA Z POHLEDU EMPIRICKÝCH DAT

Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Bohumil VAŠINA.....31

NÁSLEDKY LÉČBY DĚTSKÝCH NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ A JEJICH VLVIV NA KVALITU ŽIVOTA: PŘEDBĚŽNÉ VÝSLEDKY PROJEKTU QOLOP

Marek BLATNÝ, Tomáš KEPÁK, Irena VLČKOVÁ, Martin JELÍNEK, Petra NAVRÁTILOVÁ, Milan PILÁT, Šárka KÁROVÁ, Alena SLEZÁČKOVÁ, Hana HRSTKOVÁ, Jaroslav ŠTĚRBA.....37

KVALITA ŽIVOTA PEČOVATELŮ O DĚTI S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM

Helena VAÐUROVÁ.....42

VÝZNAM PRÁCE HERNÍHO SPECIALISTY S KINEZIOTERAPEUTICKOU SPECIALIZACÍ U ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH DĚTÍ

Marie BLAHUTKOVÁ, Jana DLOUHÁ.....52

VLIV VYUČOVACÍHO PROCESU V NAŠICH ZŠ PŘI NEMOCNICÍCH NA KVALITU ŽIVOTA NEMOCNÉHO DÍTĚTE

Jana DLOUHÁ, Marie BLAHUTKOVÁ.....59

VOLNÝ ČAS DĚTÍ V NEMOCNICI A KVALITA ŽIVOTA

Jana DLOUHÁ, Marie BLAHUTKOVÁ.....74

POSTOJE ŽÁKŮ KE KVALITĚ ŽIVOTA ŠKOLY – VÝZKUMNÉ TEZE

Věra VOJTOVÁ.....80

PSYCHOTRAUMATIZACE ŽÁKŮ, STUDENTŮ I UČITELŮ NA ČESKÝCH ŠKOLÁCH

Rudolf KOHOUTEK, Eva FILÍPKOVÁ.....91

KVALITA ŽIVOTA DLOUHODOBĚ NEZAMĚSTNANÝCH

Božena BUCHTOVÁ.....98

**ÚLOHA SPIRITUALITY V KVALITĚ ŽIVOTA A ŽIVOTNÍ SPOKOJENOSTI
U MLADÝCH LIDÍ**

Irena OCETKOVÁ.....114

KVALITA ŽIVOTA VE STÁŘÍ

Vladimír SMĚKAL, Hana HOBZOVÁ.....120

ABSTRAKTA.....129

BIBLIOGRAFIE.....136

SEZNAM AUTORŮ.....152

ÚVOD

Kvalita života představuje kategorii, která je v současné době velmi frekventovaná, je často předmětem výzkumu či interpretačním východiskem pro řadu problémů. Kvalita života je pojem, který je používán v řadě disciplín a do medicíny, psychologie a pedagogiky se dostal přes ekonomii a sociologii, kde při zkoumání např. životní úrovně se ukázaly více rozhodující kritéria kvalitativní než kvantitativní.

Kvalita života je pojem interdisciplinární, a proto velmi dobře vyhovuje všude tam, kde se z širšího aspektu věnujeme problémům člověka. Svým způsobem zkoumání kvality života obohacuje a rozšiřuje výzkumy zdraví, kterým byla v současné době věnována pozornost např. v sociálním lékařství a v rychle se rozvíjející psychologii a pedagogice zdraví. Kategorie zdraví se stala jedním z centrálních pojmů materiálů a programů Světové zdravotnické organizace (SZO/WHO), a i když ve výzkumu zdraví byla věnována pozornost také subjektivním proměnným, daleko lépe je bylo možné interpretovat v rámci kvality života. Určitou nevýhodou zkoumání kvality života je široké pojetí tohoto pojmu a často odlišné chápání u různých specialistů, ale na druhé straně jde o termín, který je i veřejností v podstatě adekvátně chápán a dobře s ním lze pracovat v praxi.

Nechceme se zde zabývat teorií, tu čtenář najde dále v této knížce. Chceme jen upozornit na to, že kvalitu života nezkoumáme jen u nemocných, ale kvalita života je velmi výhodným pojmem i při výzkumu „normálních“ jedinců nebo společenských skupin. V zásadě nám jde vždy o udržování nebo růst kvality života, kdy se orientujeme na osobnost člověka a na ty její složky, které lze v dané situaci úspěšně rozvíjet, tak jak tato témata nabízí současná pozitivní psychologie.

Předložená publikace ukazuje relativně pestré množství poznatků, které můžeme rozdělit na příspěvky využitelné v oblasti kliniky (zejména u onkologických pacientů) nebo v oblasti osobnostně a sociálně zátěžových situací (např. nezaměstnanost, stáří) až po výzkum kvality života ve školství. Jsou zde řešeny otázky teoretické i uvedeny výzkumné výsledky z různých šetření v oblasti kvality života. Domníváme se, že v pojetí celé publikace je vidět úsilí autorů ukázat jednotlivé stránky zkoumání kvality života a že v různorodosti přístupů, koncepcí i výsledků se ukazuje mnohoznačnost, interdisciplinárnost a široké možnosti využití studia kvality života.

Podnětem pro vydání této kolektivní monografie byl seminář, který se uskutečnil 25. dubna 2008 v Brně pod stejnojmenným názvem KVALITA ŽIVOTA V SOUVISLOSTECH ZDRAVÍ A NEMOCI, a publikaci nabízíme jako východisko pro další diskusi o této zajímavé a důležité problematice.

V Brně, říjen 2008

Oliva Řehulková, Evžen Řehulka

PARADOXY KVALITY ŽIVOTA, KTERÁ SOUVISÍ SE ZDRAVÍM (HRQL)

Jiří MAREŠ, Jana MAREŠOVÁ

Úvod

Současná medicína neuvažuje jen o poskytování zdravotní péče nemocným, o prodlužování délky lidského života, o zachraňování lidského života (ať už na jeho začátku nebo na jeho konci). Začíná se stále více zamýšlet nad tím, jak kvalitní budou měsíce a léta „přidaná“ lidskému životu. To proto, že přibývající odborné poznatky, stále dokonalejší přístrojové vybavení, pokrok v léčebných postupech, operačních technikách a nová léčiva umožňují zachraňovat lidské životy i v případech, které dříve končily fatálně. Není tedy divu, že se více diskutuje o etických aspektech lékařské a ošetrovatelské péče a sestavují se tzv. doporučené postupy (*guidelines*).

Na druhé straně se zdravotnická zařízení setkávají s častějšími stížnostmi pacientů a jejich rodinných příslušníků na nekvalitní péči (ať už jsou oprávněné, či neoprávněné). Objevují se též soudní žaloby na zdravotnická zařízení a soudy zkoumají, zda při poskytování péče došlo či nedošlo k pochybení zdravotníků.

Mění se též perspektiva vidění problémů. Dosud dominující pohled profesionálů je nyní doplňován a korigován pohledem pacienta samotného i jeho rodinných příslušníků; v případě malých dětí pohledem rodičů. Objektivně doložitelné výsledky zdravotní péče jsou ve vyspělých zemích standardně doplňovány subjektivním pohledem pacientů na kvalitu poskytované péče a hlavně na **kvalitu života po absolvované léčbě**.

Obecně lze říci, že kvalita života související se zdravím se týká především **profesionálně poskytované zdravotní péče** a stává se důležitým **indikátorem výsledku poskytované péče** (Wilson, Cleary, 1995).

V dokumentu Amerického ministerstva zdravotnictví (Guidance, 2006) se metody, které zjišťují kvalitu života související se zdravím, řadí mezi metody, jimiž **pacient** referuje o dopadech zdravotnických intervencí (*patient-reported outcomes measures*), např. o pozitivních účincích léčby a jejich účincích vedlejších, často nežádoucích. Mezi hlavní argumenty, proč se ptát spíše pacientů než zdravotníků, citovaný materiál uvádí tyto tři:

- některé důsledky klinického zkoušení nových léčiv zná pouze pacient;
- je žádoucí znát pacientův pohled na celkovou účinnost léčbě;
- systematické a formalizované vyhodnocování pacientova pohledu může přinášet velmi cenné informace, které by se mohly ztratit v případě, že ověřování bude založeno pouze na klinickém rozhovoru, který vede lékař.

Rozsáhlé výzkumy kvality života, která souvisí se zdravím, přinesly nejen řadu užitečných teorií, výzkumných i diagnostických nástrojů, klinicky užitečných dat, nýbrž i některá překvapivá zjištění - paradoxní nálezy.

Cíle této přehledové studie lze proto shrnout do tří bodů: 1. přiblížit pojem kvalita života související se zdravím a jeho klinické využití, 2. charakterizovat pojem paradox, 3. popsat a vysvětlit pět paradoxů, které byly zjištěny při zkoumání té kvality života, jež souvisí se zdravím.

Definování pojmu

Je obtížné definovat obecnou kategorii „kvalita života“, neboť původně nebyla vědeckým pojmem. Začala se postupně používat v mnoha vědních oborech a v nich nabývá specifických odstínů.

Pojem kvalita života, aplikovaný ve zdravotnictví obecně a v jednotlivých medicínských oborech zvlášť, má své specifické označení: **HRQL** - *health-related quality of life*. Obecně lze říci, že HRQL je *užší pojem* než kvalita života (Spilker, Revicky, 1996; Epstein, Stinson, Stevens, 2005) a je vhodné s ním pracovat, pokud se uvažuje o širších kontextech poskytování zdravotní péče. (Strand, Russell, 1997).

Při teoretickém vymezování tohoto pojmu však nepanuje jednotka. Existuje mnoho různých přístupů, jak HRQL definovat. Inspirovali jsme se přehledovou tabulkou, kterou vytvořila skupina badatelů kolem E. Davisové (2006), neboť snaží vystihnout jádro každé definice. Doplnili jsme jejich tabulku a dospěli k tomuto výčtu (tab.1).

Tab. 1 Rozdílné definice kvality života související se zdravím, především u dětí a dospívajících (modifikovaně podle Davisová et al., 2006, s. 315; Mareš, Marešová, 2006, s. 30-31).

Základ definice	Příklad definice	autoři
celkové bytí (souhrnná existence)	celkové bytí (souhrnná existence) jedince nebo skupiny, které zahrnuje řadu pozitivních aspektů zdraví	Lindström, Kohler (1991) *)
fungování	zahrnuje fungování somatické, emoční a sociální, jakož i plnění určité role	Varni, Burwinkle, Seid et al., (2003)
	multidimenzionální konstrukt, který zahrnuje tři hlavní oblasti: fungování somatické, psychologické a sociální	Speith, Harris (1996); Bouman, Koot, van Gils et al. (1999)
fungování a jeho subjektivní hodnocení	bývá obvykle definována jako jedincovo subjektivní hodnocení kvality fungování a ním spojená spokojenost anebo distres	Graham, Stevenson, Flynn (1997)
	multidimenzionální pojem, který zahrnuje širokou oblast funkčního stavu, psychologické a sociální pohody, dále vnímané zdraví a symptomy související s nemocí a jejím léčením	Aaronson et al. (1991) *)
vliv nemoci; objektivní i subjektivní hodnocení jejího vlivu	objektivní i subjektivní vliv dysfunkce na somatické, psychologické a sociální aspekty kvality života, které jsou ovlivněny jedincovou nemocí a jejím léčením	Strand, Russell, (1997) *)

vliv nemoci a jeho subjektivní hodnocení	funkční efekt nějaké nemoci a jejího konsekventního léčení na pacienta, a to z pohledu pacienta samotného	(Schipper, Clinch, Olweny, 1996) *)
	pacientovo subjektivní vnímání vlivu jeho nemoci a jejího léčení na pacientův každodenní život, somatické, psychologické a sociální fungování i pohodu	(Reflection paper, 2005) *)
fungování a pohoda (<i>well-being</i>)	multidimenzionální konstrukt zahrnující somatické, emoční, mentální, sociální a behaviorální složky pohody a fungování, jak je vnímají pacienti, a /nebo individuální pocity pacientů spojené se zdravím	Ravens-Seiberer, Gosch, Abel, et al. (2001)
zdravotní stav	zdravotní stav člověka, mající podobu kontinua se vzrůstající komplexností pacientových výsledků; můžeme ho hodnotit na pěti úrovních: biologických/fyziologických faktorů, symptomů, fungování, vnímaného celkového zdraví a celkového pocitu pohody nebo kvality života	Wilson, Cleary, (1995) *)
zdravotní stav a pocity s ním související	jde o kombinaci zdravotního stavu a afektivních reakcí na problémy se zdravotním stavem	Vogels, Verrips, Verloove-Vanhorick et al. (1998); Fekkes, Theuissen, Brugman et al. (2000); Rosenfeld, Goldsmith, Tetlus et al. (1997)
složka zdraví	složka celkové kvality života, která je primárně determinována jedincovým zdravím a která může být ovlivněna klinickými intervencemi	Mishoe, Baker, Poole et al. (1998); Juniper (1997)
hodnota připisovaná životu	hodnota připisovaná životu v jeho průběhu tak, jak je modifikována postiženími, funkčními stavy, vnímáním a sociálními příležitostmi; to vše je ovlivněno nemocí, úrazem, léčbou nebo přístupem člověka	Feeny, Furlong, Boyle et al. (1995); Patrick, Erickson (1993); Furlong et al. (2005) *)
spokojenost se životem	úroveň spokojenosti osoby s těmi aspekty jejího života, které jsou ovlivněny důsledky nemoci a jejího léčení	(Brouwer, Maillé, Rovers et al., 2005) *)

Vysvětlivky:

*) Citace označené hvězdičkou jsme do původního přehled Davisové et al. doplnili my.

Už jen zběžné přehlédnutí tab.1 napovídá, že autoři chápou HRQL obvykle jako vliv nemoci na fungování člověka, na různé aspekty života, na zdravotní stav, na zdraví, na složky života, jak je hodnotí jedinec sám.

V empirických šetřeních se autoři nezatěžují diskusemi o jeho teoretických základech a různými možnostmi jeho vymezení. Zjistili jsme to i my v případech empirických výzkumů kvality života u českých a slovenských dětských pacientů (Mareš, Marešová, 2006).

Známý badatel M. Rapley (2003, s. 140) za tohoto stavu doporučuje přiklonit se k definici zformulované americkým Centrem pro prevenci a léčbu nemocí. Připomíná, že HRQL jako vědecká kategorie je použitelná jak na úrovni jedince, tak skupiny lidí, ale i celých populací.

HRQL zahrnuje ty aspekty celkové kvality života, o nichž lze jasně ukázat, že jsou ovlivněny zdravím, ať už somatickým nebo mentálním. Jde o vnímané somatické a mentální zdraví, včetně souvislosti typu zdravotních rizik a podmínek, funkčního stavu, sociální opory a socioekonomického statusu. Na komunitní úrovni HRQL zahrnuje zdroje, podmínky, zdravotní politiku a praktické postupy, které ovlivňují vnímané zdraví u populace a její funkční stav (Centers, 2000).

Využití HRQL v klinických oborech

Kvalita života související se zdravím je důležitou složkou lékařské a ošetrovatelské péče, vhodným ukazatelem její kvality. Využívá se toho jak v klinických experimentech (Fayers, Hays, 2007), tak v klinické praxi.

Přehled základních tezí pro klinické aplikace připravili Russak, Croft, Furst et al. (2003: 575-577).

Význam HRQL pro klinické experimenty:

- Údaje o kvalitě života pacientů, které získáme dotazníky, jež vyplňují pacienti při klinických experimentech, mohou zachytit změny jejich zdravotního stavu stejně efektivně jako fyzikální či klinická vyšetření.
- Údaje o kvalitě života související se zdravím lépe diskriminují účinek aktivní terapie od placebo-efektu než joint conts.
- Metody, které zjišťují kvalitu života související se zdravím, by měly být zahrnuty do souboru metod potřebných pro vyhodnocování klinických experimentů.

Význam HRQL pro klinickou praxi:

- Metody zjišťující kvalitu pacientova života související se zdravím přinášejí informace, které jsou důležité jak pro lékaře, tak pacienta samotného.
- Mulidimenzionální dotazníky zjišťující kvalitu pacientova života související se zdravím přinášejí navíc další informace, které neposkytují tradiční dotazníky.
- Údaje získané metodami, které zjišťují kvalitu pacientova života související se zdravím, jsou významnými prediktory pacientova funkčního stavu, nákladů na zdravotní péči, pracovní neschopnosti a předčasné úmrtnosti.
- Metody zjišťující kvalitu pacientova života související se zdravím jsou reliabilní a validní pro skupinovou diagnostiku pacientů.
- Metody zjišťující kvalitu pacientova života související se zdravím mohou zlepšit dokumentaci o péči, která je pacientovi poskytována.

Jenkinson et al. (1993) výslovně zmiňuje ještě tyto možnosti:

- Metody zjišťující kvalitu pacientova života související se zdravím dovolují monitorovat kvalitu péče poskytovanou pacientovi.
- Zlepšují interakci mezi lékařem a pacientem.
- Generické metody dovolují srovnávat účinnost léčby různých nemocí, tj. srovnávat

zlepšení kvality života při léčení různých skupin pacientů a tím rozhodovat i o prioritách v zaměření léčby.

Pojem paradox

Pojem paradox je lidem intuitivně srozumitelný; chápou pod ním něco, s čím se tzv. zdravý rozum těžko srovnává. V antice se paradoxem rozuměly logické chytáky, tj. výroky, které – důsledně domyšleny – vedly k rozporům. Později se paradoxem označoval spor mezi dvěma tvrzeními, která se opírají o věcně podložené nebo logicky vyvozené důkazy, ale jako celek těžko mohou oba platit současně.

V naší studii pojem paradox budeme používat ve významu nečekaný, podivný rozpor obsažený v té kvalitě života, jež souvisí se zdravím. Uvedeme jich pět.

Paradoxy té kvality života, která souvisí se zdravím (HRQL)

Paradox obsažený v názvu. Označení pojmu v originálu (*health-related quality of life*) i v českých překladech^{1*)} jednoznačně říká, že jde o souvislost se zdravím jedince, skupiny, populace. Věcně vzato jde o tradované označení, které nevystihuje dominující předmět výzkumů. Autoři se totiž zajímají o kvalitu života těch lidí, kteří trpí určitým typem onemocnění (Veenhoven, 2000; Mareš, Marešová, 2005). Jinak řečeno: míry kvality života související se zdravím jsou – z větší části – mírami *negativního* zdraví (Veenhoven, 2000).

Také evropské zdravotnické orgány zastávají tento pohled, když uvádějí: HRQL představuje *pacientovo* subjektivní vnímání vlivu jeho *nemoci* a jejího léčení na pacientův každodenní život, somatické, psychologické a sociální fungování i pohodu (Reflection paper, 2005). Rovněž oficiální definice amerického ministerstva zdravotnictví a dalších institucí zabývajících se klinickým výzkumem kvality života uvádí: HRQL je pojem, který zahrnuje mnoho oblastí, je multidoménový. Vyjadřuje pacientovo celkové vnímání vlivu *nemoci* a její léčby. Zachycuje *pacientovo* fungování přinejmenším ve třech oblastech: somatické, psychologické (včetně emoční a kognitivní) a sociální (Guidance, 2006: 31).

Jednou z mála výjimek akcentujících skutečně kategorii zdraví, je definice Lindströma a Kohlera (1991), která chápe HRQL jako celkové bytí (souhrnnou existenci) jedince nebo skupiny, které zahrnuje řadu pozitivních aspektů zdraví.

Paradox příznivých účinků poruchy zdraví. Výzkumy konstatují, že nemocní lidé uvádějí stejnou, někdy i vyšší kvalitu života než lidé zdraví. Uvedený jev jako jeden z prvních identifikoval Cassileth se spolupracovníky. Konstatoval, že pět skupin pacientů s chronickým onemocněním (artritidou, diabetem, onkologickým onemocněním, renálním selháváním a dermatologickým onemocněním) se *neliší* – oproti očekávání – od běžné zdravé populace vnímanou kvalitou života. Jeho výsledky naznačily, že psychologická adaptace u pacientů s chronickým onemocněním na život s tímto one-

^{1*)} Kvalita života: ve vztahu ke zdraví (Sláma, 2005), z hlediska zdraví (Křivohlavý, 2002), ovlivněná zdravím (Hnilicová, 2005), podmíněná zdravím (Kalová, Petr, 2004; Bukertová, 2006), týkající se zdraví (Vaďurová, 2006), související se zdravím (Džuka, 2004; Mareš, Marešová, 2005; Sláma, 2005).

mocněním je neobvyčejně účinná a v zásadě nezávislá na typu chronického onemocnění (Cassileth, Lusk, Strouse et al., 1984).

K obdobným zjištěním dospěli Albrecht a Devlieger (1999) u pacientů s artritidou, poškozením míchy, mozkovou obrnou, ortopedickými vadami, roztroušenou sklerózou, HIV/AIDS, chronickým obstrukčním plicním onemocněním, diabetem, chronickou bolestí. Položili si tedy otázku: proč mnozí lidé s vážnou nemocí či přetrvávající poruchou zdraví uvádějí, že mají dobrou nebo výbornou kvalitu života, když většině *vnějších pozorovatelů* se zdá, že tito lidé žijí nezáviděníhodný každodenní život. Pro rozpor mezi objektivně doloženým vážným nálezem i předpokladem jeho vážných dopadů ze strany vnějších posuzovatelů (včetně profesionálů) na jedné straně a subjektivně příznivým hodnocením kvality života lidmi s těmito vážnými nemocemi na straně druhé zvolili Albrecht a Devlieger termín „paradox poruchy – *disability paradox*“. Přes dílčí výhrady (viz např. Koch, 2000; Albrecht a Devlieger, 2000) se jejich termín se ujal.

Jeho používání se dnes už neomezuje jen na lidi s poruchou zdraví (*disability*), ale používá též u lidí s vážnějším onemocněním. Z poslední doby připomeňme např. studii o ženách, které prodělaly infarkt myokardu. Měly sice nižší hodnoty v somatické oblasti, nižší spokojenost se svým zdravotním stavem, ale jejich kvalita života se nelišila od zdravé populace žen ani v psychologické, ani v sociální oblasti (Norekvål, Wahl, Fridlung (2007).

Uvedený rozpor příznivých účinků nemoci se dá podle Albrechta a Devliegera vysvětlit teorií rovnováhy: mnozí lidé s vážnou nemocí dokáží nastolit rovnováhu mezi tělesnou, psychickou a spirituální složkou svého života. Těmto lidem pomáhá i příznivý vliv prostředí, ve kterém žijí, ať už je to prostředí přírodní nebo sociální. Naopak lidé s vážnou nemocí, kteří uvádějí špatnou kvalitu svého života, nedokázali takovou rovnováhu vytvořit a /nebo prostředí jim nepomáhá (Albrecht, Devlieger, 1999).

Zatím jsme srovnávali pohled nemocných a zdravých lidí na jejich vlastní kvalitu života. Jak to vypadá, když srovnáváme pohled nemocného jedince na sebe sama a pohled lékaře, který ho léčí? V některých případech zjišťujeme, že objektivně nemocný člověk, který o své nemoci ví, se cítí celkem v pořádku. Staří lidé, kteří prodělali zlomeninu krčku, patřili do skupiny, jež uváděla výrazné zlepšení kvality života, i když objektivní vyšetření prokazovalo, že by měli mít problémy. Autoři tvrdí, že toto zjištění poukazuje na důležitost *subjektivních faktorů* při hodnocení kvality terapie a jejich vliv na hodnocení HRQL. Objektivně doložitelná úspěšná terapie není primární a rozhodující pro pacientem uváděnou zlepšenou kvalitu života (HRQL), zatímco subjektivní hodnocení ano (Papadopoulos et al., 2007).

Paradox obtíží, které přináší úspěšná léčba. Objektivně vyléčený člověk mívá někdy problémy, neboť „návrat k normálu“ se pro něj stává břemenem, komplikuje mu život. Wilsonová se spolupracovníky (Wilson, Bladin, Salin, 2004) sledovala, co udělá s epileptiky operační zákrok – šlo o temporální lobektomii – jímž jsou zbaveni záchvatů. Zjistila, že vzniká paradoxní situace: vyléčení nemívá z pohledu pacientů samá pozitiva, ale v mnoha ohledech jim zkomplikuje dosavadní život, na který už byli adaptováni. Souhrn problémů přináší tab. 2.

Tab. 2 Klinické projevy „břemene normality“ (modifikovaně podle Wilson et al., 2004, s.19)

Psychologické aspekty	Behaviorální aspekty	Emoční aspekty	Sociální aspekty
stýskání si po nemoci nárůst očekávání jak pacienta samotného, tak jeho okolí snaha dohnat „ztracený čas“	oslavování nabyté svobody; přehnaná aktivita: pohybová a sportovní, pracovní i společenská; nárůst sexuálních aktivit; tendence ke zvýšené konzumaci alkoholu, drog; spánková deprivace; nedodržování režimu, který po operaci doporučil lékař	zlepšení nálady a pocit uzdravení; zvýšené stavy úzkosti; stavy deprese s psychologickými rysy; vyšší pravděpodobnost pooperační hospitalizace na psychiatrii	změna vztahů v rodině a zaběhlého rodinného života; tendence bouřit se proti přehnanému opečovávání; tendence se rozvádět; obtíže při hledání nových pracovních perspektiv, nového uplatnění; obtíže při osvojování si nových sociálních dovedností, potřebných pro „nový život“

Tab. 2 ukazuje, že pacienti mívají problémy nejméně ve čtyřech oblastech: v psychologické, behaviorální, emoční a sociální. Výsledkem je, že se jim – pro okolí nepochopitelně - stýská po období, kdy byli nemocni.

Paradox pozitivních důsledků prodělaného traumatu. Prodělání velmi těžké nemoci může danému člověku zásadně zlepšit kvalitu života oproti době, kdy byl zdravý. Závažná životní událost, trauma tedy nemusí mít výhradně jen negativní dopady. S odstupem času se u jedince mohou objevit (buď souběžně nebo následně) i pozitivní dopady a jedinec hodnotí svou kvalitu života výše než před nemocí, traumatem.

Pro přesnější popis a vysvětlení uvedeného paradoxu existuje několik teorií a několik různých označení. Pracuje se např. s výrazy: vnímaný přínos – *perceived benefit* (Calhoun a Tedeschi, 1991, McMillen, Fisher, 1998), rozkvět – *flourishing* (Ryff a Singer, 1998), pozitivní iluze – *positive illusion* (Tailor, Brown, 1988), rozvoj iniciovaný nebezpečím - *adversarial growth* (Linley, Joseph, 2004), rozvoj navozený stresem - *stress-related growth* (Park, Cohen, Murch, 1996), posttraumatický rozvoj - *posttraumatic growth* (Tedeschi, Calhoun, 1996, Calhoun, Tedeschi, 2006). Většina autorů se v nedávno vyšlé přehledové monografii (Calhoun, Tedeschi, 2006) přiklání k poslední zmíněnému termínu.

Posttraumatický rozvoj je v literatuře definován jako významná pozitivní změna v jedincově kognitivním a emočním životě, která může mít i své vnější projevy ve změně jedincova chování. Rozvojem se rozumí taková změna, při níž se jedinec dostává nad svou dosavadní úroveň adaptace, psychologického fungování a chápání života (Tedeschi, Parková, Calhoun, 1998: 3). Dodejme, že rozvojem se rozumí jak proces, děj, tak jeho výsledek, který se může dostavit až po několika měsících, letech či dokonce desetiletích.

Posttraumatický rozvoj je pravděpodobně důsledkem pokusu jedince o psychologické přežití; může koexistovat s reziduálním distresem, který byl traumatem vyvolán (Tedeschi, Calhoun, 2004: 5). Jinak řečeno: existence posttraumatického rozvoje

neznamená, že u člověka zmizí bolest či jiný distres. Obvykle také není provázen změnou jedincova pohledu na krizi, ztrátu nebo trauma samotné jako na něco žádoucího. Těžká životní událost samotná není považována za něco příznivého, potřebného, vítaného – pouze jisté dobro, které se z ní nakonec vynoří, má tuto pozitivní podobu (Tedeschi, Calhoun, 2004: 6-7).

Hobfoll et al. (2007) navrhuje definovat **skutečný** posttraumatický rozvoj nejen jako kognitivní proces či intelektuální cvičení vedoucí ke změně vztahového rámce události, nýbrž jako salutogenezi, která probíhá prostřednictvím *akčního rozvoje*. Při něm jedinec uskutečňuje, realizuje své úvahy o přínosu události anebo konkretizuje, zhmotňuje své iluze prostřednictvím akce. Nestačí tedy, aby hledání nového smyslu traumatu mělo jen kognitivní charakter. Pokud není doplněno akcí, jednáním, činy, může vyústit v negativní důsledky. Lidé se ke konkrétní akci častěji odhodlají poté, co prodělají zdravotní krizi.

Impulsem ke změně k lepšímu nemůže být jen drobná událost, běžné omezení. Soubor nepříznivých okolností musí představovat závažný stupeň ohrožení dosavadního jedincova světa, aby nastala pozitivní změna (Tedeschi, Calhoun, 2004; Janoff-Bulman, 2006). Klíčovým prvkem ve stanovení toho, zda ke změně došlo, je rozpad, rozvrat jedincova dosavadního světa; lidé mluví o tom, jaký byl jejich život „předtím“ a „potom“. Má-li vůbec dojít k posttraumatickému rozvoji, musí jedinec zažít výraznější distres. Je tedy třeba jistá „minimální účinná dávka“. Naopak příliš velká dávka už nenavozuje rozvoj, neboť naruší mj. kognitivní mechanismy důležité pro jedincovo zpracování závažné události (Calhoun, Tedeschi, 2006). Z toho, co bylo řečeno plyne, že musí existovat jisté optimální rozmezí traumatického působení, aby rozvoj vůbec nastal.

Výzkumy u dospělých osob konstatují, že posttraumatický rozvoj není univerzální zkušeností, netýká se všech osob vystavených traumatu. Prevalence posttraumatického rozvoje má patrně dva vrcholy: vyskytuje se jednak u 30-40 % jednak u 60-80 % osob zkoumané populace. Výskyt závisí (kromě typu traumatu, zvláštěnostech osobnosti a sociálního prostředí) na použité diagnostické metodě, tedy na oblastech, kterými je rozvoj definován, jakož i na hranici, která byla zvolena pro stanovení změny k lepšímu.

Paradox menšinového zdraví. Běžně se předpokládá, že zdravotní stav lidí je determinován čtyřmi základními vlivy: biologicky (tj. geneticky, odolností organismu), životním stylem jednotlivců (zdravým či nezdravým chováním), životním prostředím, v němž lidé žijí (prostředí zdraví podporující či naopak zdraví škodící), dostupností a kvalitou poskytované zdravotní péče. V posledních dvaceti letech přibývá empirických dokladů o tom, že ve hře jsou také kulturně-etnické vlivy.

Už v r. 1986 Markides a Coreil konstatovali, že hispánská komunita v USA (zejména první přistěhovalecká generace) je na tom po zdravotní stránce v průměru lépe, než majoritní „bílá“ populace. Podle Moralese et al. (2002) Hispánci:

- odchodem z Mexika ztrácejí systém sociální opory, na který byli v místě svého bydliště zvyklí
- mají nižší socioekonomický status oproti majoritní společnosti

- jazykové a kulturní bariéry jim komplikují dostupnost potřebných sociálních služeb
- mají velké problémy také s dostupností zdravotnických služeb
- nemívají zdravotní pojištění
- akulturace do nového prostředí u nich vyvolává vyšší stres a výrazné psychosociální prostředí
- mladí Hispánii uvádějí, že častěji zažívají diskriminaci kvůli svého původu.

Navzdory tomu mívají lepší zdraví než majoritní populace (měřené morbiditou a mortalitou) a jejich vnímaná kvalita života bývá vyšší.

Tento jev byl nazván paradox hispánského zdraví – *Hispanic health paradox* (Markides, Corel, 1986). Jednoznačně přijímaný výklad uvedeného jevu nebyl zatím nalezen, existuje spíše řada hypotéz. Jedna z nich říká, že Hispánci dokáží lépe zvládat zátěžové situace (*stress-related coping*) než majorita, používají vhodnější strategie; mají nižší očekávání od života a dostávají výraznější sociální oporu od své širší rodiny než majorita.

Ukazuje se, že obdobné etnické rozdíly naznačují též výzkumy u Afroameričanů. Např. Ohldinová se spolupracovníky (Ohldin et al., 2004) provedla rozsáhlé šetření u veteránů z vietnamské války. Zajímala se o tu skupinu veteránů, která trpí ischemickou srdeční chorobou a je léčena ambulantně. Konstatovala, že navzdory vysoké míře kardiálních rizikových faktorů, výrazně menší spokojeností s léčbou anginy pectoris existují významné rozdíly mezi Afroameričany a „bílou většinou“ nemocných veteránů v kvalitě života. Po přepočítání údajů s ohledem na výchozí stav ischemické choroby srdeční, na věk, vzdělání, rodinný stav, zaměstnání, příjem, komorbiditu, kouření, lokalitu, v níž žijí, se přesto ukázalo, že veteráni-Afroameričané dosahují příznivějších hodnot ve fyzickém fungování, v zažívané tělesné bolesti a v životní vitalitě; hůře na tom byli po emoční stránce. Jejich angina pectoris byla stabilnější, méně často se u nich vyskytovalo zhoršení zdravotního stavu.

Závěry

Přehledová studie charakterizovala pojem kvalita života související se zdravím (HRQL). S oporou o práci (Davis, Waters, MacKinnon, 2006) přiblížila 14 rozdílných přístupů k definování tohoto pojmu. Ukázala, že tento pojem je užitečný jak pro klinické experimenty, tak především pro klinickou praxi. Dovoluje zhodnotit život s nemocí z pohledu pacienta, nikoli jen z pohledu lékařů, sester a dalších pomáhajících profesí. Dozvídáme se, jak pacient vnímá účinky intervencí, jak hodnotí výsledky svého vlastního snažení. Prostředkem jsou postupy, pro něž se vžil souhrnný název *patient-reported outcomes measures*.

Studie však nezkoumala různé typy nástrojů, které dovolují změřit kvalitu života související se zdravím. dopady specifických. Zajímala se o zvláštní případy, kdy zjištěné výsledky jsou v rozporu s očekáváním laiků i odborníků, někdy dokonce neodpovídají „zdravému rozumu“. Studie shromáždila a popsala pět takových paradoxů: paradox obsažený v názvu HRQL - kvality života související se zdravím, paradox příznivých účinků poruchy zdraví, paradox obtíží, které přináší úspěšná léčba, paradox pozitivních důsledků prodláženého traumatu, paradox menšinového zdraví.

Zdá se, že při zjišťování té kvality života, která se zdála výrazně biologicky a somaticky determinovaná – HRQL – hrají nezanedbatelnou roli psychologické, sociální, kulturní a etnické faktory. Pokud se tyto faktory nevezmou v úvahu, pak profesionálové, kteří se snaží pomáhat svým pacientům, se vydávají na cestu hrubého zjednodušení a nedokáží si vysvětlit paradoxní účinky nemoci, poruchy, traumatu či jiného znevýhodnění.

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 koncepce 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 nejúčinnějším pramenem stálé spokojenosti člověka se svým životem, zdrojem přetrvávající pohody, fôrem, 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 dimezích 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 ji 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 několikasedmístrových 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, trufají 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. Kasieľke, 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 cíľů, resp. cíľů životního snažení, resp. hodnot (tzv. cues), které v dané chvíli považuje pro sebe za nejdůležitější. U každého z těchto pěti životních cíľů 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).

PŘÍKLAD:

DŮLEŽITOST	ŽIVOTNÍ CÍĽ, 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%

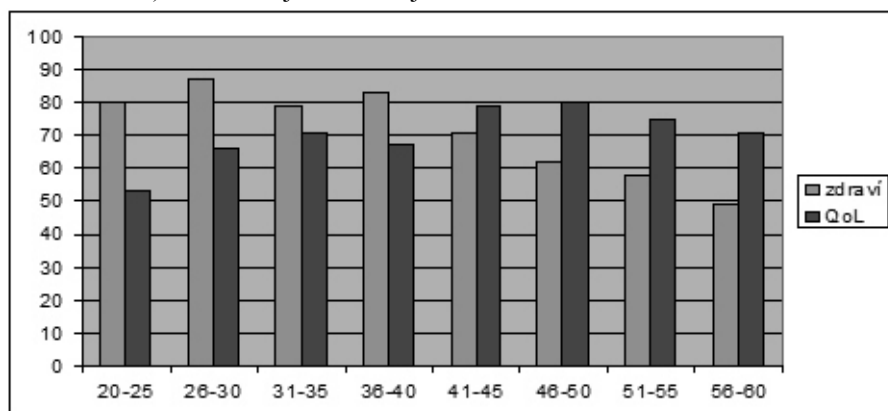
VYHODNOCENÍ:

v každém řádku se násobí „důležitost“ x „spokojenost“, součiny se sečtou a dělí 100

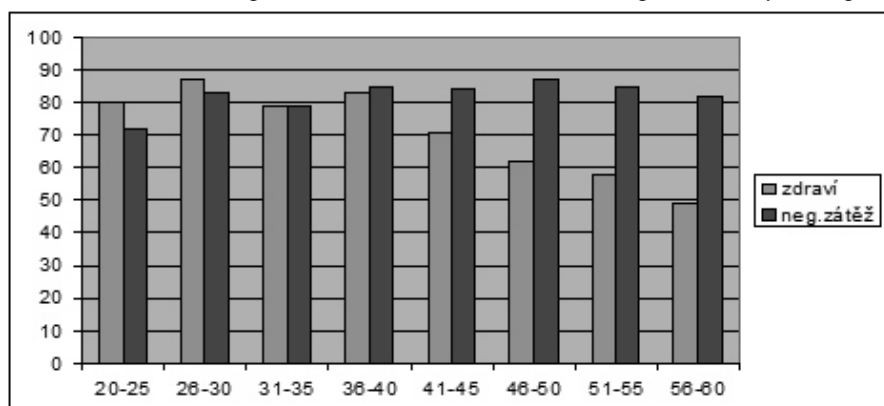
PŘÍKLAD:

součet pěti součinů je 7875 děleno 100 je kvalita života 78,75

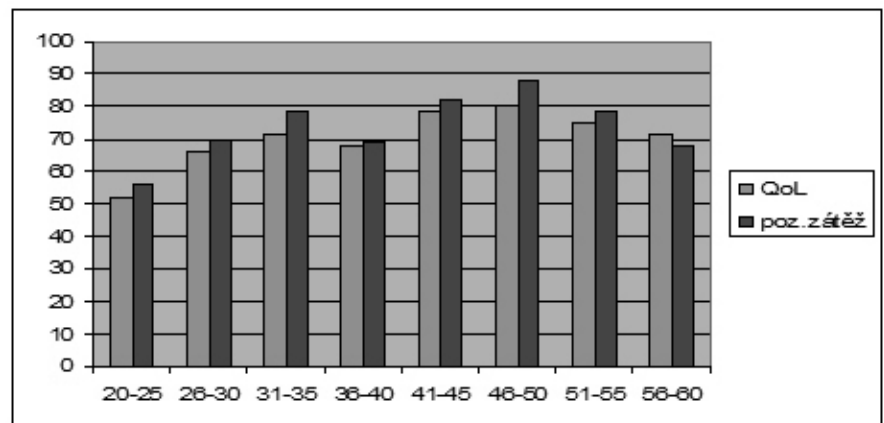
Získané výsledky jsme rozdělili podle věkového kritéria (z.o. jsme rozdělili po pěti letech věku) a uvádíme je v následujících tabulkách



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

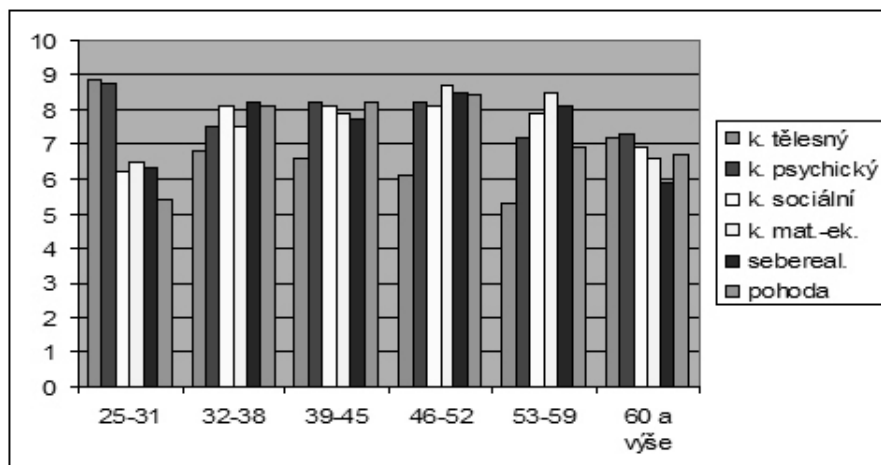
Pokusíme-li se z uvedených grafů formulovat některé závěry, můžeme říci, že kvalita života našich z.o. věkem narůstala, i když sebeposouzení zdravotního stavu se zhoršovalo, negativní zátěž věkem narůstala, přičemž pozitivní zátěž vedla ke zvyšování kvality života.

x x x

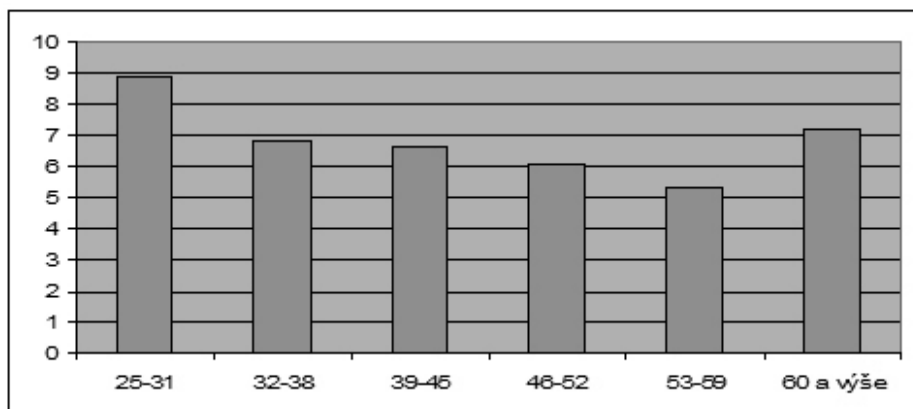
Vývojem kvality života jsme se zabývali ještě v dalším výzkumu (E. Řehulka, O. Řehulková 2007), kde jsme se opět vrátili k myšlence struktury kvality života, neboť jsme vycházeli z našich předchozích zjištění, že kvalita života se v průběhu stárnutí obvykle nemění, ale mění se její struktura. Na základě 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

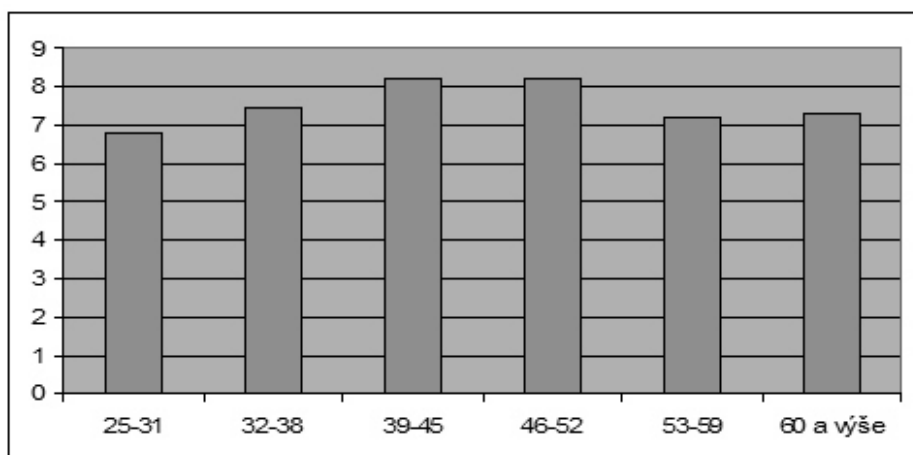
Podle této koncepce jsme zkonstruovali nestandardizovaný dotazník na výše uvedou strukturu kvality života se škálovanými odpověďmi a touto metodikou jsme vyšetřili 519 učitelek základních škol ve věku 25 až 63 let. Získané výsledky jsou v následujících tabulkách.



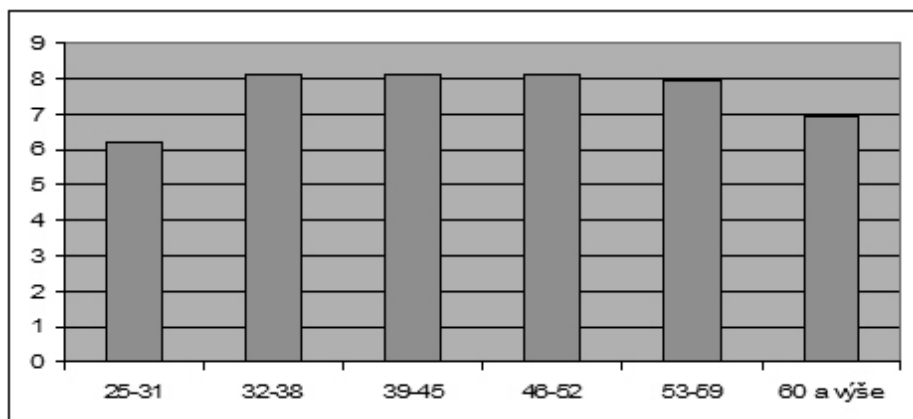
Tab. 4 Vývoj kvality života v jednotlivých složkách



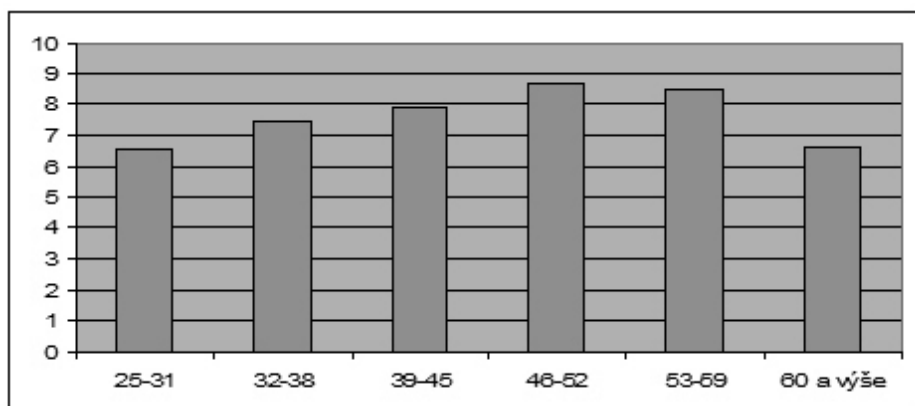
Tab. 5 „Tělesná složka“ kvality života



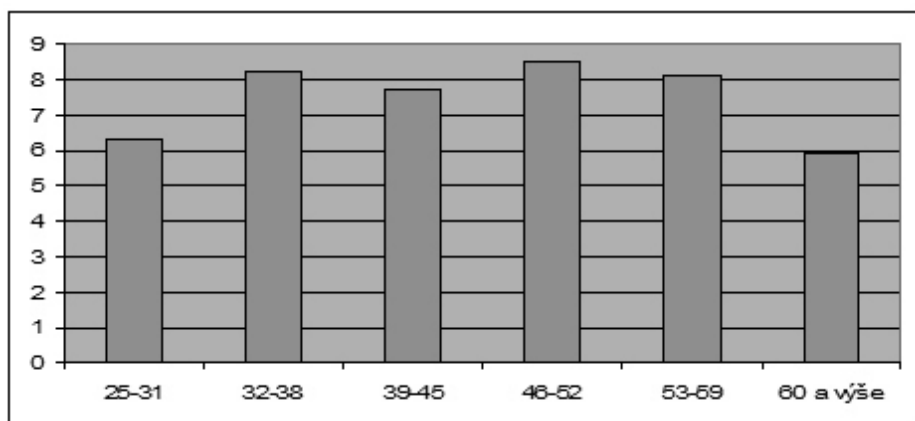
Tab. 6 „Psychická složka“ kvality života



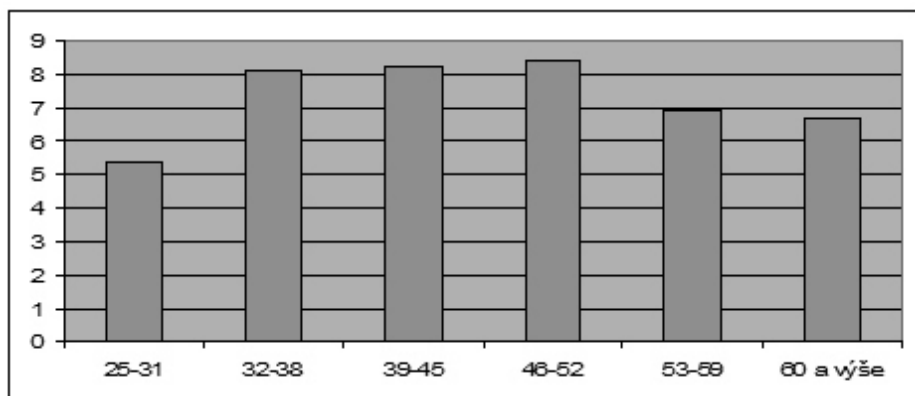
Tab. 7 „Sociální složka“ kvality života



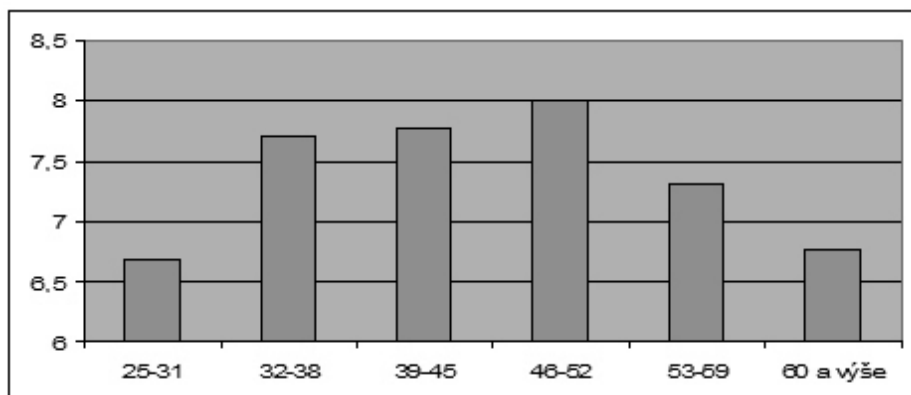
Tab. 8 „Materiálně-ekonomická složka“ kvality života



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

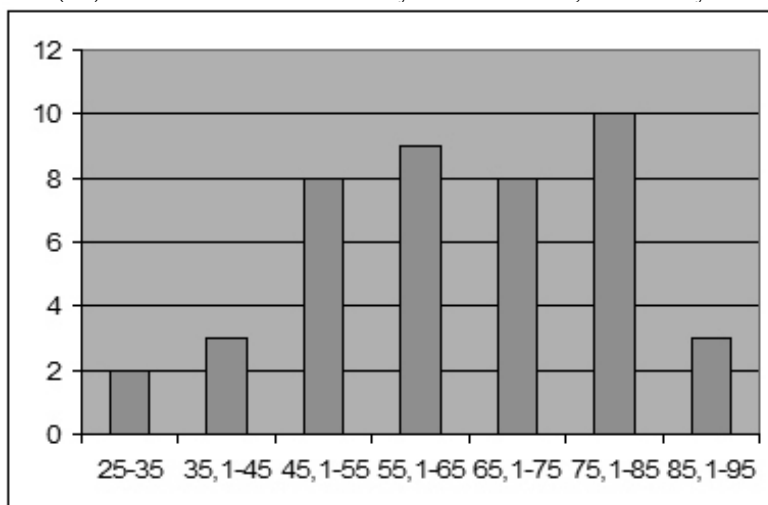
Tab. 12 Uvedené životní cíle v metodě SEIQoL u žen

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
mladí 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 psychofyzilogické 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 multidimenzi-onálním 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 sporadici), 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 promítnout 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 sebeposuzování 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.

KVALITA ŽIVOTA Z POHLEDU EMPIRICKÝCH DAT

Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Bohumil VAŠINA

Úvod

Kvalita života je chápána z psychologického hlediska jako subjektivní fenomén, který nemá obecnou platnost pro určitého jedince ani společnost a kulturu. Metody pro zjišťování tohoto pojmu se proto opírají o poznání, jak jedinec subjektivně kvalitu svého života vnímá, chápe či definuje. Jednou z metod reprezentujících uvedení pojetí je metoda SEIQoL, která už svým názvem (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life) vystihuje priority kvalitního života určitého člověka.

Metoda SEIQoL vychází z ručení pěti oblastí, které jsou pro konkrétního člověka klíčové, o něž usiluje, protože dávají jeho životu smysl a představují pro něj úkoly a životní cíle (Křivohlavý, 2001). Pokud vycházíme z tohoto pojetí, můžeme říci, že jde o jakousi „základnu“ životní spokojenosti člověka. I když v průběhu života jedince dochází k určitým změnám priorit, které tvoří jádro metody SEIQoL, zdá se být obsah této metody méně proměnlivým.

Na druhé straně vedle toho, co prezentuje SEIQoL, existuje řada dalších skutečností, které mohou mít krátký či delší účinek na životní spokojenost, protože aktuálně snižují míru nebo zvyšují prožívání a hodnocení spokojenosti člověka. Aktuální prožívání, míru dynamiky a variability v posuzování kvality života měří lépe grafické a číselné škály, zvláště ty, které jsou zakotveny jen v krajních podobách. Posuzováním kvality života mohou ovlivnit i soubory škál, které nabízejí jednotlivé cíle a situace, a tak mohou působit na vnímání kvality života a životní spokojenosti. Patří mezi ně například dotazníky WHOQOL. Jejich nevýhodou ovšem může být subjektivní návod k výběru těch faktorů, které nejsou pro jedince aktuálně významné a pravděpodobně by se bez připomenutí nemusely v daném výčtu objevit.

Problém

V našem sdělení se chceme zabývat srovnáním různých metod a technik pro diagnostiku kvality života. Položili jsme si otázku, nakolik spolu souvisí míra kvality

života a životní spokojenosti měřená různými metodami. Jednalo by se o následující typy metod:

- SEIQoL
- Vícepoložkové škály, kde jsou jednotlivé faktory vyjmenovány.
- Metody používané pro hodnocení celkové životní spokojenosti, a to jednak na numerické a jednak na grafické škále.

Zajímaly nás také vztahy k dalším významným faktorům jako je subjektivně vnímaná úroveň zdraví, hodnocení pracovní zátěže, psychická odolnost vůči zátěži a sociální opora.

Použité metody

1. Dotazník SEIQoL, uvedení pěti životních cílů a míry spokojenosti se svým životem na grafické škále (QLG) slovně zakotvené v krajích polohách. Grafická škála bývá součástí SEIQoL.
2. Dotazník WHOQOL – sedmistupňová škála ke třiceti položkám kvality života. U každé položky je hodnocena (na škále 0-6) důležitost a míra uspokojení této položky. Výsledná hodnota WHOQOL je součet součinů jednotlivých položek.
3. Jako numerická škála byla použita jedna ze souboru stupnic ŠSS, a to škála, kde je hodnocena celková životní spokojenost. Jedná se o škálu SS8, sedmistupňovou, zakotvenou v krajních polohách.
4. Symptomatologický dotazník zachycující zdravotní potíže (Kasielke Möbius a Scholze). Užili jsme škály: fyzické obtíže (FO), psychické obtíže (PO) a neuzastenicko-psychastemické obtíže (NP).
5. Hodnocení pracovní zátěže (D. J. Abramis), obsahuje stresory: role nejistoty (RN), vnitřní konflikt (KR1), vnější konflikt (KR2), depresi (DE), úzkost (UZ), zlostnost (ZL), technickou výkonnost (TeV), sociální výkonnost (SoV), uplatnění tvořivosti (Tvoř), osobní spokojenost (SPOK), pracovní zátěž (ZAT).
6. Dotazník psychické odolnosti hardiness (S. Kobasova) obsahuje položky: kontrola – bezmocnost (HCO), ztotožnění – odcizení (HCM), výzva – hrozba (HCO).
7. Škála sociální opory PSSS (J. A. Blumenthal) obsahuje míru celkové sociální opory – SP, podpory od někoho – SPA, podpory od rodiny – SPB, podpory od přátel – SPC.
8. Hodnocení pracovní zátěže (HPZ) pomocí grafické škály (HFI) slovně zakotvené v krajních polohách (zátěž nepociťuji – zátěž je mimořádně vysoká).

Zkoumaný soubor

Sběr dat byl proveden metodou dostupného vzorku. Úplné dotazníky ke zpracování byly užity od 104 respondentů. Byly jimi učitelky, které působí na 1. stupni základní školy.

Výsledky

Porovnání vztahů mezi hodnocením kvality života pomocí metody SEIQoL a hodnocením kvality života pomocí označení důležitosti třiceti položek dotazníku WHOQOL uvádí tabulka č. 1. Souvislosti mezi životní spokojeností jsme sledovali

na základě označení vnímané míry životní spokojenosti na grafické škále dotazníku SEIQoL (QLG) a výsledku numerické škály dotazníku životní spokojenosti SS8. Niže uvedená tabulka zachycuje těsnost vzájemných vztahů vyjádřenou Pearsonovým korelačním koeficientem. Korelace jsou relativně nízké (od $r = 0,428$ až $r = 0,117$). Úroveň významnosti je označena hvězdičkami. SEIQoL koreluje na úrovni statistické významnosti 0,01 s grafickou škálou a WHOQOL. Vztah mezi SEIQoL a škálou numerickou je statisticky nevýznamný. Grafická škála významně koreluje s WHOQOL a numerickou škálou.

KORELAČNÍ MATICE VÝSLEDKŮ N = 104				
Proměnná	SEIQoL	Grafická škála	WHOQOL	SS8 číselná škála
SEIQoL	1,000	0,347**	0,333**	0,117
Spokojenost se životem grafická škála		1,000	0,204*	0,428**
WHOQOL			1,000	0,154
SS8 – číselná škála Životní spokojenost				1,000

* $P = 0,05$

** $P = 0,01$

Tabulka č. 1 Korelační matice výsledků N=104

Statisticky významné vztahy k celkové úrovni zdravotních stesků (SDC), fyzickým obtížím (FO), psychickým obtížím (PO) a neuroticko-psychastenickým potížím (NP) byly zachyceny jen pomocí grafické škály. Číselná škála signifikantně koreluje jen s neurtastením a psychastením. Čím je vyšší životní spokojenost, tím jsou nižší tyto potíže. Grafické škály jsou citlivější na subjektivně vnímaný zdravotní stav.

KVALITA ŽIVOTA A ZDRAVOTNÍ STESKY Korelační matice N = 104				
Proměnná	SDC	FO	PO	NP
SEIQoL	-0,159	-0,189	-0,097	-0,061
Grafická škála	-0,193*	-2,208*	-0,139	-0,262**
WHOQOL	-0,098	-0,097	-0,090	-0,183
SS8 – číselná škála	-0,165	-0,115	-0,081	-0,312**

Tabulka č. 2 Kvalita života a zdravotní stesky

Psychická odolnost měřená dotazníkem S. Kobasové ukazuje na souvislosti této škály s dotazníkem kvality života SEIQoL a také s životní spokojeností vyjádřenou pomocí grafické škály QLG. Výsledky pozitivně korelují s možností kontroly situace (HCO), ztotožnění se přijímanými podněty (HCM), přijímáním zátěže jako výzvy (HCA) a celkovou osobní odolností (H). Pokud jde o kontrolu, vysoce koreluje se SEIQoL a s celkovou úrovní hardiness (H). Nejvýraznější vztahy byly zjištěny mezi grafickou škálou a všemi dílčími faktory hardiness i celkovým H. WHOQOL koreluje pouze se ztotožněním s přijímanými podněty (HCM), který vyjadřuje potřebu smysluplnosti.

Spokojenost se životem hodnocená pomocí číselné škály SS8 se projevuje jako nezávislá na hardiness.

KVALITA ŽIVOTA A HARDINESS (Korelační matice) N = 104				
Proměnná	HCO	HCM	HCA	H
SEIQoL	0,209*	0,228*	0,073	0,200*
Grafická škála	0,226**	0,338**	0,283**	0,316**
WHOQOL	0,171	0,239*	0,078	0,169
SS8 - číselná škála	0,057	0,114	-0,055	0,111

* P = 0,05

** P = 0,01

Tabulka č. 3 Kvalita života a hardiness

Dalším testovaným faktorem byla míra vnímané pracovní zátěže (HPZ). Statisticky významně souvisí s kvalitou života měřenou SEIQoL a životní spokojeností měřenou SS8. Sociální opora a námi testované proměnné ukazují, že tento faktor nebo alespoň některý z jeho aspektů (opora někoho - SPA, opora rodiny - SPB, opora přátel - SPC) souvisí se všemi proměnnými. SEIQoL výrazně koreluje s existencí SPA, SPC a celkovou oporou - SP. Životní spokojenost měřená pomocí grafické škály je ve statisticky významném vztahu se SPA, SPB a SP. WHOQOL koreluje se sociální oporou SPA a SP. Číselná škála SS8 nevykazuje žádný signifikantní vztah se sociální oporou.

Úroveň pracovní zátěže (HPZ) souvisí pouze s numerickou škálou SS8 a SEIQoL. Ostatní položky nevykazují žádný signifikantní vztah.

KVALITA ŽIVOTA A ZÁTĚŽ (měřená HFI), SOCIÁLNÍ OPORA (Korelační matice) N = 104					
Proměnná	zátěž HFI	SPA	SPB	SPC	SP
SEIQoL	-0,206*	0,259**	0,186	0,226*	0,274**
Grafická škála	-0,021	0,229*	0,352**	0,111	0,298**
WHOQOL	0,056	0,225*	0,185	0,121	0,237*
SS8 - číselná škála	-0,336**	0,025	0,057	0,045	0,057

Tabulka č. 4 Kvalita života a zátěž, kvalita života a sociální opora

Pracovní zátěž měřená škálou HFI vykazuje signifikantní korelace pouze se SEIQoL a číselnou škálou SS8. Korelace je záporná, mezi proměnnými existuje nepřímo úměrný vztah. Čím vyšší zátěž, tím nižší úroveň hodnoty SEIQoL a také životní spokojenosti měřené číselnou škálou SS8. Celková sociální opora SP koreluje signifikantně se SEIQoL a s hodnocením životní spokojenosti grafickou škálou. Signifikantně koreluje rovněž s WHOQOL.

Nejdůležitější proměnné našeho výzkumu jsme podrobili faktorové analýze. Identifikovali jsme pět smysluplných faktorů (viz tabulka č. 5) zachycující přes 50 % celkové variance.

FAKTOROVÁ ANALÝZA					
Proměnná	Faktor 1	Faktor 2	Faktor 3	Faktor 4	Faktor 5
FO – fyzické obtíže	0.9290				
PO – psychické obtíže	0.8819				
NP – neurotické symptomy	0.8819		-0.2545		
H – celkové hardiness	-0.6308				0.3485
SP – celková sociální opora					0.9419
COPE 9 obrácení se k více				-0.9319	
SEIQoL	-0.2487	0.8265			
Grafická škála	-0.2366		0.4827	-0.5006	0.3769
WHOQOL		0.7769	0.3273		
SS8 – životní spokojenost			0.9401		
Procenta variance	18,73%	11,90%	9,92%	6,92%	6,65%
	Zdraví	Jádrová QL	Aktuální QL	Volba COPE 9	Sociální opora

Tabulka č. 5 Faktorová analýza

První faktor jsme nazvali zdravím, protože je syčen především subjektivními zdravotními potížemi fyzickými, psychickými a neurotickými. Současně se záporným znaménkem sytí tento faktor SEIQoL a grafická škála úrovně životní spokojenosti. Další proměnná, která záporně sytí faktor zdraví, je celkové hardiness.

Druhý faktor je především proměnnou SEIQoL a WHOQOL. Jiné proměnné k tomu faktoru nějak významně nepřispívají. Jak SEIQoL, tak WHOQOL se opírají o hodnocení významných hodnot platných pro respondenty. WHOQOL je založen na ohodnocení až čtyřiceti dílčích skutečností, které podstatně ovlivňují kvalitu života, SEIQoL je postaven na uvedení pěti nejdůležitějších životních cílů a míře jejich osobní významnosti pro respondenta. Domníváme se, že tyto dvě metody, obzvláště pak SEIQoL, přestávají jádrový základ kvality života, který má menší dynamiku změn. Nepochybně se v průběhu života tato složka mění, ale její jádro vykazuje určitou osobní stabilitu.

Třetí faktor je syčen především hodnocením životní spokojenosti jako jednodité entity a měřen pomocí grafické a numerické škály, do jisté míry je hodnocen také pomocí metody WHOQOL. Čtvrtý faktor je syčen odmítáním copingu typu obrácení se k více a nízkou úrovní životní spokojenosti na grafické škále. Faktor pátý bychom mohli nazvat „vysoká úroveň sociální opory“ a je syčen úrovní celoživotní spojenosti na grafické škále a úrovní celkového hardiness. Ne zcela přesně bychom o něm mohli uvažovat jako o úrovni resilience.

Závěry

1. Metody, které se opírají o hodnocení významnosti a úrovně uspokojování jednotlivých faktorů kvality života, zachycují přesněji to, co nazýváme „jádrovou“ kvalitou života. Nejvýrazněji to platí u metody SEIQoL založené na výběru pouze pěti položek představujících to, co je pro jedince klíčové.
2. Grafické a numerické škály hodnotící celkovou životní spokojenost jako jednoditou entitu jsou pravděpodobně ovlivněny nejen tím, o co jedinci jde především, ale i aktuální situací a faktory spokojenosti spojenými s touto situací.

Hodnocení životní spokojenosti mohou ovlivnit příznivě i nepříznivě. Faktorová analýza existenci dvou faktorů kvality života jako skutečnost potvrzuje.

3. V současné době se snažíme kompletovat výrazně větší soubor osob, od nichž chceme získat data pomocí všech čtyř doposud použitých metod a dalších proměnných, jimiž může být hodnocena kvalita života a životní spokojenost. Uvedené výsledky spíše naznačují možné hypotézy, které se budeme snažit ve své další práci potvrdit nebo případně vyvrátit.

NÁSLEDKY LÉČBY DĚTSKÝCH NÁDOROVÝCH ONEMOCNĚNÍ A JEJICH VLIV NA KVALITU ŽIVOTA: PŘEDBĚŽNÉ VÝSLEDKY PROJEKTU QOLOP

*Marek BLATNÝ, Tomáš KEPÁK, Irena VLČKOVÁ, Martin
JELÍNEK, Petra NAVRÁTILOVÁ, Milan PILÁT, Šárka KÁROVÁ,
Alena SLEZÁČKOVÁ, Hana HRSTKOVÁ, Jaroslav ŠTĚRBA*

Význam problematiky

Díky pokrokům ve výzkumu a v léčbě dětských nádorových onemocnění dnes dosahuje dlouhodobých remisí onemocnění přibližně 80 % dětí a mladistvých (Ries a kol., 2007), zatímco ještě v 60. letech minulého století se vyléčilo méně než 30 % dětí. Tato populace dětí a mladých dospělých s anamnézou léčby dětské malignity vyžaduje specializovanou péči. Zvýšení šance na vyléčení dříve nevléčitelných nemocí představuje jeden z největších úspěchů moderní medicíny. Očekávání (odborné i laické společnosti) v dětské onkologii se změnilo z dřívějšího zaměření na kvalitní paliativní a symptomatickou terapii ke dnešnímu předpokládanému vyléčení a přežití do dospělosti. Do popředí zájmu se tak dostává *kvalita přežití*. Novým paradigmatem definujícím úspěch dnešní protinádorové léčby v dětské onkologii již není prosté přežití, ale *dosažení rovnováhy* mezi protinádorovou účinností a toxicitou, respektive pozdními nežádoucími následky léčby (Oeffinger, Robinson, 2007).

Dvě třetiny bývalých dětských onkologických pacientů trpí alespoň jedním chronickým zdravotním problémem, přičemž přibližně u poloviny z nich jde o závažný, nebo přímo život ohrožující stav (Geenen a kol., 2007, Oeffinger a kol., 2006, Mladosievičová, Kaiserová, Foltinová 2007). Pouze jedna třetina z vyléčených pacientů nemá žádný zdravotní problém.

Psychosociální a kognitivní problémy po prodělané léčbě dětské malignity jsou jedním z nejčastějších zdravotních problémů po léčbě a vyskytují se až u 40 % pacientů (Geenen a kol., 2007). Jejich znalost a vhodné intervence mohou příznivě ovlivnit kvalitu života této populace nemocných.

Informovanost nemocných o léčbě a jejich možných dlouhodobých rizicích je zpravidla nízká (Oeffinger, Robinson, 2007, Kreitler, Ben Arush, 2004). Řada

pozdních následků se přitom může objevit až s dlouhým časovým odstupem po ukončení léčby(i desítky let po léčbě). Zvyšování povědomí o incidenci pozdních následků léčby a vhodných preventivních opatřeních je úkolem center komplexní onkologické péče.

Projekt „qolop“ (*Quality of Life Longitudinal Study of Oncology Pediatric Patients*)

Projekt „qolop“ je prospektivní longitudinální studie kvality života dětí po léčbě nádorového onemocnění, která byla započata na podzim roku 2006 v Brně (www.qolop.eu). Výzkum provádí Klinika dětské onkologie Dětské nemocnice FN Brno ve spolupráci s Psychologickým ústavem AV ČR a Psychologickým ústavem FF MU.

Hlavním cílem projektu je identifikovat oblasti, v nichž je snížena kvalita života dětí s nádorovým onemocněním, a to jak v objektivních ukazatelích (mobilita, funkce smyslových orgánů, sociální začlenění), tak v subjektivní percepci spokojenosti (emoční prožitky, životní spokojenost). Identifikace bude provedena na základě porovnání dětí s nádorovým onemocněním se zdravou populací a dětmi s chronickým nenádorovým onemocněním. V longitudinální perspektivě budou shromážděná data použita k posouzení pozdních následků léčby a identifikaci významných antecedentů kvality života v dospělosti.

Do studie jsou postupně zařazovány děti ve věku 8-18 let, které jsou 2 až 5 let v remisi onemocnění. V době přípravy této studie (duben 2008) bylo vyšetřeno 73 bývalých pacientů, 263 zdravých dětí (ve věku ZŠ) a 30 chronicky nemocných dětí. Podrobnější údaje jsou k dispozici na webových stránkách projektu (www.qolop.eu) nebo v přehledové studii Blatného a kol. (2007).

Cíl prezentované studie

V současné době máme k dispozici kontrolní soubor dětí pouze ze základních škol, můžeme proto analyzovat data jen od 37 bývalých onkologických pacientů v tomto věkovém rozpětí. Vzhledem k velikosti souboru jsme se rozhodli pouze pro porovnání dětí po léčbě se zdravými dětmi ve významných oblastech kvality života. Konkrétně jsme se zaměřili na zapojení do běžných denních aktivit, vztahy mezi dětmi a rodiči, depresivitu a spokojenost s jednotlivými oblastmi života.

Metoda

Soubor

Soubor tvořilo 37 bývalých onkologických pacientů ve věku 8 – 14 let, kteří byli v době vyšetření 2 – 5 let v remisi. Analýzy jsme provedli pro celý soubor a zvlášť pro věkové skupiny 8 – 12 let (27 osob, 10 chlapců/17 dívek) a 13 – 14 let (10 osob, 6 chlapců/4 dívky). Ze souboru 263 zdravých dětí, který tvoří žáci a žákyně brněnských základních škol, jsme vybrali kontrolní skupinu odpovídajícího složení z hlediska věku a pohlaví.

Metody

Míru zapojení do zájmových aktivit jsme zjišťovali pomocí škály Běžných aktivit z dotazníku SAHA (Weissberg, 1991). Četnost jednotlivých aktivit vyznačují děti na pětibodové škále („Kolikrát během týdne...“ 0x, 1x, 2–3x, 4–5x, 6–7x; rozsah škály 0–4), celkové zapojení do mimoškolních a volnočasových aktivit je vyjádřeno průměrným skórem.

Vztahy mezi dětmi a rodiči (aspekty výchovy) jsme zjišťovali pomocí škály Výchovy opět z dotazníku SAHA, která zjišťuje čtyři aspekty výchovy – rodičovský zájem, vřelost, kontrolu a konzistenci výchovy. Děti hodnotí chování rodičů na čtyřbodové škále (nikdy – málokdy – občas – často; 1–4). Míra jednotlivých aspektů výchovy je opět vyjádřena průměrným skórem.

Míru depresivity jsme měřili pomocí Dotazníku dětské deprese (The Children's depression inventory – CDI; Kovacs, 1992). Dotazník má 27 položek, u každé jsou uvedeny tři možnosti vyjadřující míru závažnosti depresivních symptomů (1–3), z nichž děti vybírají jednu variantu nejlépe vyjadřující jejich pocity. Dotazník má pět subškál (Negativní náladu, Těžkosti v interpersonálních vztazích, Negativní sebehodnocení, Neeфекtivitu a Ahedonii), v naší studii jsme však pracovali pouze s celkovou mírou depresivity, která je vyjádřena průměrným skórem.

Osobní hodnotu jednotlivých oblastí života a spokojenost v rámci těchto oblastí jsme zjišťovali pomocí modifikované metody SQUALA (Dragomirecká a kol., 2006), kterou jsme jednak adaptovali pro dětský věk, jednak doplnili o položky postihující oblasti života, které mohou být ovlivněny následky léčby (např. fyzická soběstačnost). Dotazník obsahuje celkem 30 oblastí života, materiálních (hračky, prostředí domova) i psychosociálních (přátelství, spravedlnost). Děti nejprve na pětistupňové škále vyznačují důležitost jednotlivých oblastí, následně pak spokojenost v daných oblastech. Tato metoda je do výzkumu zařazena především pro sledování změn ve zdrojích spokojenosti v čase.

Rozdíly mezi zdravými dětmi a dětmi s onkologickým onemocněním ve sledovaných charakteristikách byly zjišťovány neparametrickým Mann-Whitneyho testem.

Výsledky

Deskriptivní charakteristiky popisující zapojení do zájmových aktivit, míru depresivity a aspekty výchovy a statistiky zjišťující rozdíly mezi skupinami jsou uvedeny v tabulce 1. Výsledky testu pro modifikovanou metodu SQUALA komentujeme pouze slovně vzhledem k velkému počtu škál a relativně malému počtu průkazných rozdílů.

Proměnná		Skupina	Celý soubor		8-12 let		13-14 let	
			m(SD)/medián	U	m(SD)/medián	Průk.	m(SD)/medián	U
Aktivity		Onko	0,58(0,40)/0,50	1898,0	0,60(0,42)/0,50	893,5*	0,53(0,35)/0,50	182,5
		Kontr.	0,73(0,47)/0,67		0,80(0,48)/0,83		0,56(0,39)/0,50	
Depresivita		Onko	1,30(0,21)/1,26	1902,0*	1,34(0,22)/1,30	1203,5	1,18(0,13)/1,19	67,0**
		Kontr.	1,44(0,30)/1,41		1,43(0,32)/1,37		1,46(0,27)/1,41	
Výchova	Zájem	Onko	3,02(0,54)/3,17	2356,0	3,06(0,50)/3,17	1236,0	2,92(0,66)/3,08	185,5
		Kontr.	2,87(0,64)/2,83		2,88(0,68)/2,83		2,84(0,54)/2,75	
	Vřelost	Onko	3,62(0,38)/3,60	2226,5	3,67(0,36)/3,60	1150,5	3,51(0,43)/3,50	170,0
		Kontr.	3,39(0,62)/3,60		3,41(0,64)/3,60		3,33(0,59)/3,40	
	Kontr.	Onko	2,84(0,60)/2,86	2517,0	2,81(0,62)/2,75	1226,0	2,93(0,54)/2,94	171,0
		Kontr.	2,90(0,66)/2,88		2,94(0,68)/3,00		2,76(0,59)/2,87	
	Inkonz.	Onko	2,14(0,71)/2,20	2243,0	2,14(0,78)/2,00	1209,0	2,16(0,49)/2,30	147,5
		Kontr.	2,33(0,68)/2,40		2,29(0,68)/2,40		2,42(0,69)/2,60	

* 5 % hladina významnosti; ** 1 % hladina významnosti

Tabulka 1. Srovnání zdravých dětí a dětí s onkologickým onemocněním

Děti po léčbě se méně zapojují do sociálních aktivit (zájmových, volnočasových) než děti z kontrolní skupiny; tento výsledek je průkazný u věkové skupiny 8–12 let. Bývalí onkologičtí pacienti dosahují významně nižší úrovně depresivity než děti z kontrolní skupiny, přičemž průkazný rozdíl byl zjištěn ve věkové skupině 13–14let. V oblasti posuzování vztahů mezi rodiči a dětmi nebyly zachyceny významné rozdíly mezi onkologickou a kontrolní skupinou.

Pokud jde o důležitost jednotlivých oblastí života, bývalí pacienti přikládají větší význam hodnotám „mít koníčky ve volném čase“ (skupina 13–14 let) a „moci chodit do školy (skupina 8–12let) a jsou spokojenější se zdravím, se svou vírou (sk. 8–12let), s tím, že mohou chodit do školy (sk. 8–12let) a se svým vzhledem, než děti z kontrolní skupiny.

Diskuze

Menší zapojení dětí po léčbě onkologického onemocnění do sociálních aktivit není překvapující. Mohou se zde projevit 1) samotné následky léčby jako je zvýšená unavitelnost nebo častější nemocnost, 2) snížené sociální kompetence v důsledku delšího pobytu mimo vrstevnický kolektiv a společnosti lidí v běžných životních podmínkách, 3) významným faktorem může být zvýšená protektivita rodičů obávajících se o zdravotní stav dítěte.

Pokud jde o děti percipovanou kvalitu vztahu s rodiči, nenalezli jsme žádný signifikantní rozdíl mezi onkologickou a kontrolní skupinou. Tento výsledek můžeme interpretovat jako pozitivní zjištění vypovídající o tom, že rodiče dětí po onkologické léčbě nemají tendenci chovat se ke svým dětem jako k nemocným. Pokud jsme v předchozím odstavci mluvili o zvýšené protektivě, omezuje se pravděpodobně na oblasti, kde je vyšší kontrola chování a jistá obezřetnost na místě.

Poněkud nečekané je zjištění, že děti po léčbě onkologického onemocnění indukují nižší míru depresivních symptomů než děti z kontrolní skupiny. S vysokou prav-

děpodobností však nejde o náhodu, neboť jsme k tomuto výsledku dospěli opakovaně: nižší míru depresivity u bývalých onkologických pacientů ve srovnání s obecnou populací jsme identifikovali i v předchozí studii věnované vlivu chemoterapie na kognitivní funkce u dětí a dospívajících (Neurocognitive functioning in children cancer survivors, Grantová agentura ČR, reg. č.. 406/05/0603, 2006-2008).

Nabízí se několik možných vysvětlení, které bude v následných studiích nutně dále prozkoumat. Za prvé, u léčených dětí se v důsledku této mimořádné životní zkušenosti zvýšila psychická odolnost (hardiness); za druhé, u dětí po onkologické léčbě došlo ke změně v kritériích pro posuzování zátěže, a tudíž to, co ostatní děti vnímají jako zátěž a vyvolává u nich negativní reakce, je u dětí po léčbě vyhodnoceno jako nezátěžové; za třetí může jít o disimulaci: děti se obávají návratu nemoci, a proto odmítají/potlačují potenciální negativní signály, jako jsou změny nálady, anhedonie, únavnost; za čtvrté, děti užívají antidepresiva – u některých diagnóz jsou antidepresiva indikována v průběhu léčby, a ačkoliv jsou postupně vysazena nejpozději do půl roku po léčbě, není jisté, zda nejsou některým dětem nadále předepisována pediatrem.

Pokud jde o důležitost jednotlivých oblastí života, bývalí pacienti přikládají větší význam hodnotám „mít koníčky ve volném čase“ (skupina 13–14 let) a „moci chodit do školy“ (skupina 8–12let). Zde se zřetelně odráží specifická zkušenost těchto dětí, které byly po poměrně dlouhou dobu postaveny mimo běžný život a tudíž přikládají význam hodnotám, které mohou být pro zdravé děti normální (obyčejné, všední). Pokud jde o spokojenost s jednotlivými oblastmi života, děti po léčbě jsou spokojenější se zdravím, se svou vírou (sk. 8–12let), s tím, že mohou chodit do školy (sk. 8–12let) a se svým vzhledem, než děti z kontrolní skupiny. Větší spokojenost v uvedených oblastech můžeme interpretovat jako kontrast k prožitku nemoci.

Závěr

Rozdíl v percipované kvalitě života mezi bývalými dětskými onkologickými pacienty a zdravou populací odpovídají předpokladům a odrážejí specifickou zkušenost dětí léčených pro onkologické onemocnění: děti po léčbě se méně zapojují do sociálních aktivit (zájmových, volnočasových), než děti z kontrolní skupiny, přikládají větší význam hodnotám „mít koníčky ve volném čase“ a „moci chodit do školy“ a jsou spokojenější se svým zdravím, vzhledem, vírou a s tím, že mohou chodit do školy. Pokud jde o dětmi percipovanou kvalitu vztahu s rodiči, nenalezli jsme žádný signifikantní rozdíl mezi onkologickou a kontrolní skupinou.

Neočekávané je pouze zjištění, že děti po léčbě onkologického onemocnění indikují nižší míru depresivních symptomů než děti z kontrolní skupiny. Nabízí se několik vysvětlení: zvýšená psychická odolnost (hardiness) cancer survivors, změna v kritériích pro posuzování zátěže, disimulace (obava z návratu nemoci) nebo užívání antidepresiv. Uvedené zjištění vyžaduje další výzkum.

Studie vznikla v rámci Výzkumného záměru PSÚ AV ČR, v.v.i., reg. č. AV0Z70250504, a s podporou Grantové agentury ČR, projekt „Kvalita života dětí s nádorovým onemocněním“, reg. č. 406/07/1384

KVALITA ŽIVOTA PEČOVATELŮ O DĚTI S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM

Helena VAĎUROVÁ

Současný stav

V málokterém oboru medicíny bylo v posledních letech dosaženo takového pokroku jako v léčbě onkologických onemocnění. Nové metody léčby rapidně zvýšily šanci pacientů na přežití¹, zařadily rakovinu mezi chronická onemocnění, zároveň však svými vedlejšími důsledky vážně zasahují do života nemocného, jeho rodiny a blízkých. Vzhledem k rostoucímu počtu vyléčených a především chronicky nemocných, u nichž se však daří symptomy nemoci dlouhá léta potlačovat, získává na důležitosti také výzkum jejich kvality života. Soudobé výzkumy se snaží odpovědět na otázku, jaký život je pro pacienta důstojný, do jaké míry může být jeho zdravotní stav upřednostňován před relativním stupněm celkové spokojenosti (well-being) pociťované nemocným v případě, že nemoc již nelze vyléčit. Jinými slovy, na dnešní úrovni výzkumu se do popředí dostává vedle kvantity a úspěšnosti léčby také otázka kvality života nemocného jedince.

U dětské populace je onkologické onemocnění relativně zřídkačným jevem, chronickým onemocněním obecně však trpí zhruba 7–10 procent dětí (Říčan, 1995: 79). Právě onkologické onemocnění je však jedinečné hloubkou a intenzitou dopadu jeho důsledků na dítě i rodinu. Kvalita života onkologicky nemocných dětí je výrazně omezena především v důsledku pociťované bolesti, spojené jak s onemocněním samotným, tak s agresivními léčebnými metodami, ztrátou energie a možnosti provádění každodenních aktivit, neschopností udržení kontaktu s vrstevníky ve vzdělání i sociální oblasti a u psychicky vyspělejších dětí též obavou o budoucnost.

Onkologické onemocnění nepostihuje pouze nemocného jedince (v našem případě dítě), ale celou rodinu. Zavedené vzorce a pořádky v rodině jsou onemocněním narušeny a členové rodiny se musí adaptovat na novou a náročnou situaci a v mnoha případech měnit své stávající sociální role, některých se vzdát, popř. přijmout nové.

Výzkumy dokládají, že úspěšnost léčby nemocného dítěte je do značné míry (až 20 %, FN Brno, 2006) ovlivněna rodinou, tedy její připraveností a schopností řešit zátěžové situace, spolupracovat se zdravotníky, rozhodovat o další léčbě a poskytovat

¹ U rakoviny v dětském věku se prognóza v posledních letech zlepšila až na 75% šanci přežití bez výskytu příznaků po dobu 5 let (Cancer Research UK, 2004, Dostupné z: <<http://info.cancerresearchuk.org>>).

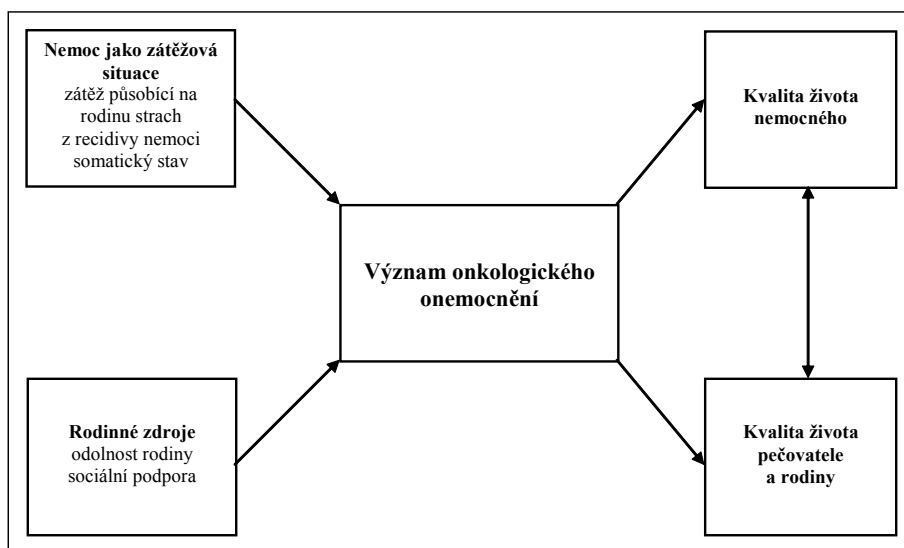
psychickou a emocionální podporu dítěti². Kvalita života rodiny tedy přímo ovlivňuje celkovou pohodu a proces léčby dítěte.

Faktory ovlivňující kvalitu života pečovatele a rodiny

Northouse et al. (2006) na základě zhodnocení dopadů nemoci na rodinu vytvořili následující „model fungování rodiny pečující o onkologicky nemocného“³, do kterého jsou zahrnuty tři proměnné důležité pro nemocného i rodinu: strach z recidivy nemoci, zátěžová situace pro rodinu, somatický stav (zejména důležité pro nemocného).

Dalšími identifikovanými faktory důležitými pro celkové přizpůsobení se rakovině byly odolnost rodiny, sociální podpora a význam nemoci.

Model fungování rodiny pečující o jedince s onkologickým onemocněním (obr. 1) naznačuje i vzájemné působení jednotlivých složek a jeho výsledný vliv na QOL rodiny.



Obr. 1: Model fungování rodiny pečující o onkologicky nemocného podle Northouse et al. (2006)

² V posledních letech je tento fakt reflektován i odborníky. Přístup, který považuje rodinu za ústřední bod a který se již prosadil zejména ve Velké Británii, USA a skandinávských zemích, se nazývá „*Family-Centered Care*“, tedy péče, v jejímž středu stojí rodina.

Vedle lékaře a sester poskytujících medicínskou péči jsou nyní rodičům nabízeny také *nelékařské služby*, které si kladou za cíl pomoci pečovateli i dětem samotným s problémy, které se objevují v důsledku léčby, a touto činností působit na jejich subjektivní kvalitu života. Jedná se o celé spektrum služeb, neboť nemoc postihuje jedince a jeho rodinu ve všech složkách života. Nabídka služeb se v posledních několika letech neustále rozšiřuje a mění. V současné době se v České republice setkáváme s intervencí psychologa, sociálního pracovníka, speciálního pedagoga, poradenských pracovníků a terapeutů z neziskových organizací a občanských sdružení a nabídkou podpůrných služeb (např. ubytování během léčby).

³ Z angl. „family survivorship model“

Pokud hovoříme o kvalitě života rodiny a vlivech na ni působících, musíme zmínit jeden velice podstatný faktor, a sice zkracování délky léčby, preference ambulantní a domácí léčby před hospitalizací. Pacienti jsou co nejdříve propouštěni do domácího ošetřování, což je výhodné jednak z ekonomického hlediska, jednak pro pacienta samotného (zejména jedná-li se o dítě), který se dále léčí v prostředí jemu důvěrně známém. V případě onkologicky nemocných pacientů však domácí léčba může představovat dlouhé měsíce pobytu na lůžku a zátěž na jeho primární pečovatele tak přetrvává a stává se v podstatě novým životním způsobem. Důsledkem tohoto trendu je nárůst důležitosti neformálních pečovatelů, kteří jsou zodpovědní za péči o nemocné v domácím léčení.

Většinou matky nemocných dětí jsou nuceny ve značné míře změnit svůj životní styl, jelikož doprovázejí dítě na vyšetření a tráví s ním dlouhý čas v průběhu léčby v nemocnici i doma. Otcové většinou zůstávají v zaměstnání a starají se o ekonomické zajištění rodiny, popř. při nepřítomnosti matky o zdravé děti. Jejich život se tedy více podobá životu normálnímu, před diagnostikováním nemoci, i přesto jsou však novou situací zasaženi a neměli by stát stranou zájmu lékařů a dalších profesionálů. Soudobá věda se proto zabývá nejen kvalitou života postiženého dítěte samotného, ale také měřením kvality života osob, které o něj pečují či se kterými je v intenzivním kontaktu, tzv. primárních pečovatelů⁴.

Analýzu 19 studií z let 1987 až 2004 zaměřených na jednotlivé faktory ovlivňující kvalitu života pečovatele onkologicky nemocných provedli Lim et al. (2004). Na základě zjištěných informací určili hlavní oblasti ovlivněné péčí:

- Charakteristiky nemocného – funkční stav, věk, pohlaví, psychický stav, druh onemocnění, pociťovaná bolest, symptomy (závažnost nemoci)
- Charakteristiky pečovatele – věk, pohlaví, fyzické zdraví, výše příjmu, QOL na začátku péče, vzdělání, zdravotní péče, psychický stav, pocit vzteku, zlosti, úzkosti
- Primární zátěž – objektivní kontext, nároky na pečovatele, závažnost onemocnění, délka poskytování péče, recidiva, přetížení pečovatele, míra nesamostatnosti nemocného, intenzita péče
- Sekundární zátěž – subjektivní kontext, nároky péče, změna rolí, zodpovědnost, zkušenost pečovatele, narušení životního stylu
- Hodnocení zátěže – hodnocení situace, pocit kontroly, rozdíly ve vnímání situace (pečovatel a nemocný)
- Strategie zvládání zátěže
- Sociální podpora – adekvátnost vnímané podpory, sociální síť a společenský život, rodinný život (kvalita vztahů a manželské přizpůsobení se situaci), osamělost, zdroje rodiny (psychologické, sociální, interpersonální, materiální), formální podpora

Tento přehled dobře shrnuje oblasti zmiňované různými autory, přičemž každý model kvality života přikládá některé z nich větší důležitost. Doplnit bychom mohli ještě pohled odborníků⁵, kteří poukazují také na rozdíl v kvalitě života pečovatelů v závislosti na typu poskytované péče: paliativní, nebo léčebné.

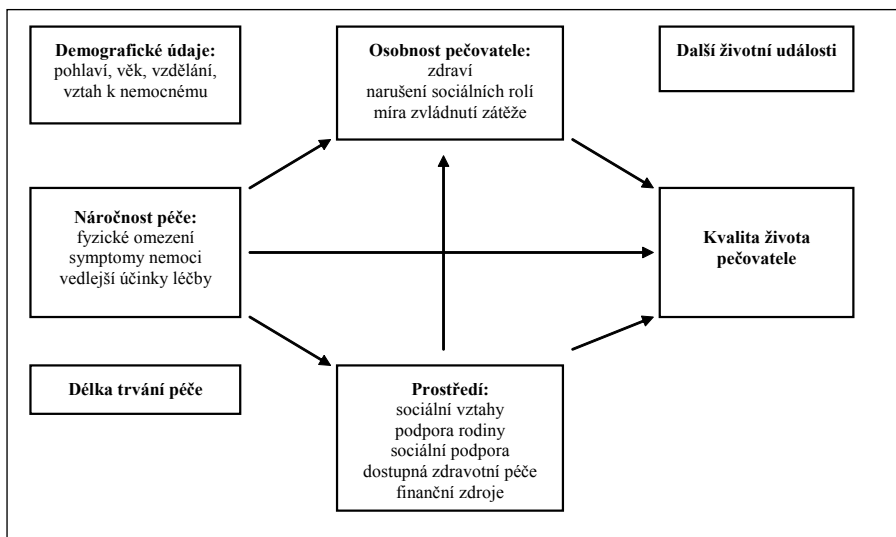
⁴ Z angl. „primary caregiver“

⁵ Laizner et al. (In: Weitzner et al., 1999), McCorkle et al. (1989), Weitzner et al. (1999)

Model kvality života pečovatелů o děti s onkologickým onemocněním

Na základě rozboru výše zmíněných vlivů péče o nemocného na kvalitu života pečovatele White et al. (2004) vytvořili model kvality života pečovatele (Obr.2). Jejich studie byla zaměřena na pečovatele jedinců po mozkové mrtvici, ale obecné dimenze modelu lze aplikovat i na pečovatele onkologicky nemocných dětí, neboť základní dimenze jsou shodné a liší se až specifické implikace nemoci a vztahu s pacientem.

Níže uvádíme model převzatý od White et al., adaptovaný na situaci pečovatele onkologicky nemocných dětí.



Obr. 2: Model kvality života pečovatелů onkologicky nemocných dětí

Tento model demonstruje multidimenzionální charakter kvality života pečovatele a naznačuje i vzájemné působení jednotlivých složek sociální role pečovatele na jeho QOL. Vzhledem ke komplexnosti tohoto konceptu není možné měření QOL omezit pouze na jednu dimenzi, stejně jako se podpůrná péče (psychologická, sociální, pedagogická nebo medicínská) nemůže omezit pouze na úzký okruh obtíží pociťovaných pečovatelem (Mayo, 2002).

Kvalita života pečovatele obsahuje stejné základní oblasti jako QOL běžné populace. Liší se však bude jejich důležitost pro jedince a také specifické podoblasti.

Na modelu kvality života podle Weitznera et al., který je použit v jejich generickém dotazníku SF-36, v zahraničí používaném právě pro hodnocení QOL u pečovatелů, se pokusíme nastínit specifika obsahu konceptu QOL u pečovatелů o onkologicky nemocné. Oblasti dotazníku SF-36 jsou následující: fyzické fungování a vykonávání rolí, tělesná bolest, obecné vnímání zdraví, vitalita, sociální vztahy (fungování ve společnosti), emoční stránka, spiritualita.

Mezi *fyzické aspekty* QOL pečovatелů patří únava, problémy se spánkem, ztráta chuti k jídlu a potřeba odpočinku. Z *psychologických aspektů* je nejčastější

emocionální zátěž, stres, obavy, nervozita, vztek, strach o nemocného, pocit zničení a deprese (Kornbith et al., 1994), zmatek, neznalost problematiky, pocit bezmoci (Vaďurová, 2007). Ve své studii, zkoumající QOL pečovatелů pacientů po transplantaci kostní dřeně Boyle et al. uvádí následující vlivy spadající do oblasti *sociálních vztahů*: podpora rodiny, změna rozložení zodpovědnosti v rodině, nepolevující, dlouhodobé nároky na péči. *Spirituální aspekty* jsou podle Matthewse et al. (2004) nejvýše hodnocené aspekty QOL u pečovatелů jedinců přeživších rakovinu. Patří mezi ně spirituální pohoda, pocit duchovní podpory, užitečnost, naděje, pocit smysluplnosti a celkové spokojenosti se životem. Také u rodičů dětí v aktivní léčbě však hraje tato dimenze důležitou úlohu (Vaďurová, 2007).

Měření kvality života pečovatелů o osoby s onkologickým onemocněním

Měření kvality života v některých oblastech zdravotnictví, např. u Alzheimerovy choroby či v onkologii, má poměrně dlouhou tradici a již bylo vyvinuto značné množství nástrojů. Pro měření QOL pečovatелů však existuje velmi málo specifických nástrojů.

Mezi nejznámější v onkologii využívané dotazníky patří:

- Caregive Quality-of-Life Index (CQoL-Index)
- Quality of Life Tool (QoL Tool)
- Caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOLC)⁶
- Care-related quality of life instrument (CarerQol Instrument)
- Scale of Quality of Life of Caregivers (SQLC).

Caregiver Quality-of-Life Index (CQoL-Index)

CQoL-Index byl vyvinut v roce 1994 McMillainem a Mahonem (Deeken et al., 2003). Jedná se o jednoduchý nástroj hodnotící QOL pečovatele ve čtyřech oblastech – fyzické, psychologické, sociální a finanční. K odpovědi, jaká je vaše QOL v té které oblasti, využívá vizuální analogickou škálu od 0 do 100.

Nevýhodou tohoto dotazníku byla limitovaná korelace mezi jednotlivými oblastmi a opakovaná měření ukázala malou citlivost na změnu v průběhu času (Decken et al., 2002: 947).

Quality of Life Tool (QoL Tool)

V roce 1995 Ferrel et al. vyvinuli dvacetipoložkový dotazník QOL Tool, který, stejně jako starší CQoL Index, k hodnocení jednotlivých oblastí používá vizuální škálu v rozmezí 0 až 100. Vnitřně je však členitější a podrobnější, neboť každá ze základních oblastí – fyzická, psychologická, sociální a spirituální – obsahuje další podoblasti. Ferrel et al. se zaměřili na dopad bolesti pociťované onkologicky nemocným na kvalitu života pečovatele. Nevýhodou je, že tento dotazník je úzce zaměřený na problematiku bolesti (Decken et al., 2002: 947).

6 Decken et al. použili zkratku CQoL-Canc, běžněji je však používána zkratka CQOLC, kterou ve svých studiích používá i autor dotazníku (M. A. Weitzner).

Caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOLC)

Asi nejpoužívanějším specifickým nástrojem je CQOLC Weitzera et al. vyvinutý v USA v roce 1997.

Jedná se o sebesposuzovací dotazník, kdy každá položka je respondentem hodnocena na Likert škále od 0 (vůbec) do 5 (naprosto). Celkové skóre je dáno sečtením hodnocení jednotlivých položek. Nejvyšší skóre, které je možné naměřit, činí 140, vyšší skóre znamená lepší QOL (Rhee, 2005).

Care-related quality of life instrument (CarerQol Instrument)

Jedním z nejnovějších nástrojů je Care-related quality of life instrument (CarerQol Instrument) vyvinutý Brouwerem et al. (2006). Tento nástroj je zaměřen na hodnocení QOL u neformálních pečovatelů. Autoři se na pečovatelsví dívají z pohledu ekonomiky, kdy tvrdí, že neformální pečovatelé jsou často nuceni opustit zaměstnání a poskytování péče je pro ně finančně náročné, ale přesto jsou v ekonomických rozvahách a hodnoceních přehlíženi. Autoři se rozhodli vyvinout dotazník, který by mohl být použit v kontextu ekonomických hodnocení a tak poskytnout jasný obrázek o dopadu určitých podmínek na pečovatele a o tom, jak léčba či jiná podpora tento dopad modifikuje.

Dotazník spojuje informační hodnotu dotazníků zjišťujících zátěž pečovatele (caregiver burden) s hodnotící složkou. CarerQol obsahuje dvě části: CarerQol-7D a CarerQol-VAS. První část sestává ze sedmi tvrzení, které vždy reprezentují jednu dimenzi zátěže pečovatele a každou hodnotí jednou ze tří možností (vůbec – někdy/trochu – často/velmi). Druhá část – CarerQol-VAS se zaměřuje na hodnocení celkové kvality života.

Kvalita života pečovatelů o děti s onkologickým onemocněním

Následující informace pochází z výzkumu provedeného autorkou v roce 2007.

V současné době neexistuje běžně používaný standardizovaný nástroj zaměřený přímo na rodiče onkologicky nemocných dětí v aktivní léčbě nebo s ukončenou léčbou. Dotazníky se většinou zaměřují na pečovatele obecně⁷, pečovatele o dospělé osoby s rakovinou⁸ nebo na pečovatele terminálně nemocných dětí či dospělých⁹. Pro vlastní výzkum jsme tedy modifikovali stávající dotazníky tak, aby co nejlépe odpovídaly potřebám našeho výzkumu.

Výchozím bodem pro tvorbu dotazníku se stalo vymezení proměnných ovlivňujících kvalitu života pečovatele vytvořené Whitem et al. (2004):

- náročnost péče – fyzický, psychický, emocionální stav pečovatele, délka poskytování péče
- osobnost pečovatele – pohlaví, věk, vzdělání
- proměnné spojené s prostředím – sociální podpora, ekonomická situace.

⁷ CarerQOL instrument (Brouwer et al., 2006), Caregiver Activity Survey, Caregive Quality-of-Life Index (CQoL-Index), Scale of Quality of Life of Caregivers (SQLC), etc.

⁸ Caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOLC) (Weitzer et al., 1997)

⁹ QOLTI-F (Cohen et. al)

Tyto proměnné z velké části korespondují s dimenzemi QOL měřenými generickým dotazníkem SF-36, který má velice široké aplikační pole; četné zahraniční výzkumy jej používají i u pečovateli¹⁰.

Dimenze měřené dotazníkem SF-36 jsou následující:

- fyzické fungování a vykonávání rolí
- obecné vnímání zdraví
- fyzická bolest
- vitalita
- sociální vztahy (fungování ve společnosti)
- emoční stránka
- spiritualita.

V našem dotazníku byla vynechána dimenze SF-36 „fyzická bolest“, která není relevantní, pokud neměříme QOL pacientů. Naopak jsme rozšířili dotazník o položku „ekonomická situace“, jejíž důležitost zdůrazňují soudobé studie¹¹ a také o úvodní demografické otázky zjišťující informace o osobnosti respondenta (dle proměnných Whita et al., viz. výše). Situace rodičů onkologicky nemocných dětí je velmi proměnlivá v závislosti na průběhu nemoci, a proto jsme otázky zjišťující emocionální a fyzickou pohodu a vitalitu omezili časovým rozsahem 4 týdny¹².

Použití ucelené baterie otázek ze zahraničních výzkumů umožňuje částečnou komparaci výsledků šetření. Tato baterie byla zároveň zkombinována s další a doplněna o nové otázky takovým způsobem, že byl vytvořen nástroj, který je relevantní pro náš kulturní okruh, specifickou situaci a zaměření výzkumného šetření.

Dotazníkovým šetřením jsme tedy zjišťovali subjektivní hodnocení jednotlivých dimenzí kvality života respondentů. Důležitou dimenzí do značné míry ovlivňující subjektivní hodnocení kvality života je osobnost respondenta. Pokud bychom se pokusili sestavit profil respondenta pomocí nejčtetnějších odpovědí, jednalo by se o středoškolsky vzdělanou ženu ve věku 26–35 let se dvěma dětmi a místem bydliště na vesnici. Dítě respondentky by se léčilo po dobu 7–12 měsíců.

Hodnoceno bylo celkem 7 dimenzí kvality života pomocí čtrnáctipoložkového dotazníku. Jednotlivé dimenze dosáhly rozdílného sumárního skóre (obecné vnímání zdraví – 3; vitalita – 3; emoční stránka – 3,6; fyzické fungování a vykonávání rolí – 3,3; sociální vztahy – 2,9; spiritualita – 3,4; ekonomická situace – 3,1).

Aritmetickým průměrem celkových skóre jednotlivých dimenzí jsme získali výsledné skóre kvality života respondentů. Toto skóre má hodnotu 3,18 (medián = 3,16; stupnice 1 – 5; 1 = maximum), což vyjádřeno slovně znamená dosti dobrá kvalita života. Zjištění našeho výzkumu se shoduje se závěry nizozemského výzkumu Brouwera et al. (2006) pomocí CarerQol-VAS, uvádějící celkové skóre kvality života pečovateli 5,7 (medián = 6; škála 0-10).

¹⁰ Patti et al., Caregiver quality of life in multiple sclerosis: a multicentre Italian study, 2007, Jönsson et al., Determinants of Quality of Life in Stroke Survivors and Their Informal Caregivers, etc.

¹¹ Glozman (2004), White et al. (2004)

¹² Dotazník SF-36 je standardně vztažen na období uplynulého měsíce (University of Wollongong: review SF-36, 2004). Časový rámec použili i Cohen et al. u dotazníku QOLTI-F pro pečovatele osob v terminálním stádiu nemoci, s ohledem na specifičnost situace se však jednalo pouze o 48 hodin.

Závěry výzkumu a doporučení

Na základě výsledků našeho měření můžeme konstatovat, že *celková subjektivní kvalita života rodičů onkologicky nemocných dětí není nemocí dítěte a jejími důsledky výrazně narušena*. Označení celková kvalita života je však potřeba zdůraznit, neboť *jednotlivé oblasti života pečovatele jsou nemocí dítěte zasaženy v různé míře*¹³.

Nyní se podrobněji zaměříme na hodnocení jednotlivých dimenzí. První hodnocenou dimenzí kvality života (quality of life, QOL) bylo „obecně vnímané zdraví“. Tato doména se sestávala ze dvou položek a sice celkového zdraví a zdravotního stavu nyní ve srovnání se situací před nástupem nemoci.

Celkové zdraví bylo respondenty označeno jako velmi dobré až dobré. Při hledání nezávislých proměnných ovlivňujících subjektivní hodnocení celkového zdraví jsme zjistili, že věk respondentů výrazně neovlivňuje jejich hodnocení. V závislosti na vzdělání a délce léčby se však hodnocení respondentů liší. Respondenti s vyšším vzděláním a také respondenti s delší léčbou dítěte hodnotí své celkové zdraví lépe. V případě délky léčby bychom mohli usuzovat na lepší adaptaci rodičů na vzniklou situaci. Pozitivnější hodnocení celkového zdraví může také odrážet lepší informovanost o problematice, kterou bychom mohli očekávat od respondentů s vyšším vzděláním. **Zlepšení informovanosti rodičů a jejich pochopení situace by mohlo vést k pozitivní změně v hodnocení této dimenze.**

Subjektivní hodnocení současného zdravotního stavu ve srovnání se situací před začátkem léčby vypovídá, že se rodiče cítí přibližně stejně (67 %). Toto hodnocení je nezávislé na další proměnné.

Dimenze kvality života „celkové zdraví“ dosáhla výsledného skóre 3 (škála 1 - 5; 1 = maximum), které neukazuje na výrazný negativní ani pozitivní vliv nemoci dítěte. Tento závěr není v souladu s výsledky výzkumu Eisarové et al. (2005) hovořící o výrazném vlivu nemoci dítěte na dimenze QOL pečovatele, zejména „fyzické fungování a bolest“. **Vzhledem k malému počtu respondentů není možné rozsáhlejší zobecnění výsledků a další výzkum bychom doporučili v případě zaměření se na podrobnější hodnocení vlivu nemoci dítěte na celkové zdraví pečovatele.**

Druhou dimenzí kvality života je „emoční pohoda“. Doména se sestává ze tří položek hodnotících psychickou pohodu, pocit spokojenosti a pohody a pocit smutku a pesimismu v uplynulých 4 týdnech.

Z výsledků výzkumu vyplývá, že většina respondentů se po psychické stránce cítí dobře, přičemž závislost na osobnosti respondenta nebo jiné proměnné nebyla pozorována.

Nejčastějším hodnocením pocitu spokojenosti a pohody v uplynulých 4 týdnech byla kategorie dost často, přičemž rodiče s vyšším vzděláním se hodnotili hůře, než rodiče se středním vzděláním bez maturity.

Pro položku pesimismus a smutek respondenti nejčastěji volili odpověď občas a málokdy. Prokázána byla závislost mezi pocitem pesimismu a smutku a délkou léčby dítěte, neboť rodiče dětí s délkou léčby 19 měsíců a déle a rodiče dětí s ukončenou léčbou pocitovali pesimismus a smutek méně často. Důvodem této situace může být lepší vyrovnání se s nemocí a pocit zvládnání situace u rodičů s delší a ukončenou léčbou dítěte.

¹³ srov. Vaďurová (2007)

Celkové skóre dimenze „emoční pohoda“ dosáhlo hodnoty 3,6 (škála 1 – 5; 1 = maximum). Tato dimenze kvality života je nemocí dítěte zasažena výrazněji. Hlubší dopad nemoci v této oblasti se odráží také ve struktuře využívaných nelékařských služeb, kde převládá psychologická pomoc.

„Vitalita“ je třetí dimenzí QOL pečovateli hodnocenou v našem výzkumu. Jejimi složkami jsou pocit energie a pocit vyčerpání hodnocené respondenty za uplynulé 4 týdny. Většina respondentů pociťovala energii i vyčerpání občas. Subjektivní hodnocení je negativně ovlivněno vzděláním respondentů a délkou léčby dítěte, rodiče s vyšším vzděláním a rodiče s delší léčbou dítěte se cítili hůře. Vliv délky léčby se projevuje i ve využívání nelékařských služeb, neboť frekvence je nejvyšší na začátku léčby a od 18. měsíce klesá, aby se znovu zvýšila po 2 letech léčby. **Hlubší pochopení poklesu frekvence využívání nelékařských služeb v období 18 – 24 měsíců by mohlo být předmětem dalšího výzkumu s cílem modifikace služeb pro lepší pokrytí potřeb rodičů v tomto období léčby.**

Hodnocení pocitu vyčerpání bylo také ovlivněno věkem respondentů, rodiče mladší 36 let se cítili více vyčerpáni. Ke shodnému závěru dospěl i Welish et al. (1983), kteří v závěrech svého výzkumu uvádí, že mladší rodiče zvládají zátěž hůře než rodiče věkově starší. Výzkum Eyse (1998) tento závěr však nepotvrzuje. **Bližší porozumění vlivu věku na zvládání péče o onkologicky nemocné dítě může být předmětem dalšího výzkumu, na jehož základě by mohla být modifikována struktura služeb.**

Celkové skóre dimenze QOL „vitalita“ je 3, tedy střední hodnota neukazující na výrazné ovlivnění specifickou životní situací. Hodnocení jednotlivých složek ukazuje na úbytek energie rodičů, ale zároveň nepocítění (nebo popření a vytěsnění) pocitu vyčerpání (skóre = 2,5). Pozorovatelná je také závislost na vzdělání a věku respondentů a délce léčby dítěte.

Čtvrtou dimenzí QOL je „vykonávání rolí“. Tato dimenze se zaměřuje na schopnost skloubit nároky péče o dítě s dalšími každodenními aktivitami a zaměstnáním. Zatímco pro každodenní aktivity neznamena péče o dítě velké omezení, skloubení zaměstnání s péčí bylo respondenty hodnoceno jen jako dobré až velmi obtížné. Nezávislé proměnné neměly na tuto dimenzi závažný vliv, jejich rozložení je velmi nepravidelné, ukazující na vysokou individuálnost ve vnímání dopadu na aktivity a práci respondentů. Celkové skóre této dimenze dosáhlo hodnoty 3,3 (škála 1 – 5; 1 = maximum) ukazující na mírně negativní dopad na respondenta.

Nejlépe hodnocenou dimenzí byly „sociální vztahy“, jejichž celkové skóre dosáhlo 2,9 (škála 1 – 5; 1 = maximum). Vysoce pozitivní hodnocení pomoci ze strany rodiny (celkové skóre 2,1) ukazuje na semknutí a vytvoření rodinné sítě podpory. Z výsledků výzkumu však vyplývá, že její intenzita a kvalita s prodlužující se léčbou klesá. Přátelé respondentů nehrají v pomoci s péčí o dítě téměř žádnou roli (celkové skóre 3,6). Rozdíl v hodnocení můžeme sledovat mezi respondenty z vesnice a města, přičemž první zmiňovaní hodnotí pomoc ze strany přátel pozitivněji.

V semknutí rodiny můžeme hledat jeden z důvodů nevyužití určitých nelékařských služeb, například domácí nebo respitní péče, které jsou rodinami dospělých nemocných využívány v mnohem větší míře.

Určitou míru dopadu na společenský život respondenta uvádí 83 % respondentů. Délka léčby dítěte v tomto případě sehrává negativní roli, což doplňuje obraz o situaci

respondentů, pokud do něj zahrneme i zjištěné ubývání pomoci ze strany rodiny s prodlužující se léčbou.

Šestou dimenzí kvality života je „spiritualita“. Její roli v životě respondentů lze hodnotit jako poměrně nevýznamnou (celkové skóre 3,4). Úloha víry v životě respondentů se liší v závislosti na místě bydliště. Klíčovou úlohu sehrává nejčastěji pro obyvatele vesnic, zatímco jako středně důležitou ji hodnotili zejména respondenti z měst nad 100 000 obyvatel. Na tomto místě bychom mohli uvažovat o rozdílném pojetí víry jednotlivými respondenty. Určité procento respondentů z vesnice (10 %) a respondentů z měst do 100 tisíc obyvatel (4 %) pravidelně využívá duchovní služby, to však neplatí o respondentech z měst nad 100 tisíc obyvatel, přestože je podle jejich tvrzení víra v jejich životě poměrně důležitá. **Pro hlubší pochopení a hodnocení dimenze kvality života „spiritualita“ by bylo vhodné přikročit k dalšímu výzkumu**

Poslední měřenou dimenzí byla „ekonomická situace“. Zhruba polovina respondentů uvedla, že jejich situace je stejná jako před zjištěním nemoci. Nebyl prokázán ani vliv délky léčby dítěte na ekonomickou situaci respondentů. Tento závěr je v rozporu se studiemi Glozman (2004) a Whita et al. (2004) uvádějícími negativní vliv nemoci dítěte na finanční zdroje rodiny..

Závěrem lze konstatovat, že nemocí dítěte je nejvíce zasažena dimenze „emoční pohoda“ a dimenze „vykonávání rolí“. Jako nejméně důležitá v životě rodičů onkologicky nemocných dětí se jevila dimenze „spiritualita“. Naopak velice pozitivně byla hodnocena dimenze „sociální vztahy“ ukazující na dobrou podporu ze strany rodiny. Vliv demografických charakteristik (věk, vzdělání, bydliště) a délky léčby dítěte je proměnlivý a každá položka modelu QOL rodičů onkologicky nemocných dětí prokazovala jiný typ a míru závislosti na těchto nezávislých proměnných.

Diskuse

Kvalita života pečovatelů o děti s onkologickým onemocněním je koncept, který se v posledních letech dostává do popředí zájmu odborníků pracujících s onkologicky nemocnými dětmi a jejich rodinami. V současné době však neexistuje standardizovaný a obecně používaný nástroj měření zaměřený přímo na rodiče dětí s onkologickým onemocněním v aktivní léčbě nebo těsně po jejím ukončení a respektující specifické potřeby této skupiny. Zjištění kvality života a hodnocení jejích jednotlivých složek je velice přesným ukazatelem potřeb rodičů, vhodnosti zaměření, pokrytí a kvality služeb, které jsou jim poskytovány.

VÝZNAM PRÁCE HERNÍHO SPECIALISTY S KINEZIOTERAPEUTICKOU SPECIALIZACÍ U ONKOLOGICKY NEMOCNÝCH DĚTÍ

Marie BLAHUTKOVÁ, Jana DLOUHÁ

Úvod

Pobyt dítěte v nemocnici znamená vždy velkou psychickou zátěž, zejména pokud je dítě vážně nemocné. Tato zátěž představuje mnoho bolesti, stres z prostředí, strach z bílého pláště (někdy přerůstá ve fobii), nečekanou samotu, strach z budoucnosti (nevědomí příštího) a někdy také poruchy příjmu potravy, které s uvedeným souvisejí, zejména nechutenství. Všechny tyto příčiny mají za následek postupnou změnu osobnosti dítěte. Mnohdy se pak stává, že z dříve veselého človíčka je pojednou zamyšlený, zasmušilý, trpící člověk, který většinou vypadá starší, než je jeho skutečný biologický věk. Nemoc přichází většinou nečekaně, a pokud se rozvine, bývá v dětství často příčinou vzniku negativních emocí, stresů a frustrací. Někdy se již v dětském věku objevují prvky anxiозity. Tyto projevy jsou často patrné u závažných dětských onemocnění, ke kterým patří zejména onkologická onemocnění. Léčba ve zdravotnických zařízeních je u onkologicky nemocných pacientů nezbytná. I když dnešní nemocnice umožňují rodičům pobyt s dětmi v nemocnici a usilují o snížení nutné hospitalizace dítěte, je vždy pobyt v takovém zařízení včetně lékařských zákroků pro dítě velmi stresující. U dětských pacientů se můžeme setkat s nepříznivým vlivem negativních vlastních zkušeností dítěte s bolestivými zásahy lékaře nebo s vlivem negativních informací, které dítěti nahánějí strach, i když se třeba nezakládají na pravdě. Dítě si tak do nemocnice přináší řadu zkušeností, které nashromáždilo v předcházejících letech (Křivohlavý, 2002). Nemocniční personál přispívá k léčbě řadou netradičních přístupů, které se dříve v nemocnicích nemohly uskutečňovat. Teprve moderní přístupy k pacientům pomohly v zavedení herních specialistů, kteří mohou s dětmi pracovat po celou dobu pobytu v nemocnici. Herní specialista by měl být na každém dětském oddělení a jeho náplní práce je přítomnost u dětských lůžek a příprava zaměstnání v průběhu léčby. Hlavním prvkem práce je herní činnost. Řada herních specialistů absolvovala školení v kinezioterapii, zejména v psychomotorických aktivitách, které lze v průběhu hospitalizace v nemocničním zařízení uplatňovat.

Pojem „psychomotorika“ znamená úzké spojení psyché (duševních procesů) a motoriky (tělesných procesů). Tuto vzájemnou souvislost můžeme pozorovat téměř neustále na sobě i na druhých lidech, např. držení těla, výrazy obličeje atd. (Hermová, 1994). Psychomotorika je forma pohybové aktivity, která je založena na prožitku z pohybu. Vede k poznávání vlastního těla, okolního světa i prožitkům z pohybových aktivit. Ke svému působení využívá jednoduché herní činnosti, činnosti s nářadím i náčiním, kontaktní prvky a různé relaxační techniky (Blahutková, 2001).

Psychomotorika rozvíjí rovnoměrně fyzickou, psychickou i sociální stránku každého jedince. Prostřednictvím herních pohybových aktivit má na zřeteli vyladování psychofyziologického stavu člověka. Je formou aktivního odpočinku, procesem regenerace a vhodnou aktivitou ke kompenzování duševní námahy (Adamířová, 2000). Cílem herních pohybových aktivit z oblasti prožitkovosti je bezděčné prožívání radosti z pohybu, ze hry a z tělesných cvičení a vytvoření bio-psych-socio-spirituální pohody člověka (Blahutková, 2003). Součástí psychomotorických činností jsou relaxační techniky, masáže a psychostimulace. Psychomotorické hry se od běžných her odlišují zejména používáním netradičních pomůcek, netradičních přístupů, respektují možnosti osobnosti, využívají prvky relaxace, a odlišují se také tím, že zde není vítězů ani poražených. Vítězem je jednoduše každý, kdo se zúčastní (Hermová, 1994). Hra působí zvláště v dětském věku velmi pozitivně a její působení lze pozorovat také i u nemocných dětí. Psychomotorické hry ovlivňují prostřednictvím pozitivních přístupů a prožitků negativní emoce dětí, často je oslabují a působí na jejich zmírňování. Při hře se vytváří uvolněné prostředí, děti odbourávají strach a více se projevuje jejich osobnost, hovoří o svých prožitcích a zážitcích, nebojí se otevřít vůči okolí, více komunikují s nemocničním personálem, lépe snášejí další léčbu. Po herních činnostech jsou schopny nemocné děti lépe spolupracovat, více důvěřují okolí, zvyšuje se jejich schopnost zvládání zátěží a tím se zkracuje také pobyt v nemocničním prostředí.

Psychomotorika má velký vliv na kladné prožívání nemocného dítěte a podporuje optimisticky pro léčbu. Zejména ve vztahu do budoucnosti. Pro optimistické ladění z pohledu kauzálního lze počítat s tím, že očekávání nadlehčuje tíži současných problémů a vytváří příznivější podmínky pro hledání nápravy a její realizaci. Je tedy součástí léčby (Matějček, 1992). Tyto principy přispívají ke zvyšování kvality života nemocného dítěte. Zejména v těch situacích, když se rodič nebo oba rodiče podílejí systematicky na spolupráci s herním specialistou a jsou schopni reagovat na požadavky nemocného dítěte které později vedou urychlování procesu uzdravení.

Vybraná kazuistika

Ke spolupráci jsme byli požádáni rodinou nemocné dívky, která v 10 letech onemocněla akutní leukémií. Celá spolupráce se začala odvíjet teprve po složité komunikační bariéře, kterou vytvořilo neporozumění ze strany vedení nemocnice. Po seznámení s rodinnou anamnézou a po základní komunikaci s rodiči dítěte jsme dostali svolení k návštěvě nemocničního zařízení. Velmi ochotně nás přijal nemocniční personál včetně ošetřující lékařky i primářky oddělení. Ta souhlasila se spoluprací, o metodu práce herního specialisty projevila velký zájem, podmínkou

však byl souhlas ředitele nemocnice. Ten po konzultaci neprojevil ochotu spolupracovat, tudíž jsme museli počáteční experiment ukončit. Po dobu hospitalizace dítěte jsme provedli pouze vstupní pohovor a dále jsme spolupracovali zvenčí pouze s rodiči a prarodiči. Spolupráce byla obtížná zejména proto, že otec od rodiny odešel a s manželkou se rozvedl, konzultace jsme museli provádět odděleně. Protože byla nemocná dívka součástí třídy ve které jsme prováděli psychologické testování osobnosti, měli jsme k dispozici vstupní šetření s výsledky testů osobnosti v době, kdy byla jmenovaná v dobrém zdravotním stavu. Po prvním ukončení hospitalizace jsme navštěvovali nemocnou v domácím prostředí, provedli jsme postupně psychologickou analýzu osobnosti s využitím stejné testové baterie a začali jsme využívat psychomotorické hry. Zjistili jsme, že došlo k totálním změnám v některých charakteristikách osobnosti, nemocná se přestala zajímat o svoje okolí, nekomunikovala, nechtěla se s nikým setkávat, přestala jíst a většinu času proplakala. Naše první intervence se zaměřila na rodinu. Spolupráce s rodinou byla na velmi dobré úrovni a již po prvním měsíci spolupráce se dívka začala postupně vracet ke svým dřívějším zájmům. Následovala další hospitalizace a posléze transplantace kostní dřeně, což představovalo pro rodinu obrovskou psychickou zátěž. Po celou dobu jsme s rodinou pravidelně spolupracovali, později jsme získali možnost navštěvovat nemocnou i s rodiči u lůžka. Rodiče i prarodiče jsme k lůžku pustili vždy po dohodě s lékařem až po jejich ukliďnění a důrazně jsme požadovali pouze pozitivní přístupy. Schopnost zvládat tyto přístupy bylo velmi náročné, proto se naše intervence zaměřila v tomto období také na bližší psychologickou rodinnou intervenci. Po ukončení druhé hospitalizace dívky jsme pokračovali velmi obezřetně v psychomotorických činnostech a v další spolupráci v rodinném prostředí. Spolupráci po celou dobu zajišťovala stejná osoba. V této době nás oslovila znovu ošetřující lékařka s žádostí o spolupráci s dalšími dětskými pacienty. Vzhledem k neochotě vedení nemocnice jsme hledali cestu, jak se k dětem přiblížit. Tuto možnost spolupráce nám otevřela teprve ředitelka školy při dětské nemocnici, která se s projektem herního specialisty setkávala při své profesní praxi. Vybrané studentky, které projevíly zájem o práci dobrovolného dětského herního specialisty, začaly pravidelně docházet do nemocnice a začaly spolupracovat s ošetřujícím personálem a s nemocnými dětmi.

Naše nemocná dívka v té době prodělávala chemoterapii, kterou zpočátku velmi obtížně snášela. Vytvořilo se však mezi námi dosti silné pouto a již byla schopná o svých potížích otevřeně hovořit. Setkávali jsme se s velkou otevřeností i vůči rodině, otec navštěvoval dívku i doma a bývalí manželé spolu začali znovu komunikovat. Podařilo se nám ve spolupráci situaci stabilizovat a po ukončení chemoterapie jsme zařadili dívku do kurzu psychomotoriky v rámci výuky na Pedagogické fakultě MU pro studenty speciální pedagogiky. Kurzy s dívkou navštěvovali pravidelně rodiče nebo babička a v této době se její osobnost začala postupně znovu měnit. Po celou dobu dívka nenavštěvovala školní docházku, učitelka docházela do rodiny a ošetřující lékařka kurzy psychomotoriky povolila. V závěrečné lekci kurzu byl s dívkou přítomen otec a v diskusi se sama přihlásila a všem účastníkům kurzu sdělila svoje počáteční a aktuální pocity, prožitky a dojmy. Tato sdělení byla natolik závažná, že nás donutila celou spolupráci zveřejnit a po souhlasu rodiny o ní otevřeně hovořit. V současné době je slečně 16 let, studuje střední školu, je zdravá, pouze

je neustále pod lékařským dohledem. Otec se k rodině vrátil a znovu se s maminkou oženil. Rodina je funkční.

Výzkum

Cílem naší práce bylo zjišťování vlivu herního specialisty na změny osobnosti onkologicky nemocných dětí v oblasti temperamentu, extroverze a neuroticizmu, aspirace a pozornosti a dále vlivu na některé dimenze života onkologicky nemocných dětí, zejména na jejich kvalitu života, interpersonální vztahy a na rozvoj komunikačních schopností.

K výzkumu jsme použili testovou baterii testů osobnosti, která byla ovlivněna vstupními daty z měření třídy ve které by zařazena také později onkologicky nemocná dívka. Proto jsme použili pro základní vyšetření stejné testy osobnosti:

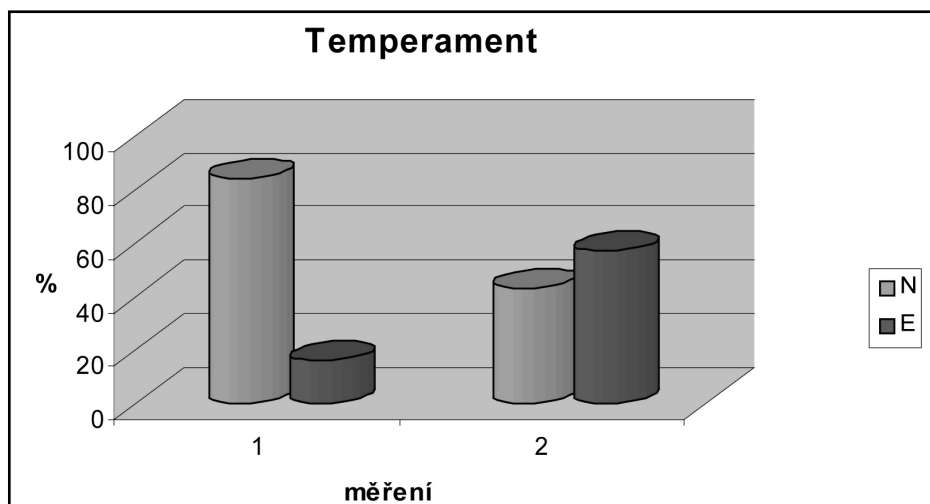
- J. E. P. I. (Eysenck, 1973)
- Test temperamentu (Belov, 1971)
- Kvocient úrovně aspirace (Meili, 1965, Blahutková, 1996)
- Pozornost (Bakalář, 1993).

K těmto testům jsme následně přiřadili ještě:

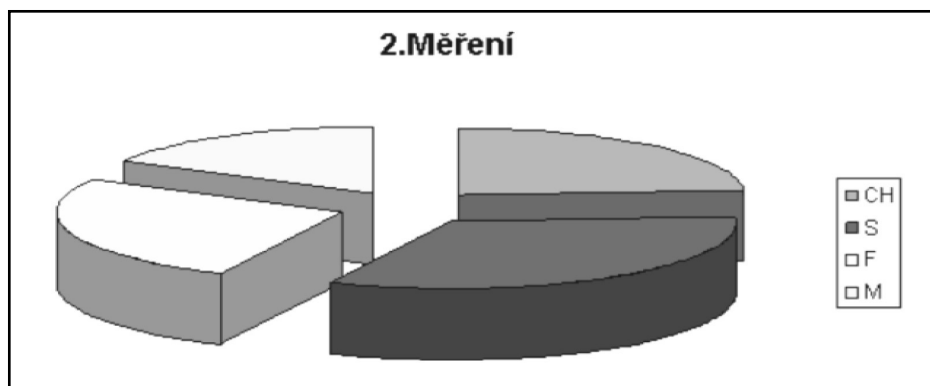
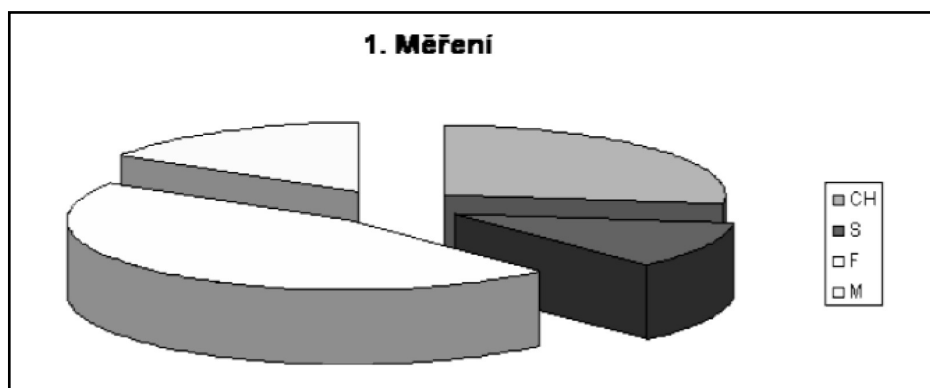
- SEQoL (Křivohlavý, 2001)
- Test stresu (Selye, 1993).

Naše výsledky ukazují na značný vliv práce herního specialisty na pozitivní rozvoj osobnosti onkologicky nemocného dítěte, ale také na příspěvek této práce pro kvalitu života onkologicky nemocných dětí. Uvádíme pouze dílčí výsledky naší práce v oblasti temperamentu a aspirace.

V průběhu onemocnění došlo u onkologicky nemocného dítěte k velkému posunu směrem k neuroticizmu, dívka se uzavřela do sebe, přestala komunikovat s okolím, velmi často plakala a odmítala příliš spolupráce i s nemocničním personálem. Hlavní přínos v pozitivním obratu spatřujeme zejména v zájmu rodiny spolupracovat s psychologem a tím pomoci i v léčbě nemocného dítěte. Důležitým prvkem v léčbě byl zájem otce, který již s rodinou nežil. Při spolupráci s herním specialistou se vytvořil mezi nemocnou dívkou a specialistou velmi pozitivní až přátelský vztah a tím bylo možné usměrňovat některé postupy v léčbě a současně se zlepšovala i komunikace s nemocničním personálem (obr. 1). V oblasti temperamentu se nemocná dívka začala projevovat melancholicky bez zjevného zájmu o okolí, její dřívější pohodová nálada se objevovala zřídka a více se uzavírala do sebe. Nebyla schopná spolupracovat ani navazovat přátelské styky s dalšími nemocnými dětmi, nejevila zájem o okolí ani o sebe a veškerou pozornost obracela na setkání s otcem. Vytvořila se mezi nimi velmi silná vazba, kterou později začala vnímat také matka a umožňovala otcí návštěvy doma. Po ukončení chemoterapie a další intervenci herního specialisty se začala postupně nemocná dívka vracet ke komunikaci a ke kolektivu, začala navazovat přátelské vztahy a opět se vrátila k původním zájmům (obr. 2)

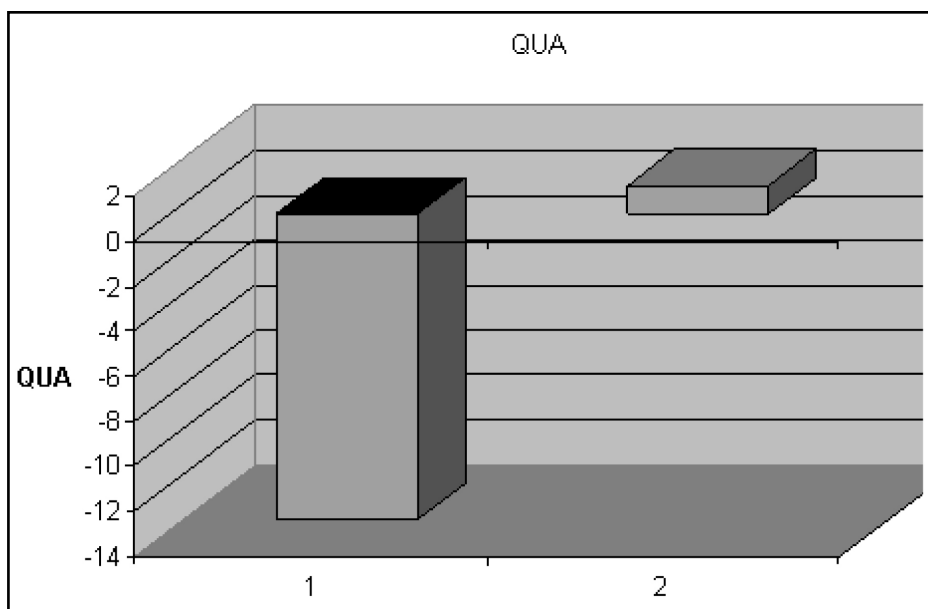


Obr. 1: Změny osobnosti u vybrané osobnosti v průběhu práce herního specialisty



Obr. 2: Změny temperamentu v průběhu práce herního specialisty

Největší rozdíly jsme zaznamenali v oblasti aspirací. Nemocná dívka nevykazovala prakticky žádnou snahu o dosahování jakéhokoli výsledku, nebyla ochotná se bavit ani o možnostech svého uzdravení. Svět pro ni zčernal, obviňovala samu sebe z onemocnění, chyby hledala v sobě a snažila se dávat najevo nezájem o vlastní já a nezájem o okolí. V průběhu spolupráce jsme značnou část herních činností zaměřovali na poznávání sebe sama na rozvoj vnímání sebe i okolí a hlavní pozornost jsme věnovali následným sebereflexím. Např. v průběhu chemoterapie došlo k vypadání vlasů a této době se odmítala nemocná s vlastním obrazem v zrcadle ztotožnit. Teprve po psychoterapii se začala postupně přijímat. Obrat k lepšímu nastal po ukončení hospitalizace a při domácích herních činnostech – rodina nemocné část psychomotorických pomůcek zakoupila, pomohl také sponzorský dat v podobě psychomotorických vozíků. Po skončení léčby se aspirace postupně zvyšuje (obr. 3).



Obr. 3: Změny v aspiraci u nemocného dítěte

Závěry

Celá naše práce přinesla řadu zjištění, které mohou být platné pro širší využití, proto bychom s nimi chtěli seznámit širokou veřejnost, zejména, lékaře, pedagogy, vychovatele, psychology, ale i management nemocnic abychom podpořili zkvalitnění péče o onkologicky nemocné děti. Základní cíl práce byl experimentálně ověřen a zjistili jsme, že práce herního specialisty u onkologicky nemocných dětí má velký význam. Přínosem je jeho práce také v podpoře rodiny, při komunikaci s nemocničním personálem, ale i při práci s okolím dítěte (širší rodina, spolupacienti, kamarádi). Dalším přínosem naší práce jsou současné možnosti spolupráce se základní školou při dětské

nemocnici, kde prostřednictvím studentských praxí umožňujeme přímo v nemocničním prostředí realizovat práci začínajícím herním specialistům a učitelkám pomáháme při jejich nelehké práci v nemocničním prostředí. Současně se ukazuje pozitivní spolupráce i s lékaři a nemocničním personálem, kteří se o tuto práci zajímají a chválí si pozitivní přístupy dětských pacientů, ale i jejich příbuzných po dobu hospitalizace nemocných dětí.

VLIV VYUČOVACÍHO PROCESU V NAŠICH ZŠ PŘI NEMOCNICÍCH NA KVALITU ŽIVOTA NEMOCNÉHO DÍTĚTE

Jana DLOUHÁ, Marie BLAHUTKOVÁ

Pro nemocné nebo zdravotně oslabené děti a žáky ve zdravotnických zařízeních se zřizují mateřské školy a základní školy při zdravotnických zařízeních (Školský zákon 561/04 Sb., Vyhl. 62/07 Sb.).

V těchto školách se mohou vzdělávat žáci se zdravotním oslabením nebo dlouhodobě nemocní umístění v tomto zdravotnickém zařízení, pokud to jejich zdravotní stav umožňuje. Základní školy mohou poskytovat konzultace ve všeobecně vzdělávacích předmětech i žákům středních škol umístěným v tomto zařízení. K zařazení do školy při zdravotnickém zařízení se vyžaduje doporučení ošetřujícího lékaře a souhlas zákonného zástupce žáka. Rozsah a organizaci výuky žáků určuje ředitel školy po dohodě s ošetřujícím lékařem (Vyhl. 73/05 Sb., §4).

Vyučovací proces ve škole při nemocnici je podmíněn zdravotním stavem žáka, tento je ovlivněn stádiem choroby, ve kterém se malý pacient nachází. Michaličková (1961) uvádí tři stádia nemoci:

- Stádium *akutní* – začátek nemoci, doba během operačního výkonu a těsně po něm, zhoršení zdravotního stavu atd. V tomto období dítě potřebuje absolutní klid. Čím je nápor choroby těžší, tím tento požadavek vystupuje více do popředí. Dítě zpravidla leží, případně spí, nezajímají ho ani lidé ani věci. Tehdy jakákoli pedagogická intervence ustupuje do pozadí.
- Po akutním stádiu přichází stádium, kdy *dítě ještě není zcela zdravé, nicméně již úspěšně zvládlo první nápor choroby*. Zlepšení zdravotního stavu se obvykle projevuje poklesem teploty, zvýšenou chutí k jídlu a zájmem o okolí. Tehdy je již možné začít výchovně působit, např. pomoci s uklidem nočního stolku, zapůjčením knížky či nějaké hračky. Stále je však nutné mít na zřeteli skutečnost, že je dítě stále ještě rychle unavitelné a potřebuje odpočinek.
- S ústupem choroby přichází třetí, *poslední stádium*, ve kterém je možné dítě opět zapojit do vyučovacího procesu, přičemž čas a rozsah určuje ošetřující lékař. Spolupráce lékaře i učitele v nemocnici je nevyhnutelná a velice žádoucí. Učitelovo pozorování chování žáka a jeho postřehy pomohou lékaři správně ohodnotit skutečný zdravotní stav žáka a stádium onemocnění.

Navázání kontaktu s nemocným dítětem

Navázání osobního kontaktu s nemocným dítětem je východiskem každé učebně výchovné práce na dětském lůžkovém oddělení. U hospitalizovaných dětí bývá toto navázání často obtížné, protože pacienti se ocitají v dosud novém, neznámém prostředí. Může u nich přes veškeré úsilí zdravotnického personálu i dalších odborníků z řad pedagogů, herních specialistů aj. dojít k abnormním psychickým reakcím ve formě hospitalizmu, který pak brzdí průběh léčení. Mohou se u nich vytvořit dvě krajní varianty chování v dětském kolektivu a přístupu ke školní práci: buď setrvání v opozici – dítě se nezapojí do práce a projevuje se jako rušivý živel, nebo opačný extrém, uzavření se do sebe, čímž trpí dítě samotné. Okolnost, zda se učiteli podaří získat si důvěru dítěte či nikoli, tedy významně ovlivňuje celý jeho další pobyt na oddělení.

Některé děti jsou učitelovou přítomností v nemocnici překvapeny, zpočátku i zklamány („jsem přece nemocný, tak se nemusím učit“), jiné naopak mile překvapeny, změnili se domnělý lékař v učitele, od kterého žádné bolestivé zákroky nehrozí. Učitel je pro dítě osobou mnohem známější a může se stát prostředníkem mezi ním a zdravotnickým personálem na oddělení. Podaří-li se učiteli vytvořit úzký osobní vztah k nemocnému dítěti, projeví se to nejen v žákově přístupu ke školní práci, ale značně se tím ovlivní i poměr dítěte k léčení – je trpělivější, statečnější, lépe spolupracuje se zdravotníky (Sasín, 1965).

Výchova a vzdělávání jako součást léčebného procesu

Výchova a vyučování ve škole při nemocnici není samostatným a neodvislým procesem. Jeho zvláštnost spočívá v tom, že je součástí léčebného procesu. Výchova musí být za všech okolností uskutečňována tak, aby vhodně ovlivňovala psychický stav dětí a tím přispívala k příznivému průběhu ozdravného procesu. Řadu základních podmínek ovlivňuje lékař (zařazení dítěte do vyučování, přerušení vyučování, míra zatížení, možnosti seskupování dětí, zařazení vyučování do programu dne atp.)

Hlavním smyslem hospitalizace je léčení. Hlavní slovo na pracovišti mají tedy zdravotníci. Každé opatření školy, ať jakkoliv ovlivňuje vžitý systém práce, režim dětí či úpravu pracoviště, musí být předem projednáno s vedoucím ústavu. Zásahy školy proto nemohou být samostatné a bezprostřední, nýbrž vždy musí být v podřízeném postavení vůči léčbě samotné.

Ovzduší na dětských odděleních bývá prosyceno zápornými emocemi: steskem po domově, pokud s dítětem nejsou rodiče, nade všechno převažující touhou dětí vrátit se do dřívějšího prostředí, obavami z léčebných zákroků, strachem z nemocnice. Intenzivní vyvažování těchto emocí činorodostí a optimismem je jednou ze zvláštností učitelovy práce v nemocnici. Klade značné požadavky na jeho osobnost – na jeho vyrovnanost, vztah k dětem všech věkových stupňů – od dětí předškolního věku po adolescentní mládež (Hiblbauer, 1963). Učitel ve škole při nemocnici bývá hned od prvního setkání s žákem postaven před problém, jak současně pozorovat a vyučovat, diagnostikovat a porovnávat. Dobrý speciální pedagog má mít proto nejen velké zkušenosti a znalosti, ale vyznačovat se fantazií a pedagogickou intuicí. Má být schopen nejen jasného pozorování, ale také pedagogické improvizace, umět vycítit, co je v daném případě právě třeba (Sasín, 1970).

Výchovná a didaktická práce je účinná tehdy, dovede-li učitel pochopit i osobní problémy dítěte, umí-li se pohotově přizpůsobovat věkovým zvláštnostem a daří-li se mu navozovat citovou vazbu s dětmi. To předpokládá dobrou znalost psychologie nemocného dítěte (Hiblbauer, 1963). Důležitý je citlivý, individuální přístup s velkou mírou tolerance a pochopení problémů každého nemocného dítěte, tj. učit děti nejen novým vědomostem a upevňovat nabyté, ale hlavně vzájemné ohleduplnosti, pomoci jeden druhému, vést děti k hezkým vztahům mezi mladšími a staršími, mezi chlapci a děvčaty apod. Pohoda a příjemné a ovzduší partnerských vztahů je to nejlepší, co se může k lékům a injekcím přidat (Čížková, 1978).

Vyučování je tedy bezesporu jednou z nevhodnějších forem zaměstnání nemocného dítěte. Pomáhá mu vrátit se k obvyklému způsobu života, vyvolává v něm pocit radosti, sebevědomí a vůli chtít se uzdravit. Vhodným způsobem odvádí pozornost dítěte od nemoci, zaměřuje jeho myšlenky k pracovním úkolům, udržuje dítě při svěžesti a stále pracovní aktivitě. Rovněž přispívá k tomu, že se dítě v prostředí nemocničním, pro něj mnohdy neznámém, setkává s režimem dne obdobným dřívějšímu (dopoledne vyučování, odpoledne po odpočinku práce na úkolech a zábava – četba, hry, sledování televize, přijímání návštěva atd.; Kalendová, 1985).

Hospitalizovaní žáci bývají vyučování pouze dopoledne, mnohde se však nemocniční škola neomezuje pouze na dopolední vyučování. Na ně navazuje odpolední zaměstnání ve školní družině, které je součástí celodenního výchovného léčebného systému. Snahou vychovatelek pracujících ve školní družině je navozovat dětem takové prostředí, aby se co nejvíce přiblížilo prostředí rodinnému. Děti se do jisté míry mohou věnovat svým zájmům a zálibám. Mají k dispozici své oblíbené hračky a drobnosti z domova, na některých odděleních také hudební nástroj, nechtějí-li zanedbávat hudební školu. Na většině dětských odděleních jsou k dispozici knihovny s dětskými knihami, řada společenských her, televize, AV a DVD přehrávač v herně či přímo na pokojích malých pacientů a různý materiál pro pracovní a výtvarnou výchovu.

Spolupráce učitele ve škole při nemocnici s kmenovou školou žáka

Učiteli ve škole při nemocnici může významně přispět učitel kmenové školy. Je-li žák hospitalizovaný na několik dnů, stačí informace o probíraném učivu od žáka samotného nebo od jeho rodičů. Pokud je však hospitalizován delší dobu, telefonuje učitel ve škole při nemocnici, který má žáka na starost do kmenové školy a žádá o zaslání učiva např. faxem či e-mailem. Je-li třídní učitel nebo učitelka dopředu seznámena se skutečností, že jeho žáka či žákyni čeká hospitalizace, ať již několikadenní či několikátýdenní, je dobré, když dá dítěti s sebou vše, co by po tu dobu potřebovalo ve své škole. Rovněž velice pomůže, když pošle škole při nemocnici rozpis učiva, které by bylo vhodné během hospitalizace probrat. Učiteli ve škole při nemocnici tak odpadne pátrání po tom, co žák umí a co ještě ne, co se od něj očekává po návratu do školy. Některé školy při nemocnici (Pardubice, Ústí nad Orlicí, Hradec Králové) pořádají pro děti z mateřských škola nižších ročníků základních škol projekty k prevenci strachu z nemocničního prostředí, tj. z případné hospitalizace – „Přijďte se podívat, jak se

u nás hezky stoná“. Učitelé s dětmi mohou v rámci exkurzí navštívit nemocnici, kde je jim představeno prostředí a podmínky. Děti mají možnost nahlédnout do nemocničních pokojů, popovídat si s nemocnými kamarády, vyptat se na jejich zážitky v nemocničním prostředí a na oplátku jim po návratu do tříd namalovat pěkný obrázek s milým pozdravem a přáním brzkého uzdravení.

Organizace vyučování ve škole při nemocnici

Vyučování dětí školou povinných probíhá buď v učebně nebo přímo v nemocničním pokoji konkrétního žáka. Výhody vyučování v **učebnách** jsou mj. v tom, že zde jsou přítomny děti školního věku, pokud jsou na jednom oddělení hospitalizováni žáci stejného ročníku, je vhodné využít skupinového vyučování a uzavřená učebna je alespoň částečně izolovaná od nemocničního ruchu (Plevová, 1997).

Ne každé oddělení však může pro výuku hospitalizovaných žáků nabídnout samostatnou místnost využívanou v dopoledních hodinách pouze k tomuto účelu. Pokud je taková místnost k dispozici, zpravila se o ni učitelé s dětmi dělí s mediky na praxích, se sekundárními lékaři, kteří se zde scházejí k poradám, a s dalším personálem, častější variantou je tedy výuka v herně sloužící k zabavení dětí předškolního věku či přímo na nemocničních pokojích. Žáci pracují ve skupině zpravidla u stolu, mohou si navzájem pomáhat, což je obvykle kladně motivuje.

Výuka na pokojích probíhá buď u jídelního stolu, nebo u lůžka hospitalizovaného pacienta. Až na výjimečné případy se jedná o výuku individuální v časovém rozsahu cca 20 minut. Pro potřeby administrativy školy při nemocnici se sice evidují pouze ti žáci, jejichž délka hospitalizace přesáhne tři dny, nicméně pozornost pedagogů, byť neoficiálně, je věnována i dětem, které pobývají v nemocnici dobu kratší.

Nezřídka se stává, zejména u žáků staršího školního věku, že pracuje-li učitel s jedním žákem, ostatní přítomní buď po očku z postele sledují jeho výuku a nezřídka se posléze do řešení nějakého výukového problému zapojí. Být se jedná např. o učivo dávno probírané z nižšího ročníku, je takováto forma výuky přínosná nejen pro vyučovaného žáka, ale rovněž pro spolupacienta, který výuce pouze přihlíží. Vede jej k aktivizaci, která slouží nejen k opakování již dříve probraného učiva, ale v rámci soustředění na problémový úkol či pomoc kamarádovi s výukovými obtížemi se na chvíli odpoutává od myšlenek na vlastní onemocnění a na dobu případného ukončení jeho pobytu v nemocnici. Spolupráce starších žáků s mladšími spolupacienty nebo s žáky vzdělávajícími se podle přílohy Rámcového vzdělávacího programu (RVP) pro základní vzdělávání upravené pro žáky s lehkým mentálním postižením má i neocenitelný výchovný efekt a je konkrétní realizací integrovaného vzdělávání v praxi.

U žáků středních škol žádost o konzultaci zpravidla iniciuje sám žák, jeho dotazy směřují zejména k látce, které zcela neporozuměl a týkají se profilových nebo maturitních předmětů.

Didaktické aspekty vzdělávání nemocných dětí

V 90. letech proběhl pod záštitou Amsterodamské nemocniční školy průzkum po evropských nemocničních školách, ve kterém bylo prostřednictvím dotazníkového

šetření osloveno 19 evropských zemí včetně České republiky. Průzkum zaměřený na pedagogické a didaktické aspekty vzdělávání nemocných dětí hledal mj. odpovědi na otázky, v jakých ohledech se dle názoru respondentů liší výuka ve škole při nemocnici od pravidelného vyučování v běžné škole. Sledovala se kontinuita vzdělávacího procesu, prevence a eliminace výukových problémů, prevence pocitu izolace vyplývající z nutnosti hospitalizace, nabízení výhledů do budoucna a pomoc dětem s návratem do jejich vlastní školy.

Výsledky průzkumu poukázaly, že minimalizace pocitu izolace a návrat dítěte do běžné školy se zdá být prioritní (tab 1). Ostatní cíle jsou respondenty chápány jako téměř stejně důležité, jako nejméně důležitá je hodnocena nabídka budoucích vyhlídek a eliminace problémů s učením (toto respondenti zřejmě vnímají zahrnuté pod dalšími body).

<i>Výchovně vzdělávací cíle</i>	<i>Počet odpovědí</i>
Prevence problémů s učením	69
Snaha pomoci při návratu do běžné školy	75
Kontinuita vzdělávacího procesu	73
Eliminace problémů s učením	65
Nabídka výhledů do budoucna	67
Minimalizace pocitu izolace	74

Tabulka 1.: *Zjištění důležitosti výchovně vzdělávacích cílů v nemocnicích (Knol, Courlaner, 1993)*

V České republice jsou dle Plevové (1997) samozřejmostí cíle výukové, tj. cíle obsažené v tabulce v prvních čtyřech řádcích (zajištění kontinuity vzdělávacího procesu, s tím související snaha pomoci při návratu do běžné školy, prevence problémů s učením a jejich případná eliminace). Neméně důležité, snad ještě důležitější, se však jeví cíle řekněme psychologické, tj. podpora a udržení dobrého psychického stavu dítěte, překonání kritického období během hospitalizace, udržení psychické vývojové úrovně a návrat domů a do kmenové školy bez negativních stavů.

Jádro **teorie vzdělání hospitalizovaného dítěte** tvoří výběr a úprava obsahu vzdělání s ohledem na výukové cíle. U hospitalizovaných žáků je nutná úprava obsahu a rozsahu učiva s ohledem na žákův zdravotní stav a na to, jak dlouho je žákovi ošetřujícím lékařem povoleno účastnit se vyučování. Čelní místo v učebním plánu školy při nemocnici tedy zaujímá výuka českého jazyka zahrnující jazykovou a literární výchovnou část, matematika a cizí jazyk. Jako vedlejší předměty jsou brány na 1. stupni prvouka, později vlastivěda a přírodověda, na druhém stupni společenskovední předměty jako občanská výchova a dějepis, přírodovědné předměty – chemie, fyzika, přírodopis a zeměpis. Pracovní, výtvarné výchově, částečně hudební výchově je věnován prostor v odpoledních činnostech v rámci školní družiny. V souladu se školskou reformou a školským zákonem 561/2004 Sb. od školního roku 2007/2008 všechny školy při zdravotnických zařízeních vyučují své žáky podle vlastních školních vzdělávacích programů (dále jen ŠVP), které v předchozím školním roce vytvořily.

Ve ŠVP školy zpravidla nenaplňují celkovou časovou dotaci ani minimální časovou dotaci pro jednotlivé vzdělávací oblasti obsažené v RVP. Délka vyučovací hodiny

a počet vyučovacích hodin v jenom dni a týdnu jsou stanoveny po projednání s ošetřujícím lékařem daného žáka v návaznosti na denní režim platný pro jednotlivá dětská oddělení.

V součinnosti s učebními plány, které byly vyvářeny dle osnov Vzdělávacích programů Základní, obecná, případně Národní škola, v učebních plánech škol při nemocnicích dle stávajících RVP pro základní vzdělávání a ŠVP jednotlivých škol nejsou zařazeny všechny vzdělávací oblasti, výuka jiných oblastí je naopak posílena. Hlavní důraz je kladen na vzdělávací oblasti Jazyk a jazyková komunikace, matematika a její aplikace, přičemž nejsou zařazeny některé jejich části s ohledem na prostředí, materiální vybavení a především na zdravotní stav žáka. V učebních plánech rovněž není zařazen druhý cizí jazyk. Zvolení průřezových témat do osnov škol při nemocnicích je odvislé od konkrétních podmínek a časových možností jednotlivých škol při nemocnicích.

V případě hospitalizace žáků se zdravotním postižením, specifickými poruchami učení, poruchami chování, s diagnózou autismus učitel důsledně spolupracuje se zdravotníky, s rodiči těchto žáků, kteří bývají ve většině případů hospitalizováni se svými dětmi, a s kmenovou školou. Je důsledně sledován zdravotní a psychický stav dítěte a učební plán takového žáka je přísně individuální, na základě dohody s kmenovou školou a rodiči dítěte je možno vzdělávat žáka v určitém předmětu v jiném postupném ročníku či pomoci mu upevnit získané poznatky, eventuálně dohnat zanedbané učivo.

Zvýšená pedagogická péče je věnována i žákům mimořádně nadaným, i zde je nutná co nejtěsnější spolupráce s rodiči i učitelem z kmenové školy žáka. Učitel může ve výuce postupovat rychleji vpřed, zadávat žákům složitější úkoly, hlavolamy, kvízy atp., práce žáků mohou být posílány do různých regionálních, případně celorepublikových soutěží. I tito žáci jsou vedeni k rovnému přístupu k méně nadaným spolupacientům, k toleranci a ochotě pomáhat mladším, případně zdravotně postiženým kamarádům.

Vzhledem k tomu, že se jedná o výuku hospitalizovaných žáků, přímo se nabízí věnovat zvýšenou pozornost vzdělávací oblasti Člověk a jeho zdraví a jeho tematickému okruhu Výchova ke zdraví. Výuka se týká prevence, ochrany a odpovědnosti za své zdraví, upevňování hygienických, stravovacích a pracovních návyků, předcházení úrazů a předvídání rizikových situací.

Do vzdělávací oblasti Člověk a jeho zdraví je možné vhodně začlenit i **vysvětlování podstaty onemocnění dětí, léčebných zákroků a procedur**, kterým se dítě během jeho pobytu v nemocnici podrobuje. Toto vysvětlování nejčastěji probíhá přes rodiče: zdravotníci seznámí rodiče dítěte s tím, co ho během hospitalizace čeká, a je na rodičích, kteří své dítě znají nejlépe, aby mu vhodným způsobem jejich sdělení přetlumočili. Některá nemocniční oddělení zaměstnávají herní specialisty, jejichž pracovní náplní je vyplnění volného času nemocných dětí, ale zejména příprava dítěte na zákroky, vysvětlování, co ho v nemocnici čeká a provázení během zákroku. Pokud má dětské oddělení herního specialistu i učitele, zaměřuje se škola na své stěžejní úkoly, tj. zajistit kontinuitu výchovy a vzdělávání dětí a umožnit jim co možná bezproblémový návrat zpět do kmenové školy. Učitelé zůstávají jednou z opor a důvěrníků malých pacientů a rodičů, vysvětlování léčebných zákroků a zaměření na specificky zdravotnické aktivity je pak v rukou herních specialistů. Pokud však oddělení herního specialistu nemá, bývají nedílnou součástí učitelovy práce i aktivity zahrnující psychologickou přípravu dítěte na lékařská vyšetření a zákroky. Cílem těchto aktivit je zbavit dítě strachu z vyšetření, zklidnit ho.

Starší děti mohou využít „pracovních listů“ – karet, na kterých jsou jejich onemocnění včetně léčebných postupů přehledně popsána. Na výrobě těchto karet se podílí učitelé ve spolupráci s herními specialisty po konzultacích s lékaři a středním zdravotnickým personálem.

Hlavními metodami při vysvětlování příčin nemocí malých pacientů jsou hrové činnosti a demonstrace – dítěti je na panenkách chlapečka či děvčátka adekvátně jeho věku, mentální úrovni a psychickému stavu ukázáno, které části těla se jeho onemocnění či úraz týká a jak bude probíhat náprava. Prostřednictvím manipulace si poté dítě samo může vyzkoušet, co se s jeho tělem bude dít, strach z neznáma si tedy „odžít“ takto zprostředkovaně. Kromě panenek se využívají terapeutičtí maňásci, paní učitelka si od zdravotnického personálu může zapůjčit skutečné vyšetřovací nástroje, např. fonendoskop, zrcátka ORL, injekční stříkačky atd. U starších dětí lze využít i naučnou formu – diskuzi nad atlasem lidského těla, shlédnutí fotodokumentace, videonahrávku samotného vyšetření atp.

Učitel musí postupovat nanejvýš opatrně a citlivě, každé dítě je individualita, ne každé dítě je psychicky schopné informace o některých vyšetřeních přijmout, v úvahu je třeba brát i stud zvláště starších dětí a adolescentů. Proto ten, kdo s žákem zabrousí na téma týkající se onemocnění dítěte, ať již učitel či herní specialista, musí volit přísně individuální přístup se zachováním diskrétnosti a soukromí. Jsou rodiče, kteří z náboženských či jiných důvodů o informovanost svého dítěte nestojí, a děti, u kterých by detailní seznámení se zákrokem mělo kontraproduktivní efekt. Všechny faktory je nutné předem zvážit.

Hodnocení pochopení problému a zvládnutí zákroků musí být z psychologického hlediska pouze pozitivní – pochvala dítěte za jeho snahu a statečnost, a to i v případech, že dítě situaci nezvládlo tak, jak by si ono samo a všichni jeho okolí rovněž přáli. Pozitivní reakce učitele mu dává ujištění, že přestože se poddalo strachu a bolesti, učitel ho neztrácuje, nadále mu věří a že má tedy naději a chuť v obdobné situaci obstát. Návik takového postoje, který dítě učí nevzdávat se přes osobní selhání, umět zatnout zuby a věřit, že ho jeho blízcí neztratí pro neúspěch a nedokonalost je pro dítě neocenitelnou devizou do budoucna. Nejen pro školní práci, ale hlavně pro život sám – pro budoucí přátelské vztahy, profesní realizaci a rodičovskou roli.

Teorie vyučování hospitalizovaných žáků se zabývá zejména tím, jaké vyučovací metody, formy a prostředky se jeví jako nejvhodnější pro potřeby vyučování žáků v nemocničním prostředí, tedy v období, kdy se dítě stane žákem školy při nemocnici, resp. od okamžiku, kdy mu ošetřující lékař dovolí se vyučování účastnit, až do doby propuštění žáka z nemocničního léčení do domácího ošetřování.

Učitel si ověří stav vědomostí žáka zopakováním učiva a podle zdravotního stavu postupuje dál. Ve vyučování učitel vysvětlí novou látku a zadá úkoly. Ty už žák řeší samostatně. V průběhu vyučování učitel správné plnění úkolů kontroluje, objeví-li nedostatky, látku znovu zopakuje a procvičí (Vítková, 2006).

Jednou z každodenních otázek, které si učitelé nemocných žáků kladou, je, jaký neefektivnější postup ve výchovně vzdělávacím procesu zvolit, aby bylo dosaženo výchovných i vzdělávacích cílů, tj. vhodně rozvážit výběr neefektivnějších metod ve vztahu k cíli vyučování, povaze obsahu a s přihlédnutím ke schopnostem a dovednostem žáků (Janiš, 2006). Pro potřeby vyučování ve škole při nemocnici je nutné přihlédnout

k aktuálnímu zdravotnímu stavu žáků a jejich psychickému rozpoložení, dosavadním vědomostem, zájmům aj. Vycházíme z aspektu procesuálního, resp. přehledu vyučovacích metod dle Mojžíška (1988) :

Metody motivační

Školní vyučování ve škole při nemocnici má tu zvláštnost, že leckdy je představa učení motivací sama o sobě. Školní výuka je zpestření jinak jednotvárného nemocničního režimu, možnost odpoutání se od myšlenek na nemoc a stesku po rodině, dotek normálnosti v nepřirozeném prostředí, ve kterém se žák po dobu hospitalizace nachází. Učitelům ve škole při nemocnici se zejména žáci prvního stupně základní školy rádi pochlubí svými vědomostmi a houževnatě usilují o pokračování v učivu. Žáci vyšších ročníků se mnohdy obávají zameškání učební látky a vítají školní práci s nadějí, že to „přece jen po návratu do školy nebude tak zlé.“ Učitelé samozřejmě přihlížejí ke změnám zdravotního stavu a kladou na své žáky přiměřené nároky.

Díky individuálnímu přístupu dosahují žáci mnohdy lepších učebních výsledků než ve své kmenové škole.

Pomalými krůčky se daří zaujmout žáka, odpoutat jeho myšlenky od bolesti a strachu a navrátit mu chuť do učení a poznání nových věcí. Děti staršího školního věku si dokonce leckde samy volí učivo, které z důvodu nemoci ve své kmenové škole zameškaly nebo dostatečně nepochopily. Mnohdy se tak po dlouhodobé nespokojenosti učitelů kmenových škol a rodičů dítěti navrácí sebedůvěra a radost z učení a tím dochází k rozvoji kladné motivace a pozitivnímu vztahu k učení. Jsou-li reakce dětí na školní práci kladné a zapojení do výchovně vzdělávacích činností připravených pedagogů spontánní, ukazuje to na účinné vhodné a přiměřené působení učitele ve škole při nemocnici.

Individuální práce s každým žákem se postupně obohacuje a rozšiřuje o práci ve skupině, kde je pestré věkové zastoupení, setkávají se žáci z různých typů škol a místa bydliště. Díky spolupráci, vzájemné pomoci, podpoře a motivaci snadněji přijímají nové poznatky, chovají se otevřeně a tolerantně, nenásilně se učí respektovat jiné a být respektován druhými (http://skola-uohospital.hostuju.cz/o_nas.html).

Z dalších motivačních metod se jako vhodná jeví „protrahovaná“ motivace – v závěru hodiny expozičního typu učitel využije zajímavých prvků učiva k navození zájmu o další látku probíranou v následující hodině. Žák se na další hodinu o to více těší a ve volném čase si případně o novém tématu přírodovědného či společenskovedního charakteru může např. na internetu sám dopředu zjistit více.

Sdělení didaktického cíle jakožto motivace se obecně doporučuje spíše při výuce starších žáků, ale zde má své opodstatnění u všech dětí, samozřejmě sdělení adekvátně mentální a věkové úrovni dětí. Učitelé nezdědka slýchají od svých žáků otázky, zda se v nemocnici musí učit, jak dlouho, jaké předměty a proč. Vysvětlení, jaké učivo se bude probírat, a nastínění přibližného harmonogramu postupu žákovi tyto otázky osvětlí a může jej naladit na školní práci.

Do motivačních metod lze zařadit i uvádění příkladů z praxe. V prostředí nemocnice lze tyto příklady vztáhnout právě k dennímu režimu v nemocnici a k situacím, ve kterých se dítě běžně ocitá a které musí řešit.

Např. při výuce matematiky při probírání procent a zlomků lze navést řeč na svačinu, nadést problém, jak rozdělit 1 jablko, koláč či polárkový dort pro dva, tři či více spolupacientů na jednom pokoji, aby měli všichni stejně. Jakou část jednoho jablka sní dítě na pokoji, kde jsou čtyři děti? A co když nějaký nezdrvořák sní dílek patřící jeho kamarádu? Atd.

Vděčným motivačním faktorem zejména u malých dětí jsou rituály, dávají dítěti určitý pocit jistoty a klidu v jinak neznámém prostředí, které s sebou nese řadu bolestí, stresu a úzkostí. Rituálem může být smluvený signál, kterým učitel zaklepe na dveře pokoje svých žáků a ohlásí tak svůj příchod, pozdrav, kterým se přivítají na začátku společného setkání, dále např. básnička či písnička, kterou se zahajuje či ukončuje vyučovací blok.

Nejen u předškoláků, ale i u dětí prvního stupně se jeví jako velice vhodné využití tematických „leitmotivů“, témat, které prolínají veškerou výukou v určitých časových intervalech, nejčastěji týdenních či čtrnáctidenních. Tato témata učitel zpravidla naplánuje na začátku školního roku ve svém rámcovém plánu, jedná se o využití ročních období a s nimi souvisejících změn v přírodě, tradic, svátků, výročí atp. Vyučování v každém takovém bloku je pak prodechnuto např. předjařím, jarními květinami, narozením mláďat atp., lze jej oživit i netradičními aktivitami, jako je výroba masek a uspořádání maškarního bálu v únoru, blíží-li se ostatky. Takovéto aktivity je však třeba konzultovat s ošetřujícími lékaři, na některých odděleních, např. u ležících pacientů, nejsou vhodné vůbec.

Motivací pro zapojení se do školní výuky a bezproblémovou spolupráci s učitelem je i emocionální podpora dětí – vyjádření upřímného zájmu učitele o problémy dítěte a jeho školní úspěchy, úsměv, pohlazení, povzbudivé slovo, příslib drobné materiální odměny. Tou může být sladkost – ovšem v závislosti na zdravotním stavu dítěte, (při případné dietě je samozřejmě tato nevhodná), dále obrázek, samolepky, křížovka, sudoku, záleží na věku, pohlaví a zájmech dětí.

Expoziční metody

Nejčastěji využívanými expozičními metodami ve škole při nemocnici jsou metody *verbální*, ať již monologické či dialogické.

Zejména u dětí mladšího školního věku se jako vhodná jeví metoda *vyprávění*. Kromě toho, že působí motivačně, zasahuje děti svým emocionálním působením a má schopnost navazovat těsnou sociální interakci učitel – žák. Tuto metodu je možné vhodně doplnit demonstracemi obrázků, fotografií či didaktických pomůcek.

Metody demonstrační jsou jistě zvláště přijatelné, neboť názorně přibližují podstatu problému nové či procvičované látky. Dobrým pomocníkem při vysvětlování učiva i při jeho následném procvičování jsou vhodně volené učební pomůcky. Musí však vyhovovat specifickým podmínkám práce ve škole při nemocnici. Je vhodné, aby byly stejné nebo podobné těm, které žáci využívají ve své kmenové škole.

Pomůcky zpestřující výuku musí splňovat následující kritéria. Především musí vyhovovat po stránce hygienické – nejvhodnější jsou různé soubory v průhledných omyvatelných obalech z umělých hmot, obrázky, grafy, tabulky, přehledy umístěných v průhledných fóliích. Pokud učitel vyrábí nějaké pomůcky, nejčastěji pracovní listy či

kartičky z papíru, je vhodné je zalaminovat, a to nejen kvůli hygieně, ale i z důvodu delší trvanlivosti. Další zásadou při zhotovování pomůcek je jejich velikost. Na rozdíl od vyučování ve třídě je k individuálnímu vyučování zapotřebí využít pomůcky menších rozměrů, zvláště u ležících žáků. Pomůcky by rovněž měly být lehké, snadno přenosné, je třeba dbát také na bezpečnost dítěte, aby se při manipulaci s pomůckou nemohlo zranit. (Kalendová, 1985).

Při vyučování na nemocničních pokojích není možnost využívat tabule (která je na běžném typu školy důležitou pomocnicí učitele), je dobré využívat pro větší názornost při vysvětlování nové látky hlavně u starších žáků využívat co nejvíce výše zmiňovaných přehledů, schémat a grafů – pro delší trvanlivost opět zalaminovaných či polepených průhlednou izolepou. Vhodnou pomůckou při práci s žákem upoutaným na lůžko je i omyvatelná psací tabulka s fixy.

Nejvhodnějšími pomůckami obecně jsou ty, které na základě manipulace vedou k myšlení, rozhodování, k jednání a které podporují aktivitu dítěte. U mladších dětí je třeba mít na zřeteli více hry a zábavu než poučení, proto by u nich měly převládat pomůcky umožňující „hravé zaměstnání“. Takovými mohou být nejrůznější společenské hry, které si učitel sám vyrobí. Jejich využití je velice široké, dobře poslouží k expozici nové látky stejně jako k opakování a procvičování již probraného učiva. Hru lze hrát s jedním žákem při individuální výuce na pracovní desce položené přes postel stejně jako s více žáky u stolu na pokoji či v herně nebo učebně. Lze ji koncipovat jako hrací pole, po kterém hráči cestují s figurkami, na vyznačených polích plní úkoly připravené na kartičkách. Téma a způsob zpracování záleží na učitelově fantazii a didaktickém cíli, tj. na tom, k čemu má hra sloužit (expozice, fixace, konkrétní předmět nebo konkrétní učivo). Vymyšlení a výroba takové učební pomůcky zabere učiteli velké množství času, pokud ji však již má vytvořenou, lze ji využívat dlouhodobě. Po určité době práce ve škole při nemocnici má tak kreativní učitel celou řadu takových netradičních pomůcek, vytvoří si tedy zajímavé portfolio. Kromě her, které fungují na bázi hracího pole, figurek a házecích kostek jsou často využívané hry na bázi pexesa, domina nebo puzzle.

Vymyšlení netradičních aktivit a s ním spojená výroba pomůcek a příprava na vyučování klade velké nároky nejen na fantazii a kreativitu učitele. Nemusí však vše dělat sám, náměty na vhodné pomůcky a jejich realizaci může pověřit, zejména ve fakultních nemocnicích ve větších městech, studenty, kteří u něho vykonávají pedagogickou praxi, či nejrůznější dobrovolníky, kteří se podílejí na zajišťování volného času nemocných dětí, např. studenty gymnázií, středních škol se zaměřením na sociální práci atp. Učitelům mohou s výrobou takové hry pomoci i sami žáci v rámci volného času či organizované činnosti ve školní družině. Mohou obkreslovat dle šablon, vystříhat kartičky, vybarvovat obrázky apod. Žáci staršího školního věku a středoškoláci mohou učiteli nabídnout cenné nápady na vylepšení a doplnění jeho vlastních didaktických her a k tomu vyráběných pomůcek.

Významnou pomůckou při výuce hospitalizovaných žáků je počítač. V současnosti téměř každé dětské oddělení má nějaký k dispozici – v herně, učebně, na nemocniční chodbě či přímo na pokoji. Některé školy při nemocnici využívají notebook při práci s ležícími pacienty. Práce s počítačem nabízí široké spektrum možností pro didakticko výchovnou práci učitele.

Pokud je počítač napojen na internet, dají se vyhledávat informace k výuce (např.

v rámci plnění „domácích“ úkolů i touto cestou). Úlohu počítačů a internetu nelze přeceňovat, leckdy na něm žáci tráví více času, než by bylo záhodno, jako prostředek k dlouhodobému vyplnění volného času ho jistě nelze doporučit. V prostředí nemocnice má však řadu pozitiv. Jeho prostřednictvím mohou děti nejen vyhledávat informace k výuce, ale jsou ve spojení s okolním světem. Mohou si přes e-mail dopisovat s kamarády z domů i ze školy, přijímat poštu od rodičů, přes chat si povídat se svými blízkými.

Kromě klasické demonstrace lze využít i *demonstraci komparativní*. Tuto metodu lze využít hlavně u žáků, kteří jsou vyučováni skupinově v rámci nejrůznějších soutěží. Např. ve výtvarné výchově – žáci kreslí obrázek na dané téma, výsledné výkresy shromáždí a sami vyberou několik nejhezčích, kterými vyzdobí chodbu oddělení nebo přímo nemocniční pokoj.

Metodu dlouhodobého pozorování lze ve škole při nemocnici použít jen sporadicky, vzhledem k tomu, že doba hospitalizace žáků na odděleních se co možná nejvíce zkracuje. Své místo tak má spíše v dětských ozdravovnách a léčebnách či ve třídách denních stacionářů při fakultních nemocnicích, kam děti docházejí po delší dobu.

Fixační metody

Snaha doplnit mezery žáků v probírané látce, dohnat zpoždění a držet krok s kmenovou školou s sebou leckdy může nést nadřazení výkladu nad opakováním. Značný prostor je nicméně ve škole při nemocnici věnován i fixačním metodám, které jsou zaměřené na opakování a procvičování učiva, zejména metodám opakování vědomostí. Nejčastěji využívanými jsou metody otázek a odpovědí – formou orientačních otázek během samotné expozice učiva i po exponování – na konci učitelova výkladu a po skončení vyučovací jednotky.

K opakování učiva slouží také domácí úkoly – v tomto případě nikoli domácí, nýbrž úkoly zadané učitelem žákovi na konci vyučování k vypracování do další hodiny. V domácím prostředí na vypracování těchto úkolů dohlížejí rodiče, žák je buď vypracovává pod jejich přímým dohledem, nebo rodiče pouze stvrdí svým podpisem, že žák úkol vypracoval. Ve škole při nemocnici toto možné není, u dětí starších 6 let rodiče málokdy bývají hospitalizováni společně se svým dítětem, žáci jsou tedy po celou dobu jejich pobytu v nemocnici vedeni k samostatnému učení.

V tomto typu školy jsou tedy rozsáhlé možnosti pro *samostatnou práci* žáků. Vyplývá to z podmínek učení, hlavně z chronického nedostatku času pro přímou pedagogickou práci. Na ni připadá jen zlomek vyučovací doby, pak následuje samostatná práce dětí, které je třeba přiznat vysoce produktivní součástí vyučovacího procesu. Učitel musí samostatnou práci dětí velmi dobře promýšlet a organizovat. Rozpor mezi trvalým nedostatkem přímého vyučovacího času a potenciálním přebytkem studijního času žáků však nelze řešit ukládáním rozsáhlých studijních či písemných úkolů po úvodní instrukci. Děti nemají možnost přesvědčovat se o správnosti řešení postupných úkolů, chybí tu zpětná vazba. Zkušenosti ukazují, že žáci v průběhu další práce ztrácejí jistotu i motivaci a úroveň výsledků má klesající tendenci (Sasín, 1970).

Samostatná práce žáků nemá nic společného s takovou prací, aby žáci byli jen zaměstnáni pro zaměstnání, popř. aby se chovali tiše, aby nerušili pořádek na oddělení. Samostatně pracovat mohou žáci:

- během vlastního vyučovacího procesu;
- při vypracování úkolů zadaných učitelem do další výuky;
- při ostatních činnostech, které jsou organizovány učitelem, vychovatelkami ve školní družině, ale i zdravotnickým personálem (Ochrymčuk, 1962).

Samostatnou prací si žák upevňuje a prohlubuje osvojení nového učiva. Cvičí se také v samostatném myšlení a učí se užívat nabytých vědomostí. Tato práce má i neméně důležitý význam výchovný a učebně technický – žák se při ní naučí učit se.

Pro učitele je velmi náročným úkolem připravit žákům pro samostatnou práci takové úkoly, které by jim přinesly nejen obohacení vědomostí, ale které by je také pobavily a zábavnou formou zaměstnaly a pomohly jim překonat dlouhou chvíli, stesk po domově i nepříjemnosti způsobené léčebnými zákroky a nemocí. Proto je nutné volit pro samostatnou práci žáků různé zábavné a pestré formy zaměstnání. U starších žáků zůstává základem samostatné práce práce s knihou, učebnicí či jiným textem. Učebnici musí žák dobře znát, orientovat se v ní a využívat ji.

Přímé vyučování navazuje na předcházející samostatnou práci dítěte a opět připravuje úkoly pro další samostatnou práci. Zpočátku učitel žákovi zadává úkoly lehčí a postupně je ztěžuje. Ovšem úkoly samostatné práce je nutné volit promyšleně a žádat od žáků pouze to, čemu se již naučili a na co stačí.

Učitel musí při přímém vyučování pamatovat na to, aby navodil správný postup pro samostatnou práci a aby plánovitě vedl žáka ke správnému organizování práce a rozvržení uloženého učiva. Tyto dovednosti a návyky jsou nepostradatelné pro samostatnou a aktivní práci a žák si je musí postupně osvojovat. Dovednosti a návyky samostatné práce jsou podmíněny také volnými vlastnostmi žáka. Na kvalitu samostatné práce mají vliv zvláště cílevědomost, vytrvalost, rozhodnost, sebekázeň, důležitá je také schopnost soustředění pozornosti (Kalendová, 1985).

Speciálně pedagogická diagnostika ve škole při nemocnici

Při ověřování vědomostí žáka má své nezastupitelné místo pedagogická diagnostika kritériální – učitel si ověří, do jaké míry žák zvládá učivo, které ve své kmenové škole probírali, než byl hospitalizován. V průběhu školního vyučování ve škole při nemocnici potom kritériální diagnostikování doplňuje diagnostika individualizovaná. Při ní učitel sleduje pokroky, které žák udělal od prvního setkání. Výsledky individualizovaného diagnostikování slouží učitelům ke zjišťování rychlosti a kvality osvojování učiva během jeho pedagogické intervence (Zelinková, 2001). Pro vyučující ve školách při nemocnicích je individualizovaná diagnostika a individuální přístup samozřejmostí. Na prvním místě stojí úspěch každého jednotlivce a podpora sebedůvěry malých pacientů. Děti se při individuální výuce odváží více riskovat i za cenu selhání. Často jsou však překvapeny svými úspěchy a tím se stávají sebevědomějšími a samostatnějšími (<http://www.sweb.cz/szs/>).

Individualizovaná diagnostika je zároveň i vhodným pomocníkem k autoevaluaci učitele – prověření přístupu k žákovi, využitých pedagogických a speciálně pedagogických metod, forem a prostředků. Individualizovaná diagnostika může posloužit i k podpoře žákovy motivace k učení a podpořit jeho pozitivní vztah ke škole – např. poukázáním na úspěchy, kterých žák během vyučovacího procesu ve škole při nemoc-

nici dosáhl. Může zde docházet ke střetu kritériální a individualizované diagnostiky při hodnocení a klasifikaci. Učební osnovy představují kritéria, která by dítě mělo splnit, a podle úrovně jejich plnění je následně klasifikováno. Bude-li však učitel u dítěte se speciálními vzdělávacími potřebami, v tomto případě u nemocného dítěte, jehož organismus je oslaben dlouhodobou nemocí a doba, kdy se může věnovat školním povinnostem omezena nemocničním režimem, zákroky a vyšetřeními, uplatňovat pouze kritériální přístup bez zdůrazňování individuálních úspěchů, lze očekávat ztrátu motivace k učení, nezám, posléze se mohou objevit i kázeňské problémy, případně uzavření se do sebe a nelepšení či zhoršování zdravotního stavu dítěte.

Učitel ve škole při nemocnici vidí svého žáka z širšího hlediska. Dítě nepodléhá tolik vlivu rodiny a kmenové školy, učitel je často vidí v intimních situacích, vidí jeho vztah a chování ke spolupacientům, ke zdravotnickému personálu a ke své školní práci. Tato pozorování mu umožňují komplexní pohled na žáka a žák sám nevědomky odhaluje příčiny svého neúspěchu a svých konfliktů v prospěchu či v chování (Dvořáková et al., 1975).

Klasifikace nemocného žáka

Klasifikace nemocného žáka tedy bývá odpovědným, nicméně obtížným úkolem. Žáka nelze hodnotit necitlivě, aniž by se nepřihlédlo k tomu, jaké zdravotní obtíže se objevily v průběhu výuky. Na druhé straně však musí být klasifikován i objektivně, aby nemocný žák nezačal svého dočasně nepříznivého stavu zneužívat. Obvykle se tedy hodnotí pouze zvládnuté učivo, jako nejvhodnější se jeví slovní hodnocení (Vítková., 2006).

Po ukončení hospitalizace škola při nemocnici zpravidla posílá kmenové škole formou Osobního záznamu žáka na adresu ředitelství zprávu se slovním hodnocením chování a vztahu k výuce, poslední probírané učivo, a byl-li pobyt v nemocnici delší než jeden měsíc a zdravotní stav dítěte alespoň uspokojivý, rovněž i návrh klasifikace. Tento záznam zhotoví zodpovídající učitel a předloží jej řediteli školy k podpisu. V případě kratší hospitalizace je žák s hodnocením seznamován průběžně, stejně jako v případě žáka hospitalizovaného dlouhodobě, na způsobu klasifikace se žáci dohodnou s vyučujícím. Osobní záznam žáka je veden i v tomto případě, ale neobsahuje klasifikaci.

Zákonní zástupci žáků, jsou-li hospitalizováni na oddělení se svým dítětem, jsou o průběhu a výsledcích vzdělávání informováni průběžně dle dohody s učiteli, v ostatních případech se tak děje při jejich návštěvách v nemocnici, telefonickou nebo elektronickou formou.

Nedílnou součástí komplexního hodnocení ve škole při nemocnici je **sebehodnocení žáků**. Posiluje sebeúctu a sebevědomí žáků, je-li učitelem sledováno a korigováno, pomáhá rozvíjet žákovu osobnost, dává mu náhled na reálný postoj k jeho výkonům a využívaným výukovým stylům. Učí ho vyrovnávat se s nezdary a chybami, kterých se při školní práci dopouští – aby je chápal jako přirozenou věc v procesu učení. Pedagogové si o chybách se svými žáky povídají, žáci si mohou některé práce sami opravovat. Žák je veden k tomu, aby komentoval svoje výkony a výsledky, snažil se popsat, co se mu daří, v čem je úspěšný, co mu naopak ještě nejde a jak bude pokračovat dál. Vhodné je vést si jakýsi učební deníček – postřehy zachycené písemnou formou nejsou tak

pomíjívé jako slovní komentáře, lze se k nim kdykoli vracet. Do takového deníčku si lze zaznamenávat i jiné než školní zkušenosti z nemocnice – zážitky z běžného chodu oddělení, z netradičních akcí – návštěvy zdravotních klaunů, návštěvy mimo areál nemocnice – do ZOO atp. Deníček je možné opatřit obrázky či fotografiemi z těchto akcí. Po návratu domů a do kmenové školy tento poslouží jako vzpomínka, pokud třídní učitelka žáka ve třídě vybídne, aby svým spolužákům povyprávěl o svém pobytu, zkušenostech a zážitcích, nebo jsou na zkušenosti z nemocnice zvědaví sami spolužáci a kamarádi, deníček mu umožní lépe si vše vybavit, fotografie sdílené zážitky názorně dokreslí.

Pro třídního učitele v kmenové škole je nejcennější hodnocení žákových prací (pracovních sešitů a pracovních listů), které mu umožní komplexní náhled na stav probíraného učiva v nemocniční škole.

Učitelé při nemocnicích počítají i s variantou, že jejich žák může být po propuštění z nemocnice dlouho doma. Už během jeho pobytu v nemocnici se jej snaží na tuto skutečnost připravit a vysvětlit učivo i trochu dopředu, aby zůstalo především u procvičování. Některé školy při nemocnici nabízejí rovněž možnost konzultací, kdy v rámci kontrol u lékaře se dítě přijde o látce poradit (http://www.skolaftn.cz/zakladni_skola.html).

Jiné poskytují odbornou pomoc učitelům kmenových škol při zajišťování výuky či při návratu dítěte do kmenové školy tak, aby byly naplňovány povinnosti vyplývající ze školského zákona o docházce a vyučování dlouhodobě nemocného dítěte v domácím prostředí. Např. Speciální základní škola při fakultní dětské nemocnici Černopolní 9 v Brně vypracovala projekt s názvem „Domácí učitel“ zaměřený na dlouhodobě nemocné děti, které se nemohou účastnit celoroční výuky v kmenové škole a musejí často přerušit výuku ze zdravotních důvodů nebo po návratu složit zkoušku z učiva za pololetí či celý školní rok. Učitel kmenové školy totiž začíná za žákem docházet v převážně většině případů až po půlroční absenci žáka.

Aby tyto děti měly stejné možnosti jako jejich vrstevníci, připravuje se projekt „Integrativní domácí výuky“.

Nejvíce využijí domácího učitele onkologicky nemocné děti, kardiaci, děti s poruchou imunity a chronicky nemocní (<http://www.ahojškola.cz/docs/domaciucitel.pdf>). Starost o ležící žáky častěji přebírá kmenová škola.

Bylo by jistě žádoucí, kdyby kmenová škola po určitém časovém odstupu od návratu svého žáka z nemocnice či z domácího doléčení podala škole při nemocnici zprávu o tom, jak se žák opětovně zapojil do výuky, toto se však děje jen velmi zřídka. Za odcházejícími dětmi s výjimkou dětí hospitalizovaných opakovaně se doslova “zavírá voda” a zpětná vazba, která by jistě potěšila poskytna důležitý diagnostický poznatek o pedagogické úspěšnosti pedagogů ve škole při nemocnici.

Závěr

Školní vyučování patří bezesporu k jedné z nejvhodnějších forem zaměstnání nemocného dítěte. Pomáhá mu vrátit se k obvyklému způsobu života, vyvolává v něm pocit radosti, sebevědomí a vůli chtít se uzdravit. Vhodným způsobem odvádí pozornost dítěte od nemoci, zaměřuje jeho myšlenky k pracovním úkolům, udržuje dítě při svěžesti a stále pracovní aktivitě. Rovněž přispívá k tomu, že se dítě v prostředí nemocničním,

pro něj mnohdy neznámém, setkává s režimem dne obdobným dřívějšímu (dopoledne vyučování, odpoledne po odpočinku práce na úkolech a zábava – četba, hry, sledování televize, přijímání návštěva atd.).

Učitel ve škole při nemocnici bývá hned od prvního setkání s žákem postaven před problém, jak současně pozorovat a vyučovat, diagnostikovat a porovnávat. Dobrý speciální pedagog má mít proto nejen velké zkušenosti a znalosti, ale vyznačovat se fantazií a pedagogickou intuicí. V současnosti je leckdy nutností býti nejen učitelem, ale i manažerem, s ohledem na vyžití finančních prostředků z grantů na podporu netradičních aktivit, na vybavení heren, učeben, nákup didaktických pomůcek aj., koordinace dobrovolnických aktivit, spolupráce s herním specialistou, je-li současně s učitelem na oddělení.

Práce učitele v nemocnici je oproti vyučování v běžné škole specifická také v rozmyšlení vhodně zvolených didaktických metod, forem a prostředků pro konkrétní oddělení, skupinu žáků či individuální práce s konkrétním žákem. Při pedagogické práci s hospitalizovanými žáky je nutná nejen důkladná znalost didaktiky speciální pedagogiky a její aplikace při vyučování nemocných dětí v nemocničním prostředí, ale rovněž nutný velký smysl pro pedagogickou improvizaci – schopnost pružně reagovat na hektické změny vyplývající z nemocničního prostředí – přijímání nových pacientů, nečekané odchody žáků uprostřed výuky na nutná vyšetření či zákroky, nenadálé změny psychiky žáků vyplývající ze zhoršení zdravotního stavu či z nenadálých událostí – odchod kamaráda domů či jeho přemístění na jiné oddělení, nevydařená návštěva, zklamání z nedošlé pošty atp.

Předložený text se pokusil nastínit některé okruhy z oblasti vyučovacího procesu ve škole při nemocnici a z didaktiky hospitalizovaných dětí, což je jen malá část problémových okruhů somatopedie, resp. té její části zabývající se problematikou výchovy a vzdělávání hospitalizovaných dětí. Tato problematika úzce souvisí s kvalitou života nemocného dítěte a její správné řešení urychluje proces uzdravování. Před ní stojí v současnosti řada dalších úkolů, volajících po dalších rozpracování. Okruhů týkajících se nejen problematiky samotné výchovy a vyučování ve škole při nemocnici, ale zamyšlení nad tím, jakou úlohu hraje v současnosti nemocniční vyučování v komplexní péči o dětské pacienty vzhledem k technologickým pokrokům medicíny, k trendu zkracující se doby hospitalizace a nově se prosazujícím fenoménům zaměřujícím se psychickou podporu dětí a zajištění kvalitního trávení volného času nemocných dětí – dobrovolnické aktivity, aplikace expresivních forem psychoterapie, zdravotní klauni, herní specialisté a další.

VOLNÝ ČAS DĚTÍ V NEMOCNICI A KVALITA ŽIVOTA

Jana DLOUHÁ, Marie BLAHUTKOVÁ

Volný čas lze charakterizovat jako opak nutné práce a povinností, dobu, kdy si člověk může svobodně vybírat své činnosti, které dělá dobrovolně a rád a které mu přinášejí pocit uspokojení a uvolnění. (Pávková et al., 2005). Tyto činnosti zároveň obnovují a rozvíjejí jeho tělesné a duševní schopnosti, popř. tvůrčí schopnosti. V tomto čase je člověk zcela sám sebou, nejvíce patří sám sobě, veškeré aktivity, které provozuje, ať je koná pro sebe či pro druhé, koná ze svého vnitřního popudu a zájmu. (Němec et al., 2002)

Volný čas dítěte v nemocnici je tedy čas, kdy dítě nečekají žádné vyšetření, lékařské zákroky či léčebné procedury, kdy nemusí plnit školní povinnosti, je to čas, se kterým může dítě do jisté míry - v závislosti na prostředí, ve kterém se nachází a na aktuálním zdravotním stavu a psychickém rozpoložení - libovolně nakládat dle svého vlastního uvážení.

Bude-li v dítě v nemocnici ponecháno ve volném čase „jen tak“, bez povšimnutí, stane se volný čas časem prázdným, v kterém bude velký prostor jednak pro nudu a zlobení, ale v závislosti na prostředí a na situaci, ve které se hospitalizované dítě ocitá, i na stesky, obavy a úzkosti. Aby tomu tak nebylo, stará se o volný čas hospitalizovaných dětí v nemocnicích na dětských odděleních nejen zdravotnický personál, ale i odborníci z dalších pomáhajících profesí, jako jsou speciální pedagogové a vychovatelé ve školách při nemocnicích, psychologové, herní specialisté a dobrovolníci: studenti středních či vysokých škol, zdravotní klauni aj.

Od roku 1994 provádí Nadační fond Klíček průzkum dětských oddělení v ČR – dotazníky byla obelána všechna dětská oddělení v ČR. O vyplnění dotazníků byli požádáni zodpovědní pracovníci jednotlivých oddělení, text obsahující jejich odpovědi je tedy jejich prezentací aktuálního stavu na dětských odděleních v ČR. Korekturní výsledky tohoto průzkumu jsou k dispozici od 29. října 2007 na webových stránkách www.detivnemocnici.cz. (www.klicek.org/index2.html). Z výsledků průzkumu vyplývá, že většina dětských oddělení umožňuje rodičům, aby byli hospitalizováni společně se svým dítětem a minimální omezení návštěv – zpravidla se nedoporučuje, aby rodiče nemocného dítěte s sebou brali velmi malé děti (kojence a batolata) a aby se návštěv zdržely osoby s akutní infekční chorobou. Samozřejmostí se v posledních letech stává skutečnost, že dítě je bráno jako partner, je mu – adekvátně jeho věku, mentální úrovni a psychické stabilitě - vysvětleno, co ho v nemocnici čeká. Na otázku, jak je zajišťován volný čas dětí v nemocnici, lékaři a zdravotní sestry uváděli jednak materiální vybavení

– televizory na pokojích a hernách, dále videa, DVD přehrávače a další. Důležitou součástí volného času dětí prisuzovali škole při nemocnici, roli herních specialistů a dobrovolníků – studentů, zdravotních klaunů aj., dále nejrůznějším mimořádným aktivitám – divadelním představením, návštěvám ZOO atd.

Z pohledu rodičů nemocných dětí je na prvním místě zdravotní stav dítěte, kvalitní medicínská péče a brzké uzdravení, tedy vše, co souvisí s kvalitou jejich života. Somatickou stránku však výrazně ovlivňuje dobrý psychický stav, na tomto se podílí právě využití volného času a zde mohou pedagogové ve škole při nemocnici, herní specialisté, zdravotní klauni a další výrazně prospět. Vždyť úkolem škol při nemocnicích není jen zajištění kontinuity vzdělávání nemocného dítěte a prevence výukových problémů po návratu do kmenové školy, ale i starost o dětskou duši a zpříjemnění pobytu v nemocnici.

V České republice v současnosti působí školy při nemocnici zejména ve větších městech. Dle údajů krajských úřadů jednotlivých krajů ČR je (ke školnímu roku 2007-2008) zřízeno celkem 26 škol při nemocnicích, 4 školy při ozdravovnách a 20 škol při dětských léčebnách (zdroj: webové stránky krajských úřadů jednotlivých krajů; dále <http://www.ped.muni.cz/wsedu/index.php?p=op-somatopedie-zdravotnicka-zarizeni&id=f6db5e5124f7b180a123758b03eee663>)

Funkce a možnosti volného času vymezil Opaschowski (2001). Za základní považuje funkce rekreační – zotavení a uvolnění; kompenzační – odstraňování zklamání a frustrací; výchovu a další vzdělávání, kontemplaci – hledání smyslu života a jeho duchovní výstavba, komunikační – sociální kontakty; participační – podílení se na chodu společnosti; integrační – stabilizaci života rodiny a vrůstání do společenských organismů a enkulturaci – kulturní rozvoj sebe samých tvořivě vyjádření prostřednictvím umění, sportu, technických dalších činností.

Z pohledu hospitalizovaného dítěte *funkci rekreační*, tj. zotavení a uvolnění, plní odpočinek po lékařských zákrocích, vyšetřeních, procedurách i od školních povinností. Na druhou stranu i plnění školních povinností a vypracování úkolů zadaných učitelkou může mít za určitých okolností charakter zotavení.

Návštěva rodiny a čas strávený se svými blízkými může být součástí odpočinku, na druhou stranu může i vyčerpávat, přestože je milá a vítaná.

K vyčerpání může dojít jednak z důvodu oslabení organismu; dítě je snadno unavitelné, během návštěvy však může dojít i hádce, v takovém případě jen prohloubí stres a frustraci z dlouhodobého pobytu v nemocničním prostředí.

Rekreační funkci, ať již formou pasivní či aktivní, může plnit pohyb, např. cvičení kalanetiky u dospívajících děvčat, dále hry na počítači či surfování po internetu hry na mobilním telefonu, konverzace se spolupacienty atd.

Nejčastějšími řízenými činnostmi v rámci volnočasových aktivit hospitalizovaných dětí jsou činnosti výtvarné, jejichž přínos je zdravotníky vysoce ceněn. Např. vrchní sestra Masarykovy městské nemocnice v Jilemnici Marie Janoušková uvádí, že učitelky zdejší školy při nemocnici kladou velký důraz na pracovní činnosti, *vyrábějí s dětmi spoustu nápaditých výrobků, děti si obarvují trička, takže jim zůstává doma i příjemná vzpomínka na pobyt v nemocnici. I když při příjmu školáka, s kterým nezůstávají na oddělení rodiče, občas ukápně i slzička, při plánování propuštění se občas ozve "já ještě nechci domů, ještě si musím dodělat ten obrázek"*,

a někdy děti ani nemají čas na návštěvu rodičů“ (http://www.detivnemocnici.cz/seznam/1/1_d03.html).

Na vyplnění volného času v nemocnici s cílem zajistit odpočinek a zotavení nemocných dětí se velkou měrou podílí i herní specialista, má-li ho nemocnice k dispozici, a vychovatelky školní družiny. Ti se snaží dětem vytvořit prostředí podobné domovu, zaměstnat je a nepřipustit, aby se zabývaly svou nemocí. Zaměstnání ve družině navazuje na školní práci, zajišťuje plnou duševní aktivitu dítěte a rozvíjí zájmovou činnost ve výtvarné, estetické, hudební a pracovní výchově.

K situacím vyvolávajícím zklamání či frustraci může dojít velmi snadno: dítěti je sdělena nepříjemná zpráva, obává se vyšetření či bolestivého zákroku, přes veškeré snahy zdravotnického personálu, pedagogů, herních specialistů a dalších zažívá pochopitelný stres z pobytu v nemocnici, z důvodu nelepšení či zhoršení zdravotního stavu je mu pobyt prodloužen, odchod kamaráda domů – spolupacienta či návštěvy, nevydařený průběh návštěvy rodičů či známých, stesk po domově, atd.

Kompenzovat zklamání a stres pomáhají obdobné činnosti, které byly uvedeny výše (ať již záměrné či bezděčné), svoji roli hrají i spolupacienti, chování zdravotnického personálu a řada dalších lidí i okolností. Velikou radost dětem způsobí např. dopis či e-mail z domova – od kamarádů, od spolužáků a třídní učitelky z kmenové školy.

Funkci výchovnou a vzdělávací ve volném čase plní příprava úkolů zadaných na další den učitelem, pokud je dobrovolná a nenásilná – může tomu napomoci osobnost učitele a sympatie žáka k učiteli, forma domácího úkolu, pomoc mladším kamarádům atd.

U *kontemplace* záleží hlavně na věku dětí. U věřících dětí se jedná o např. o modlitbu – o samotě, s kamarádem, sourozenci či rodiči. Problém nastává u specificky zátěžových situací, u vážných onemocnění, např. onkologicky nemocných dětí, zde se velkou měrou angažuje hlavně psycholog.

Pro *komunikační funkci* volného času je důležité zachování styků s rodinou a s vrstevníky, tomuto napomáhá trend rozvolnění návštěvních hodin na odděleních, možnost pobytu rodiče s dítětem na odděleních během hospitalizace.

Co se týče *participace*, děti se podílejí na chodu nemocnice např. obrazovou výzdobou chodeb a jednotlivých oddělení vlastní tvorbou. Např. v Krajské nemocnici v Pardubicích výzdobu trvalého charakteru tvoří dřevěné plastiky – zejména na chodbách, mateřské pokoje tvoří plastiky látkové. Na pokojích malých pacientů jsou nainstalovány sítě, které zdobí vlastní práce žáků školy při nemocnici (http://www.nem.pce.cz/NemPce_odd_det_hra.htm). Žáci rovněž pomáhají připravovat nejrůznější akce v rámci chodu nemocnice či školy – výlet, soutěž, projekt atd.

Integrativní funkce je z povahy hospitalizace do jisté míry snížena, ale segregaci lze díky zkracování doby hospitalizace a přítomnosti jednoho z rodičů či sourozenců částečně eliminovat.

Na některých odděleních, např. na psychiatrii probíhá muzikoterapie, tato kromě léčebného efektu umožňuje mj. kulturní rozvoj dětských pacientů, *tvorivé vyjádření prostřednictvím umění*. Kreativitu napomáhá dětem rozvíjet i poslech kvalitní hudby, aktivní zpěv či hra na nástroj, např. na procházce do nemocničního parku.

Dětští pacienti se ven z nemocničního areálu dostanou málokdy, zvláště těžce nemocní, kteří musí mít klid na lůžku a stálý dohled nemocničního personálu. To jim

příliš na dobré náladě a duševní pohodě, která se tolik podílí na rychlejším uzdravení a návratu domů mezi kamarády, nepřidá. Proto se jim „dobré duše“ snaží přinést kousek světa venku a osvěžení aspoň na chvíli v podobě milé návštěvy na oddělení, která je potěší zábavným programem, přinese drobnost v podobě obrázku, sladkosti či drobného darečku.

Výlet ven z nemocnice, příjemná změna v přísném léčebném režimu, pokud jej lékaři dětem dovolí, je vždy na výsost vítaný. Toto si uvědomilo několik obětavých lidí z brněnské ZOO a připravili pro malé pacienty dětské hematookologie Fakultní dětské nemocnice v Černých Polích netradiční aktivitu v podobě výletu dětí na Den dětí 1. června 1997 společně s jejich rodiči v doprovodu zdravotnického personálu. Jak uvádí Linhartová (2007), akce měla mimořádný ohlas, všem zúčastněným přinesla mnoho radosti, uvolnění. Pomohla děti rozptýlit, poněkud odlehčit jejich stresům a zainteresovat je více v průběhu léčby. Po prvním úspěchu se z jednorázové aktivity stala tradice. Děti začaly pravidelně – každé první úterý v měsíci – jezdit za zvířátky do ZOO na Mniší horu v Brně. Letáček s „tygrím pozváním“ dostávají každý měsíc již více než deset let.

Díky výletům za zvířátky děti po návratu na oddělení mnohem lépe snášejí zátěž pobytu v nemocnici, vlivem pobytu na čerstvém vzduchu mají větší chuť k jídlu, což je u onkologicky nemocných dětí zvláště významné. Kreslením obrázků následující den si znovu vybaví zážitky z návštěvy v ZOO a opět se jim připomenou příjemné chvíle strávené mimo nemocniční pokoj. Dobrá nálada dětí je nakažlivá, následně se přenáší na rodiče i zdravotnický personál (Dlouhá, 2006).

Nápad dát trochu volného času několika nadšenců i profesionálů, byť různého zaměření: onkologů, vysokoškolských pedagogů, profesionálních zoologů a milovníků přírody, pro chvíli pohody onkologicky nemocných dětí a jejich rodičů měla externí pracovnice brněnské ZOO, prof. MVDr. Dagmar Ježková, CSc. Získala pro něj ředitele ZOO MVDr. Martina Hovorku, Ph.D., dnes přednostu Kliniky dětské onkologie prof. MUDr. Jaroslava Štěrbu, Ph.D. a řadu dalších, kteří se dodnes na realizaci této netradiční aktivity podílejí (Linhartová, 2007).

Do kreslení a malování se s velkým zájmem často zapojují i rodiče dětí, zejména maminky. Vzpomínají na zvířata, se kterými se předešlého dne setkali, snaží se co nejvěrněji zachytit podobu oblíbeného zvířete a navzájem porovnávají své výtvary. Návštěva studentek za nemocnými dětmi je tak zpestřením a příjemným rozptýlením i pro rodinné příslušníky, kteří se stejně jako jejich děti mají možnost odreagovat, přijít na jiné myšlenky a alespoň na chvíli zapomenout na útrapy spojené s nemocí svého blízkého (Dlouhá, 2006).

V zoologické zahradě města Brna se během veškerých těchto setkání nenabízela a nenabízí jen prodej zoologické atrakce, nýbrž „*rozdávala se neobvyklá laskavost, volný čas několika nadšenců, dokonce i něco z účtu zahrady pro potěšení a dětem „na zoubek“, nabízela se radost onkologicky nemocným dětem*“ (Linhartová, 2007, s. 74). A nejen dětem, i jejich rodičům a ošetřujícímu personálu. Výlet do ZOO za zvířátky splňuje bezesporu funkci relaxační, seznámení se zvířátky, s jejich způsobem života a s chováním funkci výchovně vzdělávací, poslušání jemného šplouchání vody u bazénku s hrajícími si lachtany či pozorování hemžení cizokrajných rybiček v akváriu v tropickém království je ideální kulisou pro kontemplaci. Pokud s nemocným dítětem navštívit do ZOO i jeho rodina či zdraví sourozenci, má v sobě komunikační i integrační

přínos. Jak uvádí právě Linhartová, V., 2007, spokojení rodiče a prarodiče nemocných dětí, kteří se těchto aktivit účastní, to často v rozhovorech s ošetřujícím personálem jen potvrzují.

Díky výtvarným aktivitám se studentkami pedagogické fakulty se děti podílejí i na chodu nemocničního oddělení – obrázky jednak zdobí pokoje dětí a nemocniční chodby, ale co je podstatné, putují do Norska paní Běle Jensenové v rámci akce Stonožka. Z Norska jsou distribuovány jako pohlednice do celého světa a výtěžek z jejich prodeje je využit na nákup nejrůznějších pomůcek pro nemocné děti.

Výtvarnými aktivitami si děti zároveň rozvíjejí tvořivost a schopnost zachycení vnímaného jevu či vzpomínku na něj kresbou, batikou, vyrývání linorytem a dalšími výtvarnými technikami. Přispívá to tedy rovněž k jejich enkulturaci – kulturnímu rozvoji sebe samých prostřednictvím umění.

Na stimulační význam zvířat chovaných v zoo pro nemocné děti upozornila kolokvia O neumírání (květen 2005) a O tygrím pozvání (květen 2007) konaná v přednáškovém sále brněnské ZOO. Jejich psychoterapeutický přínos pro všechny, kdo se návštěv v ZOO účastní, ocenili mj. prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc., prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc. a další.

V současném pojetí lékařské péče o nemocné pacienty, zvláště dětského věku, je hlavním principem komplexní péče zahrnující veškeré složité dění provázející dítě a jeho onemocnění od započetí léčebného procesu až po ukončení léčby, v ideálním případě do úplného uzdravení. Na tomto pojetí péče se podílí nejen ošetřující lékař, ale i celá řada odborníků z dalších pomáhajících profesí i laiků, kteří se snaží dítě udržet v přiměřené duševní aktivitě a zajistit mu kvalitní trávení volného času. Nenechat ho napospas stesku po domově a chmurným myšlenkám na vlastní bolest a nemoc, a tím alespoň dílčím způsobem přispět k jeho rychlejšímu navrácení do normálního způsobu života.

Veškeré volnočasové aktivity pro nemocné děti, připravované a realizované samozřejmě se souhlasem ošetřujících lékařů a zdravotních sester a pod jejich pečlivým dohledem charakterizuje velké množství obětavé a často nezištné práce motivované soucitem s cizí bolestí a utrpením. Je třeba je nanejvýš ocenit a podporovat je, neboť i díky nim dostanou děti příležitost zpestřit si léčebný režim, přinášejí radost a uvolnění a zlepší se tak v důsledku jejich psychický stav, ovlivní to značně kvalitu jejich života a v samém důsledku i zdravotní stav.

Závěr

Volný čas dětí v nemocnici je čas, kdy dítě nečekají žádné vyšetření, lékařské zákroky či léčebné procedury, kdy nemusí plnit školní povinnosti, je to čas, se kterým může dítě do jisté míry – v závislosti na prostředí, ve kterém se nachází a na aktuálním zdravotním stavu a psychickém rozpoložení – libovolně nakládat dle svého vlastního uvážení. Aby dítě v tomto čase nebylo osamoceno a ponecháno neveselému přemítání o jeho pobytu v nemocnici a odloučení od rodiny a kamarádů z domova, stará se o volný čas hospitalizovaných dětí v nemocnicích na dětských odděleních nejen zdravotnický personál, ale i odborníci z dalších pomáhajících profesí, jako jsou speciální pedagogové a vychovatelé ve školách při nemocnicích, psychologové, herní specialisté a dobrovolníci: studenti středních či vysokých škol, zdravotní klauni atd.

Zdravotnický personál v duchu komplexního pojetí léčby nemocných dětí a chápání zdraví jako bio–psycho–socio–spirituální pohody tyto aktivity zpravidla vítá, přičemž je samozřejmostí, že nic nesmí narušovat průběh léčby a všichni, kdo se na zpestření doby, kdy je dítě v nemocnici podílejí, musí respektovat léčebný režim dětí a veškerá doporučení ošetřujícího personálu.

Příkladem nevšední snahy odpoutat nemocné dítě od jeho choroby a nepříjemných zážitků s ní spojených, které zdravotníci kvitují s povděkem a kterých se sami účastní, jsou vyjížďky onkologicky nemocných dětí hospitalizovaných ve Fakultní nemocni v Brně v Černých Polích. Tyto aktivity probíhají již více než deset let, za tu dobu se jich zúčastnilo více než 280 dětí spolu se svými rodiči a zdravotnickým personálem coby nutným doprovodem. Vyjížďky do ZOO přispívají k zpestření a oživení volného času nemocných dětí a mají pro děti nesmírný psychoterapeutický význam.

POSTOJE ŽÁKŮ KE KVALITĚ ŽIVOTA ŠKOLY – VÝZKUMNÉ TEZE

Věra VOJTOVÁ

Úvod

O významu kvality vzdělávání pro život člověka v dospělosti je mezi veřejností poměrně široký konsensus. Ve svých úvahách spojuje kvalitu vzdělávání obvykle s výkony, s úspěšností, s vysokou kvalifikací..., se školou. Na radost z učení, ze společného tvoření, ze společných zážitků a úspěchů, na příjemné prožívání školního života často zapomínají. Mezi odbornou veřejností je těmto aspektům vzdělávání věnována značná pozornost. Ovlivňují aktivitu žáků, jejich začlenění a fungování ve vzdělávacích procesech (srov. WHO, 2001), podmiňují školní výkony (Hollenweger, Haskell, 2002, Booth, Ainscow, 2002). Pozitivní prožívání školního života, pozitivní signály spojené s učením, startují jejich budoucí motivaci k sebezrovoji (Daniles, Garner, 2000, RVP, 2005). S kvalitou vzdělávání jsou přímo spojeny.

V našem příspěvku chceme představit nástroj, který by dimenzi prožívání školního života školy z perspektivy žáků uměl pedagogům zprostředkovat, který by je upozornil na negativně vnímané oblasti, aby s nimi mohli cíleně pracovat a rozvíjet příznivé školní prostředí pro všechny žáky. Požadavek kvalitního školního prostředí pro všechny žáky souvisí s inkluzivními trendy současného vzdělávání (UNESCO, 1993, 1994, 2005). Individuální problémy v učení a neúspěch ve školní práci jsou v inkluzivním konceptu (WHO, 2001, 2002, 2003) vnímány jako bariéra pro dobrou kvalitu života (Walker, Severson, 2002, Booth, Ainscow, 2002).

Vymezení výzkumného problému

Cílem našeho dlouhodobého výzkumu je ověřit využitelnost dotazníku „Školního života“ jako nástroje pro identifikaci rizikových oblastí školního života, které by mohly nepříznivě omezovat aktivní zapojování všech žáků do učení a vzdělávání. V konceptu našeho výzkumu se zaměřujeme specificky na skupinu žáků v riziku poruch chování, která je rizikem vylučování ze školy a ze vzdělávání vysoce ohrožená (Jahnukainen, 2001, Wearmouth, Glynn, Berryman, 2005). V tomto příspěvku představíme výsledky jeho první části. Výzkum je součástí výzkumného záměru Speciální potřeby žáků v kontextu Rámcového vzdělávacího programu pro základní vzdělávání,

MSM0021622443 pedagogické fakulty, Masarykovy univerzity (hlavní řešitel je profesorky PhDr. Marie Vítkové, CSc.).

V první fázi výzkumu bylo cílem ověřit použitelnost škály k měření kvality života školy z perspektivy žáků. V této fázi bylo naším cílem:

- Přeložit, upravit a modifikovat dotazník Williams, Batten (1981) „Kvalita školního života“ a ověřit jeho použitelnost v českém prostředí.
- Ověřit reliabilitu škály a navrhnout další postupy.
- Analyzovat a popsat postoje žáků ke kvalitě života školy.

Naše výzkumné šetření probíhalo na základních školách v České republice v roce 2007 a 2008.

Termín **kvalita školního života** vymezujeme jako individuální a kontextuální souvislosti školního prostředí. Definujeme jej výčtem škál, z nichž se skládá dotazník hodnocení školního života (srov. Ježek, 2006). Pozitivní **vnímání školního života žáky samotnými** má význam pro jejich motivaci ke vzdělávání a odpovídá pojetí současné školy (srov. UNESCO, 2005), je důležitým faktorem ovlivňujícím přístup ke vzdělání a vzdělanosti žáků (srov. Booth, Ainscow, 2002). Negativní postoje jsou na druhou stranu jedním z rizikových faktorů rozvoje problémového chování (srov. Sørli, 1997, Wearmouth, Glynn, Berryman, 2005) a předčasného ukončení vzdělávání (Jahnukainen, 2001). Přínos zkoumání postojů samotných žáků v kontextu školního prostředí vyzdvihuje Ježek (2006); v postojích je vždy zjevně nebo skrytě zahrnut hodnotící aspekt; postoje žáků zachycují *skryté kurikulum jako „didaktický“* aspekt třídního či školního života, v jehož rámci jsou žákům skrytě vštěpovány určité znalosti či dovednosti (srov. Daniels, Garner, 2000, Wearmouth, Glynn, Berryman, 2005).

Vybraná výzkumná zjištění

Vlivem školního prostředí se v kontextu jeho dopadu na školní výkony žáků zabývá mnoho výzkumů. Uvedeme některé příklady vymezené naším výzkumným zájmem. Rozsáhlý výzkum kvality života školy orientovaný na postoje žáků ke školnímu prostředí publikovali již v roce 1976 Epstein a McPartland. Na souboru 4 266 žáků ve věku 10 – 18 let sledovali význam citových prožitků žáků pro rozvoj jejich motivace v učení. Žáci, kteří byli ve škole šťastnější, byli pozitivněji nastaveni i v ostatních oblastech školního života, byli úspěšnější, měli lepší školní výsledky a lépe se chovali (Epstein, McPartland, 1976). Výzkumem „Kvality školního života“ na ně navázali v **roce 1981** Williams, Batten. Na základě šetření určili latentní strukturu indikátorů a dotazník z původních 71 otázek zkrátili na 29. Tuto verzi dotazníku užíli v dalších mezinárodních výzkumech a potvrdili její platnost bez ohledu na kulturní a národní odlišnosti (Binkley, Rust, Williams, 1996, s. 197). Tento mezinárodní výzkum realizovaný v evropském regionu v 8 státech inspiroval náš výzkum. Význam vlivu školního života na vytváření osobní a sociální identity žáků prokázali Linnakylä se svým týmem (1996); zážitky ze školního života identifikovali jako determinanty procesu učení žáků; jejich dalšího vzdělávání a celkového postoje k celoživotnímu učení. Henderson, Fisher (2008) zkoumali cílovou skupinu 157 studentů nestudijních tříd ve věku 11 – 12 let; zjišťovali souvislost mezi vnímáním interakce učitel–žák žáky samotnými a jejich školní úspěšností. Zjistili, že *vnímání*

interakce učitel-žák hraje rozhodující roli ve školních výkonech žáků. Jasné vedení a instrukce, podporující/přátelské a chápající chování a pocit vlastní svobody při školní práci zřetelně zvyšovaly motivaci žáků k učení. K podobným závěrům došli Dinkes, Forrest, Lin-Kelly (2007), kteří analyzovali data o kriminalitě 12 – 18letých žáků a studentů v prostředí školy a na cestě do a ze školy. Data zahrnovala období 10 let. Dospěli ke závěru, že školní kriminalita a nekázeň při výuce je v přímé vazbě na školní neúspěch a nízkou úroveň školní práce. Výzkum k tématu kvality školy zadaný Evropskou komisí (2000) řešila v evropském regionu mezinárodní skupina odborníků, která identifikovala 16 indikátorů kvality školy seskupených do 4 oblastí: úroveň znalostí, příležitost k úspěchu, monitorování vzdělávacích procesů, prostředky a struktura výuky. Experti UNESCO vymezily přímou souvislost mezi špatným vedením výuky a školním neúspěchem (2005). Vztah mezi kvalitou školy a školní úspěšností žáků zkoumali Johnson, Asera (1999). Výzkumy realizovali v 9 školách s rizikovými žáky se sociálním znevýhodněním, zaměřili se na systémy, funkčnost a strategie školního prostředí. V době pěti let před výzkumem došlo ve všech těchto školách k výraznému posunu školní úspěšnosti žáků; v národních testech se školy posunuly ze skupiny škol se špatnými výsledky do skupiny škol nejlepších. Johnson, Asera (1999) došli k závěru, že vliv na školní úspěšnost a dobré chování žáků, stejně jako na celkovou spokojenost žáků a zlepšení vzájemných vztahů ve škole má školní prostředí s jasně vymezenými kompetencemi a odpovědností učitelů i žáků. Způsob, jakým žáci vnímali hodnocení svého chování a respekt k vlastní osobě ze strany učitelů, označili za jeden z významných determinantů žádoucích modelů chování všech žáků šetřených škol. Příležitosti pro týmovou práci, pro vrstevnickou podporu a mediaci identifikovali jako významné faktory pro naplnění učebních cílů školy.

V českém prostředí se kontextem školního prostředí a vlivy jeho faktorů na postoje žáků ke školnímu výkonu a k sebehodnocení zabývá více autorů. Již v roce 1984 zkoumali Helus, Pelikán vliv *preferenčních postojů* učitelů na školní výkon žáků, jejich sebereflexi, sebehodnocení a autoatribuci. Upozornili na tendenci učitelů k projektování subjektivní reflexe objektivní skutečnosti do jejich hodnocení žáků; míru této subjektivity (ve smyslu podhodnocování a nadhodnocování školních výkonů žáka) identifikovali Helus, Pelikán (1984) jako rizikový faktor pro motivaci k učení, k vytváření sebedůvěry žáka, k jeho vztahu k učiteli i k předmětu, případně pro vývoj negativismu v jejich chování. Vlivem *učitelských postojů* k žákům na školní výkony se zabýval Novotný (1997), poukázal na tendence autoritářských učitelů k upřednostňování kázeňských nároků před výukovými nároky a cíli. Postoje žáků a učitelů k vybraným jevům školního prostředí se zaměřením na problematiku chování žáků sledovala ve svém šetření Vojtová (2001), ukázala na tendenci učitelů vnímat postoje žáků pozitivněji než žáci samotní a podhodnocovat práci s pravidly kázně a spravedlivé hodnocení školních výkonů žáků. Školním prostředím a jeho kontextem se dlouhodobě zabývají např. Mareš, 2003, 2007; Ježek, 2003, 2006; Smékal, 2007 a další. Poukazují na šíři této problematiky (Mareš, 2003) a rozdílné přístupy badatelů ke kontextu školního prostředí a klimatu (Ježek, 2006). Zdůrazňují, že neexistuje univerzální, obecné pojetí klimatu, které by bylo vhodné pro řešení všech problémů v kontextu školního vzdělávání (srov. Mareš, 2003, 2007, Ježek, 2003, 2006).

Výzkumná zjištění první fáze výzkumu

Cílem našeho výzkumu bylo v první fázi ověřit použitelnost škály k měření postojů žáků vůči škole. V našem příspěvku budeme prezentovat postoje žáků základních škol ke vzdělávání a ke kvalitě života (k pohodě) ve škole. Jsou to data, která jsme získali při ověřování použité škály. V našem výzkumu jsme vycházeli z teoretických konceptů Williams, Batten (1981) a Binkley, Rust, Williams, (1996). V této fázi bylo našim cílem:

- Přeložit, upravit a modifikovat dotazník Williams, Batten (1981) „Kvalita školního života“ a ověřit jeho použitelnost v českém prostředí.
- Ověřit reliabilitu škály a navrhnout další postupy.
- Analyzovat a popsat postoje žáků ke škole a k vzdělávání v deskriptivní analýze.

V tomto příspěvku nebudeme analyzovat odlišnosti postojů žáků s problémových chováním, k této analýze přistoupíme ve fázi budoucí. Sběr dat již proběhl. V současnosti jsou doplňovaná o data přesně vymezených cílových skupin.

Dotazník postojů žáků ke školnímu životu

Při konstrukci dotazníku jsme vycházeli z dotazníku Williams, Batten (1981) „Kvalita školního života“ (viz výše). Pro jeho aplikaci v české škole jsme záměrně neužili pouhý překlad původní verze s vědomím odlišností českého školního prostředí (srov. Mareš, 2003, 2008). Dotazník jsme přeložili, modifikovali, modifikací jsme vytvořili baterii 35 otázek. Podle teorie původního výzkumu (srov. Binkley, Rust, Williams, 1996) jsme vycházeli ze šesti tematických dimenzí spojených s celkovou spokojeností a nespokojeností se školou, se vztahem učitel-žák, se školním statutem žáků, s formováním identity žáků, s vnímáním vlastního úspěchu a příležitosti v učení. Pro dimenzi **celková spokojenost se školou** jsme vymezili indikátory: skutečně tam rád chodím; mám rád většinu předmětů; bývám spokojen s tím, co dělám; vím, co po mně učitel požaduje; učitelé mně nezazlívají chyby v úkolech, pokud vidí, že se snažím; učení je i legrace; jsem tam šťastný. Dimenze **úspěchu a příležitosti** zahrnovala indikátory: rád se učím; mohu dosáhnout dobré výsledky; jsem často zvědavý; hodně se toho naučím; učitelé se zajímají o mé názory a úvahy. **Negativní prožívání** byla dimenze s indikátory: bývám nervózní; učitelé některé žáky upřednostňují; strachuji se, když zaslechnu své jméno; cítím se osamělý; učitelé mě nemají rádi; bojím se šikanování. Pro dimenzi **vztah učitel – žák** jsme užili indikátory: můžu se obrátit na učitele, když mám nějaký problém; učitelé jsou spravedliví při známkování a udílení trestu a pochvaly; učitel mně pomůže, když si nevím rady s úkolem; učitelé naslouchají tomu, co říkám; učitelé mně pomáhají k dobrým výsledkům; učitelé mně dávají známky, jaké si zaslужuji. Dimenzi **školního statusu** jsme vymezili indikátory: lidé si mně váží; naučil jsem se brát ostatní takové, jací jsou; ostatní o mně přemýšlí; žáci s postižením mají stejný respekt jako ostatní; pomůže mně můj spolužák, pokud si nebudu vědět rady s úkolem; mám pocit, že jsem důležitý. Dimenzi **formování (podpora) identity** určovaly indikátory: vím o mnoha věcech, které dobře zvládám; setkávání s jinými lidmi mně pomáhá porozumět sám sobě; učím se rozumět spolužákům s jinými názory; stále více se poznávám; učím se rozumět, co znamená být člověk s postižením. Respondenti dotazníkového šetření odpovídali

na šestibodové likertově škále. V celém dotazníku jsme využili metodu introspekce (self-report), jednak byla použita v původním výzkumu (srov. Binkley, Rust, Williams, 1996), navíc je při zkoumání školního kontextu běžně užívána a vypovídá o implicitních vlivech ve školním prostředí (srov. Ježek, 2006, Klusák, 2004).

Sběr dat

Pilotní šetření proběhlo ve třetím čtvrtletí roku 2007 na 64 respondentech – žácích 7. a 8. ročníku základní školy, žáci byli prospěchově i kázeňsky různorodí. V prvním čtvrtletí roku 2008 jsme formou výběrového šetření realizovali samotný sběr dat. Pro práci v terénu jsme proto využili administrátory, které jsme proškolili na dvou seminářích.

Sledovaný soubor

Náhodným výběrem jsme získali soubor **2069 žáků/žákyn** s rovnoměrným zastoupením obou pohlaví. Sběr dat proběhl celkem v 39 školách a zařízeních pro výkon ústavní a ochranné výchovy; většinu z nich tvořily školy a školská zařízení z regionu Jižní Morava; věkové rozložení respondentů dotazníkového šetření 12 – 17 let odpovídá původnímu výzkumu. Nejmenší soubory s 5 – 10 respondenty byly z dětských domovů. Soubory ze základních škol zahrnovaly přibližně 30 – 100 žáků. Mezi školami bylo zahrnuto jedno gymnázium, respondenti dotazníkového šetření z této školy byli výlučně žáci z nižších ročníků víceletého studijního programu, plnili povinnou školní docházku. V první fázi našeho výzkumu je základním souborem **soubor žáků základních škol**, ostatní soubory považujeme v této fázi výzkumu za srovnávací; předmětem našeho výzkumného zájmu budou v dalších fázích výzkumu. Přehled o základních charakteristikách celého souboru podává tabulka číslo 1.

	počet respondentů	počet zařízení	zastoupení v souboru v %	pohlaví muž/žena v %	průměrný věk
základní škola	1649	22	79,7	52/48	14,2
střední škola	103	1	5	50/50	14,1
dětský domov	101	12	4,9	49/51	14,9
speciální škola/výchovný ústav	216	4	10,4	69/31	15,8
Celkem	2069	39	100	54/46	14,4

Tabulka 1: Základní údaje o struktuře datového souboru

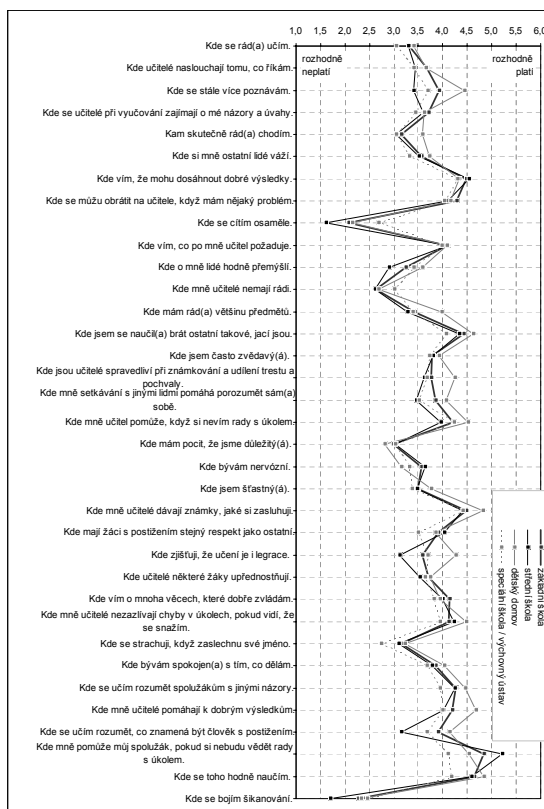
Analýza a interpretace vybraných zjištění

Předmětem tohoto našeho příspěvku je první etapa analýzy: popis rozložení dat na jednotlivé otázky u souboru žáků základních škol ke školnímu prostředí (graf č.1). Shrňme průměrná skóre ve škálách hodnocení školního života, využijeme základní prostředky deskriptivní statistické analýzy. Tato data byla prostředkem k ověření validity a reliability škály, vnitřní logickou konzistenci a provázanost voleb u jednotlivých

položek škál a je předmětem druhé etapy analýzy. Testování vnější validity, vztahů mezi oběma použitými škálami, je předmětem třetí části analýzy.

Škála hodnocení školního života

Baterie hodnocení školního života (*Škola je místo kde...*) zahrnovala 35 položek, vůči nimž se měli žáci vymezit na šestibodové stupnici od 1 = *rozhodně neplatí* po 6 = *rozhodně platí*. Graf 1 shrnuje průměrné skóre všech položek hodnocení. Profil hodnocení je rozlišen podle typu školy¹. Respondenti v souboru základních a středních škol nejvíce souhlasí s výroky: *Škola je místo, kde mně pomůže můj spolužák, pokud si nebudu vědět rady s úkolem*. Největší míru nesouhlasu vyjádřili u výroků *Kde se cítím osaměle* a *Kde se bojím šikanování*. Graf 1 shrnuje průměrné skóre všech položek hodnocení podle pořadí, v jakém byly v dotazníku. Profil hodnocení je rozlišen podle typu školy.



Pramen: celkový soubor N=2069

Graf 1: profily hodnocení školního života podle typu školy

¹ Největší datový soubor tvoří základní školy, ve výzkumu je jim věnována hlavní pozornost, interpretace dat, pokud není uvedeno jinak, se vztahuje k tomuto souboru. Ostatní datové soubory lze považovat za srovnávací.

Interpretace vybraných zjištění

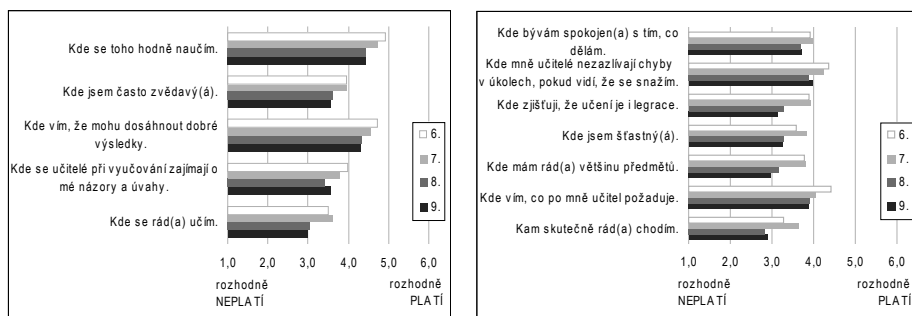
Žáci základních škol spojují školu s příležitostí k učení, uvědomují si možnosti a příležitosti, které jim škola dává. Ke škole jako k místu, kde by se rádi učili, mají ambivalentní postoje, škola pro ně spíše není místem „kam skutečně rádi chodí“. Orientují se v podmínkách a pravidlech a školu prožívají jako místo, kde dostávají příležitost a nabídku k rozvoji svých kompetencí. Zajímavé a potěšitelné je zjištění, že ve škole neprožívají strach ze selhání a vnímají i možnost opakované příležitosti při případném selhání. Pozitivně je v průměru hodnocen přístup učitelů.

Hodnocení školního prostředí souboru žáků základní školy

V následujícím textu prezentujeme zjištěná data ze souboru základní školy a odpovědi budeme srovnávat podle ročníku.

Hodnocení v dimenzi A - úspěch a příležitost a C - celková spokojenost

V grafu 2 jsou položky, patřící do dimenze úspěch a příležitost. V průměru všechny položky dosahují pozitivního hodnocení, až na výjimku „škola je místo, kde se rád(a) učím“. Hodnocení v oblasti celková spokojenost je blíže ke středu škály, tedy více ambivalentní. Pozitivně je v průměru hodnocen přístup učitelů, škola však spíše není místem „kam skutečně rád chodím“. Hodnocení systematicky klesá se vzrůstajícím ročníkem.



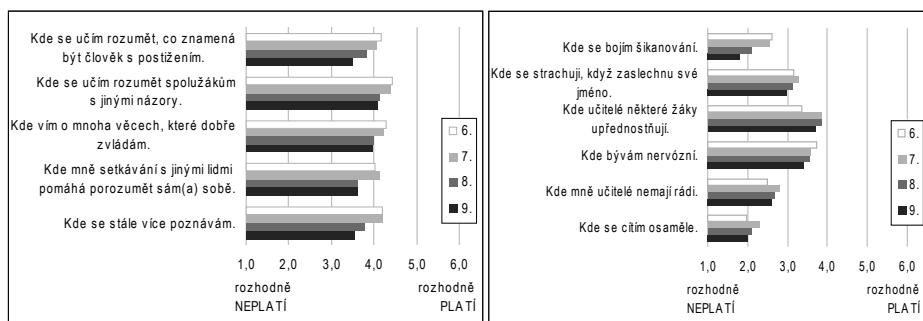
Pramen: soubor ZŠ; 6-9 ročník; N=1596

Graf 2: profily hodnocení v dimenzi A - úspěch a příležitost a C - celková spokojenost

Žáci spojují školu s příležitostí k učení, uvědomují si možnosti a příležitosti, které jim škola dává. Orientují se v podmínkách a pravidlech a školu prožívají jako místo, kde dostávají příležitost a nabídku k rozvoji svých kompetencí. Zajímavé a potěšitelné je zjištění, že ve škole neprožívají strach ze selhání a vnímají i možnost opakované příležitosti při případném selhání. Méně povzbuzující je zjištění, že s narůstajícím věkem (s postupem do vyšších ročníků) se spokojenost žáků a pozitivní hodnocení školy snižuje. Data nás také vedou k interpretaci, že radost z učení a z docházky do školy není u žáků příliš vysoká. U žáků 8. a 9. ročníků se dostávají do negativních relací. Je však pozitivní, že žáci prožívají školu jako místo spojené s osobním štěstím.

Hodnocení v dimenzi I - formování (podpora) identity a N - negativní prožívání

V dimenzi *formování identity* (graf 3 vlevo) je hodnocení ambivalentní shodně u všech položek. Průměrné skóre opět klesá se vzrůstajícím ročníkem, žáci nižších ročníků se mírně častěji přiklánějí k pozitivní straně škály. Položky v dimenzi *negativní prožívání* jsou orientované opačně vzhledem k ostatním dimenzím. Vyšší skóre zde tedy znamená negativní hodnocení školy. Ačkoliv starší žáci hodnotí školu v ostatních dimenzích vždy negativněji než žáci mladší, zde se takový trend neprojevuje a v některých případech se obrací. Nejvýraznější rozdíl je logicky u položky „*kde se bojím šikanování*“, neboť nejstarší žáci a žákyně škol jsou ohroženi relativně méně. Nicméně i u dalších položek (např. „*kde bývám nervózní*“) se starší žáci vyjadřují mírně pozitivněji než mladší. Celkově získává tato oblast poměrně nízké skóre, což je pro školy pozitivní. Jako problematická se však žákům jeví položka „*učitelé některé žáky upřednostňují*“.



Pramen: soubor ZŠ; 6-9 ročník; N=1596

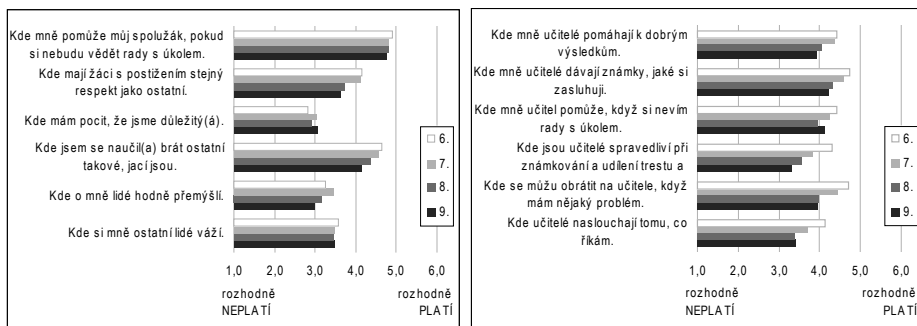
Graf 3: profily hodnocení v dimenzi I – formování (podpora) identity a N – negativní prožívání

Žáci se cítí ve škole bezpečně, pocit ohrožení šikanou a osamělosti jsou celkově nejméně zastoupenou položkou. Toto zjištění si jistě zaslouhuje další pozornost. Lze uvažovat o efektivitě preventivních programů, které se systematicky ve školách provádí a které směřují právě ke zvýšení informovanosti žáků a odolnosti vůči projevům šikany a násilí (srov. Peňázová, Vojtová, 2008). Povzbuzující je také zjištění, že škola dává žákům příležitost pro akceptaci odlišných názorů a odlišných dimenzí lidského života ve smyslu zdraví a postižení (srov. RVP, 2005, UNESCO, 1996). Pozitivní vnímání vztahu učitelů k žákům a vlastních příležitostí k rozvoji ukazuje na posuny v celkovém pojetí učení ve škole ve smyslu důvěry žáků k vlastním možnostem dosáhnout dobré výsledky v učení (srov. Vojtová, 2001).

Hodnocení v dimenzi S - školní status a T - vztah učitel-žák

Položky v dimenzi *školní status* jsou podobně jako u dimenze *negativní prožívání* hodnoceny s poměrně velikými rozdíly (graf 4 vlevo). Zatímco položka „*kde mně pomůže můj spolužák, pokud si nebudu vědět rady s úkolem*“ je nejvýše hodnocená z celé pětaticetipoložkové baterie, výrok „*kde mám pocit, že jsem důležitý*“ je hodnocen spíše v negativní části spektra. Pocit důležitosti mírně vzrůstá s ročníkem, dvě další položky jsou na stáří žáků nezávislé a u ostatních nalézáme obvyklý vzorec snižujícího se skóre u starších žáků. *Vztah učitel-žák* je hodnocen opět vyrovnaněji a mírně pozitivně. Do

negativní části škály se dostává pouze ve dvou položkách u starších žáků, kteří jsou skeptičtější v názoru na spravedlivost učitelů a jejich pozornost vůči žákům.



Pramen: soubor ZŠ; 6-9 ročník; N=1596

Graf 4: profily hodnocení v dimenzi S - školní status a T - vztah učitel-žák

Zjištění z těchto baterií otázek nás vede k interpretaci, že sociální síť žáka jsou ve školním prostředí vnímané pozitivně. Význam vlastní osoby a důležitosti se však jeví jako podceňovaný, neboť žáci se obecně spíše cítí jako méně důležití, pozornost k vlastní osobě pociťují spíše ambivalentně zvláště ve vyšších ročnících. Vzhledem k dalším záměrům našeho výzkumu je tato informace dosti významná, ukazuje na podceňování sebevědomí, důvěry ve vlastní kompetence žáků samotných. Můžeme se domnívat, že žáci nejistí nebo oslabení v oblastech významných pro úspěšnou sociální interakci, nedostávají ve škole příležitost pro posilování (kompenzování) těchto oslabení.

Histogram rozložení celkové škály hodnocení školního života

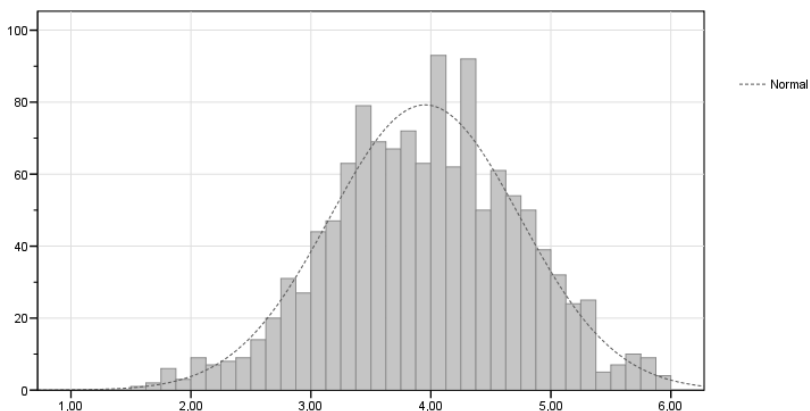
Zkoumali jsme také celkové rozložení použité škály hodnocení školního života, součtové skóre celé baterie otázek. Sečtením všech položek jsme získali škálu, na níž může každý žák získat od 35 do 210 bodů. Celkovou hodnotu jsme vydělili počtem otázek, abychom škálu vrátili do původního měřítka 1 – 6.² Nejnižší skóre (1,0) získal žák, který na všechny položky odpověděl krajní negativní hodnotou – jeho hodnocení školy je tedy výhradně špatné. Nejvyšší skóre (6,0) je pak známkou bezvýhradně pozitivního pohledu. Reálně je v souboru základních škol nejnižší hodnocení rovno 1, 57 a nejvyšší 5, 97. Průměr celé škály leží na hodnotě 3, 95. Graf 2 prezentuje rozložení hodnot škály s proloženou křivkou normálního rozložení. Celá distribuce je posunuta mírně doprava, což znamená mírnou převahu pozitivního hodnocení. **Až na drobné odchylky odpovídá tvar rozložení normální křivce**, což potvrzují i další grafické a statistické nástroje.³ Distribuce hodnot má tedy některé obvyklé vlastnosti: skóre 68 % všech žáků se nachází ± 1 směrodatnou odchylku od průměru – tedy v rozmezí 3,15 až 4,75 a že skóre 95 % žáků nebude nižší, než 2,35 nebo vyšší, než 5,55 (± 2 směrodatné odchylky,

² Škály u jednotlivých položek jsou šestibodové, maximum celkového skóre je tedy 6x35. Při sčítání bylo nutné otočit orientaci položek v dimenzi *Negativní prožívání*.

³ Graficky normalitu rozložení kontrolujeme tzv. Q-Q grafem, statisticky testujeme hypotézu o shodnosti s normálním rozložením prostřednictvím Kolmogorov-Smirnov testu, jehož signifikance je v tomto případě 0,20 (musí být vyšší než 0,05).

jejíž hodnota je v našem případě 0,8). Pokud bychom soubor považovali za reprezentativní, platilo by totéž pro všechny žáky 6. – 9. tříd základních škol.

Žáci prožívají školu jako místo spojené s osobním štěstím, cítí se ve škole bezpečně, pocít ohrožení šikanou a osamělosti jsou celkově nejméně zastoupenou položkou. Povzbuzující je také zjištění, že škola dává žákům příležitost pro akceptaci odlišných názorů a odlišných dimenzí lidského života ve smyslu zdraví a postižení (srov. RVP, 2005, UNESCO, 1996). Pozitivní vnímání vztahu učitelů k žákům a vlastních příležitostí k rozvoji ukazuje na posuny v celkovém pojetí učení ve škole ve smyslu důvěry žáků k vlastním možnostem dosáhnout dobré výsledky v učení (srov. Vojtová, 2001). Sociální sítě ve školním prostředí jsou žáky vnímány pozitivně. Význam vlastní osoby a důležitosti se však jeví jako podceňovaný, neboť žáci se obecně spíše cítí jako méně důležití, pozornost k vlastní osobě pocítují spíše ambivalentně zvláště ve vyšších ročnících. Sebevědomí a vnímání vlastní důležitosti jsou oblasti významné pro úspěšnou sociální interakci a začlenění. Naše šetření ukazuje, že kompenzace případného oslabení těchto oblastí nastavením příležitostí ve výchovně vzdělávacím procesu nebývá ve škole běžnou strategií. Převaha **mírně pozitivních postojů v celkové škále hodnocení školního života** je pozitivní zprávou. Podpora individuality žáka, jeho individuálních specifíků s důrazem na jeho individuální přínos pro učení a výuku jsou oblasti, které by si zasloužily další zkoumání.



Pramen: soubor ZŠ; 6-9 ročník; N=1596

Graf 2: histogram rozložení celkové škály hodnocení školního života

Výskyt extrémních hodnot klesá s jejich vzrůstající vzdáleností od průměru. Škála tedy dovoluje predikovat, jaké procento žáků s velmi nízkým hodnocením v dané skupině (populaci, škole, třídě) najdeme. (Normální rozložení u škály hodnocení školního života nalézáme také v ostatních podsouborech – tedy střední školy, dětské domovy a výchovné ústavy/speciální školy.) Rozložení celkové škály hodnocení školního života vypovídá o **latentní struktuře škály hodnocení postojů žáků ke školnímu životu** v českém prostředí.

V dalších krocích jsem prověřovali testy použitelnosti škál, jejich validitu a reliabilitu prostřednictvím faktorové analýzy a Cronbachova α . Faktorová analýza

s použitím všech položek baterie identifikuje skutečně 6 faktorů, které vysvětlují přes 52 % rozptylu původních proměnných.

Shrnutí

Cílem první fáze výzkumu bylo ověření testu měřicího nástroje vhodného pro zjišťování subjektivního hodnocení školy. Žáci odpovídají na 35 otázek, které jsou ex post rozlišeny do šesti dimenzí, popisujících různé aspekty školního prostředí. Datový soubor tvoří 1596 žáků 6.–9. ročníku ZŠ. Z výsledků vyplývá, že škála v jednotlivých dimenzích vykazuje uspokojivou vnitřní konzistenci, což značí bezproblémovou vnitřní validitu. Škála jako celek vykazuje normální rozložení, což je nezanedbatelná výhoda pro její statistické zpracování, nicméně tento fakt je užitečné dále ověřovat i v případných následujících výzkumech.

Prostředí školy vnímá většina žáků pozitivně, nejvýrazněji ve výroku Škola je místo, kde mně pomůže můj spolužák, pokud si nebudu vědět rady s úkolem. Volně bychom mohly toto zjištění interpretovat, že školu vnímají jako místo sociální (vrstevnické) opory.

PSYCHOTRAUMATIZACE ŽÁKŮ, STUDENTŮ I UČITELŮ NA ČESKÝCH ŠKOLÁCH

Rudolf KOHOUTEK, Eva FILÍPKOVÁ

Úvod

Psychická traumata prožívaná žáky, studenty i učiteli na českých školách nemají většinou ráz extrémních *makrotraumat* (jako je např. přímé ohrožení života nebo zdraví), ale spíše méně nápadných *mikrotraumat*. Somatická makrotraumata jsou často na školách způsobena nezáměrně a nechtěně (jde např. o úrazy při sportování). Většinou je takové makrotrauma současně traumatem pro postiženého i psychickým traumatem pro toho, kdo je nechtěně způsobil. *Psychická mikrotraumata* (prožitky neúspěšnosti, verbální agresivity, urážení, ponižování, skandalizace, dehonestace), zejména mají-li chronický ráz, mohou mít nepříznivý dopad na vývoj a rozvoj osobnosti i na psychické, sociální a somatické zdraví.

Náš příspěvek o psychické traumatizaci vychází jednak ze současné odborné a vědecké literatury, jednak z akčního výzkumu kolaborační ohniskové skupiny vysokoškolských studentů (mužů bylo 57 a žen 94), kteří dali k dispozici své vzpomínky na zážitky z docházky do mateřských, základních, středních i vysokých škol, které mohly ohrozit jejich duševní nebo sociální zdraví a zdravý vývoj jejich osobnosti. (Celkem 15 % zkoumaných studentů uvedlo, že nepříjemné zážitky prožité ve škole patřily mezi jejich největší dosavadní životní traumata).

Akční výzkum jsme zvolili proto, že je zaměřený na poznávání, hodnocení a zkvalitňování praxe (také edukační praxe na všech typech škol).

V akčním výzkumu se objevovaly nejčastěji stížnosti žáků a studentů na dehonestaci ze strany pedagogických pracovníků a jejich „cholerický“ nebo citově chladný způsob jednání se žáky a studenty. „Choleričnost“ byl ovšem málo diferencovaný pojem. Skrýval v sobě nejen např. cholerický temperament pedagogů, ale i jejich případné poruchy osobnosti, zvýšený neuroticismus, neurózu a případně i jiné psychopatologické tendence.

Polovina zkoumaných studentů popisovala šikanu od pedagogů (bossing) a od spolužáků (mobbing).

Druhy psychické traumatizace

Jak makrotraumatizaci, tak mikrotraumatizaci si můžeme rozdělit na primární, sekundární, terciární a kvartérní. Běžnější bývá třídění psychotraumatizace jenom na

primární (týkající se přímo vlastní osoby) a sekundární (týkající se především jiných osob).

Další možné třídění je na psychickou traumatizaci individuální a skupinovou, která je pro školství dost typická.

Často bývají psychicky traumatizováni nejen jednotlivci, ale i celé třídy žáků a žaček.

Primární psychická traumatizace znamená situaci, v níž je žák, student nebo učitel přímo osobně sám obětí šikany, tělesného trestu (který třeba byl určen původně i někomu jinému), ponižování, nebo prožívá emoční nepohodu (např. úzkosti, strach, děs, ponížení, stud), bezmoc, neúspěšnost, dehonestaci, hostilitu ze strany okolí, averzi, pocity nespravedlnosti (např. z výtky, důtky nebo snížené známky z chování), posměch, ironii, uštěpačnost, ztrapňování, mocenskou manipulaci, perzekuci. U dětí v mateřských školách bývá častá traumatizace z nucení k dojídání neoblíbených jídel.

Někdy dochází ke kombinaci šikany jednotlivce pedagogy i spolužáky. Občas některý z takto postižených žáků končí na dlouhodobém psychiatrickém léčení.

Primární psychotraumatizace bývá většinou prožívána ze všech typů traumatizace nejintenzivněji. Poškozuje duševní a emoční pohodu nejintenzivněji.

Může být způsobena úmyslně, neúmyslně, intencionálně i nezámyslně.

Ilustrativní příklad primární psychotraumatizace žáků střední školy popisuje jedna z posluchaček vysoké školy:

*„Na gymnáziu jsme měli učitele fyziky, který byl autorem publikace o fyzice. Nutil všechny studenty, aby si tuto publikaci zakoupili a naučili se ji memorovat. Rád nás zkoušel ústně, a když jsme nestihli správně odpovědět, než napočítal do tří, tak jsme dostali **dvě pětky**. Špatné známky nám vždycky rozmnožoval, ale jedničky a dvojky jsme dostávali jen osamocené. Když jsme něco moc nechápali nebo to neuměli správně formulovat, tak se nás zeptal, zda chceme čtyřku nebo pětku, a s posměšným úsměvem dodal, že „pětečky“ dává nerad. Jednou při hodnocení žákova výkonu pravil: „ukaž ksicht“ a když si ho prohlédl, tak nahlas pro celou třídu pronesl: „s takovým ksichtem nemůžeš dostat dobrou známku“. Jeho oblíbenou byla také věta: „Projdi se trochu, stojíš si na vedení“. Jednomu spolužákovi dokonce řekl, že takového debila, jako je on, ještě neviděl, že je „vážnou genetickou chybou lidstva“. Rád trhal žákům sešity. Stěžoval si, že je hrozné být učitelem, když jsou děti tak blbé. Občas házel po žácích své klíče a fackoval je. Často opakoval: „Je Bůh, pak jsem já, pak dlouho nic, pak je pan ředitel, pak dlouho nic, pár kupek hnoje a pak jste ještě vy. Jestli nebude klid, tak vyhodím někoho z okna.“ Žáky se nesnažil zapamatovat jmény, tak každému říkal Hurvíнку nebo Fridoline.*

Termíny písemné práce zadával pravidelně se slovy: „Chlapci to pochopí a dívky se to naučí nazpaměť.“ Začala jsem nesnášet nejenom tohoto učitele, ale i fyziku jako předmět, uvedla na závěr studentka.“

Uveďme ještě příklad pro psychickou primární psychotraumatizaci učitelů: v současné době pedagogové často pořádají zahraniční cesty s celými třídami, což bývá někdy dost psychicky traumatizující.

Při jedné takové cestě nalodžovali celou třídu po půlnoci z autobusu do kajut trajektu.

Učitelé doporučili ospalým dětem vzít si z autobusu, který byl v podpalubí, jen nejnnutnější věci a rychle se přesunout na palubu. Operativně ubytovali děti do kajut po čtyřech a zkontrolovali počty dětí. V jedné kajutě viděl kontrolující učitel jen tři chlapce. Na dotaz, kde je čtvrtý, mu bylo odpovězeno, že je ve sprše. Ráno se všichni sešli u snídaně. A opět se počítalo. A to několikrát. Chyběl však jeden žák. Spolužáci toho chlapce po chvíli přiznali, že čtvrták Kuba nebyl v kajutě celou noc. Po neúspěšném pátrání učitelů po Kubovi na lodi požádali stresovaní a psychicky traumatizovaní učitelé o pomoc policii. Někteří spolužáci, a to především některé dívky, začaly šířit paniku, plakat, nařikat a zoufat si. Policie také žáka nenašla.

Blížila se doba, kdy se měla celá třída opět přemísťovat do autobusu. Stres učitelů i spolužáků se zvyšoval a stupňoval. Na cestě do podpalubí je potkal jeden z řidičů autobusu, který jim rozčileně sdělil, že pod sedadlem našel v autobusu spícího jednoho ze žáků třídy. Byla to pro traumatizované učitele velká úleva. Jak se to stalo? Děti si během cesty v autobuse zavedly speciální systém pro spaní. Jeden spal na dvousedadle a druhý si „ustlal“ pod sedadlem. Při přesunu žáků z autobusu do kajut se pod sedadlem spící Kuba neprobudil a nikdo si ho pod dekou nevšiml. Dokonce ani řidiči při kontrole autobusu před odchodem na palubu.

Kuba byl naštěstí flegmatický pohodář, bral věci sportovně a dokonce mu ani příliš nevadilo, že přišel o dobrou snídani na lodi.

Spolubydlící chlapce byli pokáráni, že Kubu v noci zatajili. Učitelé se cítili velice psychicky i fyzicky vyčerpaní, ale i šťastní, že vše dobře dopadlo.

Za sekundární psychotraumatizaci považujeme situaci, když žák, student nebo pedagog nejsou přímo vystaveni traumatizaci své vlastní osoby, nejsou přímou obětí, ale byli svědky *přímé* traumatizace někoho, kdo je jim blízký, např. spolužáka, přítele, příbuzného, kolegy či kolegyně. Sociálně percipovali jejich traumatizaci, což mělo nepříznivý vliv na jejich vlastní prožívání a i na jejich vlastní psychickou nepohodu.

Ta však bývá většinou méně intenzivní než psychotraumatizace primární.

Příkladem je psychická traumatizace spolužačky Pavlíka v prvním ročníku základní školy: spolužačka sledovala, jak se Pavlík přihlásil učitelce, že potřebuje jít na záchod. Předtím se, jak si všimli i další spolužáci, divně kroutil. Přestávka měla začít za deset minut. Paní učitelka se cholericky rozčílila, křičela, že to musí do přestávky vydržet, a na záchod ho nepustila. A Pavlík se pomohl. Začal plakat. Učitelka mu vynadala za tuto nehodu a před celou třídou ho zesměšnila. Spolužáci se mu však nesmáli. Litovali ho. Učitelka ho nechala do přestávky sedět v lavici a po zazvonění ho s odporem odvedla do ředitelny. Někteří žáci byli touto situací stresováni také, i když se jich to přímo netýkalo.

Terciární psychotraumatizace znamená takovou situaci, kdy je žák, student nebo učitel přímým svědkem psychické traumatizace osob, které však předtím neznal a neměl k nim žádný osobní vztah, ale přesto prožívá při jejich traumatizaci psychickou nepohodu. Terciární traumatizace má zpravidla menší intenzitu než traumatizace primární a sekundární.

Ilustrativním příkladem může být opakování látky ke státní závěrečné zkoušce u dvou studentů (kamarádů), kteří se rozhodli společně opakovat na studentských kolejích. Jejich opakování látky však bylo narušeno terciární psychickou traumatizací, když na koleje přišel rozčilený manžel, kterému byla jeho žena nevěrná se studentem. Manžel přišel tohoto studenta zmlátit, takže student byl celý od krve. Kamarádi učící se ke zkoušce zbitého studenta neznali, ale zážitek jim další učení se ke zkoušce narušil.

Kvartérní psychotraumatizace je dána takovou situací, kdy je žák, student nebo učitel dodatečně informován o psychické traumatizaci jiných osob verbálně nebo vizuálně (např. filmem). Jde-li o senzitivní či dokonce hypersenzitivní osobnost, může i taková prezentace psychické traumatizace jiných, jemu neznámých osob mít nepříznivý vliv na jeho psychickou pohodu. Mívá však zpravidla menší intenzitu než traumatizace primární, sekundární a terciární.

Uvádíme příklad pro důvody odcházení divačky a posluchačky od zpráv televize:

Proč od zpráv televize odcházím? Odcházím z důvodu, že během televizních novin jsou nám převážně poskytovány informace s negativními příklady. Během pořadu jsou nám představováni pachatelé trestných činů, hádky a urážky politiků, který z nich se dopustil protiprávního přestupku, jaká máme očekávat zdražení a podobně. Myslím si, že v televizním zpravodajství, a nejen v něm, chybí vyváženost mezi negativními a pozitivními pořady.

Symptomy psychické traumatizace žáků, studentů i učitelů

Prvním a nejčastějším projevem psychické traumatizace je **hyperarousal**, hyperecitace, hypervigilita, tj. nadměrné vzrušení, nadměrná bdělost a aktivace až hyperaktivace, psychická tenze, nabuzenost, vylekanost, vyplašenost, stále očekávání nebezpečí, konfliktu, nového stresu, frustrace. Může být pouze situační, krátkodobá nebo i dlouhodobá.

Zda se, že pro některé učitele je v důsledku jejich poruch osobnosti, temperamentu nebo profesní deformace taková reaktivita setrvalým stavem, typickým pro jejich chování a jednání. Žáci a studenti většinou hovoří o tom, že tito učitelé mají „cholerické jednání“ nebo cholerický temperament, provázený sklonem ke křiku, nadávkám, posměchu, ironii, svévoli, tělesným trestům a dehonestování žáků a studentů, které takový učitel považuje za nějak problémové.

Dalo by se říci, že učitelé se stabilizovaným hyperexcitovaným chováním považují toto chování a jednání za užitečnou zastrašovací přizpůsobovací techniku, která redukuje značnou část hyperaktivit, asertivit až agresivit ze strany aktivních a sebevědomých žáků a studentů, protože u nich vyvolává úzkostné reakce nebo dokonce pocit strachu z učitele.

Druhým nejčastějším příznakem psychické traumatizace bývá **intruzivní** chování a prožívání, které je tvořeno otravnými, neodbytnými, obsesně se vracejícími pocity z psychické traumatizace a někdy dokonce i sklony ke kompulzím. Neustálé představování si traumatické situace a přemýšlení o tom, co se stalo, bývá provázeno tzv. flashbaky, zpětnými záblesky, které vedou k podobným prožitkům, jaké vyvolala původní skutečná traumatická situace.

Třetím častým příznakem psychické traumatizace bývá tzv. **psychická konstrikce**, jakési vnitřní duševní stažení, sevření, psychické imobilizující zaškrcení, zúžení, které může mít nejen akutní, ale i chronický ráz. Jde o deformované vnímání, které má ráz pasivního obranného přizpůsobovacího mechanismu. Způsobuje i jakousi dočasnou anestézii vůči prožívané psychické traumatizaci. Jde o únikovou reakci.

Žáci a studenti často uváděli tyto symptomy své psychotraumatizace:
redukci vlastní sebedůvěry a sebejistoty, když byla zesměšňována jejich inteligence,
vzhlednost, hmotnost či oblečení,
averzi vůči učiteli a jeho předmětu,
blok logického uvažování a myšlení,
chronický strach z chování „cholerického“ učitele,
strach až fobie ze zkoušení a nespravedlivého známkování,
bolesti hlavy,
poruchy spánku,
bolesti břicha, zvracení,
střevní problémy,
celkovou nevolnost až mdloby,
celkově zvýšený neuroticismus.

Úroveň psychické vulnerability (zranitelnosti) u žáků, studentů i učitelů

Všichni lidé, děti ani dospělí, nemají stejnou úroveň psychické zranitelnosti, a to ani aktuální, ani dlouhodobé, setrvalé.

Někteří lidé jsou odolnější, resiliентnější, mají tzv. hroší kůži. Jiní lidé jsou senzitivní nebo dokonce hypersenzitivní. Odolnost vůči zátěžím, osobnostní nezdolnost, vzdornost, hardiness je ovšem vhodné trénovat a rozvíjet.

S touto skutečností by se mělo počítat zejména ve školství.

K psychickým traumatům jsou náchylnější lidé senzitivní až hypersenzitivní, vyčerpaní po prodělaných chorobách, úrazech či operacích, osoby s malou sebedůvěrou a sebejistotou, málo psychicky integrované.

Do jisté míry může jít i o vrozenou, geneticky podmíněnou záležitost.

Senzitivní osobnost prožívá sama psychické trauma, když nechtěně, nezáměrně traumatizovala někoho ve svém okolí.

Fáze prožívání psychických traumat ve škole

První fáze adaptačního syndromu podle H. Selye je **alarmová**, poplachová, pohotovostní. Projevuje se silnou excitací, hyperarousalem, vzrušením.

Druhá fáze adaptačního syndromu je **rezistence** (odolávání, vzdorování, adaptování se). Organismus si na traumatizaci chce zvyknout, přizpůsobit se. Objevují se však v této fázi často obsese a intruze.

Třetí fáze adaptačního syndromu je **exhausce** (vyčerpání), což je komplexní, holistické, celostní selhání adaptačních a regulačních mechanismů organismu. Výsledkem toho je či může být vážné ohrožení zdraví i života.

Prevence a terapie psychických traumatizací ve školách

Primární prevence psychické traumatizace ve škole

Jde o adekvátní informovanost učitelů i rodičů, jak předcházet s zabránit vzniku závad a poruch psychického zdraví žáků, studentů i učitelů samotných a jak si budovat zdravý životní styl a zdravé sociální komunikační dovednosti. Hodně záleží na osvětě propagující zdravý životní styl.

Sekundární prevence psychické traumatizace

Sem patří správné diagnostikování závad a poruch, vzniklých z psychické traumatizace ve škole, a jejich napravování. Včasné rozpoznání psychosociálních problémů, které již vznikly, jsou podmínkou pro jejich adekvátní nápravu. Doporučuje se správně aplikovaný debriefing a krizová intervence, poradenství a psychoterapie.

Terciární prevence psychické traumatizace

Jde o předcházení dalšího zhoršování již rozvinuté závady nebo poruchy s vědomím, že úplné vyléčení bude buď velmi obtížné nebo nemožné. Zdůrazňuje se zde i svépomoc, self care (péče, kterou laici, nezdravotníci zodpovědně poskytují sami sobě, popřípadě vzájemně, např. v rodině nebo na pracovištích: self care zahrnuje např. první pomoc, podávání léků a psychosociální péči), resocializace a socioterapie.

Kvartérní prevence psychické traumatizace

Jde o identifikování rozvinuté a chronické závady či poruchy, kterou již patrně nelze odstranit úplně, ale je možno alespoň zmírnit některé její důsledky. Velkou roli zde opět hraje odborně informovaná sebepečer a podpurná sociální komunikace.

Psychosociální a pedagogická opora a pomoc při zjištění akutní psychické traumatizace

Především je třeba osobě psychicky traumatizované umožnit **defusing**, tj. možnost spontánně se svěřit a uvolnit se v rozhovoru (alespoň částečně) z nahromaděných a neodreagovaných explozivních emocí. Jde i o laickou sociální oporu neodborníků, přátel, spolužáků, spolupracovníků či příbuzných. Dítě i dospělý, který prošel akutní psychickou traumatizací, by měl mít možnost vyplakat se, vykřičet se, postěžovat si, zanádat si, odreagovat se, relaxovat. Není vhodné přesvědčovat ho, že je statečný a že si proto pomůže i bez nařikání a pláče a i bez pomoci ostatních.

Příkladem defusingu poskytnutého starším sourozencem po ostrém konfliktu začky prvního ročníku s učitelkou: Žačka byla vyhubována za to, že napovídala spolužačce při písemce z počtů. O přestávce utíkala za svým bratrem, který byl žákem na druhém stupni školy. Všechno mu řekla a velice přitom plakala. Bratr ji uklidňovala a řekl jí: „Učitelku, Kačko, někdo ráno rozčlil a ty jsi to bohužel schytala. Nic si z toho nedělej.

Zase bude dobře. Jenom zhluboka dýchej“. Doprovoďil ji do třídy a pomohl ji nachystat pomůcky na další hodinu. Po přestávce odešel do své třídy. Kačka čekala pokračování konfliktu, ale učitelka dělala, jako by se nic nestalo, což Kačku příjemně překvapilo.

Další vhodný postup je zajistit postiženým osobám **debriefing**, tj. jednorázovou oficiální poradou (často skupinovou), na které bude provedena neodkladná odborná analýza traumatické události a navržena adekvátní antitraumatická intervence nebo nápravná odborná péče.

Někdy je třeba zajistit i odbornou a specializovanou **antitraumatickou intervenci**.

Jde o dlouhodobější odbornou poradenskou nebo psychoterapeutickou péči, kterou realizují psychologové nebo psychiatři a speciální i sociální pedagogové, příslušníci tzv. pomáhající profese (helping professions). Řešením bývá i změna třídy nebo i školy.

KVALITA ŽIVOTA DLOUHODOBĚ NEZAMĚSTNANÝCH¹

Božena BUCHTOVÁ

Úvod

Kvalita života byla zpočátku zkoumána v souvislosti se zdravím a nemocí. Straussova monografie (1975) zabývající se hodnocením kvality života chronicky nemocných a starých lidí je jednou z prvních prací pojednávajících o kvalitě života. Metodické přístupy se soustředily zejména na studium efektivity léčebných metod v kvalitě života pacienta (quality of life) a na stanovení adekvátních intervenčních přístupů (Bergsma, Engel, 1998; McGee et al. 1991; O'Boyle, McGee, 1992; Browne et al., 1994; Browne et al. 1997). Teprve později se při studiu kvality života začal brát v úvahu širší rámec lidského života (Emmons, Diener, 1985; Ryff, Keys, 1995; Oishi, 1999; Džurová, Dragomirecká, 2000; Hnilica, 2000). Ukázalo se však, že kvalita života nezávisí pouze na souboru zjistitelných vnějších faktorů, ale že je v podstatné míře ovlivněna subjektivním prožíváním smyslu života (Zika, Chamberlain, 1987; Frankl, 1994; Thompson, Janigian, 2000; Halama, 2000; Balcar, 1995c; Machovec, 1967; Šmajs, Krob, 2003). Poznatky a zkušenosti získané z měření kvality života ukázaly, že:

1. Důležitější pro hodnocení kvality života jedince je jeho vlastní názor na stanovení priorit oblastí kvality života než stanovený a posuzovaný vnější systém hodnot.
2. Jednotlivé dimenze kvality života mají pro každého jedince odlišnou závažnost.
3. V průběhu života jedince dochází v důsledku procházení životními fázemi a překonáváním různých situací ke změnám v pořadí důležitosti dimenzí kvality života.
4. Osobní pojetí kvality života je v úzkém vztahu k vyjádření spokojenosti s dosahováním cílů a plněním plánů.

Náš přístup vychází z výše uvedených poznatků a z pojetí kvality života irských psychologů C. A. O'Boyle, H. McGee a švýcarského lékaře C. R. B. Joyce (1994, str. 160): „Kvalita života by měla být formulována individuálně podle toho, jak si ji určí daný jedinec“. Jejich metoda SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – Systém individuálního hodnocení kvality života)², patří dnes k nejpoužíva-

¹⁾ Studie byla zpracována s podporou grantu GAČR reg. č. 406/02/1562 a s podporou grantu ŐSI, pobočka v Brně v roce 2001-2002

Statistické zpracování dat: PhDr. Tomáš Urbánek, PhD., Psychologický ústav ČSAV Brno
Technická spolupráce: Viktor Kulhavý, student Ekonomicko-správní fakulty MU v Brně

²⁾ Český překlad metody SEIQoL u nás publikoval J. Krivohlavý /2001, 2002/

nějším metodám hodnocení kvality života. Z dostupných pramenů vyplynulo, že použití metody SEIQoL pro výzkum kvality života dlouhodobě nezaměstnaných je ojedinělé.

Ve výzkumu jsme vycházeli z následujících předpokladů:

- Ztráta práce je závažnou změnou v životě jedince a výrazně se projeví ve změně a hodnocení kvality života.
- Dlouhodobá ztráta práce negativně ovlivní jak celkovou výši kvality života, tak i složení a váhu jednotlivých oblastí života.
- Kvalita života bude u dlouhodobě nezaměstnaných výrazně ovlivněna věkem, pohlavím, výší vzdělání a délkou nezaměstnanosti.
- Dlouhodobá ztráta práce negativně ovlivní smysluplnost života jedinců.

Soubor a metodika

Výzkumné šetření probíhalo v roce 2001–2 a zúčastnilo se ho 1957 respondentů rozdělených do čtyř podsouborů:

- 1. Nezaměstnaní** (N = 966, 558 žen a 408 mužů, průměrný věk 34,5 roku, v rozsahu od 17 do 65 let. 6 % respondentů mělo základní vzdělání, 19 % bylo vyučených, 60 % tvořili středoškoláci, 2 % respondentů mělo vyšší odborné vzdělání a ve 13 % byli zastoupeni vysokoškoláci. Průměrná délka nezaměstnanosti byla 19, 63 měsíců).
- 2. Zaměstnaní** (N = 949, 528 žen a 421 mužů, průměrný věk 35,7, v rozsahu od 19 do 73 let. 2,7 % respondentů mělo základní vzdělání, 6,3 % bylo vyučených, 59 % tvořili středoškoláci, 2 % mělo vyšší odborné vzdělání a 30 % byli absolventi vysoké školy).
- 3. Bezdomovci** (N = 22, 22 mužů, průměrný věk 42,2 let, 14 mužů mělo základní vzdělání, jeden byl vyučený, 7 absolvovalo střední školu. Průměrná doba nezaměstnanosti byla 47 měsíců).
- 4. Nezaměstnané matky** po mateřské dovolené (N = 20, průměrný věk 34 let, 19 absolvovalo střední školu a 1 žena měla vysokoškolské vzdělání. Průměrná doba aktivního hledání práce byla 9 měsíců).

Respondenti se zúčastnili výzkumu dobrovolně. Skupina respondentů prvních dvou souborů (zaměstnaných a nezaměstnaných) byla oslovena zaškolenými tazateli po celém území ČR. Rozhovory s bezdomovci byly uskutečněny v brněnském regionu. Rozhovory s nezaměstnanými matkami po mateřské dovolené probíhaly v kurzech pro nezaměstnané v okrese Nový Jičín.³

Ke zkoumání kvality života nezaměstnaných jsme použili metodu SEIQoL. Koncepce metody uveřejněná autory C. A. O'Boyle, H. M. McGee a C. R. B. Joyce v roce 1994 v *Advances in Medical Psychology* /5, str. 159-180/ vychází ze subjektivního hodnocení kvality života. Ve strukturovaném rozhovoru jedinec svobodně zvažuje svůj systém hodnot, bez předem stanovených kritérií. Posuzuje, která životní oblast je pro něho v současné době nejdůležitější, kterým z pěti životních oblastí přikládá největší význam. Pro hlubší porozumění výpovědi a adekvátní interpretaci neuvádí danou životní oblast pouze heslovitě, ale v rozvinutější formě, volnou asociací, co všechno toto životní téma pro něho znamená. Oblasti života, které považuje v dané životní situaci za

³⁾ Rozhovory s bezdomovci vedl PhDr. Aleš Sekot, CSc., rozhovory s nezaměstnanými matkami po mateřské dovolené vedla Mgr. Marta Pavelcová. Na vedení rozhovorů s nezaměstnanými se významně podílela PhDr. Katka Krivá. Všem patří poděkování.

podstatné, pak hodnotí z hlediska jejich závažnosti, relativní důležitosti pro něho samotného. V další fázi se jedinec zamýšlí nad tím, jak je spokojen s danou životní oblastí, jak se mu daří plnit nároky a cíle, které na něho v současné době tato oblast života klade. Při vyhodnocování se u každé životní oblasti násobí její důležitost (uvedená v procentech od 0 do 100) mírou spokojenosti (uvedenou rovněž v procentech od 0 do 100, kde 0 procent je nejnižší míra spokojenosti a 100 procent je naprostá spokojenost). Výsledná hodnota kvality života, která je dána součtem všech pěti součinů, se dělí stem a pohybuje se pak v rozmezí od 0 do 100. Získaný výsledný profil kvality života a celkové skóre kvality života jedince a skupin respondentů doplňuje údaj o míře smysluplnosti života v dané životní fázi. Na šikmé čáře (stoupající zleva doprava v 45 stupňovém úhlu) s označením dolního konce slovy „život nemá naprosto žádný smysl“ a horního konce slovy „život je opravdu smysluplný“ je křížkem označeno subjektivní hodnocení smysluplnosti života.

Výsledky výzkumu byly zpracovány metodami deskriptivní statistiky, korelační analýzy (Pearsonův korelační koeficient, Spearmanova pořadová korelace), dále bylo použito t-testu, Kruskal - Wallisova testu, mediánového testu a metody ANOVA (Univariate Analysis of Variance) – jednorozměrné analýzy rozptylu.

Výsledky výzkumu a diskuse

U každé skupiny respondentů jsme zpracovali:

- pořadí jednotlivých oblastí života (cues) seřazených podle procenta důležitosti v jejich životě a tvořících **profil kvality života** (QL) jedince
- pořadí jednotlivých oblastí života (cues) posouzených respondenty podle **míry spokojenosti** (vyjádřené na škále 0-100) s danou životní oblastí

Následující tabulky obsahují průměry a směrodatné odchylky jednotlivých skupin respondentů pro uvedené oblasti kvality života a spokojenosti s nimi. Kromě pěti nejdůležitějších životních oblastí (cues) uvádíme v každé skupině i výskyt dalších v pořadí méně důležitých životních oblastí.

Kvalita života

	Oblast života (cue)	Průměrné QL	Směrodatná odchylka
1.	Rodina	27,44	17,01
2.	Zdraví	20,79	15,29
3.	Práce	9,33	13,4
4.	Duševní pohoda	6,32	9,02
5.	Vztahy mezi lidmi	5,67	8,42
6.	Koníčky	4,64	7,49
7.	Práce na sobě	4,52	7,91
8.	Peníze	1,07	4,74
9.	Bydlení	0,28	2,26

Spokojenost

	Oblast života (cue)	Průměrná spokojenost	Směrodatná odchylka
1.	Rodina	64,51	33,30
2.	Zdraví	58,41	33,75
3.	Práce	30,13	37,80
4.	Vztahy mezi lidmi	26,96	35,41
5.	Duševní pohoda	26,60	35,06
6.	Koníčky	24,57	34,07
7.	Práce na sobě	18,41	29,48
8.	Peníze	3,41	13,72
9.	Bydlení	0,87	7,41

N=949; hladiny významnosti *p ≤ 0,05, **p ≤ 0,01

Tab. 1 Zaměstnaní. Profil kvality života zaměstnaných a míry spokojenosti s danou životní oblastí

Kvalita života

	Oblast života (cue)	Průměrné QL	Směrodatná odchylka
1.	Rodina	25,28	17,04
2.	Zdraví	20,12	15,11
3.	Práce	9,70	14,36
4.	Duševní pohoda	5,70	8,88
5.	Vztahy mezi lidmi	5,65	8,47
6.	Koníčky	5,50	8,36
7.	Práce na sobě	5,06	9,21
8.	Peníze	2,13	8,14
9.	Bydlení	0,44	3,18

Spokojenost

	Oblast života (cue)	Průměrná spokojenost	Směrodatná odchylka
1.	Rodina	58,03	35,14
2.	Zdraví	53,18	34,23
3.	Koníčky	28,81	36,77
4.	Vztahy mezi lidmi	25,71	34,35
5.	Duševní pohoda	20,54	30,44
6.	Práce na sobě	16,82	27,83
7.	Práce	8,60	18,86
8.	Peníze	3,09	11,90
9.	Bydlení	1,16	8,50

N=966; hladiny významnosti * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$

Tab. 2 Nezaměstnaní. Profil kvality života nezaměstnaných a míry spokojenosti s danou životní oblastí

Pozn. Statistický test rozdílu mezi skupinami (vzhledem k počtu respondentů) bylo možné provést pouze mezi skupinami zaměstnaných a nezaměstnaných. Tam, kde byl statisticky významný rozdíl mezi těmito dvěma skupinami, je průměr označen tučně.

Pro kvalitu života zaměstnaných i nezaměstnaných respondentů jsou důležité stejné životní oblasti (cues) v pořadí: rodina, zdraví, práce, duševní pohoda a vztahy mezi lidmi. Statisticky významný rozdíl mezi těmito dvěma skupinami jsme zjistili pouze u hodnoty rodina, která byla pro zaměstnané respondenty důležitější životní hodnotou než pro nezaměstnané a zaměstnaní jsou s touto životní oblastí také spokojenější. Zatímco zaměstnaní dosahovali významně vyšší spokojenosti s oblastí práce a zdraví, u nezaměstnaných to byla v jejich životní situaci oblast koníčků a zálib.

Rodina

Analýzou obsahu odpovědí (judgement analysis) jsme dospěli k závěrům, že pro kvalitu života má rodina pro zaměstnané i nezaměstnané respondenty téměř shodné významy: 1. Rodina jako symbol porozumění, spokojenosti a sounáležitosti 2. Rodina jako psychická opora (symbol bezpečí, zázemí a jistoty) 3. Rodina jako nejdůležitější hodnota v životě (mít pro koho žít) 4. Rodina – zázemí pro výchovu dětí 5. Rodina jako smysl života (seberealizace).

Rozdíl mezi oběma skupinami byl však patrný v relativní četnosti významů rodiny i v jejich pořadí podle četnosti. U nezaměstnaných respondentů byla na prvním místě rodina spojována s významnou psychickou oporou v době ztráty práce. Nezaměstnaní nacházejí v rodině duševní rovnováhu, která je otřesena nedobrovolnou ztrátou práce a zejména neúspěšnými pokusy o její znovuzískání. Rodina často navrácí nezaměstnaným psychickou vyrovnanost. U zaměstnaných respondentů asociuje rodina pohodu, harmonii, soudržnost, vzájemné porozumění mezi jejími členy a teprve potom spojují rodinu s místem bezpečí, jistoty a zázemí. Potvrzuje to poznatek z našich dřívějších

výzkumů, že v rodinách dlouhodobě nezaměstnaných jedinců prověřuje tato situace kvalitu rodinných vztahů a lépe ji zvládají lidé, kteří se mají o koho opřít, kteří mají možnost o své situaci otevřeně hovořit se svými blízkými (B. Buchtová a kol., 2002 s.107, 8).

Dále jsme zjistili rozdíl mezi zaměstnanými a nezaměstnanými v četnostech výpovědí, které uvádí rodinu jako smysl života a seberealizaci. Ztrátou práce dochází k posunu a transformaci životní energie, která se původně spotřebovávala v práci, do náhradní a zpravidla i jinak strukturované rodiny. Zejména pro nezaměstnané ženy představuje rodina alternativní pracovní pole poskytující seberealizaci a tlumící zátěž z nezaměstnanosti (B. Buchtová a kol., 2002 s.100). Psychosociální zátěž u nezaměstnaných mužů zajišťujících živobytí pro rodinu je podstatně silnější než u nezaměstnaných žen.

Zdraví

Hodnota zdraví v kvalitě života byla u všech čtyř skupin respondentů uváděna na předním místě. Sémanticky byla životní oblast zdraví nejčastěji spojována s:

1. nejvyšší životní hodnotou, 2. hodnotou, kterou si člověk uvědomí, až když ji ztratí (zvýšenou péčí o své zdraví v důsledku nemoci, úrazu), 3. předpokladem pro získání a udržení zaměstnání (podmínka produktivního života), 4. se zdravým životním stylem (zásadami správné výživy, cvičením – péčí o fyzické zdraví), 5. se zdrojem tělesné a duševní pohody (důrazem na harmonii duševního a tělesného zdraví a z toho plynoucí životní spokojenosti), 6. se zárukou soběstačnosti (nezávislosti na ostatních zejména ve stáří, nebýt na obtíž druhým), 7. se starostí o zdraví rodiny a blízkých.

Životní téma zdraví představuje v kvalitě života zaměstnaných i nezaměstnaných respondentů nejen nejvyšší životní hodnotu, od které se odvíjí řada dalších životních naplnění, ale také (s vysokou četností výpovědí) předpoklad pro získání a udržení zaměstnání. Hodnota zdraví je nejceněnější devizou na současném trhu práce. Lidé se změněnou pracovní schopností mají vzhledem ke stále většímu důrazu na produktivitu práce a výkon čím dál menší šanci najít práci. Doba jejich evidence na úřadech práce převyšuje několikanásobně dobu evidence zdravých jedinců.

Řada výzkumných studií popisuje souvislost mezi nezaměstnaností a zhoršením zdravotního stavu. I v našich výzkumných pracích (B. Buchtová, 1992, 1999, 2000) více než polovina dlouhodobě nezaměstnaných opakovaně uváděla subjektivní příznaky neurotických potíží projevujících se úzkostí, vnitřním neklidem, podrážděností, bolestmi hlavy, nespavostí, zvýšenou únavou. Následkem ztráty práce došlo u mužů i žen ke zhoršení dosavadních zdravotních problémů - hypertenze, žaludeční vředy, onemocnění srdce, problémy s páteří, astma atd. V současné době mnoho lidí na českém trhu práce žije v obavách a strachu ze ztráty práce. Důvodem jsou pracovní smlouvy na dobu určitou a neustále se zvyšující procento regionálně nezaměstnaných, způsobené razantním propouštěním lidí z filiálek zahraničních investorů, pro které se stala po čase pracovní síla v České republice ekonomicky nevýhodnou. Nezaměstnanost má tak negativní vliv nejen na zdravotní stav lidí, kteří ztratili práci, ale i na chování a zdraví lidí zaměstnaných. Ty provází úzkost a napětí z předpokládané ztráty práce

nebo jsou často nuceni pokračovat v práci v neuspokojivých podmínkách. Ukazuje s tedy, že kvalitu emoční duševní pohody lidí, vyjádřené v hodnotě zdraví, ovlivňují změny ekonomického klimatu, ať už jedinec sám zažije nepříjemné události týkající se zaměstnání nebo ne.

Práce

Životní téma práce v kvalitě života zaměstnaných a nezaměstnaných respondentů bylo třetí nejdůležitější uváděnou oblastí. Pracovní činnost byla nejčastěji spojována s potřebami: 1. seberealizace (uplatnění svých schopností, znalostí a dovedností), 2. finanční nezávislosti (materiální zabezpečení rodiny, prostředek k osamostatnění se), 3. životní jistoty (jistota budoucnosti), 4. životního řádu (denní režim, náplň času, každodenní rutina), 5. sociálního zázemí (mezilidské vztahy na pracovišti, přátelství, oslavy, společné stravování), 6. citové odezvy, emocionálního ocenění (potřeba úspěchu, ocenění, poděkování).

Statisticky významný rozdíl mezi oběma skupinami respondentů se prokázal u spokojenosti s životní oblastí práce. Zatímco u zaměstnaných respondentů se projevila výrazná spokojenost, u nezaměstnaných je tato oblast života statisticky významně satureována koníčky a zájmy.

V odpovědích nezaměstnaných respondentů se projevil vliv generačních rozdílů. Zatímco mladí lidé věří, že brzy získají práci, touží po seberealizaci, mají plány do budoucna, u věkově starších jedinců je prvořadé zajištění základních potřeb rodiny. Zejména pak muži uváděli diskriminaci na trhu práce danou věkem. Opakované neúspěchy najít si práci vedou u nich k depresím, pocitům méněcennosti, ztrátě sebevědomí. V rodinném soužití mají nezaměstnaní pocity „příživnictví“, muži pak kladou rovnítko mezi nezaměstnaností a vlastní neschopností zabezpečit základní potřeby rodiny. Je patrné, že váha funkcí práce v životní dráze člověka se mění, což ovlivňuje i prožívání a zvládání ztráty práce.

U zaměstnaných respondentů se projevila nejen statisticky významná spokojenost s oblastí práce, ale také snaha o získání lepšího pracovního místa spojeného se sebevzděláváním (zejména v oblasti práce s počítači a v jazykových znalostech). Práce je pojímána jako významné místo lidského společenství, sounáležitosti se spolupracovníky, jako druhá „rodina“.

Ze vzorku respondentů jsme v průběhu výzkumu vyčlenili specifické, méně početné skupiny – skupinu bezdomovců a nezaměstnané matky po mateřské dovolené.

Bezdomovci (N=22; hladiny významnosti *p ≤ 0,05; **p ≤ 0,01)

U nezaměstnaných lidí bez domova byla hodnota **rodiny** uváděna až čtvrtá v pořadí s průměrnou hodnotou 5,23. Nejčastěji je ve výpovědích respondentů spojována s touhou založit si fungující rodinu nebo s touhou po návratu partnera, který je opustil pro nadměrné požívání alkoholu, trestnou činnost nebo následný pobyt v nápravném zařízení. Někteří bezdomovci netouží po změně současného stavu. Mají povahu vlka samotáře a nejvíce si cení svobody.

Oblast **zdraví** v kvalitě života bezdomovců dosahuje nejvyšší průměrné hodnoty (27,95).

Zdraví je často kritickou stránkou jejich života. Bývá podlomeno nocováním na veřejných prostranstvích, nepravidelnou a méně hodnotnou stravou a často nadměrným požíváním alkoholu. Většina lidí bez domova si životní oblast zdraví spojovala se zlepšením zdravotního stavu nebo alespoň s jeho nezhoršováním.

Pod životním tématem **práce** (oblast života uváděna druhá v pořadí s hodnotou 6,36) se skrývá touha lidí bez domova nalézt stálé zaměstnání. Současně je však s tímto přáním spojena i rezignace. Ti, kteří by práci opravdu chtěli, současně vědí, že kvůli svému životnímu statusu – statusu bezdomovce – nemají dobré vyhlídky na získání zaměstnání. Pro nadpoloviční většinu respondentů pak práce není životním tématem, protože jim vyhovuje život na pokraji zákona a s tím související způsob zaopatřování prostředků k životu.

Průměrné hodnoty ostatních životních oblastí (cues) v kvalitě života bezdomovců a spokojenosti s nimi viz. tabulka č. 4.

Nezaměstnané matky po mateřské dovolené (N=20; hladiny významnosti * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$)

U nezaměstnaných matek po mateřské dovolené dosahuje hodnota **rodiny** a spokojenosti s ní nejvyšších průměrných hodnot v kvalitě života (39,25) ve srovnání s ostatními třemi skupinami respondentů. Hodnocení odpovídá prožívání poslání současné životní situace, se kterou souvisí i výše průměrného hodnocení a spokojenosti s životní oblastí duševní pohoda. Za důležitou považují nezaměstnané matky **práci na sobě** (některé ženy byly doma s dětmi i několik let), která spočívá nejen v získávání nových znalostí a dovedností (všechny ženy současně absolvovaly rekvalifikační kurz), ale také vyžaduje změnu názoru na životní styl, na organizaci a náplň dne. I když čtvrtina vzorku žen byly samoživitelky, nebylo finanční zázemí zařazeno mezi důležité životní oblasti. Nízké průměrné hodnocení životní oblasti **práce** (1,75) koresponduje patrně se současnou životní situací a promítá se spíše do úvah o přípravě na znovuzískání zaměstnání. Je tomu tak i přesto, že v regionu, odkud ženy pocházely, je vysoká míra regionální nezaměstnanosti a šance na získání zaměstnání je malá.⁴

Průměrné hodnoty ostatních životních oblastí (cues) v kvalitě života nezaměstnaných matek po mateřské dovolené a spokojenosti s nimi viz. tabulka č. 4.

V další části výzkumu jsme se zabývali srovnáním průměrné kvality života jednotlivých skupin respondentů. Výsledky uvádíme v tabulce č.3.

⁴⁾ Zjištěné závěry z výzkumného šetření u vzorku lidí bez domova a u nezaměstnaných matek po mateřské dovolené, mají pouze předběžný charakter. Pro jejich ověření by bylo třeba zastoupení většího vzorku respondentů z různých regionů České republiky.

	Průměr QL	Směrodatná odchylka	Počet respondentů
nezaměstnaní	60,3	20	966
zaměstnaní	70,6	15,8	949
bezdromovci	33,1	19,6	22
matky po MD	62,3	18	20
Celkem	56,6	18,35	1957

Tab.3 Srovnání průměrů kvality života pro jednotlivé skupiny respondentů (v procentech)

Subjektivní hodnocení kvality života zaměstnaných dosahuje nejvyšší hodnoty ve srovnání s ostatními skupinami respondentů. Ukazuje se, že ztráta práce je závažnou změnou v životě člověka, výrazně se projeví ve změně kvality života a má převážně negativní dopad na ostatní životní oblasti a na osobní cíle člověka.

Oblasti kvality života a spokojenosti s nimi v závislosti na věku a pohlaví

Předpokládané souvislosti mezi oblastmi kvality života, spokojenosti s nimi a proměnnými věkem a pohlavím jsme ověřovali Pearsonovým korelačním koeficientem. Výsledky statistického testování korelací mezi sledovanými proměnnými potvrdily významné souvislosti (N=1957, 22 bezdomovců, 20 matek po mateřské dovolené, 966 nezaměstnaných, 949 zaměstnaných; hladina významnosti $*p \leq 0,05$; $**p \leq 0,01$).

Z výsledků statistického zpracování vyplynulo, že u **bezdromovců** s přibývajícím věkem výrazně roste důležitost bydlení (0,615**) a rodiny (0,487*) a klesá spokojenost s výší finančního příjmu (-0,472*).

U nezaměstnaných **matek po mateřské dovolené** s přibývajícím věkem výrazně klesá spokojenost s duševní pohodou (-0,493*).

U nezaměstnaných respondentů s přibývajícím věkem roste význam hodnoty zdraví (0,222**), rodiny (0,129**) a finančního zázemí (0,071*) a klesá důležitost a současně spokojenost s prací na sobě (-0,168**), se vztahy mezi lidmi (-0,097**) a s duševní pohodou (-0,079*). V téže skupině respondentů se prokázala statistická významnost (0,080*) spokojenosti s rodinou a s bydlením (0,081*).

U zaměstnaných respondentů proměnná věku pozitivně korelovala s hodnotou rodiny (0,157**) a duševní pohody (0,073*) a současně se spokojeností s těmito dvěma životními oblastmi. Negativní korelace se prokázala v důležitosti a spokojenosti práce na sobě (-0,134**; -0,129**).

		Bezdomovci		Matky po MD		Nezaměstnaní			Zaměstnaní		
		muži	celkem	ženy	celkem	ženy	muži	celkem	ženy	muži	celkem
Kvalita života	Rodina	6,11	6,11	39,25	39,25	28,82**	20,59	25,33	29,31**	25,20	27,50
	Zdraví	28,33	28,33	13,50	13,50	20,55	19,64	20,16	22,35**	18,91	20,83
	Práce	5,00	5,00	1,75	1,75	11,69	8,27	9,70	11,12	7,94	9,33
	Koníčky	0,00	0,00	2,25	2,25	4,12	7,41**	5,52	3,54	6,06**	4,65
	Vztahy mezi lidmi	0,83	0,83	5,00	5,00	5,89	5,36	5,67	6,33**	4,85	5,68
	Peníze	13,61	13,61	0,00	0,00	1,75	2,65	2,13	0,89	1,31	1,07
	Bydlení	5,56	5,56	0,00	0,00	0,27	0,66	0,44	0,25	0,32	0,28
	Práce na sobě	0,00	0,00	8,15	8,15	5,68*	4,24	5,07	4,90	4,06	4,53
	Duševní pohoda	0,56	0,56	8,25	8,25	6,11	5,16	5,71	6,73	5,84	6,34
Spokojenost	Rodina	3,89	3,89	61,50	61,50	65,69**	47,88	58,15	67,99**	60,40	64,64
	Zdraví	30,00	30,00	36,50	36,50	56,63**	48,74	53,29	62,00**	54,16	58,54
	Práce	5,00	5,00	2,50	2,50	8,90	8,41	8,60	32,66	28,23	30,13
	Koníčky	0,00	0,00	7,50	7,50	23,51	36,15**	28,86	20,71	29,57**	24,62
	Vztahy mezi lidmi	2,78	2,78	26,25	26,25	26,58	24,66	25,77	31,25**	21,67	27,02
	Peníze	18,89	18,89	0,00	0,00	2,85	3,43	3,10	3,08	3,84	3,41
	Bydlení	10,28	10,28	0,00	0,00	0,74	1,74	1,16	0,92	0,80	0,87
	Práce na sobě	0,00	0,00	28,75	28,75	19,21**	13,65	16,85	20,84**	15,42	18,45
	Duševní pohoda	1,11	1,11	33,25	33,25	22,24*	18,33	20,58	29,08*	23,58	26,66

N=1957; 851 mužů, 1 106 žen; hladina významnosti * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Tab. 4 Průměrné hodnoty životních oblastí (cues) v kvalitě života a spokojenosti s nimi z hlediska pohlaví u všech čtyř skupin respondentů.

Z výsledků je zřejmé, že z hlediska pohlaví jsou s životní oblastí rodiny a zdraví více spokojenější nezaměstnané a zaměstnané ženy než obě skupiny mužů.

U zaměstnaných i nezaměstnaných mužů se naopak prokázala ve srovnání se ženami pozitivní korelace s životní oblastí koníčků.

Se vztahy mezi lidmi jsou více spokojenější zaměstnané ženy (31,25**) ve srovnání se zaměstnanými muži (21,67). U nezaměstnaných mužů a žen se statisticky významný rozdíl ve spokojenosti s touto proměnnou neprokázal.

S prací na sobě a s duševní pohodou jsou více spokojenější nezaměstnané i zaměstnané ženy ve srovnání s oběma skupinami mužů.

Rozdíly mezi skupinami zaměstnaných a nezaměstnaných mužů a žen v preferenci životních oblastí a spokojenosti s nimi jsme testovali Pearsonovými korelacemi jednotlivých proměnných a členstvím ve skupině (N=1915; nezaměstnaní=966, zaměstnaní=949; hladina významnosti * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$).

Pozn.: Kladná korelace znamená, že vyšší hodnoty mají spíše muži, záporná, že

vyšší hodnoty mají spíše ženy. U skupiny nezaměstnaných matek a skupiny bezdomovců nebylo možné z důvodu konstantnosti proměnných korelaci vypočítat.

Z výsledků statistického zpracování je zřejmé, že z hlediska pohlaví je rodina pro nezaměstnané i zaměstnané ženy důležitější životní oblastí než pro muže (-0,239**; 0,120**) a jsou s ní také spokojenější.

Hodnotu zdraví a vztahů mezi lidmi považují zaměstnané ženy za důležitější ve srovnání se zaměstnanými muži (-0,112**; -0,088**). S těmito životními hodnotami jsou také více spokojeny (-0,116; -0,134**). U nezaměstnaných mužů a žen se rozdíl mezi pohlavími nepotvrdily.

Hodnota práce a koníčků je statisticky významnější u zaměstnaných (0,121**; **0,167**) a nezaměstnaných mužů (0,117**; 0,194**) ve srovnání se ženami. Zaměstnaní i nezaměstnaní muži nalézají ve svých koníčcích také větší uspokojení (0,129**; 0,170**) než obě skupiny žen.

Spokojenost s prací na sobě a spokojenost s duševní pohodou je statisticky významnější u nezaměstnaných i zaměstnaných žen ve srovnání s muži.

Práce na sobě je statisticky významnější pro nezaměstnané ženy (-0,077*) než pro nezaměstnané muže. Se vztahy mezi lidmi jsou průkazně více spokojeny zaměstnané ženy než zaměstnaní muži. U nezaměstnaných mužů a žen se rozdíl mezi pohlavími u této hodnoty nepotvrdily. U dalších „cues“ se nepotvrdily žádné statisticky významné rozdíly mezi muži a ženami.

Oblasti kvality života a spokojenosti s nimi v závislosti na vzdělání

Souvislosti mezi oblastmi kvality života, spokojenosti s nimi a vzděláním jsme ověřovali Spearmanovou pořadovou korelací. Výsledky statistického testování sledovaných proměnných opět potvrdily významné souvislosti (N=1915; nezaměstnaní=966, zaměstnaní=949; hladina významnosti * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$).

Pozn. Kladná korelace znamená, že čím vyšší vzdělání, tím vyšší kvalita života nebo spokojenost v dané oblasti; při záporné korelaci – čím vyšší vzdělání, tím nižší kvalita života nebo spokojenost v dané oblasti.

Z výsledků statistického zpracování lze interpretovat, že s rostoucím vzděláním u skupiny nezaměstnaných klesá důležitost oblasti koníčků (-0,089**), hodnoty peněz (-0,084**) a práce (-0,076*) a stoupá důležitost práce na sobě (0,094**) a duševní pohody (0,079*).

U skupiny zaměstnaných respondentů s rostoucím vzděláním klesá důležitost peněz v kvalitě života (-0,113**) a roste důležitost práce na sobě (0,107**).

S rostoucím vzděláním u nezaměstnaných statisticky významně stoupá spokojenost s prací na sobě (0,118**) a s duševní pohodou (0,085**) (lépe snáší ztrátu práce) a rovněž se zdravím (0,065*). Naopak klesá spokojenost s penězi (-0,095**), s oblastí koníčků (-0,077*) a s bydlením (-0,064*).

U zaměstnaných s rostoucím vzděláním roste spokojenost s prací na sobě (0,114) a klesá spokojenost s penězi (-0,113**).

Oblasti kvality života a spokojenosti s nimi v závislosti na délce ztráty práce

Předpokládané vztahy mezi oblastmi kvality života, spokojenosti s nimi a délkou nezaměstnanosti jsme opět testovali Pearsonovým korelačním koeficientem ($N=988$; bezdomovci=22, nezaměstnaní=966; hladina významnosti $*p \leq 0,05$; $**p \leq 0,01$).

Pozn. V případě skupiny bezdomovců nebylo možné z důvodu konstantnosti proměnných některé korelace vypočítat.

Z údajů statistického zpracování vyplývá, že čím delší je doba ztráty práce, tím důležitější je pro nezaměstnaného rodina (0,081*). Současně klesá spokojenost s životní oblastí práce (−0,067*).

U bezdomovců s rostoucí délkou nezaměstnanosti výrazně vzrůstá důležitost bydlení (0,566**).

Vztah mezi délkou nezaměstnanosti a vzděláním

Po rozčlenění délky nezaměstnanosti do 5 kategorií (do ½ roku, nad půl roku až 1 rok, rok až 1½, 1½ – 2 a více) jsme vypočítali Spearmanovu korelaci délky ztráty práce se vzděláním. Tato korelace je −0,226 a je statisticky významná na 1 % hladině. U vybraného vzorku respondentů se nám potvrdil předpoklad, že **s vyšším vzděláním klesá délka nezaměstnanosti**.

Tento výsledek dokládáme tabulkou obsahující jednotlivé četnosti a procenta v řádcích, sloupcích a v celé tabulce. **Tučně** jsou označeny hodnoty statisticky významně častější než by se dalo očekávat na základě hypotézy nezávislosti proměnných, **tučně kurzívou** jsou označeny hodnoty výrazně méně častější.

Vzdělání	do ½ roku	½ - 1 rok	1 - 1½ roku	1½ - 2 roky	nad 2 roky	Celkem
základní	10	8	3	9	38	68
učňovské	58	62	46	27	64	257
středoškolské	145	137	81	50	72	485
vyšší odborné	5	5	3	1	2	16
vysokoškolské	54	27	25	6	15	127

$N=953$; základní=68, vyučení=257, SŠ=485, VO=16, VŠ= 127

Tab. 5 Délka nezaměstnanosti v závislosti na vzdělání

Pozn.: Vztah mezi délkou nezaměstnanosti a vzděláním mohl být zkoumán pouze u 953 respondentů, u třinácti z celkové počtu 966 nebylo vzdělání jednoznačně uvedeno.

Vztah mezi vzděláním a délkou nezaměstnanosti je, podobně jako u Spearmanovy korelace uvedené výše, statisticky významný: $\chi^2=94,309$, $df=16$, $p=0,000$

Z tabulky je zřejmé, že nejčastější kombinací hodnot jsou nezaměstnaní se středoškolským vzděláním do ½ roku bez práce (145 osob) a ½ – 1 rok (137 osob).

Výrazné souvislosti jednotlivých kategorií: nad 2 roky jsou výrazně častěji nezaměstnaní lidé s nižším vzděláním (základní a vyučení), do 1 roku osoby s vyšším vzděláním (středoškolské a vysokoškolské) – viz **tučně** zvýrazněné hodnoty. Naopak výrazně méně časté jsou kombinace krátkodobé nezaměstnanosti a nižšího vzdělání a dlouhodobé nezaměstnanosti a vyššího vzdělání – viz hodnoty zvýrazněné **tučně kurzívou**.

Oblasti kvality života u mužů a žen a spokojenosti s nimi

Dále jsme se v našem výzkumu zabývali otázkou, jak se liší průměrné hodnoty kvality života (QL) pro jednotlivé životní oblasti (cues) a spokojenost s nimi mezi muži a ženami (bez ohledu na jejich zaměstnanost) a mezi zaměstnanými a nezaměstnanými muži a ženami. Pro zpracování dat jsme použili metodu ANOVA (Univariate Analysis of Variance) – jednorozměrnou analýzu rozptylu. Velikosti skupin respondentů: 1106 ženy, 851 muži, 966 nezaměstnaní, 949 zaměstnaní.

RODINA. Z výsledků statistického zpracování vyplynulo, že se liší průměrná hodnota kvality života (QL) pro oblast RODINY u mužů i žen bez ohledu na jejich zaměstnanost. Konkrétně ženy mají průměrnou hodnotu 29,06 a muži 22,92. Průměrná hodnota QL pro oblast RODINY je statisticky významně vyšší pro ženy než pro muže.

Zatímco průměrná hodnota QL pro oblast RODINY je přibližně stejná pro nezaměstnané (28,82) i zaměstnané (29,31) ženy, u mužů, kteří mají hodnotu QL pro oblast rodiny obecně nižší než ženy, je velký rozdíl mezi nezaměstnanými (20,59) a zaměstnanými (25,2) muži. Pro zaměstnané muže je životní oblast RODINY statisticky významně vyšší hodnotou ve srovnání s nezaměstnanými muži.

U zaměstnaných mužů a žen je průměrná spokojenost s RODINOU vyšší (64,64) než u nezaměstnaných mužů a žen (58,15), přitom ženy jsou s rodinou více spokojené (66,82) než muži (54,21) z celého souboru respondentů.

V průměrné spokojenosti s rodinou není výrazný rozdíl mezi zaměstnanými (67,99) a nezaměstnanými ženami (65,69), ale u mužů jsme zjistili významný rozdíl. Nezaměstnaní muži jsou výrazně méně spokojeni (47,88) s rodinou ve srovnání se zaměstnanými muži (60,4).

ZDRAVÍ. V rámci kvality života je průměrná hodnota pro oblast ZDRAVÍ vyšší u žen (21,43) – zaměstnaných i bez práce než u zaměstnaných a nezaměstnaných mužů (19,27).

U zaměstnaných mužů i žen je vyšší průměrná spokojenost se zdravím (58,54) než u nezaměstnaných mužů a žen (53,29). Se zdravím jsou z celého souboru respondentů více spokojené ženy (59,25) ve srovnání s muži (51,48). Nejvyšší průměrná hodnota spokojenosti se zdravím je u zaměstnaných žen (62,00).

PRÁCE. Průměrná hodnota kvality života pro oblast PRÁCE je statisticky významně vyšší pro muže (11,40) než pro ženy (8,11) z celého souboru respondentů.

U zaměstnaných mužů a žen je podle očekávání statisticky významně vyšší spokojenost s životní oblastí PRÁCE (30,19) než u nezaměstnaných mužů a žen (8,62).

DUŠEVNÍ POHODA. V rámci celého souboru respondentů nebyly nalezeny statisticky významné rozdíly mezi zaměstnanými a nezaměstnanými a mezi muži a ženami v průměrných hodnotách kvality života pro oblast DUŠEVNÍ POHODY.

Průměrné hodnoty spokojenosti pro oblast DUŠEVNÍ POHODY jsou statisticky významnější u žen (25,58) než u mužů (20,99). Více spokojení jsou zaměstnaní muži i ženy (26,66) než nezaměstnaní (20,58).

Nejvyšší průměrnou hodnotu spokojenosti pro oblast DUŠEVNÍ POHODA mají zaměstnané ženy (29,08).

MEZILIDSKÉ VZTAHY. Z celého souboru respondentů jsou s životní oblastí MEZILIDSKÉ VZTAHY spokojené více ženy (28,85) než muži (23,15).

Průměrná hodnota kvality života pro oblast MEZILIDSKÉ VZTAHY je statisticky významně vyšší u žen (6,11) než u mužů (5,1) bez ohledu na jejich zaměstnanost.

Zatímco průměrná spokojenost s životní oblastí MEZILIDSKÉ VZTAHY je pro zaměstnané i nezaměstnané muže přibližně stejná (21,67; 24,66), u žen, které mají průměrnou hodnotu pro oblast MEZILIDSKÉ VZTAHY obecně vyšší než muži, je statisticky významný rozdíl mezi zaměstnanými a (31,25) a nezaměstnanými ženami (26,58). Zaměstnané ženy jsou více spokojené s mezilidskými vztahy ve srovnání s nezaměstnanými ženami.

KONÍČKY, ZÁJMY, HOBBY. Průměr kvality života pro životní oblast KONÍČKY, ZÁJMY, HOBBY je statisticky významně vyšší u mužů (6,73) než u žen (3,84) a je vyšší u všech nezaměstnaných mužů i žen (5,52) ve srovnání se zaměstnanými muži i ženami (4,65). U skupiny nezaměstnaných mužů a žen je také větší spokojenost s touto oblastí života (28,86) ve srovnání se zaměstnanými muži a ženami (24,62). Nejvyšší průměrnou hodnotu kvality života pro oblast KONÍČKY, ZÁJMY, HOBBY mají nezaměstnaní muži (7,41) a nacházejí v ní také největší spokojenost (36,15).

PRÁCE NA SOBĚ. Průměrná hodnota kvality života pro oblast PRÁCE NA SOBĚ je statisticky významnější pro ženy (5,3) než pro muže (4,15).

Z celého souboru respondentů jsou s prací na sobě statisticky významně spokojenější ženy (20,00) než muži (14,55).

PENÍZE. Z výsledků statistického zpracování je zřejmé, že průměrná hodnota kvality života pro oblast PENÍZE je statisticky významně vyšší u mužů (1,97) než u žen (1,33). Průkazný rozdíl je také mezi nezaměstnanými (2,13) a zaměstnanými (1,07) muži a ženami.

Statisticky nejvýznamnější je průměrná hodnota pro životní oblast PENÍZE u nezaměstnaných mužů (2,65).

Výsledky ANOVY nepotvrdily statisticky významné rozdíly mezi průměrnými hodnotami spokojenosti pro životní oblast PENÍZE mezi muži a ženami a zaměstnanými a nezaměstnanými.

BYDLENÍ. Výsledky ANOVY také nepotvrdily statisticky významné rozdíly mezi zaměstnanými a nezaměstnanými a mezi muži a ženami v průměrných hodnotách kvality života pro oblast BYDLENÍ a spokojenosti s ní

Smysluplnost života a dlouhodobá ztráta práce

Součástí našeho výzkumu kvality života dlouhodobě nezaměstnaných bylo posouzení smysluplnosti života. Nejprve jsme zpracovali porovnání průměrných hodnot smysluplnosti života vyjádřené jednotlivými skupinami respondentů.

	Průměr (v %)	Počet respondentů	Směrodatná odchylka
Bezdomovci	52,286	22	21,389
Matky po MD	83,590	20	17,057
Nezaměstnaní	65,261	966	22,969
Zaměstnaní	81,270	949	16,137
Celkem	73,072	1957	21,515

Tab. 6 Srovnání průměrných hodnot smysluplnosti života pro jednotlivé skupiny respondentů (v procentech)

Z tabulky je zřejmé, že ze všech čtyř skupin respondentů přikládaly životu největší smysl nezaměstnané matky po mateřské dovolené (83,590). Nejnižší průměrnou hodnotu smysluplnosti života uvedli lidé bez domova (52,286). Průměrná hodnota celého vzorku populace (1957) byla 73,02 %. Průměrné hodnoty ukazují významný rozdíl smysluplnosti života mezi nezaměstnanými (65,261) a zaměstnanými (81,270) respondenty.

Průkaznost rozdílů smysluplnosti života mezi zaměstnanými a nezaměstnanými respondenty jsme ověřovali t-testem.

Rozdíl hodnot smysluplnosti života mezi skupinami zaměstnaných a nezaměstnaných mužů a žen byl statisticky významný. Práce dodává lidskému životu smysl a řád. Pokud člověk ztratí práci, žádná jiná aktivita ji nemůže plnohodnotně nahradit.⁵

Smysluplnost života u všech čtyř skupin respondentů jsme dále porovnávali pomocí Kruskal-Wallisova testu a mediánového testu. I výsledky těchto testů prokázaly, že rozdíly mezi skupinami respondentů z hlediska smysluplnosti života jsou statisticky významné.

Dále jsme zkoumali, jak je smysluplnost života ovlivňována délkou ztráty práce, pohlavím a věkem. Zabývali jsme se rozdíly mezi zaměstnanými a nezaměstnanými.

⁵⁾ Bliže viz. J. Šmajs, 2002; M. Machovec, 1968

	Nezaměstnaní	Zaměstnaní
Délka nezaměstnanosti (v měsících)	-0,111**	.
Závislost na pohlaví	-0,158**	0,038
Závislost na věku	-0,130**	0,056

N=1915; nezaměstnaní 966, zaměstnaní 949; hladina významnosti * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Tab. 7 Pearsonovy korelace smysluplnosti života s délkou nezaměstnanosti, pohlavím a věkem.

Z údajů v tabulce vyplývá, že statisticky významné jsou vztahy v rámci skupiny nezaměstnaných, kde je smysluplnost života mírně nižší s rostoucí délkou nezaměstnanosti (-0,111**), dále u mužů (-0,158**) a s přibývajícím věkem (-0,130**). Výsledky nasvědčují tomu, že „rizikovou“ skupinou prožívající ztrátu práce tíživěji než ostatní skupiny jsou věkově starší, dlouhodobě nezaměstnaní muži.

Závěr

Provedená šetření dále zpřesnila nejen naši představu o způsobu prožívání ztráty práce nezaměstnanými lidmi, ale i o práci a její roli v dnešním životě lidí. Především se ukázalo, že pojem kvality života, který se objevil na začátku sedmdesátých let minulého století a který jako sociologický pojem nejprve vyjadřoval míru pozitivních změn vyvolaných v lidském životě společenským a vědeckotechnickým pokrokem, a teprve později také negativní vliv nemoci či stáří na život člověka, bude nutné dále teoreticky prohlubovat a lépe definovat.

V pozadí dnes již klasické osvícenské představy o možném zlepšování lidského života kulturou stálo totiž přesvědčení, že lidská přirozenost má sice tajemnou složku biologickou, ale že určující a významnější je její elastická složka společenská (socio-kulturní). Věřilo se, že přibližně v míře, v jaké člověk vytváří umělé kulturní prostředí, formuje také svou vlastní přirozenost. Tuto optimistickou představu o člověku a lidské přirozenosti ovšem nepotvrzují ani biologické vědy, ani lidský a společenský život sám. Podobně jako jiné druhy savců také dnešní člověk je vysoce konzervativní biologický druh. Všechny informace, které jedinec získává z vnějšího prostředí v průběhu své ontogeneze i pozdějšího života v kultuře, se totiž mohou zapisovat pouze do jeho aktuální paměti neuronální. Rozumem sice chápeme co je kultura, ale geneticky se na ni adaptujeme stejně pomalu a slepě jako kdysi naši předkové na živou a neživou přírodu. Na tuto konzervativní paměť působí tedy dnešní kulturní prostředí pouze také jen fyzikálně chemickým vlivem. Znovu a znovu se proto rodí lidské generace s potřebou uplatňovat fyzickou a intelektuální námahu v boji o přežití, při zdolávání odporu vnějšího prostředí. Vyplývá z toho jednak to, že se krátí život iluze o možnosti úplného nahrazení živé lidské práce prací mrtvou – produktivní a ostatní technikou, a jednak to, že opětovné uvážlivé vynakládání lidských bytostných sil produktivním způsobem nebude cestou zpátky, ale naopak perspektivním řešením dnešní patové situace nezaměstnanosti

v technicky rozvinutých zemích. Zatím však technický pokrok v kombinaci s trhem a nemilosrdným požadavkem zisku každý den znovu odnímá pracovní příležitosti tisícům a desetitisícům lidí.

Pro lidi, kteří bez vlastní viny ztrácejí placenou práci, jde o analogickou zátěžovou situaci, jakou je dlouhodobá nemoc. Právě proto jsme se v našem šetření pokusili použít metodu, která až doposud byla aplikována pro měření změn kvality života před a po intervenčních zásazích u nemocných a starých lidí.

Metodu subjektivního hodnocení kvality života nezaměstnaných a zaměstnaných lidí jsme zvolili proto, že subjektivní pocity ztráty práce jsou značně nepřístupné pouze objektivním pohledem. Dále proto, že systém individuálního hodnocení kvality života umožňuje jedinci specifikovat oblasti života, které považuje sám ve svém životě za nejdůležitější, a pomocí hodnotící analýzy určuje i váhu jejich důležitosti. SEIQoL je tak metodou, která oproti tradičním přístupům bere v úvahu hlavně individuální perspektivu života jedince.

I když víme, že v závěrech šetření musíme být opatrní, nabyli jsme přesvědčení, že z našeho výzkumu plyne několik podstatných zjištění:

1. Mít placenou práci v naší mladé tržně liberální společnosti, která po dvě generace nepoznala nezaměstnanost a její důsledky, bude stále více ceněnou životní hodnotou.
2. Rodina není jen dožívající kategorií náboženskou a eticko-výchovnou, ale stále důležitou kategorií biologickou a společensko existenciální.
3. Ani proměna životního způsobu lidí v důsledku zvýšeného konzumu, cestování a hromadného rozšíření spotřební techniky, jakou je např. osobní automobil, televize nebo počítač, není s to kompenzovat či oslabit ztrátu blahodárného účinku práce na lidskou spokojenost a zdraví.

ÚLOHA SPIRITUALITY V KVALITĚ ŽIVOTA A ŽIVOTNÍ SPOKOJENOSTI U MLADÝCH LIDÍ

Irena OCETKOVÁ

Hlavní výzkumné otázky

1. Existuje souvislost úrovně spirituality a kvality života, projevované v pocitu subjektivní pohody?
2. Existuje souvislost úrovně spirituality ve vztahu k relevantním sociodemografickým proměnným (jako jsou rozdíly mezi muži a ženami, mezi mladšími a staršími, rozdíly mezi středoškoláky a vysokoškoláky, rozdíly ve zdravotním stavu, rozdíly mezi obyvateli města a venkova, členství nebo nečlenství v církvi nebo náboženském hnutí, členství nebo nečlenství v mládežnických organizacích a posléze i rozdíly mezi nábožensky praktikujícími a nepraktikujícími)?
3. Jaká je interakce výše uvedených sociodemografických proměnných a významu přisuzovanému jednotlivým oblastem života (jako jsou fyzická, materiální, spirituální a psychosociální pohoda)?
4. Jak jsou v jednotlivých sledovaných oblastech života spokojeni muži a ženy, starší a mladší, respondenti vzhledem k typu školy, zdravotnímu stavu, bydlišti, členství v církvi nebo náboženském hnutí, členství v mládežnických organizacích, praktikování nebo nepraktikování náboženských předpisů a povinností?
5. V kterých oblastech života a v kterých proměnných vzhledem ke kvalitě života se liší mladí lidé s vyšší úrovní spirituality od těch, kteří mají nižší úroveň spirituality?

Soubor respondentů

Soubor respondentů tvořilo 445 osob, 233 mužů a 211 žen, ve věku od 16 do 35 let, 216 osob mladších (ve věku 16 – 21 let) a 229 starších (22 – 35 let). Průměrný věk byl 21,14 let. Všichni zúčastnění byli současní studenti nebo absolventi SŠ (156 osob) nebo současní studenti nebo absolventi VŠ (289 osob).

Sběr dat, metody, statistické zpracování dat

Pro sběr dat, který probíhal v průběhu měsíců května a června 2006, bylo použito dotazníkových metod (dotazník SQUALA, Dotazník osobního smyslu M. Soudkové (Wong, 1998), Bernský dotazník pro zjišťování subjektivní pohody adolescentů

(Grob, Luthi, Kaiser, Flammer, Mackinnon, Wearing, 1991, dle Lukášová, 1994), škála M. Rosenberga Self-Esteem Scale (Rosenberg, 1965 dle Lukášová, 1994).

Respondenti vyplňovali dotazníky anonymně.

Statistické zpracování dat bylo provedeno pomocí statistického programu SPSS

14. Pro zjištění dimenzionální struktury dotazníku osobního smyslu byla provedena faktorová analýza všech 67 položek. Pro testování rozdílů mezi více než dvěma skupinami byla použita analýza rozptylu. Pro posouzení rozdílů mezi průměry dvou skupin bylo použito t-testu. Pro posouzení statistické významnosti výsledků byla zvolena obvyklá hladina významnosti $p = 0,05$, resp. $p = 0,01$.

Výzkum se zabýval

1. a) zjišťováním vnímání důležitosti jednotlivých oblastí životní pohody,
b) zjišťováním spokojenosti v daných oblastech,
c) zjišťováním úrovně spirituality a osobního smyslu,
d) zjišťováním životní spokojenosti a sebeúcty, dvou dimenzí subjektivní pohody u jednotlivých respondentů.
2. Byly hledány rozdíly v jednotlivých položkách:
a) vzhledem k pohlaví,
b) vzhledem k věku,
c) vzhledem k typu školy, kterou respondenti studují nebo vystudovali,
d) vzhledem k životní úrovni rodiny, ve které probandí žijí,
e) vzhledem ke zdravotnímu stavu,
f) vzhledem k místu trvalého bydliště,
g) mezi věřícími a nevěřícími,
h) vzhledem ke členství nebo nečlenství v církvi nebo v náboženském hnutí,
i) vzhledem k členství nebo nečlenství v některé mládežnické nebo jiné organizaci,
j) mezi těmi, kteří praktikují nebo nepraktikují náboženské předpisy a povinnosti.
3. Byly identifikovány položky, v nichž se liší respondenti s vyšší a nižší spiritualitou.

Shrnutí výsledků výzkumu

Jedním z důležitých výsledků zpracování dat výzkumu byla identifikace tří faktorů spirituality na základě faktorové analýzy dotazníku smysluplnosti života, které pak byly dále využity v interpretaci jako samostatné spirituální dimenze (1) prosociální orientace (život pro druhé), (2) smysluplnost života a (3) univerzální spiritualita.

Spiritualita nebyla chápána v úzce náboženském významu, ale jako integrující složka osobnosti.

Z výsledků výzkumu také vyplynulo, že:

1. Mladí lidé, kteří se zúčastnili výzkumu, si jsou vědomi prázdného místa ve sféře duchovnosti vlastní osobnosti, které není naplněno pozitivními obsahy. Ve svém běžném životě se mladí lidé cítí být spíše spokojeni (průměrná hodnota životní spokojenosti všech zkoumaných osob na šestibodové škále je 2,78).
2. Ve zkoumaném souboru se mladí lidé bez ohledu na věk a pohlaví hodnotili jako spíše spirituálnější (průměrná hodnota na šestibodové škále byla 2,87). Svou spiritualitu realizují zejména v obecně dobrých vzájemných vztazích k jiným

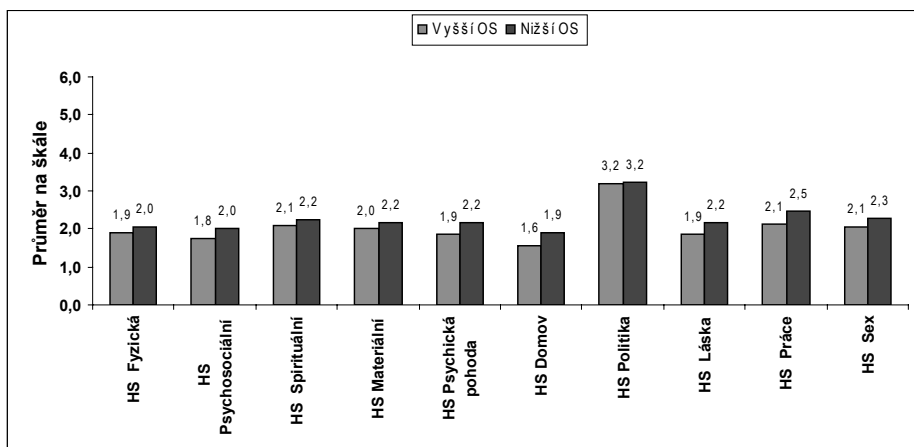
lidem (průměrná hodnota prosociální orientace bez ohledu na věk a pohlaví na šestibodové škále byla 2,47). Průměrná hodnota smysluplnosti života byla na šestibodové škále 2,97 a nejnižší ze všech tří faktorů spirituality byla naměřena hodnota ekospirituality, tzn. schopnosti vnímat a prožívat transcendenci, přesah běžné reality k něčemu, co stojí „nad ní“ (průměrná hodnota na šestibodové škále byla 3,53).

3. Výšku spirituality neovlivňuje věk osob, ale spirituální naplnění s věkem souvisí (starší respondenti, tj. ve věku 22 – 35 let, byli statisticky průkazně spokojenější v oblasti spirituální pohody než respondenti mladší 16 – 21 let).
4. Výšku spirituality neovlivňuje stupeň vzdělání, ale vysokoškoláci jsou statisticky průkazně spokojenější v oblasti spirituální pohody než středoškoláci.
5. Ženy jsou statisticky průkazně spirituálnější, jsou více orientovány na jiné lidi a svůj život vnímají jako více smysluplný než muži
6. Na úroveň spirituality mladého člověka má pozitivní vliv členství v církvi nebo náboženském hnutí a také členství v mládežnických nebo jiných organizacích, obojí statisticky průkazně pozitivně ovlivňuje také jejich pocit smysluplnosti života.
7. Duchovnost a spiritualita projevující se prožíváním smysluplnosti vlastního života a realizující se ve vztazích a prosociální oddanosti zlepšuje svým nositelům vnímání vlastního zdravotního stavu.
8. Víra a praktikování náboženských předpisů a povinností přináší věřícím a praktikujícím statisticky průkazně vyšší pocit životní spokojenosti, pocit spokojenosti a pohody v oblasti víry, spravedlnosti, svobody, krásy a umění a pravdy a vyšší spokojenost v materiální oblasti a v oblasti lásky a práce
9. Materiální spokojenost a důraz a orientace na materiální spokojenost v životě je nepřímo úměrná spirituální, duchovní orientaci a spokojenosti se životem.
10. Spiritualitě nesvědčí nízká ani moc vysoká životní úroveň.
11. Rozdíly mezi respondenty ve skupině s vyšší a nižší spiritualitou a osobním smyslem vzhledem ke spokojenosti v uvedených oblastech života udává graf č. 1.
12. Rozdíly mezi skupinami s vyšší a nižší spiritualitou a osobním smyslem (OS) v celkovém pocitu subjektivní pohody (WB), v životní spokojenosti (LS), v sebeúctě (SE) v prosociální orientaci (FA1), v prožívání smysluplnosti života (FA2) a v universální spiritualitě (FA3) udává graf č. 2.
13. Statisticky významné rozdíly mezi skupinou respondentů s vyšší a nižší spiritualitou v jednotlivých sledovaných oblastech udává tabulka č. 1.

Graf č. 1

Rozdíly mezi skupinami s vyšší a nižší spiritualitou a osobním smyslem (OS) vzhledem ke spokojenosti v uvedených oblastech života na čtyřbodové škále (velmi nespokojen/a = 4, spíše nespokojen/a = 3, spíše spokojen/a = 2, velmi spokojen/a = 1), HS Fyzická = průměrná hodnota životní spokojenosti ve fyzické oblasti, HS Spirituální = průměrná hodnota životní spokojenosti ve spirituální oblasti, HS Materiální = průměrná hodnota životní spokojenosti v materiální oblasti, HS Psychosociální = průměrná hodnota životní spokojenosti v psychosociální oblasti, HS Psychická pohoda = průměrná hodnota životní spokojenosti v oblasti psychické pohody, HS Domov = průměrná hodnota životní spokojenosti v oblasti prostředí

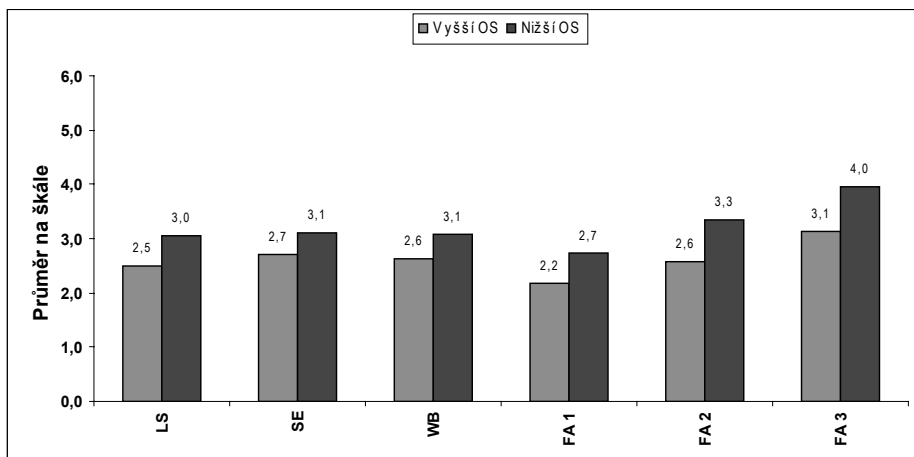
a domov, HS Láska = průměrná hodnota životní spokojenosti v oblasti lásky, HS Sex = průměrná hodnota životní spokojenosti v oblasti sexu, HS Politika = průměrná hodnota životní spokojenosti v oblasti politiky, HS Práce = průměrná hodnota životní spokojenosti v oblasti práce).



Graf č.1

Graf č. 2

Rozdíl mezi skupinami s vyšší a nižší spiritualitou a osobním smyslem (OS) v celkovém pocitu subjektivní pohody (WB), v životní spokojenosti (LS), v sebeúctě (SE), v prosociální orientaci (FA1), v prožívání smysluplnosti života (FA2) a v univerzální spiritualitě (FA3) na 6 bodové škále (rozhodně nesouhlasím = 6, nesouhlasím = 5, spíše nesouhlasím = 4, spíše souhlasím = 3, souhlasím = 2, naprosto souhlasím = 1).



Graf č.2

Skupina mladých lidí s vyšší spiritualitou	Skupina mladých lidí s nižší spiritualitou
Více žen než mužů.	Více mužů než žen.
Více věřících než nevěřících.	Méně věřících než nevěřících.
Více členů církví nebo náboženských.	Méně členů církví a náboženských hnutí než a více nečlenů než ve skupině s vyšší spiritualitou.
Více praktikujících.	Méně praktikujících a více nepraktikujících než ve skupině s vyšší spiritualitou.
Pokládají oblast spirituální pohody (víra, spravedlnost, svoboda, krása a umění, pravda) za důležitější v životě než respondenti s nižší spiritualitou.	Pokládají spirituální oblast za méně důležitou než osoby s vyšší spiritualitou.
Hodnotí oblast psychosociální pohody (rodina, mezilidské vztahy, děti, záliby a bezpečí) jako důležitější v životě než mladí lidé ve skupině s nižší spiritualitou.	Pokládají oblast psychosociální pohody za méně důležitou než respondenti s vyšší spiritualitou.
Prisuzují větší význam oblasti psychické pohody v životě než osoby s nižší spiritualitou.	Pokládají oblast psychické pohody za méně důležitou než respondenti s vyšší spiritualitou.
Pokládají oblast prostředí a domova v životě za důležitější než probandi s nižší spiritualitou.	Hodnotí oblast prostředí a domova za méně důležitou než ti, kteří mají vyšší spiritualitu.
Hodnotí oblast lásky jako důležitější v životě než ti, kteří mají nižší spiritualitu.	
Hodnotí oblast politiky za méně nedůležitou než ti, kteří mají nižší spiritualitu.	Pokládají oblast politiky za více nedůležitou až bezvýznamnou než respondenti s vyšší spiritualitou.
Jsou více spokojeni v oblasti fyzické pohody ve svém životě, tzn. v oblasti zdraví, fyzické soběstačnosti, spánku, péče o sebe a odpočinku, než respondenti s nižší spiritualitou.	Hodnotí se jaké méně spokojeni v oblasti fyzické pohody než ti, kteří mají vyšší spiritualitu.
Jsou více spokojeni v oblasti psychosociální pohody , tzn. v oblasti rodiny, mezilidských vztahů, dětí, zálib a bezpečí, než osoby s nižší spiritualitou.	Hodnotí se jako méně spokojeni v oblasti psychosociální pohody než ti, kteří mají vyšší spiritualitu.
Jsou více spokojeni v oblasti spirituality , tzn. v oblasti víry, spravedlnosti, svobody, krásy, umění a pravdy, než osoby s nižší spiritualitou.	Hodnotí se jako méně spokojeni v oblasti spirituality než ti, kteří mají vyšší spiritualitu.
Jsou více spokojeni v oblasti materiální pohody ve svém životě (peníze, jídlo) než osoby s nižší spiritualitou.	Méně spokojeni v oblasti materiální pohody než respondenti s vyšší spiritualitou.
Jsou více spokojeni v oblasti psychické pohody.	Méně spokojeni v oblasti psychické pohody než ti, kteří mají vyšší spiritualitu.
Jsou více spokojeni v oblasti prostředí domova.	Méně spokojeni.
Jsou více spokojeni v oblasti lásky než osoby s nižší spiritualitou.	Méně spokojeni.
Jsou více spokojeni v oblasti práce než osoby s nižší spiritualitou.	Méně spokojeni.
Jsou více spokojeni v oblasti sexu než osoby s nižší spiritualitou.	Méně spokojeni.

Hodnotili se jako celkově spokojenější než osoby s nižší spiritualitou a osobním smyslem.	Celkově méně spokojeni.
Mají pozitivnější postoj k životu než mladí lidé s nižší spiritualitou a osobním smyslem.	Méně pozitivní postoj k životu.
Mají vyšší sebeúctu než osoby s nižší spiritualitou a osobním smyslem.	Nižší sebeúcta.

Tabulka č. 1

Statisticky významné rozdíly mezi skupinami respondentů s vyšší a nižší spiritualitou

Závěr:

Byly nalezeny souvislosti mezi spiritualitou na jedné straně a kvalitou života a životní spokojeností na straně druhé v kontextu dalších relevantních proměnných. Zjištěné výsledky realizovaného výzkumu potvrdily, že rozvinutá spiritualita je důležitou komponentou kvalitního a spokojeného života mladých lidí.

KVALITA ŽIVOTA VE STÁŘÍ

Vladimír SMÉKAL, Hana HOBZOVÁ

Úvod

V pohledu sociální politiky a sociologie je stáří označováno jako „třetí věk“. Psychologové hovoří o osmém, nebo dokonce devátém věku. Pro zajímavost se podívejme na několik kategorizací stádií vývoje člověka během ontogeneze.

Od kdy je člověk starý?

Pythagoras se domníval, že čtyřem ročním dobám odpovídají následující období našeho života:

- utváření (do 20 let),
- mládí (do 40 let),
- rozkvět sil (do 60 let),
- stáří (po šedesátce).

V indické tradici se život dělí podle dominujících hodnot také na čtyři stádia:

- V dětství a mládí je to touha po uspokojení tužeb.
- V mladé dospělosti úsilí o bohatství nebo moc či úspěchy.
- Ve zralé dospělosti směřování ke zodpovědnosti, touha plnit své povinnosti.
- Ve stáří úsilí o vymanění z tužeb, touha po osvobození a nalezení smyslu existence.

Ve staré Číně se život dělil na

- mládí (do 20 let),
- věk uzavírání manželství (do 30 let),
- věk plnění společenských povinností (do 40 let),
- věk poznávání vlastních omylů (do 50 let),
- poslední možnost tvůrčího života (do 60 let),
- věk moudrosti (do 70 let),
- stáří (po sedmdesátce).

Už v 19. století si kdosi všiml, že existuje s věkem člověka spjatý žebříček dominujících životních problémů a úkolů, jejichž objektivní naléhavost i subjektivní prožívání závisí na tom, jak úspěšně jsme je zvládli.

- Do 25 let hovoří o věku kvalifikace, který se při neúspěchu mění ve věk nezakotvenosti;
- do 35 let jde o věk kariéry, který se při neúspěchu stává věkem rozvratu;

- do 45 let jde o věk autority (výsledků), při neúspěchu věk zklamání;
- do 50 let se předpokládá věk akce (postavení), při nezdaru věk závisti;
- do 60 let lze charakterizovat životní dráhu jako věk hodnoty, který se při neúspěchu stává věkem rezignace;
- do 65 let je možný věk důstojnosti, který se při nesplnění osobních očekávání zvrací ve věk cynismu;
- po 65 letech je před námi věk moudrosti, který se může zvrtnout ve věk zatrpklosti.

Kajka'ús (1021 – 1099), perský myslitel, básník a spisovatel, ve své „*Knize rad*“ už před tisíci léty napsal:

Člověk do třiceti čtyř let každým dnem nabírá síly a zdatnosti, pak do čtyřiceti zůstává beze změny stejně jako slunce, když dosáhne zenitu, zpomalí svůj chod. Od čtyřiceti let do padesáti každý rok na sobě zpozoruje chorobu, kterou minulého roku ještě netrpěl; od padesáti do šedesáti každý měsíc shledává nedostatek, kterého si předešlý měsíc nevšiml; od šedesáti do sedmdesáti každým týdnem zjistí nemoc, o které neměl ještě před týdnem tuchy; a od sedmdesáti do osmdesáti každý den odkrývá nový neduh. A jestliže překročí osmdesátku, každá hodina přináší novou bolest a nová soužení. Hranice, do kdy má člověk radost ze života, je čtyřicet let; když nadejde čtyřicítka, jako kdybys usedl na nejvyšší příčce žebříku, a tak, jak ses vyšplhal, musíš zase slézt.

Dnes už toto značně pesimistické vylíčení průběhu života tak docela neplatí. Nové poznatky o stárnutí mozku jsou zdrojem mírného optimismu.

Je možno změny způsobené stárnutím oddálit? – Ano, začneme-li v mládí

Jakou úlohu v dynamice změn má životní styl? – Značnou.

Výzkumy neuropsychologů, potvrzují, že aktivní duchovní a duševní život a zdravá životospráva dokáží kompenzovat i eventuelní vliv genetické dispozice.

Publikace „*Paradoxy moudrosti*“ amerického neuropsychologa ruského původu E. Goldberga (2006) určená odborníkům i širší veřejnosti pojednává o tom, že stárnutí mozku nemusí nutně znamenat pokles mentální výkonnosti. Tomuto problému se autor věnuje v řadě rovin – historické, kulturní, psychologické a neurologické – a doplňuje je příklady ze života historických osobností. Zabývá se funkcemi obou hemisfér a oproti dosavadnímu tvrzení zdůrazňuje nový vědecký poznatek, že i mozkové buňky se obnovují. V závěru přináší kniha náměty, s jejichž pomocí lze stárnutí mozku zpomalit, či dokonce potlačit.

Psychologie přináší mnoho dokladů o tom, že běh života a jeho závěrečná stádia – stárnutí a stáří – nejsou ani tak závislá na datu narození jako na biologickém a psychologickém věku.

V psychologii je obecně přijímáno rozlišení životní cesty do osmi etap (Podle E. Eriksona, 1999). Stárnutí a stáří je osmou etapou, pro kterou je vývojovým úkolem dosažení moudrosti. Je výsledkem zápasu mezi úsilím o integritu a rozkladnými silami

nepříjemností zdravotních, sociálních i psychických. Není-li integrity dosaženo, upevní se v osobnosti seniora zoufalství a beznaděj, což je často okolím zpracováno v projevech nezájmu a opovržení, které uvedené pocity ještě fixují. Senioři potřebují pozitivní zkušenosti o stavu světa a projevy zájmu okolí o jejich názory. Mají-li možnost stýkat se s pozitivně smýšlejícími vrstevníky, je to pro ně velký zdroj posily.

Tělesné, zdravotní, sociální a psychické změny, které ohrožují kvalitu života

Tělesné a zdravotní změny fyziologické

- zhoršení zraku,
- zhoršení sluchu,
- potíže s rovnováhou,
- potíže s hybností – osteoporóza,
- inkontinence,
- zhoršení zdravotních potíží zanedbávaných v předchozích obdobích – revmatismus, diabetes.

Sociální

- pocity osamocení a opuštěnosti (nikdo s nimi nemluví a nenaslouchá jim),
- nároky na pozornost a zájem okolí o jejich problémy,
- odchod dospělých dětí z rodiny (syndrom opuštěného hnízda),
- změna bydlení (přestěhování), případně odchod do zařízení pro seniory (domov důchodců, domov-penzion, dům s pečovatelskou službou),
- smrt partnera, vrstevníků, přátel,
- neduhy stáří.

Psychologické

- změny myšlení,
- změny paměti,
- změny v hodnotách,
- názorová ulpívanost,
- rigidita ve vztazích,
- podezřívavost a nedůvěra (okolí musí počítat s paranoiditou),
- často nepochopitelná naivita,
- témata komunikace jsou převážně negativní a opakující se,
- problémem je duševní přijetí věkem daných omezení,
- moudrost je řídká, ale skvělá (E. Goldberg).

Co senioři vyžadují od okolí

Mluvit na ně

Naslouchat jim

Politika státu vůči seniorům

Europoslankyně Zuzana Roithová představuje české odborné veřejnosti projekt EU označený jako „Společný program AAL“, který má mimo jiné přispět k zavádění inteligentních pomocníků do domácností seniorů. Konstatuje, že ve všech evropských zemích se tisíce projektů věnují zvyšování kvality života ve stáří. Společný výzkumný program asistovaného žití je ale zajímavý tím, že se týká výzkumu a vývoje informačních a komunikačních technologií orientovaných na starší občany – nejde o to přímo podporovat domovy důchodců, ale dát zelenou vývoji takových informačních technologií, které zkvalitní život starších obyvatel i v domácnostech.

Současná vláda reaguje na demografické údaje o prodlužujícím se věku života a iniciuje vytváření opatření, která podporují kvalitu života. Nejde jen o plynulé zvyšování důchodů, ale také o vytváření podmínek pro to, aby senior mohl pobývat v domácím prostředí. Proto podporuje programy, které umožňují setrvání a důstojný život v domácím prostředí co nejdéle podle vlastního přání. S tím souvisí potřeba provázání zdravotních a sociálních terénních pracovníků docházejících za seniory a zajištění jejich dostatečného množství.

To ovšem vyžaduje úpravy zákonných opatření o sociálních službách. Současný systém sociálních služeb umožňuje seniorům čerpat příspěvek na péči ve čtyřech stupních od 2 000 do 11 000 Kč. V roce 2006 bylo za vlády ČSSD vydáno na sociální služby 13 mld. Kč, v roce 2007 místo plánovaných 16,5 mld. Kč o 6 mld. Kč více a v roce 2008 to bude už 25 mld. Kč. Tento zákon je však nedostatečně efektivní a vyžaduje změny. Finanční prostředky nesmějí ze systému unikat a musejí být vynaloženy na skutečnou péči.

Významnou novou službou pro seniory jsou komunitní centra a stacionáře, kde může rodina zanechat seniora přes den. Tato centra budou poskytovat starším spoluobčanům a rodinám podporu a flexibilní služby.

Uvažuje se i o zdokonalení systému terénních sester a lékařů, kteří budou za staršími lidmi chodit až domů.

Plánují se speciální školení v oboru geriatrie. Chystá se nový zákon, který umožní rychlé měnění režimu pacienta podle toho, zda zrovna potřebuje zdravotní nebo sociální péči.

Už je v běhu kontrola kvality ústavní péče. Řada lůžek v léčebnách dlouhodobě nemocných se bude transformovat na specializovaná geriatrická oddělení s vyšší kvalitou péče o seniory.

Uvažuje se o zavedení příspěvku dětí na dlouhodobý pobyt rodičů v léčebnách, jehož výše se bude odvíjet od finanční situace rodiny. Z průzkumu vyplývá, že 56 % seniorů přispívá svým dětem ze svého důchodu, zatímco 72 % dětí nikdy nepřispělo svým rodičům.

Je žádoucí posílit mezigenerační solidaritu v těch případech, kdy už rodina není schopna postarat se o seniora v domácím prostředí.

Mají být zavedeny daňové slevy pro pracující důchodce, podpora opatření k zaměstnávání starších pracovníků a zvýhodnění zaměstnávání na částečný pracovní úvazek.

Co ukázal výzkum kvality života seniorů

Zkoumání kvality života a životní spokojenosti seniorů z psychologického hlediska je důležité pro přispění k realizaci opatření pro život seniorů doma i v zařízeních sociální péče a LDN. Diplomová práce H. Hobzové (2005)¹, přinesla řadu zjištění, z nichž dále uvádíme ta nejpodnětnější.

Výzkum ukázal, že obyvatelé domovů důchodců připisují menší důležitost péči o sebe sama, o prostředí a bydlení, o fyzickou soběstačnost a psychickou pohodu v důsledku relativně horšího zdravotního stavu této skupiny respondentů, a to i v důsledku nižší míry autonomie a soběstačnosti, která pobyt v domovech důchodců provází. Vyšší důraz položený na úlohu víry odpovídá předpokladu, že při zhoršování zdraví a omezování základních potřeb se přesouvá zájem stárnoucího člověka na vyšší úroveň kvality života, naplňovanou například duchovními zájmy.

Životní spokojenost, která podle výsledků korelačních analýz s kvalitou života úzce souvisí, se taktéž u jednotlivých skupin respondentů liší. Zatímco však v celkových skórech kvality života dosahovali nejvyšších výsledků respondenti bydlící doma, v případě celkové životní spokojenosti uváděli vyšší životní spokojenost respondenti bydlící v penzionech pro důchodce. Tento závěr se může ve skutečnosti ukázat jako mylný a ovlivněný nereprezentativním výběrem respondentů, avšak v rámci studie se ukazuje významným. Možné vysvětlení souvisí s faktem, že instituce typu penzionů pro důchodce zabezpečují svým obyvatelům pomoc v každodenních záležitostech, zároveň však poskytují seniorům vysokou míru autonomie se souběžnou možností vyhledávat sociální kontakt s ostatními obyvateli. Tato pozitiva se pak projevují ve vyšší životní spokojenosti obyvatel penzionů.

Nízké hodnoty v položkách „Téměř zcela se můj způsob života shoduje s mým ideálem“ a „Podmínky mého života jsou vynikající“ u dvou skupin respondentů – bydlících v domovech důchodců a v charitních zařízeních taktéž naznačuje, že pobyt v těchto institucích není vnímán jako chtěný a vítaný. Většinou je přestěhování se do instituce ústavního typu provázeno zhoršením zdravotního stavu a vytrhnutím z přirozeného prostředí starého člověka. Provází ho ztráta dosavadních sociálních kontaktů i kontaktů s rodinou, což vede k nižší aktuální životní spokojenosti, ale také k nižší spokojenosti s oblastmi kvality života. Například hodnocení položky kvality života prostředí a bydlení, které úzce souvisí se způsobem respondentova bydlení, je u obyvatel domova důchodců signifikantně nižší než u respondentů bydlících doma a v penzionech.

Shodnost a kontinuální povaha hodnocení důležitosti životních oblastí odpovídá představě o ustáleném žebříčku hodnot a představ o světě u starších lidí. Tyto hodnoty jsou potenciálními zdroji hledání životního smyslu ve stáří, čemuž napovídá i výsledek srovnání dotazníku Profil osobního významu, u kterého nebyly nalezeny rozdíly mezi jednotlivými podsoubory respondentů. Zdroje smyslu života ve stáří tak zřejmě zůstávají stejné pro všechny seniory, ovšem s přihlédnutím k individuálním rozdílům. Nalézání a naplňování smyslu života jako celku se jeví jako nezávislá komponenta života ve stáří. Na nižší úrovni, v jednotlivých dimenzích Profilu osobního významu jisté rozdíly pozorovatelné jsou, a to v dimenzi „dosažení smyslu života“ a v dimenzi „vztahy s ostatními.“ Dimenze intimity, u které by bylo možné taktéž předpokládat její nižší naplnění u skupiny respondentů bydlících v domově důchodců, významného rozdílu nedosahuje.

¹ Vedoucím práce byl prof. PhDr. Vladimír Smékal, CSc.

Zjištěný výsledek může být však ovlivněn nižším počtem vyplněných dotazníku Profil osobního významu ve skupině obyvatel domovů důchodců.

Povaha vztahů mezi třemi koncepty hodnocení života, kvalitou života, životní spokojeností a smyslem života, naznačuje, že si jsou poměrně blízké (hodnota koeficientů se pohybuje od 0,423 do 0,567), a udává jejich lineární podmíněnost. Můžeme tedy říci, že uspokojivá kvalita života vede ke spokojenému životu a k úspěšnějšímu nalézání zdrojů životního smyslu. Nebo z jiného úhlu pohledu: nalezení smyslu života vede k vyššímu hodnocení kvality života a životní spokojenosti, bez ohledu na objektivní překážky.

Ve srovnání čtyř podsouborů respondentů se ukazuje jako velmi příznivý způsob bydlení typu penzionu pro důchodce. Jeho obyvatelé přes svůj vyšší věk a vyšší míru zdravotních problémů skórují ve všech konceptech výzkumné studie výše než obyvatelé domova důchodců a charitních zařízení, velice podobně jako respondenti bydlící doma. Rozvoj tohoto typu institucí sociální péče o seniory by tak mohl vést ke spokojenějšímu a úspěšnějšímu stárnutí většího počtu seniorů, než je tomu doposud.

Jak udržet kvalitu života navzdory negativním důsledkům změn ve stáří?

Kdykoliv jsou senioři v osobní tělesné, psychické, duchovní nebo sociální krizi, měli by vědět, že nelze zabránit přibývání let pohybem v čase. Záleží však na tom, jak svůj věk prožíváme, jaký postoj k létům svého života zaujímáme. Proto je třeba naučit se:

- relaxovat,
- vybavit si v paměti vzpomínky na zážitky a události plné pohody,
- komunikovat s nepodmíněným základem své osobnosti (= s Bohem) modlitbou a meditací,
- připomínat si staré orientální rčení: Vidět růže na trnitém keři než se soustředit na trny na růžovém keři.

V mnoha studiích najdeme shrnutí podmínek pohody a nepohody seniorů. Podívejme se na přehled, který uvádí J. Křivohlavý (2004):

Kdy je lidem dobře?

Charakteristiky osobních cílů, které vedou k dobrému subjektivnímu stavu:

- konkrétně definované, splnitelné cíle (chodit slušně oblečen, mluvit pomalu a zřetelně...),
- cíle naznačující přibližování se dominantnímu, nejvyššímu, celoživotnímu zaměření,
- cíle definované v termínech duchovní dimenze života (spirituální cíle),
- cíle s charakteristikou skupinové afilace,
- cíle zaměřené na zvyšování intimity v nejužších přátelských vztazích,
- generativní cíle,
- cíle vycházející z vlastního osobního rozhodnutí dané osoby (intrinsické cíle),
- cíle vyznačující se vyšší mírou oddanosti zvolené činnosti.

Kdy lidem dobře není

Charakteristiky osobních cílů, které vedou k nedobrému subjektivnímu stavu:

- mocenské cíle (definované v termínech užití až zneužití moci),
- ambivalentní (rozporuplné) cíle,
- cíle dodávané člověku z jeho okolí (extrinšické cíle),
- konfliktní cíle (volba cílů, které kolidují s jinými již zvolenými cíli),
- příliš abstraktní cíle (být 100 % čestný, myslet vždy jen na pozitivní věci...),
- snahy vyznačující se touhou od něčeho se distancovat (oddalovat).

Desatero pro zvládání průvodních jevů stárnutí a stáří.

1. Zavrhněte čísla, která nejsou pro štěstí příliš důležitá – nepodstatné údaje, jako jsou věk, váha, krevní tlak či hladina cholesterolu. Nečejte na lékařích, ať se starají o jejich optimální výši.
2. Vyhledávejte optimisty – lidi, kteří kolem sebe šíří pohodu a dobrou náladu. Pokud je to možné, vyhýbejte se fňukalům, mrzoutům a věčným nespokojencům, šířícím špatnou náladu. Pokud se jim vyhnout nemůžete, ukazujte jim pozitivní stránky života za všech okolností. Radujte se i z obyčejných, každodenních a zdánlivě všedních věcí.
3. Stále se něčemu novému učte, něco nového poznávejte. Naučte se třeba pracovat na počítači, něco rukodělně vyrábějte, pracujte na zahrádce. Hlavně nenechejte ani tělo ani mozek zahálet. „*Líná mysl je ďáblovo dílo – a ďábel se jmenuje Alzheimer.*“ A pamatujte si – lepší činnost zbytečná než žádná.
4. Nestyďte se za smích, smějte se často a nahlas. Smějte se, až se začnete popadat za břicho. Chodte do kina nebo sledujte v televizi veselohry.
5. I pláč je prospěšný a uvolňuje napětí. Nebojte se dát průchod odůvodněnému smutku, ale snažte se najít nějakou smysluplnou činnost či pomoc druhým. A uvědomte si, že jste sami se sebou neustále. Přítakejte životu, ať je jakkoliv obtížný.
6. Obklopte se věcmi, které máte rádi – pěstujte květiny, pořídte si domácího mazlíčka, věnujte se sběratelství. Vytvořte si ve svém domově útočiště před vnějším světem.
7. Pečujte o své zdraví. Nezanedbávejte prevenci. Zvolte zdravý životní styl. Máte-li zdravotní potíže – nebojte se vyhledat odbornou pomoc.
8. Nehledejte únik v alkoholu ani v drogách. Než sám popíjet nebo se trápit doma, je lepší vydat se mezi lidi – třeba do nákupního centra. Věnujte se pěší turistice, pokud můžete. Jezděte na poznávací zájezdy, jen si vybírejte takové, které odpovídají vaší kondici. Najděte si centrum regeneračních aktivit pro seniory.
9. Říkejte často lidem, že Vám na nich záleží a že je máte rádi, nevnučujte se jim, ale dávejte jim to najevo svým vstřícným a srdečným chováním.
10. Probouzejte v sobě zájem o duchovní život, který začíná úžasem a nadšením i nad obyčejnými dary života. Proti nevědomosti, strachu a sobectví, které představují největší zlo v jednotlivcích i národech, rozvíjejte víru, naději a lásku ve vztahu ke smyslu a hodnotám života.

*Podle zahraničních pramenů připravili
Vladimír a Ema Smékalovi*

Závěry

Zkoumání prvků a determinant, které se podílejí na kvalitě života, životní spokojenosti, pocitu štěstí, naděje či moudrosti, není běžnou součástí tradičních psychologických výzkumů seniorů. Objevuje se však v posledních desetiletích společně s rozvojem bádání v rámci pozitivního paradigmatu psychologie, které se snaží doplnit a rozvinout dosavadní psychologické vědění.

Zájem o pozitivní aspekty života člověka se prozatím soustředí na jejich obsahové vymezení, vyjasnění definic, popřípadě vytváření modelů. Teprve v nedávné době se orientuje i na možnou proměnu a vývoj v průběhu lidského života. Do této snahy spadá i předkládaná diplomová práce, která se pokouší zmapovat vývojové období stáří, shrnout jeho biologické, sociální a psychologické aspekty a ozřejmit určitá témata vycházející právě z pozitivního pohledu na stáří.

Vybrané pozitivní složky života ve stáří, které jsou v rámci teoretické a výzkumné části této práce diskutovány, se týkají kvality života, životní spokojenosti a prožívané smysluplnosti života. Ty jsou ve stáří konfrontovány s involučními změnami, neoddělitelnými od biologického procesu stárnutí. Mezi ztráty provázející proces stárnutí můžeme řadit změny senzorických funkcí, klesající adaptabilitu, úbytek fyzických či psychických sil a mnoho dalších, jejichž výčet by byl velmi obsáhlý. Těmto změnám se stárnoucí člověk musí umět přizpůsobit tak, aby mohl svůj život i nadále považovat za uspokojující a šťastný. Oproti zmíněným ztrátám ve stáří stojí významné zisky, které s sebou stáří přináší; jde především o prohlubující se moudrost, trpělivost či stálost názorů a pohledů na svět.

Hodnocení zisků a ztrát ve stáří se odrazí při subjektivním hodnocení kvality života a na životní spokojenosti. Provázanost těchto aspektů v průběhu celého života je zřejmá, ve stáří však získává jistá specifika. V hodnocení svého života se staří lidé často uchylují k retrospektivě, mají tendenci kvalitu svého života a životní spokojenost vztahovat na celý svůj dosavadní vývoj a touto optikou pak hodnotit svůj aktuální stav. Přesto jsou subjektivní metody zkoumání kvality života a životní spokojenosti ve stáří jediné možné, neboť objektivní posouzení by předpokládalo i objektivní kritéria, jež není možné pro poslední vývojové období stáří přesně zachytit.

Objektivita hodnocení kvality života a životní spokojenosti ve stáří by neměla být ani cílem, naopak. Proces stárnutí je individuálně variabilní a existence vnějších fyzických omezení nemusí mít na spokojenost s vlastním životem vliv. Záleží spíše na postoji, jaký člověk k procesu stárnutí zaujme a teprve ten pak má spojitost s hodnocením života ve všech jeho složkách. Optimistický přístup k vlastnímu stáří není samozřejmostí a jeho hledání může být velmi obtížné. Pokud se podaří, znamená většinou souběžné nalezení těch zdrojů životní spokojenosti a smyslu života, které nejsou provázané s biologickou schránkou, ale mají přesah do duševní a duchovní složky osobnosti.

Staří lidé většinou spatřují zdroje spokojenosti a kvality života v oblastech rodiny, dětí, psychické pohody či víry. Stahují se ze širších sociálních kontaktů a veřejný život či politika je zajímají stále méně. Obecná důležitost životních oblastí se ovšem s věkem příliš nemění, základní potřeby, jako je zdraví, fyzická soběstačnost či uspokojivé prostředí a bydlení, zůstávají stále. Obtížněji se však s přibývajícími roky naplňují, a tak se nižší spokojenost s nimi odráží i na klesající obecné životní spokojenosti. Akcentují

se tak ty složky života, které nejsou na těchto základních potřebách závislé, jako je transcendence či přijímání sama sebe, vedoucí k nalezení smyslu života ve stáří.

Zkoumání složitého a obsáhlého tématu kvality života a životní spokojenosti ve stáří by podle mého názoru mělo být přínosné nejen pro bližší poznání tohoto vývojového období, ale má svůj přesah i do širšího pohledu na společnost. Kvalita života a životní spokojenost by se mohly stát možnostmi, jak na lidský život nahlížet v průběhu jeho celého vývoje.

Další rozšiřující zkoumání těchto konceptů je nezbytné. Diplomová práce pouze naznačila možná témata, která se kvality života, životní spokojenosti a smyslu života ve stáří týkají. Další rozvinutí by mohlo vést ve směru hledání a přizpůsobování nejvhodnějších metod, které u starších lidí použít, nebo k hlubšímu porozumění, proč se hodnocení kvality života a životní spokojenosti u různých skupin liší a jaké konkrétní detaily je naplňují.

Možnost uplatnění výsledků získaných v DP je také v jejich zařazení do chystané publikace o kvalitě života a metodě SQUALA vycházející z výzkumů provedených PhDr. Evou Dragomireckou, PhD., v rámci aktivit Psychiatrického centra Praha.

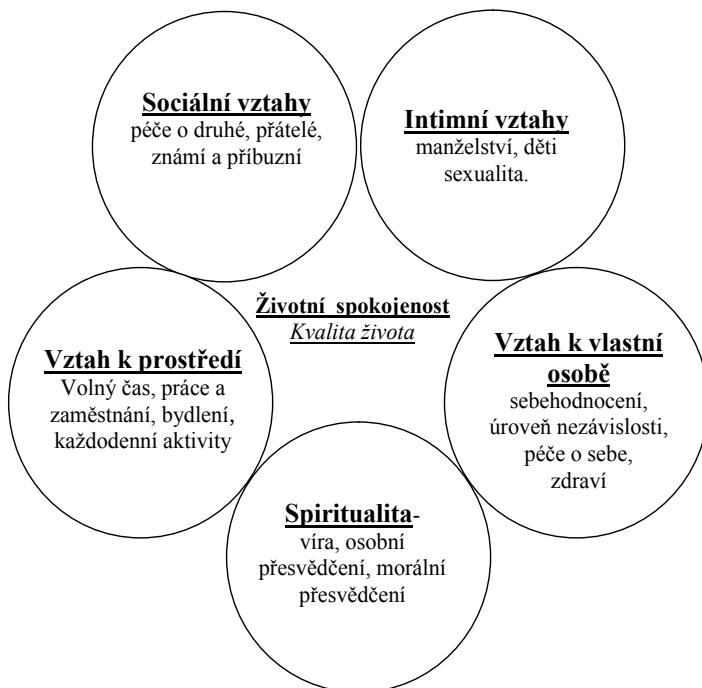
Oblasti života jako zdroje životní spokojenosti

dle C. Hawis, J. Fahrberg, WHO

Do každého kruhu napište své ohodnocení toho, jak vás příslušná oblast života uspokojuje.

Použijte stupnice 1 – 9, kde 1 znamená nejméně, 9 nejvíce:

Nízká míra spokojenosti	Střední míra spokojenosti	Vysoká míra spokojenosti
1 - 2 - 3	4 - 5 - 6	7 - 8 - 9



ABSTRAKTA

Paradoxy kvality života, která souvisí se zdravím (HRQL)

Jiří MAREŠ, Jana MAREŠOVÁ

Abstrakt: Cíle této přehledové studie lze shrnout do tří bodů: 1. přiblížit pojem kvalita života související se zdravím a jeho klinické využití, 2. charakterizovat pojem paradox, 3. popsat a vysvětlit pět paradoxů, které byly zjištěny při zkoumání té kvality života, jež souvisí se zdravím. Pojem kvalita života, aplikovaný ve zdravotnictví obecně a v jednotlivých medicínských oborech zvláště, má své specifické označení: HRQL (health-related quality of life). Obecně lze říci, že HRQL je užší pojem než kvalita života a je vhodné s ním pracovat, pokud se uvažuje o širších kontextech poskytování zdravotní péče. Při zjišťování kvality života související se zdravím hrají nezanedbatelnou roli psychologické, sociální, kulturní a etnické faktory.

Klíčová slova: kvalita života, kvalita života související se zdravím, paradoxy kvality života

Otázky kvality života na základě předchozích výzkumů

Oliva ŘEHULKOVÁ, Evžen ŘEHULKA

Abstrakt: V článku je shrnuto několik studií, v nichž se autoři zabývali zkoumáním kvality života u učitelek základních škol a u adolescentní mládeže. Ve výsledcích se klade důraz na studium struktury kvality života, která se věkem kvalitativně mění, věk je dobré zvažovat při interpretaci údajů o kvalitě života, je specificky závislá na zdraví a na průběhu výkonu pedagogického povolání; některé charakteristiky kvality života v mladém věku mohou signalizovat pozdější zdravotní ohrožení. Kvalitu života je možno programově, tedy výchovně, sebevýchovně či psychoterapeuticky ovlivňovat.

Klíčová slova: kvalita života, struktura kvality života, dynamika kvality života, profese učitele, adolescentní mládež

Kvalita života z pohledu empirických dat

Jitka ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, Bohumil VAŠINA

Abstrakt: Studie uvádí srovnání různých metod a technik pro diagnostiku kvality života. Položili jsme otázku nakolik spolu souvisí míra kvality života a životní spokojenost měřené různými metodami.

Klíčová slova: SEIQoL, vicepoložková škála kvality života, celková životní spokojenost, grafické a numerické škály, kvalita života

Následky léčby dětských nádorových onemocnění a jejich vliv na kvalitu života: předběžné výsledky projektu QOLOP

Marek BLATNÝ, Tomáš KEPÁK, Irena VLČKOVÁ, Martin JELÍNEK, Petra NAVRÁTILOVÁ, Milan PILÁT, Šárka KÁROVÁ, Alena SLEZÁČKOVÁ, Hana HRSTKOVÁ, Jaroslav ŠTĚRBA

Abstrakt: Psychosociální a kognitivní problémy po prodělané léčbě dětské malignity jsou jedním z nejčastějších zdravotních problémů po léčbě. Projekt QOLOP (Quality of Life Longitudinal Study of Pediatric Oncology Patients) je prospektivní longitudinální studie, která si klade za cíl identifikovat oblasti, v nichž je snížena kvalita života dětí po léčbě nádorového onemocnění, a to jak v objektivních ukazatelích (mobilita, funkce smyslových orgánů, sociální začlenění), tak v subjektivní percepci spokojenosti (emoční prožitky, životní spokojenost). V předkládané studii analyzujeme data od 37 bývalých onkologických pacientů ve věku 8 – 14 let, která jsme porovnali s kontrolní skupinou dětí z brněnských základních škol. Zaměřili jsme se na čtyři oblasti kvality života: zapojení do běžných denních aktivit, vztahy mezi dětmi a rodiči, depresivitu a vnímanou kvalitu života. Děti po onkologické léčbě uváděly menší míru zapojení do sociálních aktivit, nižší míru depresivity a větší spokojenost se svým zdravím, vírou, vzhledem a možností chodit do školy, než děti z kontrolní skupiny. Žádné rozdíly nebyly zjištěny v tom, jaké vztahy mají se svými rodiči. Některé výsledky jsou neočekávané (nižší míra depresivity u dětí po léčbě) a jsou podrobně diskutovány.

Klíčová slova: dětská onkologie, kvalita života, důsledky léčby, psychosociální a kognitivní

Kvalita života pečovatелů o děti s onkologickým onemocněním

Helena VAĐUROVÁ

Abstrakt: Příspěvek představuje koncept kvality života pečovatелů o děti s onkologickým onemocněním, zabývá se jednotlivými faktory ovlivňujícími subjektivní hodnocení kvality života pečovatелů a prezentuje současné modely kvality života pečovatелů a možnosti jejího měření. Příspěvek dále analyzuje současnou situaci v oblasti poskytování nelékařských služeb (psycholog, sociální pracovník, neziskový sektor, duchovní služby, ubytování během léčby, speciální pedagog, atd) pečovatелům v České republice. V závěru příspěvek prezentuje dílčí výstupy výzkumu provedeného v roce 2007, jenž analyzoval hodnocení kvality a adekvátnosti současně nabídky nelékařských služeb pečovateli a vliv jejího využívání na kvalitu života pečovatелů o děti s onkologickým onemocněním.

Klíčová slova: onkologické onemocnění, pečovatel, kvalita života pečovatele, faktory ovlivňující kvalitu života pečovatele, zvládání zátěže, měření kvality života pečovatele

Význam práce herního specialisty s kinezioterapeutickou specializací u onkologicky nemocných dětí

Marie BLAHUTKOVÁ, Jana DLOUHÁ

Abstrakt: Pobyt dítěte v nemocnici znamená vždy velkou psychickou zátěž, zejména pokud je dítě vážně nemocné. Tato zátěž představuje mnoho bolesti, stres z prostředí, strach z bílého pláště, nečekanou samotu, strach z budoucnosti a další negativa. Všechny tyto příčiny mají za následek postupnou změnu osobnosti dítěte. Práce herních specialistů v oblasti kinezioterapeutických přístupů má za následek zlepšování komunikace s nemocničním personálem, zlepšení spolupráce s rodinou a ovlivňuje také kvalitu života nemocných dětí.

Klíčová slova: kinezioterapie, dětská onkologie, psychomotorika, psychostimulace

Vliv vyučovacího procesu v našich ZŠ při nemocnicích na kvalitu života nemocného dítěte

Jana DLOUHÁ, Marie BLAHUTKOVÁ

Abstrakt: Článek se zabývá vyučovacím procesem ve škole při nemocnici, neboť výchova a vyučování ve škole při nemocnici není samostatným

a neodvislým procesem, nýbrž je součástí procesu léčebného. Řeší se zde navázání osobního kontaktu s nemocným dítětem jako nutné východisko každé učebně výchovné práce na dětském lůžkovém oddělení, dále potřebnost spolupráce učitele ve škole při nemocnici s kmenovou školou žáka a organizace vyučování hospitalizovaných žáků. Stěžejní pozornost je věnována didaktice hospitalizovaných dětí – teorii vzdělání, tj. nutné úpravě obsahu a rozsahu učiva s ohledem na žákův zdravotní stav a na to, jak dlouho je žákovi ošetřujícím lékařem povoleno účastnit se vyučování. Poukazuje se zde na možnost – s ohledem na nově zavedené ŠVP – do vzdělávací oblasti Člověk a jeho zdraví vhodně začlenit i vysvětlování podstaty onemocnění dětí, léčebných zákroků a procedur, kterým se dítě během jeho pobytu v nemocnici podrobuje. V teorii vyučování hospitalizovaných žáků se autorky zabývají tím, jaké vyučovací metody, formy a prostředky se jeví jako nejvhodnější pro potřeby vyučování žáků v nemocničním prostředí, a vlastní strukturou vyučovacího procesu ve škole při nemocnici: zvláštnostmi didaktických metod u hospitalizovaných žáků – motivačních, expozičních se zaměřením na didaktické pomůcky, fixačních a roli samostatné práce a klasifikaci nemocných žáků včetně sebehodnocení žáků.

Klíčová slova: základní školy při zdravotnických zařízeních, teorie vzdělání, teorie vyučování, výchova a vyučování jako součást léčebného procesu, organizace vyučování, didaktika hospitalizovaných dětí, struktura vyučovacího procesu ve škole při nemocnici, didaktické metody.

Volný čas dětí v nemocnici a kvalita života

Jana DLOUHÁ, Marie BLAHUTKOVÁ

Abstrakt: Článek se zabývá problematikou volného času dětí hospitalizovaných v nemocničním prostředí. Zamýšlí se nad tím, jaká specifika mají funkce volného času v nemocničním prostředí. Jaké aktivity přispívají k relaxaci dětí, ke kompenzaci jejich stresů a obav z průběhu léčby a doby hospitalizace, k osobnostnímu rozvoji dětí. Poukazuje na důležitost práce učitele a vychovatele ve škole při nemocnici v souvislosti s ovlivňováním volného času nemocných dětí. Pozornost je dále věnována roli dobrovolníků a netradičním aktivitám pro malé pacienty, jako jsou výlety vně areálu nemocnice, konkrétně výlety onkologických pacientů do ZOO města Brna.

Klíčová slova: volný čas, volný čas dětí v nemocnici, funkce volného času, škola při nemocnici, mimořádné aktivity dobrovolníků.

Postoje žáků ke kvalitě života školy – výzkumné teze

Věra VOJTOVÁ

Abstrakt: V článku představujeme pedagogický nástroj pro zjišťování postojů žáků základních škol ke kvalitě života ve škole. Jde o první fázi našeho dlouhodobého výzkumu, jehož cílem bylo ověřit použitelnost škály k měření kvality života školy z perspektivy žáků. Vycházíme z kvality života školy v kontextu inkluzivního vzdělávání. Představíme koncept a metodologii našeho výzkumu a výsledky vybraných výzkumných zjištění, která nás pro výzkum inspirovala. Interpretujeme zde postoje žáků základních škol ke kvalitě života školy, která jsme získali na souboru 1596 respondentů. V celkové škále hodnocení školního života převažují mírně pozitivní postoje. Žáci základních škol spojují školu s příležitostmi k učení, uvědomují si možnosti a příležitosti, které jim škola dává. Škola pro ně však není místem „kam skutečně rádi chodí“, ve škole sami sebe vnímají jako méně důležité, pozornost k vlastní osobě pocítují spíše ambivalentně zvláště ve vyšších ročnících.

Klíčová slova: kvalita života školy, riziko vylučování, škola pro všechny, inkluzivní vzdělávání, postoje ke školnímu životu, koncept kvality života.

Psychotraumatizace žáků, studentů i učitelů na českých školách

Rudolf KOHOUTEK, Eva FILIPKOVÁ

Abstrakt: Příspěvek se zabývá různými druhy psychotraumatizace během školní docházky. Na základě výzkumu u studentů vysokých, středních a základních škol byly zjištěny nejčastější stresové faktory, které jsme roztrídili na několik typů. Mezi nejčastější stížnosti patřilo učitelovo ponižování studenta, poruchy osobnosti učitele (neuroticismus, „choleričnost“) a šikana ze strany učitelů i mezi studenty. Identifikovali jsme symptomy psychotraumatizace a navrhli možnosti prevence a terapie psychotraumatizace ve školách. V příspěvku uvádíme několik příkladů mikrotraumat, mající negativní dopad nejen na školní výkon, ale také na žákův duševní a sociální vývoj.

Klíčová slova: psychotraumatizace, mikrotraumata, stresové faktory, prevence psychotraumatizace

Kvalita života dlouhodobě nezaměstnaných

Božena BUCHTOVÁ

Abstrakt: Cílem studie bylo zkoumat vztah mezi dlouhodobou ztrátou práce, kvalitou života a proměnnými věkem, pohlavím, vzděláním a délkou ztráty práce. K měření subjektivního hodnocení kvality života bylo použito metody SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life) autorů C. A. Boyle, H. McGee, C. K. B. Joyce. Výzkumný vzorek zahrnoval 1957 respondentů, z toho 966 dlouhodobě nezaměstnaných, kontrolní vzorek 949 zaměstnaných, dále 22 bezdomovců a 20 nezaměstnaných matek po mateřské dovolené. Strukturované rozhovory s prvními dvěma skupinami respondentů probíhaly po celém území ČR, rozhovory s bezdomovci a s nezaměstnanými matkami po mateřské dovolené byly uskutečněny v regionu Moravy a Slezska. Výsledky výzkumu prokázaly: 1. V profilu kvality života zaměstnaných i nezaměstnaných respondentů jsou významné stejné životní oblasti v pořadí důležitosti – rodina, zdraví, práce, duševní pohoda a vztahy mezi lidmi. U lidí bez domova a nezaměstnaných matek po MD bylo preferováno odlišné pořadí životních oblastí, podmíněné jejich životní situací. 2. Vlivem ztráty práce nabývají důležité životní oblasti rozdílné relativní četnosti sémantických významů i odlišné pořadí. 3. Dlouhodobá ztráta práce negativně ovlivňuje celkové subjektivní hodnocení kvality života, spokojenost s jednotlivými oblastmi života a hodnocení smysluplnosti života. 4. Korelační analýzy potvrdily u zaměstnaných i nezaměstnaných statisticky významné souvislosti mezi oblastmi kvality života, spokojenosti s nimi a proměnnými věkem, pohlavím, vzděláním a délkou ztráty práce. 5. Délka nezaměstnanosti výrazně negativně koreluje se vzděláním ($-0,226$; $p \leq 0,01$). S vyšší vzdělání klesá délka ztráty práce, stoupá důležitost práce na sobě, životní spokojenost a duševní pohoda. Vzdělanější lidé se „lépe“ vyrovnávají se ztrátou práce. 6. Nezaměstnaní muži se více než ženy obtížně vyrovnávají se ztrátou finančního zázemí. Ztrátu práce významně častěji kompenzují zájmy a koníčky. 7. U věkově starších mužů má s rostoucí délkou nezaměstnanosti prožívání ztráty práce tíživější dopad na smysluplnost života než u ostatních nezaměstnaných. 8. Výsledky ANOVY potvrdily statisticky významné rozdíly v průměrných hodnotách kvality života pro jednotlivé životní oblasti – rodina, zdraví, práce, duševní pohoda, vztahy mezi lidmi, koníčky, zájmy hobby, práce na sobě, peníze, bydlení a spokojenosti s nimi, a to jak mezi muži a ženami (bez ohledu na zaměstnanost), tak i mezi nezaměstnanými muži a ženami.

Klíčová slova: kvalita života, oblasti života, smysluplnost života, SEIQoL, práce, nezaměstnanost

Úloha spirituality v kvalitě života a životní spokojenosti u mladých lidí

Irena OCETKOVÁ

Abstrakt: Příspěvek se zabýval úlohou spirituality v životní spokojenosti a kvalitě života mladých lidí. Téma vycházelo ze skutečnosti, že spiritualita a vše, co souvisí s náboženským životem lidí, je součástí kultury lidstva a z poznatku z dějin psychosociální a duchovní kultury, že duchovní život je spojován jak s pozitivními, tak s negativními důsledky pro osobní pohodu a kvalitu života člověka. První část tvořil stručný přehled dosavadních poznatků o duchovních komponentách života, jako jsou religiozita, víra, svědomí, náboženská praxe a duchovní nevědomí, spojovaných v odborných studiích i v tradici s kvalitou života a životní spokojeností v širokém smyslu slova. Druhá část seznamovala s výsledky realizovaného explorativního heuristického výzkumu, jehož cílem bylo najít existující souvislosti mezi spiritualitou na jedné straně a kvalitou života a životní spokojeností na straně druhé v kontextu dalších relevantních proměnných.

Klíčová slova: spiritualita, transcendence, smysl života, víra, náboženství, náboženská (religiozita), životní pohoda, kvalita života, životní spokojenost, pocit subjektivní pohody.

Kvalita života ve stáří

Vladimír SMÉKAL, Hana HOBZOVÁ

Abstrakt: V pohledu sociální politiky a sociologie je stáří označováno jako „třetí věk“. Výzkum kvality života ukázal, že obyvatelé domovů důchodců připisují menší důležitost péči o sebe sama, o prostředí a bydlení, o fyzickou soběstačnost a psychickou pohodu v důsledku relativně horšího zdravotního stavu této skupiny respondentů, i v důsledku nižší míry autonomie a soběstačnosti, která pobyt v domovech důchodců provází. Vyšší důraz položený na úlohu víry odpovídá předpokladu, že při zhoršování zdraví a omezování základních potřeb se přesouvá zájem stárnoucího člověka na vyšší úroveň kvality života, naplňovanou například duchovními zájmy. Kvalita života a životní spokojenost by se mohly stát možnostmi, jak na lidský život nahlížet v průběhu jeho celého vývoje.

Klíčová slova: stáří, naděje, moudrost, spokojenost, kvalita života, duševní a duchovní život

BIBLIOGRAFIE:

- AARONSON, N.K., MEYEROWITZ, B.E., BARD, M. et al. Quality of Life Research in Oncology: Past Achievements and Future Priorities. *Cancer*, 1991, vol.67, p. 839-843. ISSN 0008-543X.
- ADAMÍROVÁ, J. Úvod do psychomotoriky. In: Labudová, J. *Trendy ve športu pre všetkých a psychomotorika*. 2000, s. 27 – 48.
- ALBRECHT, G.L., DEVLIEGER, P.J. Disability Assumptions, Concepts and Theory: Reply to Tom Koch. *Social Science and Medicine*, 2000, vol. 49, p. 761-762. ISSN 0277-9536.
- ALBRECHT, G.L., DEVLIEGER, P.J. The Disability Paradox: High Quality of Life Against All Odds. *Social Science and Medicine*, 1999, vol. 48, p. 977-988. ISSN 0277-9536.
- BABBIE, E. *The Practice of Social Research*. Belmont: Wadsworth Publishing Company, 2001. ISBN 0495093254.
- BALCAR, K. Životní smysluplnost, duševní pohoda a zdraví. *Čs. psychologie* 39, 1995c, 6, 420-424. ISSN 0009-062X.
- BARR, R.D., PARRETT, W.H. *Hope fulfilled for at-risk and violent youth*. 2nd Ed., Boston: Allyn and Bacon, 2001. ISBN 0-205-30886-4.
- BARROW, G., BARDSHAW, E., NEWTON, T. *Improving Behaviour and Raising Self-Esteem in the Classroom*. London: David Fulton Publishers, 2001, ISBN 1-85346-775-8.
- BAŠTECKÁ, B. aj. *Terénní krizová práce – psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada, 2005. ISBN 80-247-0708-X.
- BAUER, J. Religiozita v náročných životných situáciách. In: *Homo religiosus*. Vybrané aspekty psychologie náboženství: *Referáty ze 111. klinicko psychologického dne*. Praha: Českomoravská psychologická společnost, 2002, s. 74-90. ISBN 80-86174-04-02
- Behavioral Disorders*. New York, London: The Guildford Press, 2004. ISBN 1-59385 056-5.
- BERGSMA, J., ENGEL, G. L.: Quality of life: does measurement help? *Health Policy*, 10, 1988, 267-279
- BINKLEY, M., RUST, K., WILLIAMS, T. *Reading literacy in an International Perspective, Recommendations for the Future*, NCES 97-875, Washington, DC: 1996. ISBN 0-16-048957-1.
- BLAHUTKOVÁ, M. Psychomotorika pro každého. In: *Sokol*. č. 5 a 6. r. 2001. s. 24 – 26, s. 16 – 22.
- BLAHUTKOVÁ, M. *Psychomotorika*. Brno: PF MU, 2003, 92 s.

- BLATNÝ, M., KEPÁK, T., VLČKOVÁ, I., PILÁT, M., JELÍNEK, M., NAVRÁTILOVÁ, P., SLEZÁČKOVÁ, A., KÁROVÁ, Š., ŠTĚRBA, J. Kvalita života dětí po léčbě nádorového onemocnění: současné poznatky a směry výzkumu. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 2007; 42, 4, 291-306. ISSN 0555-5574.
- BOOTH, T., AINSLOW, M. *Index for Inclusion, Developing Learning and Participation in Schools*. Bristol: CSIE, 2002, ISBN 1872001181.
- BOUMAN, N.H., KOOT, H.M., VAN GILS, A.P. et al. Development of a Health-Related Quality of Life Instrument for Children: The Quality of Life Questionnaire for Children. *Psychology of Health*, 1999, vol. 14, p. 829-847. ISSN 0887-0446.
- BOWEN, J., JENSON, W.R., CLARK, E. *School Based Interventions for Students with Behavior Problems*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publisher, 2004. ISBN 0-306-48114-6.
- BROUWER, C.N., MAILLÉ, A.R., ROVERS, M.M. et al. Health-Related Quality of Life in Children With Otitis Media. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 2005, vol.69, p. 1031-1041. ISSN 0165-5876.
- BROWNE, J. P. et al. Individual quality of life in the healthy elderly. *Quality of Life Research* 3, 1994, 235-244. ISSN 0962-9343.
- BROWNE, J. P. et. al.: Development of a direct weighting procedure for quality of life domains. *Quality of Life Research* 6, 1997, 301-309. ISSN 0962-9343.
- BUCK, D., JACOBY, A. Feel Good about Things: Positive Quality of Life Outcomes Following a Stroke. *Quality of Life Research*, 2003, vol. 12, p. 766. ISSN 0962-9343.
- BUCHTOVÁ, B. Sebereflexe dlouhodobé ztráty zaměstnání. *Sociální politika* 1998, 24, 12-14. ISSN 0049-0961.
- BUCHTOVÁ, B. (Ed.). *Nezaměstnanost. Psychologický, ekonomický a sociální problém*. Praha, Grada 2002. ISBN 80-247-9006-8.
- BUCHTOVÁ, B. (Ed.). *Psychologické a medicínské aspekty nezaměstnanosti*. Brno, ESF MU 2000. ISBN 80-210-2425-9.
- BUCHTOVÁ, B. *K psychologické dimenzi nezaměstnanosti*. Brno, FFMU 1992.
- BUCHTOVÁ, B. K psychologické dimenzi nezaměstnanosti. *Psychologie v ekonomické praxi* 30, 1995, 2, 1-17. ISSN 0033-300X.
- BUCHTOVÁ, B. Nezaměstnanost a zdraví. *Psychologie dnes* 6, 2000, 5, 24-26. ISSN 1212-9607
- BUCHTOVÁ, B. Nezaměstnanost je jako nevyléčitelná nemoc. *Psychologie dnes* 5, 1999, 5, 8-11. ISSN 1212-9607
- BUCHTOVÁ, B. Podání ruky na odchodnou. *Ekonom* 63, 1999, 39, 66-67. ISSN 1210-0714.
- BUCHTOVÁ, B. Sociální psychologie nezaměstnanosti. In Výrost, J., Slaměník, I. (Eds.), *Aplikovaná sociální psychologie II: Člověk v sociálním kontextu*. Praha, Grada 2000, 81-108.
- BUCHTOVÁ, B.: Vývoj a analýza psychologických výzkumů nezaměstnanosti. *Čs. psychologie* 38, 1994, 2, s. 119-130. ISSN 0009-062X.
- BUKERTOVÁ, H. Kvalita života dětí s onkologickým onemocněním. In Kalužová, N.,

- Volná, J. (Eds.) *Sborník z V. mezinárodního symposia o ošetrovatelství*. Ostrava: Zdravotně-sociální fakulta OU a Fakultní nemocnice Ostrava, 2006, s. 20-30.
- BURGOS, A.E., SCHETZINA, K.E., DIXON, L.B. et al. Importance of Generational Status in Examining Access to and Utilization of Health Care Services by Mexican American Children. *Pediatrics*, 2005, vol. 115, no. 3, p. 322-330.
- CALHOUN, L.G., TEDESCHI, R.G. (Eds.) *Handbook of Posttraumatic Growth. Research and Practice*. Mahwah: Erlbaum 2006, 387 s. ISBN 0-8058-5196-8.
- CALHOUN, L.G., TEDESCHI, R.G. Perceived Benefit in Traumatic Events: Some Issues for Practicing Psychologists. *Journal of Training and Practice in Professional Psychology*, 1991, vol. 5, no.1, p. 45-52. ISSN 0895-7673.
- CENTERS for Disease Control and Prevention: Measuring Health Days. Atlanta: CDC, 2000.
- ČÍŽKOVÁ, V. Celodenní výchovný režim školy při nemocnici. *Otázky defektologie*. Roč. 21, č. 10, 1978-79. S. 464 – 467.
- DANIELS, H., COLE, T. *Emotional and behavioural difficulties in mainstream schools*, Volume 1, Oxford: Jai, 2001, ISBN: 0-7623-0722-6.
- DANIELS, H., GARNER, P. *Inclusive Education*. London: Kogan Page, 2000.
- DAVIS, E., WATERS, E., MACKINNON, A. et al. Paediatric Quality of Life Instruments: A Review of the Impact of the Conceptual Framework on Outcomes. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 2006, vol.48, p. 311-318. ISSN 0012-1622.
- DIENER, E., EMMONS, R.A. The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47, 1984, 1105 - 1117.
- DIENER, E., EMMONS, R.A., LARSEN, T., GRIFFIN, S. The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 1985, 71 - 75.
- DINKES, R., FORREST, C., E., LIN-KELLY, W. Indicators of School Crime and Safety. Washington, DC 20006: NCES 2008021. 2007. *Statistical Analysis Report* [online, cit. 22. června 2008]. Dostupné z <http://nces.ed.gov>
- DLOUHÁ, J. O jedné možnosti psychické podpory nemocného dítěte. *Speciální pedagogika*, 1/2006, s. 21 - 28. ISSN 1211 - 2720
- DRAGOMIRECKÁ, E. *Příručka pro uživatele české verze dotazníku kvality života SQUALA*. Praha: Psychiatrické centrum, Laboratoř psychiatrické demografie, 2006. 68 s. ISBN 80-85121-47-6
- DVOŘÁKOVÁ, J. et al. Boj proti propadání žáků v nemocniční škole. *Otázky defektologie*. Roč. 17, č. 4, 1974 -75. S. 157 – 165.
- DZÚROVÁ, D., DRAGOMIRECKÁ, E. *Quality of life in the Czech Republic*. Acta Universitatis Carolinae 1, 103-116.
- DŽUKA, J. Kvalita života a subjektivná pohoda – teórie a modely, podobnosť a rozdiely. In DŽUKA, J. (Ed.) *Psychologické dimenzie kvality života*. Prešov: Prešovská univerzita 2004, p. 47-53. ISBN 80-8068-282-8.
- DŽUKA, J., FLAMMER, A., GROB, A. et al. Výskum psychickém pohody u slovenských a švajčiarskych adoelscentov pomocou Bernského dotazníka psychickém pohody (BDP) – výsledky predvýskumu. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 1993, roč. 28, č. 4, s. 309- 322. ISSN 0555-5574.

- EMMONS, R. A. Religion and personality. In: *Handbook of religion and mental health*. San Diego: Academic Press, 1988, p. 63-74.
- EMMONS, R. A., DIENER, E. Personality correlates of subjective well-being. *Personality and Social Psychology Bulletin* 11, 1985, 89-97.
- EMMONS, R.A. *The Psychology of Ultimate Concerns. Motivation and Spirituality in Personality*. The Guildford Press, 1999, New York.
- EPSTEIN, I., STINSON, J., STEVENS, B. The Effects of Camp on Health-Related Quality of Life in Children With Chronic Illness: A Review of the Literature. *Journal of Pediatric Oncology*, 2005, vol. 22, no.2, p. 89-103. ISSN 1043-4542.
- EPSTEIN, J. L., McPARLAND, J. M. The Concept and Measurement of the Quality of School Life. *American Educational Research Journal*, 1976. Vol. 13, No. 1, 15-30. ISSN 00028312013001015
- ERIKSON, J. E.: *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. NLN, Praha 1999. ISBN 80-7106-291-X.
- European Commission. *European report on Quality of School Education*, Sixteen Quality Indicators. EC-Directorate-General for Education and Culture, Brussels, 2000.
- Every Child Matters: *Change for Children in Schools*. Ref: DfES/1089/2004. Nottingham: DfES Publications, 2004. ISBN: 1 8447 83561
- FARLEY, T., GALVES, A., DICKINSON, L.M. et al. Stress, Coping, and Health: A Comparison of Mexican Immigrants, Mexican-Americans, and Non-Hispanic Whites. *Journal of Immigrant Health*, 2005, vol. 7, no. 3, p. 213-220. ISSN 1096-4045.
- FAYERS, P., HAYS, R. (Eds.) *Assessing Quality of Life in Clinical Trials*. 2nd Edition. Oxford: Oxford University Press, 2007, 467 s. ISBN 978-0-19-852769-5.
- FAYERS, P.M., LANGSTON, A.L., ROBERTSON, C. Implicit Self-Comparisons against Others Can Bias Quality of Life Assessment. *Journal of Clinical Epidemiology*, 2007, vol. 60, p. 1034-1039. ISSN
- FEENY, D., FURLONG, W., BOYLE, M. et al. *Multi-Attribute Health Status Classification Systems: Health Utility Index*. *Pharmacoeconomics*, 1995, vol. 7, p. 490-502. ISSN 1170-7690.
- FEKKES, M., THEUNISSEN, N.C., BRUGMAN, E. Et al. Development and Psychometric Evaluation of the TAPQOL: A Health-Related QOL Instrument for 1-5 Year-Old Children. *Quality of Life Research*, 2000, vol. 9, p. 961-972. ISSN 0962-9343.
- FRANKL, V. E. *A přesto říci životu ano*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1996. 127 s. ISBN 80-7192-095-9
- FRANKL, V. E. *Vůle ke smyslu*. Brno: Cesta, 1997. 212 s. ISBN 80-85139-63-2
- FUČÍK, P. *Prostředí školy*. Výzkumná zpráva, MU, 2008, nepublikováno.
- FURLONG, W., BARR, R.D., FEENY, D. et al. Patient-Focused Measures of Functional Health Status and Health-Related Quality of Life in Pediatric Orthopedics: A Case Study in Measurement Selection. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2005, vol.3, no.3, p. 1-15. ISSN 1477-7525.
- GEENEN, M.M., CARDOUS-UBBINK, M. C., KREMER, L.C. M. et al. Medical Asse-

- ssment of Averse Health Outcomes in Long-term Survivors of Childhood Cancer. *JAMA*, 297 (24), 2007, 2705-2715.
- GOLDBERG, E. *Paradox moudrosti*. Karolinum, Praha 2006. ISBN 80-246-1090-6.
- GRAHAM, P., STEVENSON, J., FLYNN, D. A New Measure of Health-Related Quality of Life for Children: Preliminary Findings. *Psychology of Health*, 1997, vol. 12, p. 655-665. ISSN 0887-0446.
- GUIDANCE for Industry. *Patient-Report Outcome Measures: Use in Medical Product Development to Support Labeling Claims*. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services, Food and Drug Administration; Center for Drug Evaluation and Research; Center for Biologic Evaluation and Research; Center for Devices and Radiological Health, 2006, 32 s.
- HALAMA, P. Teoretické a metodologické přístupy k problematice zmyslu života. *Čs. psychologie* 44, 2000, 3, 216-236. ISSN 0009-062X.
- HALL, S. E., PASQUINILLI, M. *Behavior Coatching*. 1.vyd., AACP, Dayton, 2005, ISBN 0 9712146-1-1.
- HAYDEN, C. Social Exclusion and Exclusion from School in England. In: VISSER, J., HEATH, M.A., SHEEN, D. *School Based Crisis Intervention*. New York: The Guilford Press, 2005, ISBN 1-59385-151-0.
- HEINONEN, H. *Quality of Life and Its Determinants Among Allogeneic Haematopoietic Stem Cell Transplantation Patients and the Finish Population*. Helsinki: National Public Health Institute 2005, ISBN 951-740-527-8.
- HELUS, Z., PELIKÁN, J. *Preferenční postoje učitelů k žákům a jejich vliv na účinnost výchovně vzdělávacího procesu*. 1. vyd. Praha: VÚOŠ, 1984.
- HELUS, Z. *Dítě v osobnostním pojetí*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004, ISBN 80-7178-888-0.
- HELUS, Z. *Úvod do sociální psychologie*. 1.vyd. Praha: UK-PF, 2001, ISBN 80-7290-054-4.
- HENDERSON, D., FISHER, D. *Interpersonal behaviour and student outcomes in vocational education classes*. Springer Netherlands: Learning Enviroments Research, Volume 11/1/2008, 19-28. ISSN 1573-1855.
- HERMOVÁ, S. *Psychomotorické hry*. Praha: Portál, 1994, 95 s.
- HIBLBAUER, J. Specifičnost práce učitelů na školách při zdravotnických zařízeních. *Otázky defektologie*. Roč. 6, č. 7, 1963-64. S. 198 – 200.
- HILL, G. *Moderní psychologie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004. 280 s. ISBN 80-7178-641-1
- HILLENBRAND, C. *Einführung in die Verhaltensgestörtenpädagogik*. 1.Auf., München: Ernst Reinhardt Verlag, 1999, ISBN 3-8252-2103-2.
- HNILICA, K. Vlivy materialistické hodnotové orientace na spokojenost se životem. *Čs. psychologie*, 2005, roč. 49, č. 5, s. 385-398. ISSN 0009-062X.
- HNILICA, K. Konflikt hodnot a kvalita života. *Čs. psychologie* 44, 2000, 5, 385-403. ISSN 0009-062X.
- HNILICOVÁ, H. *Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví*. In PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005, s.205-216. ISBN 80-7254-657-0.
- HNILICOVÁ, H., BENCKO, V. Kvalita života – vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví. *Prakt. lěk*. 2005, 85, No. 11, s. 656-660.

- HOBFOLL, S.E., HALL, B.J., CANETTI-NISIM, D. et al. Refining our Understanding of Traumatic Growth in Face of Terrorism: Moving from Meaning Cognition to Doing what is Meaningful. *Applied Psychology: An International Review*, 2007, vol. 56, no. 3, p. 345-366. ISBN 1464-0597.
- HOBZOVÁ, H. *Aspekty kvality života a životní spokojenosti seniorů*. Diplomová práce. FSS MU, Brno, 2005.
- HOLLENWEGER, J., HASKELL, S. (Eds.) *Quality Indicators in Special Needs Education, An International Perspective*. Luzern: SZH/SPC, 2002, ISBN 3-908262-30-5.
- HOOD, R.W., et al. *The psychology of religion*. 2nd ed. New York: Guilford Press, 1996.
- http://skola-uohospital.hostuju.cz/o_nas.html
- <http://www.ahojkola.cz/docs/domaciucitel.pdf>
- <http://www.fhbrno.cz/article.asp?nArticleID=55&nDepartmentID=14&nLanguageID=1>
- http://www.nem.pce.cz/NemPce_odd_det_hra.htm
- http://www.skolaftn.cz/zakladni_skola.html
- <http://www.sweb.cz/szs/>
- CHEESMAN, P. L., WATTS, P. E. *Positive Behaviour Managment*. New York: NPC, 1985, ISBN 0-89397-2274
- JAHNUKAINEN, M. *Social Exclusion and Dropping out of Education*. In Visser, J., Janiš, K. (2006). *Obecná didaktika – vybraná témata*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 80-7041-080-9
- JANKOVSKÝ, J. *Etika pro pomáhající profese*. Praha: Triton, 2003. ISBN 80-7254-329-6
- JANOFF-BULMAN, R. *Schema-Change Perspectives on Posttraumatic Growth*. In CALHOUN, L.G., TEDESCHI, R.G. (Eds.) *Handbook of Posttraumatic Growth. Research and Practice*. Mahwah: Erlbaum 2006, p. 81-99 s. ISBN 0-8058-5196-8.
- JENKINSON, C., WRIGHT, L., COUTLER, A. *Quality of Life Measurement in Health Care: A Review of Measures and Population Norms for the UK SF-36*. Oxford: Oxford University Press, 1993.
- JEŽEK, S. *Možnosti diagnostiky psychosociálního klimatu školy*. Disertační práce. FSS MU, Brno, 2006.
- JEŽEK, S. (ed.). *Sociální klima školy I*. Brno: MSD s.r.o. 2003. ISBN 80-86633-13-6
- JOHNSON, Jr., J, ASERA, R. *Hope for Urban Education: A Study of Nine High-Performing, High-Poverty, Urban Elementary Schools*, University of Texas at Austin: 1999. Departement of Education. #EA94053001; [online, cit. 20. června 2008]. Dostupné z: http://www.memphis/schools.k12.tn.us/admin/tlapages/induction/forms/raisebar_school.pdf
- JUNIPER, E.F. How Important Is Quality of Life in Pediatric Asthma? *Pediatric Pulmonology*, 1997, vol.15, no.1, p. 17-21. ISSN 8755-6863.
- KALENDOVÁ, M. Samostatná práce žáků ve škole při zdravotnickém zařízení. *Otázky defektologie*. Roč. 28, č. 2, 1985 - 86. S. 54 – 56.
- KALOVÁ, H., PETR, P. *Biologické, psychické a sociální dimenze kvality života u handicapovaných osob. Kvalita života u chronických onemocnění a její rozdíly podmíněné pohlavím*. In Hnilicová, H. (Ed.) *Kvalita života*. Kostelec

- nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004, s.102-107. ISBN 80-86625-20-6.
- KAUFFMAN, J. M. *Characteristics of Emotional and Behavioral Disorders of Children and Youth*, 8thed., New Jersey: Merrill Prentice Hall, 2005. ISBN 0-13-111817-X.
- KAUFFMAN, J. M. *Characteristics of Emotional and Behavioral Disorders of Children and Youth*, 7thed., New Jersey: Merrill Prentice Hall, 2001. ISBN 0-13-083283-9.
- KEBZA, V. *Psychosociální determinanty zdraví*, Akademia Praha 2006. ISBN 80-200-1307-5.
- KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem. *Čs. psychologie*, 47, 4, 2003, 333 -345. ISSN 0009-062X.
- KLUSÁK, M. *Proměna školy a reflexe nad dítětem v roli žáka*. In: Helus, Z. Úloha školy v rozvoji vzdělanosti. Brno: Paido. 2004. ISBN 80-7315-083-2.
- KNOL, N., COURLANDER, H. *European Hospital Education. Where and How? A Survey of Hospital Education in Europe*. In: COURLANDER, H. (ed.) *Developments in European Hospital Education*. Amsterdam: Zienhuisschool, 1993.
- KOCH, T. The Illusion of Paradox: Commentary on Albrecht and Devlinger. *Social Science and Medicine*, 2000, vol. 49, p. 757-759. ISSN 0277-9536.
- KOUKOLA, B., MAREŠ, J. (ed.) *Psychologie zdraví a kvalita života*. Sborník přednášek. Brno, MSD 2006. ISBN 80-86633-66-7.
- KOUKOLA, B., MAREŠ, J. (ed.) *Psychologie zdraví a kvalita života*. Sborník přednášek. Brno, MSD 2007. ISBN 978-807392-009-8.
- KOVACS, M. *Children's Depression Inventory, manual*. New York: Multi-Health Systems, Inc., 1992.
- KOVÁČ, D. K pojmo-logike kvality života. *Čs. psychologie*, 2004, roč. 48, č. 5, s. 460-464. ISSN 0009-062X.
- KOVÁČ, D. Kvalita života – naliehavá výzva pre vedu nového tisícročia. *Čs. psychologie*, 2001, roč. 45, č. 1, s. 34-44. ISSN 0009-062X.
- KOVÁČ, D. *Psychológiou k metanoi*. Veda : Bratislava 2007. ISBN 978-80-224-0965.
- KREITLER, S., BEN ARUSH, M.W. *Psychosocial aspects of pediatric oncology*. JohnWiley & Sons Ltd., 2004. New York. ISBN 0-471-49939-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha, Portál 2001. ISBN 80-7178-774-4.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologii nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002, 200 s. ISBN 80-247-0179-0.
- KŘIVOHLAVÝ, J. Triáda naděje: Láska - krása - svědomí. In *Homo religiosus*. Praha: ČM Psych. Spol. a Psych. ústav AV ČR, 2002, s. 41– 53. ISBN 8086174-04-02.
- KŘIVOHLAVÝ, J. Kdy je člověku dobře? *Psychologie dnes*, 10, 2004, č. 10, s. 20 - 22.
- LANE, L. K., GRESHAM, F. M., SHAUGNESSY, T. E. *Children with or at Risk for Emotional and Behavioral Disorders*. Boston: Allyn and Bacon, 2002, ISBN 0-205-32182-8.
- LINDSTRÖM, B., KOHLER, L. *Youth, Disability and Quality of Life. Pediatrician*, 1991, vol.18, p. 121-128. ISSN 0300-1245.
- LINHARTOVÁ, V. *Dívej, jak se šimpanz směje*. Povědky z onkologické kliniky. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2007. ISBN 978-80-7204-513-6.

- LINLEY, P.A., JOSEPH, S. Positive Change Following Trauma and Adversity: A Review. *Journal of Traumatic Stress*, 2004, vol.17, no.1, p. 11-21.
- LINNAKYLÄ, P. & BRUNELL, V. *Quality of school life in the Finnish- and Swedish-speaking schools in Finland*. In: M. Binkley, K. Rust & T. Williams (eds.) Reading literacy in an international perspective. Washington, D.C.: U.S. Department of Education. Office of Educational Research and Improvement, NCES, 203-222.
- LUKÁŠOVÁ, M. Sebepojetí a identita adolescentů v interpersonálních vztazích. Diplomová práce. FF MU, Brno, 1994.
- MACHOVEC, M. O smyslu lidského života. Praha, Svoboda 1967.
- MAREŠ, J. *Diagnostika sociálního klimatu školy*. In JEŽEK, S. (ed.). *Sociální klima školy I*. Brno: MSD s.r.o., 2003. ISBN 80-86633-13-6.
- MAREŠ, J. Kvalita života a její proměny v čase u téhož jedince. *Čs. psychologie* 49, Nr. 15, 19-33, 2005. ISSN 0009-062X.
- MAREŠ, J. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno, MSD 2006. ISBN 80-86633-65-9.
- MAREŠ, J. *Kvalita života u dětí a dospívajících II*. Brno, MSD 2007. ISBN 978-80-7392-008-1.
- MAREŠ, J. *Škola a kvalita života u dětí a dospívajících*. In Řehulka et al. School and Health 21. Brno: Paido, vydavatelství MU 2007. ISBN 978-80-7315-6, ISBN 978-80-210-4374-9.
- MAREŠ, J., MAN, F., PAVELKOVÁ, J. Autonomie žáka a rozvoj jeho osobnosti. *Pedagogika*, 1996, Mimořádné číslo, s. 5-17. ISSN 0031-3815.
- MAREŠ, J., MAREŠOVÁ, J. Bolest a kvalita života u dětí. *Bolest*, 2004, vol. 7, no. 4, p. 215-223. ISSN 1212-0634.
- MAREŠ, J., MAREŠOVÁ, J. Kvalita života související se zdravím. In MAREŠ, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD 2006, p. 29-42. ISBN 80-86633-65-9.
- MARKIDES, K., COREIL, J.: The Health of Hispanics in the South-Western United States: An Epidemiological Paradox. *Public Health Report*, 1986, vol. 101, p. 253-265.
- MATĚJČEK, Z.: *Dítě a rodina*. Praha: SPN, 1992, 223 s.
- MAYER, D. P., MULLENS, J. E., MOORE, M. T. *Monitoring a School Quality: An Indicators Report*, U.S. Department of Education. Washington D.C.: 2000. NCES 2001-030
- McADAMS, D.P., de ST. AUBIN, E. (Eds.). *Generativity and Adult Development*. Washington, D.C., 1998, APA.
- McGEE, H. M. et al. Assessing the quality of life of the individual: the SEIQoL with a healthy and gastroenterology unit population. *Psychological Medicine* 21, 1991, 749-759.
- McGRATH, A. E. *Christian Spirituality: an introduction*. London: Blackwell Publ., 1999.
- McMILLEN, J.C., FISHER, R.H. The Perceived Benefit Scales: Measuring Perceived Positive Life Change after Negative Events. *Social Work Research*, 1998, vol.22, no.3, p. 173-187. ISSN 1070-5309.

- MEIJER, C. *Inclusive Education and Classroom practice in Secondary Education. Middelfart: European Agency for Development in Special Needs Education*, 2005, ISBN: 87-91500-00-1.
- MÍČEK, L., ZEMAN, V. *Učitel a stres*. Brno: MU, 1992. ISBN 80-210-0521-1.
- MICHALIČKOVÁ, J. Problémy výchovy a vyučovania detí v liečebných zariadeniach z aspektu pediatrického. *Otázky defektologie*. Roč. 4, č. 4, 1961-62. S. 99 – 101.
- MISHOE, S.C., BAKER, R.R., POOLE, S. et al. Development of an Instrument to Assess Stress Levels and Quality of Life in Children with Asthma. *Journal of Asthma*, 1998. vol. 35, p. 553-563. ISSN 0277-0903.
- MLADOSIEVIČOVÁ, B., KAISEROVÁ, E., FOLTINOVÁ, A. (eds). *Možné neskoré následky protinádorovej liečby v detstve*. SAP, Bratislava, 2007. ISBN: 978-80-8095-004-0.
- MOJŽÍŠEK, L. *Vyučovací metody*. Praha: St. Ped. Nakl., 1988.
- MORALES, L., MARA, M., KINGTON, R. et al. Socioeconomic, Cultural, and Behavioral Factors Affecting Hispanic Health Outcomes. *Journal of Healthcare Poor Underserved*, 2002, vol. 13, p. 477-503.
- MŠMT, Strategie prevence společensky nežádoucích jevů u dětí a mládeže v působnosti resortu Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy na období 2005 – 2008. [online], Praha, 2004, [cit. 31-07-2007]. Dostupné z <http://www.msmt.cz>.
- MVCR, Závazná metodika systému včasné intervence a týmů pro mládež pro rok 2007a, Praha, 2007. [online, cit. 2007-10-23]. Dostupné na: www.mvcr.cz/bezpecnost/delikventi.
- MVCR. Hodnocení systému péče o ohrožené děti. Praha, 2007. [online, cit. 2007-10-23]. Dostupné na: www.mvcr.cz/bezpecnost/delikventi.
- Národní program rozvoje vzdělávání v České republice, Bílá kniha, Praha: MŠMT, 2001, ISBN 80-211-0413-9.
- NĚMEC, J. et al. *Kapitoly ze sociální pedagogiky a pedagogiky volného času*. Brno: Paido, 2002. ISBN 80-7315-012-3.
- NOREKVÁL, T.M., WAHL, A.K., FRIDLUNG, B. et al. Quality of Life in Female Myocardial Infarction Survivors: A Comparative Study with a Randomly Selected General Female Population Cohort. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2007, vol. 5, no. 58, p. 1-11.
- NORUŠIS, M. J.: *SPSS 15.0 Guide to Data Analysis*. Upper Saddle River: Prentice Hall, 2006. ISBN 0131593897.
- NOVOTNÝ, P. Autoritářství jako jedna z determinant výkonu učitelské profese. *Pedagogika* 1997, roč. XLVII, s. 247. ISSN 0031-3815.
- O'BOYLE, C. A., McGEE, H., JOYCE, C. R. Quality of life: assessing the individual. *Advances in Medical Sociology* 5, 1994, 159-180.
- O'BOYLE, C. A., McGEE, H. Individual quality of life in patients undergoing hip replacement. *Lancet* 33, 1992, 1088-1091.
- O'SHAUGNESSY, T. E. *Children with or at Risk for Emotional and Behavioral Disorders*. Boston: Allyn and Bacon, 2002. ISBN 0-205-32182-8.
- OEFFINGER, K. C., MERTENS, A. C., SKLAR, C. A. et al. *Chronic Health Conditions in Adult Survivors of Childhood Cancer*. *NEJM* 355, 2006, 1572-1582.

- OEFFINGER, K. C., ROBINSON, L. L. *Childhood Cancer Survivors, Late Effects and a New Model for Understanding Survivorship*, 2007.
- OHLDIN, A., YOUNG, B., DERLETH, A. et al. Ethnic Differences in Satisfaction and Quality of Life in Veterans with Ischemic Heart Disease. *Journal of National Medical Association*, 2004, vol. 96, no. 6, p. 799-808.
- OCHRYMČUK, L. K samostatné práci žáků ZDŠ při nemocnici. *Otázky defektologie*. Roč. 5, č. 3., 1962 – 63 s. 86 – 89.
- OISHI, S. et al.: Value as a moderator in subjective well-being. *Journal of Personality* 67, 1999, 157-184.
- OPASCHOWSKI, H., W. *Freizeit*. 2001.
- PAPADOPOULOS, C., JAGSCH, R., GRIESSER, B. et al. Health-Related Quality of Life of Patient with Hip Fracture before and after Rehabilitation Therapy: Discrepancies between Physicians' Findings and Patients' Ratings. *Aging Clinical Experimental Research*, 2007, vol. 19, no.2, p. 125-131.
- PARK, C.L., COHEN, L.H., MURCH, R. Assessment and Prediction of Stress-Related Growth. *Journal of Personality*, 1996, vol. 64, no.1, p. 71-105. ISSN 0022-3506.
- PATRICK, D.L., ERICKSON, P. *Health Status and Health Policy. Quality of Life in Health Care Evaluation and Resource Allocation*. New York: Oxford University Press, 1993.
- PÁVKOVÁ, J. et al. *Pedagogika volného času. Teorie, praxe a perspektivy výchovy mimo vyučování a zařízení volného času*. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-423-6.
- PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha, Triton 2005. ISBN 80-7254-657-0.
- PEŇÁZOVÁ, S., VOJTOVÁ, V. *Podpora pozitivního vnímání školy*. Diplomová práce. Brno: PdF MU. 2008.
- PIEDMONT, R. L. *The Assessment of spirituality and religious sentiments*. Technical manual. Baltimore, MD: 2005.
- PÍŇOS, M. *Trauma a stres*. Internet www.pinos.
- PLEVOVÁ, M. *Dítě v nemocnici*. Brno: Paido, 1997. ISBN 80-7315-134-0.
- PREIS, M., VIZINOVÁ, D. *Psychické trauma a jeho terapie*. Praha: Portál, 1999. ISBN 80-7178-284-X.
- PRŮCHA, J. *Učitel. Současné poznatky o profesi*. Praha, Portál 2002. ISBN 80-7178-621-7.
- Rámcový vzdělávací program pro základní vzdělávání. Praha: VÚP, 2005. ISBN 80-87000-02-1.
- RAVENS-SEIBERER, U., GOSCH, ABEL, T. et al. European KIDSCREEN Group. Quality of Life in Children and Adolescents: An European Public Health Perspective. *Social and Preventive Medicine*, 2001, vol.46, p. 297-302. ISSN 0303-8408.
- Reflection Paper on the Regulatory Guidance for the Use of Health-Related Quality of Life (HRQL) Measures in the Evaluation of Medicinal Products. London: European Medicines Agency, 2005, 5 s.
- RIES, L.A. G., MELBERT, D., KRAPCHO, M. et al. SEER.: *Cancer Statistics Review, 1975-2004*, National Cancer Institute. Bethesda, MD, <http://seer.cancer>.

- gov/csr/1975_2004/, based on November 2006 SEER data submission, posted to the SEER web site, 2007.
- ROSENFELD, R.M., GOLDSMITH, A.J., TETLUS, I. Et al. Quality of Life for Children With Otitis Media. *Arch. Otolaryngology and Head Neck Surgery*, 1997, vol. 123, p. 1049-1054. ISSN 0194-5998.
- RUSSAK, S.M., CROFT, J.D. jr., FIRST, D.E. et al. The Use of Rheumatoid Arthritis Health-Related Quality of Life Patient Questionnaires in Clinical Practice: Lessons Learned. *Arthritis and Rheumatism*, 2003, vol. 49, no. 4, p. 574-584.
- RYFF, C. D., KEYS, C. L. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology* 69, 1995, 719-727.
- RYFF, C.D., SINGER, B.: *Flourishing Under Fire: Resilience as a Prototype of Challenged Thriving*. In KEYES, C.L., HAIT, J. (Eds.) *Flourishing: Positive Psychology and the Life Well-Lived*. Washington, APA 2003, p.15-36. ISBN 1-55798-930-3.
- ŘEHULKA, E. et al. *School and Health 21*. 1. vyd. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-6.
- ŘEHULKA, E., ŘEHULKOVÁ, O. *Dynamika struktury kvality života v průběhu profesní kariéry učitelek (1)*. Ref. na konferenci Sociální procesy a osobnost, Psychologický ústav AV ČR Telč 13.-14. 9. 2007.
- ŘEHULKA, E., ŘEHULKOVÁ, O. *Dynamika struktury kvality života v průběhu profesní kariéry učitelek (2)*. Ref. na semináři Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci, Psychologický ústav AV ČR Brno 25. dubna 2008a.
- ŘEHULKA, E., ŘEHULKOVÁ, O. *Kvalita života a osobnost*. Ref. na konferenci Vývoj a utváření osobnosti v sociálních a etnických kontextech – víceoborový přístup. Brno 12.-13. 1. 2005a.
- ŘEHULKA, E., ŘEHULKOVÁ, O. *Kvalita života a spánek*. Ref. na semináři Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci, Psychologický ústav AV ČR Brno 25. dubna 2008b.
- ŘEHULKA, E., ŘEHULKOVÁ, O. *Kvalita života a vývoj osobnosti*. Ref. na konferenci 24. psychologické dny, FF KU, Bratislava, 8.-10. 9. 2005b.
- ŘEHULKA, E., ŘEHULKOVÁ, O. *Kvalita života v rozměru normality a patologie*. Ref. na konferenci Sociální procesy a osobnost, Psychologický ústav AV ČR Brno 22.-23. 9. 2005c.
- ŘEHULKA, E., ŘEHULKOVÁ, O. *Některé dílčí výsledky výzkumu kvality života zejména ve vztahu k učitelské profesi*. Ref. na semináři Kvalita života v souvislostech zdraví a nemoci, Psychologický ústav AV ČR Brno 25. dubna 2008c.
- ŘEHULKA, E., ŘEHULKOVÁ, O. *Teachers and quality of live*. In *Teachers and Health 5*, Řehulka (ed), Brno : nakladatelství P. Křepela 2003, s. 177-198. ISBN 80-8669-02-5.
- ŘEHULKA, E., ŘEHULKOVÁ, O. *Vztah kvality života a zdraví v profesním vývoji učitelek*. Ref. na konferenci 24. psychologické dny, FF UP, Olomouc, 7.-9. 9. 2006b.
- ŘEHULKA, E.: *Teachers and Health*, Brno: Paido, vydavatelství MU 2004. ISBN 80-7315-093-X, ISBN 80-210-3634-6.

- ŘEHULKA, E. *Healthy personality model and its application in pedeutology*. In School and health 21, 1, Řehulka et al., Brno : Paido, vydavatelství MU 2006a, s. 333-355. ISBN 80-7315-119-7, ISBN 80-210-4071-8.
- ŘEHULKA, E. *Pokus o koncepci zdravé osobnosti*. In *Integrativní funkce osobnosti*. Brno : Masarykova univerzita, 2000. S. 89-92.
- ŘEHULKA, E., ŘEHULKOVÁ, O. a kol. *Učitelé a zdraví*. Brno, 1998. ISBN 80-902653-0-8.
- ŘEHULKOVÁ, O., ŘEHULKA, E. *Kvalita života a formy odpočinku a relaxace*. Ref. na mezinárodní konferenci Škola a zdraví 21, Pdf MU, Brno, 25.-27. 8. 2008.
- ŘEHULKOVÁ, O., ŘEHULKA, E. *Kvalita života a zdraví v adolescenci*. Ref. na International scientific symposium CARE OF EDUCATIONAL INSTITUTIONS ABOUT CHILDREN HEALTH, Rusko, St. Petersburg, 28.-29. 6. 2006.
- ŘEHULKOVÁ, O., ŘEHULKA, E. *Paradigma zdraví a kvality života: aspekt metodologický, osobnostní a ontogenetický*. Grantový projekt GA AV ČR, IAA 702503, doba řešení 2004-2008.
- ŘEHULKOVÁ, O., ŘEHULKA, E. *Příspěvek k poznání kvality života učitelek základních škol*. Ref. na mezinárodní konferenci Škola a zdraví 21, Pdf MU, Brno, 27.-29. 8. 2007a.
- ŘEHULKOVÁ, O., ŘEHULKA, E. *The structure quality of live in relatio to teacher's work load*. In School and health 21, 2, Řehulka et al., Brno : Paido, vydavatelství MU 2007b, s. 337-342. ISBN 978-80-7315-138-6, ISBN 978-80-210-4374-9.
- ŘÍČAN, P. *Psychologie náboženství*, Praha : Portál, 2002. 328 s. ISBN 80-7178-54.
- ŘÍČAN, P. Spirituality - the story of a koncept in the psychology of religion. *Archiv fur Religionspsychologie*, 2004, vol. 26, p. 135-156.
- SASÍN, J. Pokroky v somatopedii. *Otázky defektologie*. Roč. 13, č. 2, 1970-71. S. 65 – 77.
- SASÍN, J. Specifičnost realizace nové koncepce výchovné péče na neurologickém oddělení dětské nemocnice. *Otázky defektologie*. Roč. 8, č. 9, 1965-66. S. 327 – 333.
- SEEDHOUSE, D. *Health: The foundation of achievement*. New York, John Wiley, 1995.
- SEVERSON, H. H., WALKER, H. M. *Proactive Approaches for Identifying Children at Risk for Sociobehavioral Problems*. in: LANE, L. K., GRESHAM, F.M., O'SHAUGNESSY, T.E. *Children with or at Risk for Emotional and Behavioral Disorders*. Boston: Allyn and Bacon, 2002. ISBN 0-205-32182-8.
- SCHIPPER, H., CLINCH, J.J., OLWENY, C.L. *Quality pf Life Studies: Definitions and Conceptual Issues*. In SPILKER, B. (Ed.) *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996: 11-23.
- SCHÜTZ, A. *Je selbstsicherer, desto besser?* Basel: Beltz Verlag, 2005. ISBN 3-621-27532-0.
- SLÁMA, O. *Kvalita života onkologicky nemocných*. In PAYNE, J. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005, s.288-295. ISBN 80-7254-657-0.

- SMÉKAL, V. *Individuální přístup jako podmínka kvality života žáků*. In: Řehulka et al. *School and Health* 21. 1. vyd. Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-138-6, ISBN 978-80-210-4374-9.
- SMÉKAL, V. *Psychologické aspekty duchovního života*. Teologický sborník, 1999, 4, 99, s. 26- 45.
- SMÉKAL, V. *Současný člověk a jeho spiritualita*. In Sborník k životnímu jubileu prof. PhDr. Zdeňka Heluse, DrSc. (Editoři Z. Hadj Moussová a S. Štech). Praha: Pedagogická fakulta UK, 2001, s. 25–30. ISBN 80-7290-057-9.
- SMÉKAL, V. *Spiritualita v denním životě člověka*. In *Homo religiosus*. Praha: ČM Psych. spol. a Psych. ústav AV ČR, 2002, s. 18-34. ISBN 8086174-04-02.
- SØRLIE, M. Atferdsproblemer i skolen. Fokus på stabilitet, endring - og forandring, Article from the „Special Education Knowledge and Action Development“ research programme (1993-99), Oslo: *Spesialpedagogikk*, 1997. Special issue. ISSN 0332-8457.
- SOUDKOVÁ, M. *Psychologie pomáhá každodennímu životu*. Brno: Doplněk, 2004. 164 s. ISBN 80-7239-164-X.
- SPEITH, L.E., HARRIS, C.V. Assessment of Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents: An Integrative Review. *Journal of Pediatric Psychology*, 1996, vol.21, p.175-193. ISSN 0146-8693.
- SPIPKER, B., REVICKI, D.A. *Taxonomy of Quality of Life*. In SPIPKER, B. (Ed.) *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Philadelphia: Lippincott-Raven, 1996, p. 25-31.
- STÖRMER, N., VOJTOVÁ, V. *Interventionen / Interventions*. Berlin: Frank & Timme GmbH, 2006. ISBN 3-86596-035-9.
- STRAND, C., RUSSELL, S. WHO/ILAR Taskforce on QOL. *Journal of Rheumatology*, 1997, vol.24, 1630-1633. ISSN 0315-162X.
- STRAUSS, A. L.: *Chronic illness and the quality of life*. St. Louis, Mosby, 1975.
- STRÍŽENEC, M. K súčasnej psychológii náboženstva. *Čs. psychologie*, 1992, roč. 36, č. 1, s. 23-32. ISSN 0009-062X.
- STRÍŽENEC, M. *Psychológia náboženstva*. Bratislava: Veda, 1996. 108 s. ISBN 80-224-0475-6
- STRÍŽENEC, M. Psychologické aspekty spirituality. *Čs. psychologie*, 2001, roč. 45, č. 2, s. 118-126. ISSN 0009-062X.
- ŠIMÍČKOVÁ, J., VAŠINA B. *Hodnota zdraví jako aspekt kvality života u univerzitních studentů*. In *Pedagogika i jej pogranicza*, Racibórz: Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa, 2007, 134 – 137.
- ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., VAŠINA, B., ŠIŠÁK, P. *Téma zdraví na Ostravské a Slezské univerzitě*. In *Podmiotowość i tolerancja w społecznościach lokalnych pogranicze polsko-czeskiego*, Opole: Uniwersytet Opolski, 2008, 171-176.
- ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., VAŠINA, B., ŠIŠÁK, P. *Výchova ke zdraví a téma zdraví jako aspekt kvality života univerzitních studentů*. In SELKO, D.: *Psychická odolnosť a psychológia zdravia*, Bratislava: SAV, 2007, 153 – 159.
- ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ, J., VAŠINA, B. *Satisfaction with Quality of Life among Primary School Teachers and other Professions*. In ŘEHULKA, E. *School and Health* 21, 1, Brno: Paido, 2006, 607-620.

- ŠMAJS, J., KROB, J. *Evoluční ontologie*. Brno, Masarykova universita 2003. ISBN 80-210-3038-0.
- ŠMAJS, J. *Práce – téma k zamyšlení*. In Buchtová, B. (Ed.): *Nezaměstnanost. Psychologický, ekonomický a sociální problém*. Praha, Grada 2002, 9-13.
- TEDESCHI, R.G., CALHOUN, L.G. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 1996, vol. 9, no.3, p. 455-471.
- TEDESCHI, R.G., CALHOUN, L.G. The Posttraumatic Growth: Concept Foundations and Empirical Evidence. *Psychological Inquiry*, 2004, vol.15, no.1, p. 1-18. ISSN 1047-840X.
- TEDESCHI, R.G., PARK, C.L., CALHOUN, L.G. (Eds.) *Posttraumatic Growth: Positive Changes in the Aftermath of Crisis*. Mahwah, Erlbaum, 1998. ISBN 805823190.
- THOMPSON, S. C., JANIGIAN, A. S. Lifeschemes: a framework for understanding the search for meaning. *Journal of Social and Clinical Psychology* 7, 1998, 2/3, 260-280
- UNESCO. Education for All, The Quality Imperative, EFA Global Monitoring Report, Paris. 2005.
- UNESCO. Quality for whom and what? Rights, equity and relevance. EFA Global Monitoring Report, Paris. 2005 [online, cit. 20. června 2007]. Dostupné z: efareport.unesco.org
- UNESCO. The United Nations Standard Rules on Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities, UN Doc A/48/96, Paris, 1993.
- UNESCO: The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education, World Conference on Special Needs Education: Access and Equality, New York, 1994.
- VAĐUROVÁ, H. *Sociální aspekty kvality života v onkologii*. Brno: MSD 2006, 148 s., ISBN 80-86633-60-8.
- VARNI, J.W., BUWINKLE, T.M., SEID, M. et al. The PedsQoL 4.0 As a Pediatric Population Health Measure: Feasibility, Reliability and Validity. *Ambul. Paediatrics* 2003, vol.3, p. 329-341. ISSN 1530-1567.
- VÁŠINA, B. *Koincidence rizikových a protektivních faktorů a úroveň predikce*. In SELKO: *Psychická odolnost a psychologie zdraví*, Bratislava: SAV, 2007, 80 – 89.
- VÁŠINA, B. *Psychologie zdraví*. OU, in Repronis Ostrava, 1999.
- VEENHOVEN, R. The Four Qualities of Life. *Journal of Happiness Studies*, 2000, vol.1, no.1, p.1-39. ISSN 1389-4978.
- VISSER, J. *Provision for Learners with Behavioural Difficulties*, Scheveningen, konference EASNE, 2007.
- VISSER, J., DANIELS, H., COLE, T. *Emotional and behavioural difficulties in mainstream schools*. Volume 1, Jai, Oxford, 2001, ISBN: 0-7623-0722-6.
- VÍTKOVÁ, M. *Somatopedické aspekty*. Brno: Paido, 2006. ISBN 80-7315-134-0.
- VÍTKOVÁ, M. *Vzdělávání žáků se speciálními vzdělávacími potřebami I.*, Brno: Paido, 2007. ISBN 978-80-7315-163-8.
- VOGELS, T., VERRIPS, G.W., VERLOOVE-VANHORICK, S.P. et al. Measuring Health-Related Quality of Life in Children: The Development of the TACQOL Parent Form. *Quality of Life Research*, 1998, vol.7, p. 457-465. ISSN 0962-9343.

- VOJTOVÁ, V. „School for All“ – evaluation report, in: *Classroom Practice 2*, [online], Middelfart: European Agency for Development in Special Needs Education, 2004. [cit. 07-2007]. Dostupné na www.euagency.org.
- VOJTOVÁ, V. *Kapitoly etopedie I., Přístupy k poruchám emocí a chování v současnosti*. 2. přepr. a rozšíř. vyd. MU Brno, 2008. ISBN 978-80-210-4573-6.
- VOJTOVÁ, V. *Postoje učitelů a žáků ke kázeňské problematice na základní škole*. Disertační práce. PdF MU, Brno, 2001.
- VOJTOVÁ, V. *Problematika efektivity výuky žáků s rizikem poruchy emocí a chování*. In Pokorná, V. *Inkluzivní a kognitivní edukace*. 1. vyd. Praha : Univerzita Karlova, Pedagogická fakulta, 2006. s. 129-141, ISBN 80-7290-258-X.
- VOJTOVÁ, V. *Úvod do etopedie*. 1. vyd. Brno: Paido, 2008a, ISBN 978-80-7315-166-9.
- Vyhláška 62/2007 Sb., kterou se mění Vyhláška 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů více nadaných.
- Vyhláška 73/2005 Sb. o vzdělávání dětí, žáků a studentů se speciálními vzdělávacími potřebami a dětí, žáků a studentů více nadaných
- WALKER, H. M., SEVERSON, H. H. *Developmental prevention of At-Risk Outcomes for Vulnerable Antisocial Children and Youth*. In Lane, L. K., Gresham, F. M., Watkins, A. (Ed.) *Assessment in Inclusive Settings: Key Issues for Policy and Practice*. Odense, Denmark: European Agency for Development in Special Needs Education, 2007. ISBN 9788790591267.
- WEARMOUTH, J., GLYNN, T., BERRYMAN, M. *Perspectives on Student Behaviour in School*. London, New York: Routledge, 2005. ISBN 0-415-35402.
- WEISSBERG, R.P., VOYCE, C.K., KASPAROV, W.J., ARTHUR, M.W., SHRIVER, T.P. *The Social and Health Assessment*. Authors, Chicago, IL, 1991.
- WHO, ICF Introduction, ICIDH-2, resolution. WHA54.21: Geneva, 2001. [online, cit. 2005-05-03]. Dostupné z <http://www.who.com>.
- WHO, Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health ICF, Geneva, 2002, [cit. 2005-05-03]. Dostupné na <http://www.who.int/classification/icf>
- WICK-NELSON, R., ISRAEL, A. C. *Behavior Disorders of Childhood*. New Jersey: Pearson: 2006. ISBN 0-13-153908-6.
- WILIAMS, T., BATTEN, M. The quality of school life. In: *Binkley, M., Rust, K., Wiliams, T. Reading literacy in an International Perspective, Recommendations for the Future*, NCES 97-875, Washington, DC: 1996. ISBN 0-16-048957-1.
- WILSON, I.B., CLEARY, P.D. Linking Clinical Variables with Health-Related Quality of Life. A Conceptual Model of Patient Outcomes. *JAMA*, 1995, vol. 273, no.1, p.59-65. ISSN 0098-7484.
- WILSON, S.J., BLADIN, P.F., SALING, M.M. Paradoxical Results in the Cure of Chronic Illness: The “Burden of Normality” as Exemplified Following Seizure Surgery. *Epilepsy and Behavior*, 2004, vol. 5, no. 1, p. 13-21. ISSN 1525-5050.
- WULFF, D.M. *Psychology of Religion: classic and contemporary views*. New York: Wiley, 1991.

ww.detivnemocnici.cz/seznam/l/l_d03.html

www.detivnemocnici.cz

www.klicek.org/index2.html

www.ped.muni.cz/wsedu/index.php?p=op-somatopedie-zdravotnicka-zarizeni&sid=f6db5e5124f7b180a123758b03eee663

Zákon 561/2004 Sb. ze dne 24. září 2004 o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon).

Zákon 561/2004 Sb. o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon)

ZDRAVÍ 21 – zdraví do 21. století. Ministerstvo zdravotnictví ČR, Praha 2001.

ZELINKOVÁ, O. *Pedagogická diagnostika a individuální vzdělávací program*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80– 7178-544X.

ZIGA, S., CHAMBERLAIN, K. Relation of hassles and personality to subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology* 53, 1987, 1, 155-162.

ŽILÍNEK, M. *Étos a utváranie mravnej identity osobnosti*. Bratislava: IRIS, 1997.

SEZNAM AUTORŮ

Doc. PaedDr. Marie Blahutková, Ph.D.

Masarykova univerzita
Fakulta sportovních studií
Sladkého 13, 617 00 Brno
E-mail: blahutkova@fsps.muni.cz

Prof. PhDr. Marek Blatný, CSc.

Psychologický ústav AV ČR, Brno
Veveří 97, 602 00 Brno
E-mail: blatny@psu.cas.cz

Doc. PhDr. Božena Šmajsová Buchtová, CSc.

Masarykova univerzita
Ekonomicko-správní fakulta
Lipová 41a, 602 00 Brno
E-mail: Buchtova.Smajsova@econ.muni.cz

Mgr. Jana Dlouhá

Univerzita Hradec Králové
Pedagogická fakulta
Rokitanského 62, 500 03 Hradec Králové 3
E-mail: dlouha@uhk.cz

Mgr. Eva Filípková

Masarykova univerzita
Pedagogická fakulta
Poříčí 31, 603 00 Brno
E-mail: 55598@mail.muni.cz

Mgr. Hana Hobzová

Masarykova univerzita
Fakulta sociálních studií
Joštova 10, 602 00 Brno
E-mail: HobzovaHana@seznam.cz

Prof. MUDr. Hana Hrstková, CSc.

Fakultní nemocnice Brno
Dětská nemocnice
Černopolní 9, 662 63 Brno,
E-mail: hrstkova@fnbrno.cz

PhDr. Martin Jelínek, Ph.D.

Psychologický ústav AV ČR, Brno
Veveří 97, 602 00 Brno
E-mail: jelinek@psu.cas.cz

MUDr. Šárka Kárová

Masarykova univerzita
Lékařská fakulta
Ústav psychologie a somatiky,
E-mail: skarova@med.muni.cz

MUDr. Tomáš Kepák

Fakultní nemocnice Brno
Dětská nemocnice
Černopolní 9, 662 63 Brno
E-mail: tkepak@fnbrno.cz

Prof. PhDr. Rudolf Kohoutek, CSc.

Masarykova univerzita
Pedagogická fakulta
Poříčí 31, 603 00 Brno
E-mail: kohoutek@ped.muni.cz

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

MUDr. Jana Marešová

Univerzita Karlova
Lékařská fakulta v Hradci Králové
Dětská klinika LF UK
E-mail: maresovaj@fnhk.cz

Mgr. Petra Navrátilová

Fakultní nemocnice Brno
Psychiatrická klinika
Jihlavská 20, 625 00 Brno
E-mail: 40089@mail.muni.cz

PhDr. Ing. Irena Ocetková, PhD.

Masarykova univerzita
Pedagogická fakulta
Poříčí 31, 603 00 Brno
E-mail: ocetkova@ped.muni.cz

Mgr. Milan Pilát

Fakultní nemocnice Brno
Dětská nemocnice
Černopolní 9, 662 63 Brno
E-mail: mpilat@fnbrno.cz

Doc. PhDr. Evžen Řehulka, CSc.

Masarykova univerzita
Pedagogická fakulta
Poříčí 31, 603 00 Brno
E-mail: rehulka@ped.muni.cz

PhDr. Oliva Řehulková

Psychologický ústav AV ČR, Brno
Veveří 97, 602 00 Brno
E-mail: oreh@psu.cas.cz

Mgr. Alena Slezáčková

Psychologický ústav AV ČR, Brno
Veveří 97, 602 00 Brno
E-mail: Alena.Slezackova@phil.muni.cz

Prof. PhDr. Vladimír Smékal, CSc.

Masarykova univerzita
Fakulta sociálních studií
Institut pro výzkum dětí, mládeže a rodiny
Joštova 10, 602 00 Brno
E-mail: smekal@fss.muni.cz

Doc. PhDr. Jitka Šimičková-Čížková, CSc.

Ostravská univerzita
Pedagogická fakulta
Fr. Šrámka 3, 709 00 Ostrava- Mariánské
Hory
E-mail: jitka.cizkova@osu.cz

Prof. MUDr. Jaroslav Štěrba, CSc.

Fakultní nemocnice Brno
Dětská nemocnice
Černopolní 9, 662 63 Brno
E-mail: jsterb@fnbrno.cz

PhDr. Helena Vaďurová, Ph.D.

Masarykova univerzita
Pedagogická fakulta
Poříčí 9, 603 00 Brno
E-mail: vadurova@ped.muni.cz

Doc. PhDr. Bohumil Vašina, CSc.

Ostravská univerzita
Pedagogická fakulta
Fr. Šrámka 3, 709 00 Ostrava- Mariánské
Hory
E-mail: bohumil.vasina@osu.cz

Mgr. Irena Vlčková

Fakultní nemocnice Brno
Dětská nemocnice
Černopolní 9, 662 63 Brno
E-mail: vlckova@fnbrno.cz

PhDr. Věra Vojtová, Ph.D.

Masarykova univerzita
Pedagogická fakulta
Poříčí 9, 603 00 Brno
E-mail: vojtova@ped.muni.cz

Kvalita života v souvislostech zdraví a nemocí

Oliva ŘEHULKOVÁ, Evžen ŘEHULKA

Marek BLATNÝ

Jiří MAREŠ

et al.

PC sazba: JarDa

Vydavatel, tisk: MSD

Brno 2008

ISBN: 978-80-7392-073-9