

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

**Subjektivně vnímaná kvalita života měřená u chronicky
nemocných**

Bakalářská práce

Autor: Jitka Mozorová

Vedoucí bakalářské práce: prof. Dr. Josef Dolista, Th.D., Ph.D.

Datum odevzdání práce: 12.5. 2008

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma: „Subjektivně vnímaná kvalita života měřená u chronicky nemocných“ vypracovala samostatně a používám jen pramenů, které cituji a uvádím v bibliografii. Souhlasím s použitím mé práce ke studijním účelům.

V Českých Budějovicích 5.5. 2008

Poděkování:

Chtěla bych poděkovat prof. Dr. Josef Dolistovi, Th.D., Ph.D. za ochotné a vstřícné jednání a zapůjčení odborné literatury.

Dále bych chtěla poděkovat Mudr. Veselému, primáři Rehabilitační ambulance v Třebíči, za spolupráci při provádění výzkumu.

Abstract

The subjective perception of quality of life by chronically ill patients

Studying quality of life nowadays means searching for and identifying factors which contribute to good and meaningful life and to feelings of contentment. Science attempts to find an exact formulation of the term quality of life. However, it is very difficult to quantify and formulate the “extent of man’s satisfaction”.

This bachelor work focuses on the quality of life of chronically ill patients from the point of view of their subjectively perceived life satisfaction and meaningfulness of life. The theoretical part is devoted to mapping out the term quality of life. It investigates the development of the term, the differences in the outlook on the term by various science disciplines and fields, the difficulties of scientific definition of the term and the ways of evaluation and measuring. Individual chapters are devoted to the quality of life in the health care system, to the psychological outlook on the quality of life and to the problems of quality of life and meaning of life.

The aim of the work was to establish the extent of satisfaction with life and some of its parts of chronically ill patients and to compare the results with a sample of healthy population. The parts of life in question were defined in advance and they were: mood, work, family relationships, free time, social life, relationship with a partner. The research was carried out using a quantitative method of an anonymous questionnaire. The sample consisted of 30 patients of the Cooperative Rehabilitation Ambulance of MUDr. Veselý in Třebíč. This sample was compared with a sample of 30 randomly selected representatives of healthy population.

The research results show that the extent of life satisfaction of chronically ill patients is not significantly lower than that of healthy population. State of health is therefore not the most important factor determining the quality of life. Satisfaction with relationships in the family and with relationship with one’s partner, positive self-appraisal

and feelings of meaningfulness of life play a much more important role at subjective evaluation of quality of life.

It is important to take into account a whole set of indicators when measuring the quality of life. It is important to investigate especially subjective factors which indicate how people themselves evaluate their lives.

The bachelor work can be a welcome element in the theoretical study of the quality of life for students. It can also serve as a contribution to discussions on evaluating quality of life as such.

Obsah

Úvod	8
1. Současný stav	9
1.1 Pojetí pojmu kvalita života a jeho definování	9
1.1.1 Pojem kvalita života a jeho vývoj	9
1.1.2 Různá pojetí a přístupy ke kvalitě života	9
1.1.3 Problémy s definováním vědeckého pojmu	16
1.2. Pojem kvalita života ve zdravotnictví	17
1.2.1 Health Related Quality of Life	17
1.2.2 Vliv chronického onemocnění na kvalitu života	19
1.2.3 Zvládání a prožívání chronické nemoci	20
1.2.3.1. Teorie kognitivní adaptace	22
1.2.3.2 Strategie zvládání nemocí a utrpení	22
1.2.3.2.1 Strategie zvládání chronického onemocnění	23
1.3. Psychologické pojetí kvality života	24
1.3.1 Spokojenost se životem	24
1.3.2 Subjektivní pohoda (Well-being)	25
1.3.3 Pocit štěstí	26
1.4 Životní smysl a kvalita života	28
1.4.1 Definice smysluplnosti života	30
1.4.2 Zdroje smysluplnosti života	31
1.4.3 Pojetí smyslu života v psychologii	32
1.5 Měření kvality života	34
1.5.1 Hodnocení kvality života v praxi	35
1.5.2 Metody měření kvality života	35
1.5.2.1 Metody měření kvality života, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba	36
1.5.2.2 Způsoby subjektivně hodnoceného měření kvality života	37
1.5.2.3 Smíšené metody zjišťování kvality života	39

2. Cíle a hypotézy	40
3. Metodika	41
4. Výsledky	46
5. Diskuze	64
6. Závěr	69
7. Seznam použitých zdrojů	70
8. Klíčová slova	74
9. Přílohy	75

Úvod

Kvalita života je velmi široký a nejednoznačně definovatelný pojem. Jedná se o pojem multidisciplinární a multidimenzionální, který pojmají různé instituce a odborníci různě. Zcela kompletní zachycení tak složité skutečnosti, jakou je kvalita života, není ani, jak poukazuje řada autorů, principiálně možné.

Studium kvality života dnes znamená hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí.

Výzkumy, zkoumající kvalitu života nejrůznějších respondentů, jsou v poslední době velice časté. Provádí se nejčastěji kvantitativními dotazníkovými metodami. Naprostá většina dotazníků je koncipována tak, aby ozřejmila především aktuální zdravotní stav respondenta. Život člověka však není možné popsat pouze pomocí objektivních ukazatelů, jako je např. již zmíněný zdravotní stav nebo ekonomický status, úroveň bydlení, či míra znečištění ovzduší. V pohledu na pacienta by měl být zachován tzv. bio-psycho-sociální přístup, tj. respektování všech ostatních faktorů, např. psychických, sociálních, kulturně antropologických či religiózních, které s medicínou sice zdánlivě nesouvisí, ale na rozvoj, průběh či vyléčení daného onemocnění mají často významný vliv (Zeman, 2008).

V posledních dvaceti letech se kvalita života a s ní synonymně používané pojmy osobní pohoda, životní spokojenost, štěstí apod. stala jedním z nejvíce studovaných psychologických témat. Postupně se tak naplňuje definice zdraví zveřejněná Světovou zdravotnickou organizací (WHO) již v roce 1948, podle níž není zdraví chápáno jen jako nepřítomnost nemoci či poruchy, ale též jako „stav úplné tělesné, duševní a společenské pohody (well-being).“ Ona „míra spokojenosti člověka“ je subjektivní charakteristika, která se dá jen velmi těžko kvantifikovatelně měřit a vyjadřovat.

V současné době stále přibývá lidí trpících chronickým onemocněním. Nemoc vstupuje do jejich života a určitým způsobem ho ovlivňuje a mění jeho kvalitu. Záměrem mé bakalářské práce je zjistit, zda je zdravotní stav určujícím faktorem subjektivně vnímané kvality života a do jaké míry ovlivňuje celkovou životní spokojenost.

1. Současný stav

1.1 Vymezení pojmu kvalita života a jeho definování

Kvalita života je velice široký a nejednoznačně definovaný pojem. Balcar (2005) uvádí, že je stejně multidimenzionální, jako je lidský život.

Pojem kvalita života se zabydlel v mnoha oblastech lidské činnosti a v mnoha vědeckých oborech. Kromě ekonomie, politologie a sociologie, kde začínal, ho dnes nalezneme ve filosofii, teologii, sociální práci a psychologii. Setkáme se s ním ve většině medicínských oborů, v ošetrovatelství, biologických oborech, či v ekologii, tedy v oborech, které se zajímají o živé organismy. Pojem kvalita života se však objevuje také v technických oborech, např. v architektuře, stavebnictví, dopravě atd., tj. v oborech, které ovlivňují prostředí pro život (Mareš, 2006).

V současné době stále více nabývá na významu a stává se klíčovým pro hodnocení individuálního i kolektivního lidského života (Křížová, 2005).

1.1.1 Pojem kvalita života a jeho vývoj

Otázkou kvality života se zabývali lidé odedávna (Křivohlavý, 2004). V práci J. Bergsmy a G. L. Engela z roku 1988 je správně konstatováno, že kvalita života je, bez ohledu na užívané pojmosloví, obsahově dávným tématem lidských úvah (Kebza, 2005). Samotný pojem „kvalita života“ má relativně dlouhou a zajímavou historii. Hnilicová (2005) uvádí, že termín „kvalita života“ byl poprvé zmíněn již ve 20. letech 19. století, a to v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev. Do obecného povědomí však tento pojem vstoupil až v šedesátých letech 20. století jako výraz metaforický, který shrnoval sociálně-politické cíle americké administrativy za vlády prezidenta Johnsona (Mareš, 2006). Také v Evropě brzy zdomácněl, neboť ho v 70. letech použil německý kancléř W. Brandt v politickém programu své vlády (Hnilicová, 2005). Teprve později se z něj postupně stával pojem vědecký, nejprve v sociologii, a potom i ve vědách o člověku. Rozvíjel se třemi směry: a) objektivním - byl chápán jako souhrn objektivních indikátorů, např. o kvalitě životních

podmínek v dané zemi, b) subjektivním - byl chápán jako souhrn subjektivních indikátorů, např. o kvalitě jedincovy „cesty životem“, c) kombinací objektivních a subjektivních indikátorů (Mareš, 2006).

Ve zdravotnictví se s pojmem kvalita života setkáváme od 70. let (Hnilicová, 2005). Petr (2004) uvádí, že jedna z prvních monografií zabývajících se kvalitou života (z r. 1975 [Strauss, 1975]) byla věnována problematice hodnocení života chronicky nemocných pacientů a starých lidí. V roce 1993 předložila WHO první pracovní definici kvality života ve vztahu ke zdraví (Kebza, 2005).

V novější literatuře má pojem kvalita života též širší, resp. více generalizovaný význam. Vyjadřuje tak většinou kombinaci prožitku úrovně vlastního zdraví, úrovně osobní pohody, životní spokojenosti a často též určitého postavení v sociální stratifikaci (Kebza, 2005).

V současné době studium kvality života znamená hledání a identifikaci faktorů, které přispívají k dobrému a smysluplnému životu a k pocitu lidského štěstí. Badatelé se rovněž zajímají o interakce a vztahy mezi těmito faktory. Ideologickým důvodem pro studium kvality života a jeho nejdůležitějším cílem je podporovat a rozvíjet takové životní prostředí a takové životní podmínky, které by lidem umožňovaly žít způsobem, který je pro ně nejlepší, ve kterém nacházejí smysl a který si dovedou a mohou „užít“ (Hnilicová, 2005).

Studium kvality života představuje jeden ze způsobů vyjádření lidského rozvoje, alterantivních k dnes převládajícím způsobům, založeným ekonomicky na hodnotách výroby a spotřeby (Kebza, 2005).

V řadě výzkumů je sledován vztah mezi kvalitou života, hodnotami, sebehodnocením a vnímáním a hodnocením společenské situace a jejího vývoje.

V kvalitě života se promítá výrazně úroveň osobní pohody (well-being), úroveň schopnosti postarat se o sebe (sebeobsluhy), úroveň mobility a schopnosti ovlivňovat vývoj vlastního života. Některé novější přístupy v této souvislosti stanovují osobní pohodu (well-being) jako standard pro kvalitu života v různých kontextech (Kebza, 2005).

Někteří autoři též předpokládají, že významnou roli v utváření kvality života sehrává víra ve vlastní schopnosti, míra sebeuplatnění každého člověka (self-efficacy A. Bandury). Vnímání úrovně této víry ve vlastní schopnosti ovlivňuje podle těchto autorů též míru úsilí a vytrvalosti, již jsou lidé ochotni vydat tváří v tvář nesnázím a překážkám (Holman, Lorig, 1992; Schwarzer, Fuchs, 1996; Kuijer, de Ridder, 2003 in Kebza, 2005).

1.1.2 Různá pojetí a přístupy ke kvalitě života

Filozofické pojetí kvality života se zaměřuje na otázky „dobrého“ v protikladu k „špatnému“ životu. V antice byl formulován směr zvaný hedonismus, podle kterého „dobře a šťastně žije ten, kdo si v bohaté míře užívá smyslovými cestami přicházejících slastí“. Tomuto směru dosti blízká byla i Epikurova škola, která zdůrazňovala pocit slasti pramenící z klidu.

Skupina anglických filozofů - Jeremy Bentham, David Hume, Thomas Hobbes se na to, co je dobré, podívali z hlediska následků a hodnotili užitečnost toho či onoho konání. Šlo jim při tom o radost či štěstí z uspokojování potřeb a zájmů (utilitarismus). Začali se dívat nejen na štěstí individuálně jednajícího člověka, ale začali si všimnout i toho, jak je druhým lidem.

Pojetí kvality života, které nevychází ze smysly zprostředkovaných slastí, ale z rozumu, vypracoval Emanuel Kant. Kant rozlišovat dvě roviny rozumových řídicích momentů: maxima a kategorický imperativ. Termínem „maxima“ se rozumí principy či subjektivní praktické zásady jednání, jimiž se v životě řídíme. Ty vycházejí jednak z vlastní empirické zkušenosti, jednak z toho, co jsme od druhých lidí přejali a přijali za své. Některá svá maxima si uvědomujeme, jiná jsou hluboce skryta v našem vědomí. Žijeme přitom v domněnce, že když jednáme podle svých maxim – ať už jsou jakákoliv, náš život je dobrý – kvalitní. „Kategorický imperativ“ je pak kriteriem posuzování našich maxim. Doslovně zní takto: „Jednej tak, aby maxima tvé vůle vždy mohla být zároveň principem obecného zákonodárství“. Máme tedy jednat jen podle takových maxim, jež jsou možné

jako obecné zákony rozumově utvořeného systému osob. Jednám-li v poslušnosti tohoto kategorického imperativu, je mi jako člověku dobře. Jednám-li v rozporu s tímto kategorickým imperativem, dobře mi není – a podle Kanta mi ani dobře být nemůže (Křivohlavý, 2004).

Kvalita života v makrorovině, mezorovině a personální rovině

J. Bergsmy a G.L. Engel ve své práci z roku 1988 poukázali na možnost rozlišení hlavních rovin zkoumání kvality života (Kebza, 2005).

V makrorovině jde o otázky kvality života velkých společenských celků (např. dané země, kontinentu atd.) Zde jde podle Bergsmy o nejhlubší zamyšlení nad problematikou kvality života - o absolutní smysl života. Život je v tomto pojetí chápán jako absolutní morální hodnota a kvalita života musí tento závěr ve své definici plně respektovat. Problematika kvality života se tak stává součástí základních politických úvah (viz např. problematiku boje s epidemiemi, hladomorem, chudobou, genocidou, terorismem, ale i otázku investic do infrastruktur a zvláště zdravotnictví, stanovení obsahu základní výchovy atp.).

V mezorovině jde podle Bergsmy a Engela (1988) o otázky kvality života v tzv. malých sociálních skupinách (např. škole, nemocnici, domově důchodců, pečovatelském domově, podniku atd.). Zde jde nejen o respekt k morální hodnotě života člověka, ale i o otázky sociálního klimatu, vzájemných vztahů mezi lidmi, otázky neuspokojování a uspokojování (frustrace a satiace) základních potřeb každého člena dané společenské skupiny, existence tzv. sociální opory (social support system), sdílených hodnot (existenci humanitních hodnot v dané skupině a jejich hierarchii) atd.

Osobní rovinou je život jednotlivce. Při stanovení kvality života jde o subjektivní hodnocení zdravotního stavu, bolesti, spokojenosti, nadějí atp. Do hry tak vstupují osobní hodnoty jednotlivce - jeho představy, pojetí, naděje, očekávání, přesvědčení atd. (Křivohlavý, 2002)

Objektivní a subjektivní kvalita života

Objektivní kvalita života znamená splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví.

Subjektivní kvalita života se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem tak, jak je jedinec hodnotí ze svého pohledu. V subjektivním přístupu je kvalitou života míněno to, jak jedinec vnímá a hodnotí své postavení ve světě v kontextu kultury a hodnotových systémů, ve kterých žije, a to ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům a životnímu stylu. Výsledná spokojenost či nespokojenost bude jistě souviset i s jeho objektivním zdravotním stavem, stejně jako s meziosobními vztahy a smysluplností vedeného života (Vymětal, 2003).

Se socioekonomickým statutem, a dokonce ani s biologickým zdravím, však nemusí být v přímé úměře. (Hnilicová, 2005).

Psychologické pojetí kvality života a relevantní výzkumy se vztahují ke snaze postihnout subjektivně prožívanou životní pohodu a spokojenost s vlastním životem jako takovým. Hnilicová (2005) uvádí, že v psychologii lze vysledovat tři podoby konceptualizace toho, co se pod pojmem kvalita života skrývá. Jde o: spokojenost se životem, prožívanou subjektivní pohodu a pocit štěstí.

Sociologické pojetí kvality života

V sociologickém pojetí kvality života jsou zdůrazňovány atributy sociální úspěšnosti, jako jsou status, majetek, vybavení domácnosti, vzdělání, rodinný stav. Je zkoumán jejich vztah ke kvalitě života, která je rovněž definována jako subjektivní životní pocit. Sociologický charakter mají také studie, kdy se sleduje dopad jednotlivých sociálních či sociálně-zdravotních programů na kvalitu života obyvatel určité oblasti. Tímto směrem je také orientována významná současná sociologická organizace Mezinárodní společnost pro studium kvality života (International Society for Quality of Life Studies). V jejím pojetí je kvalita života chápána jako „produkt souhry sociálních, zdravotních, ekonomických a

environmentálních podmínek, ovlivňujících rozvoj lidí“. Potom je důležitým termínem „životní úroveň“, která je definována jako měřítko kvantity a kvality zboží a služeb, jež jsou lidem k dispozici. Jako relevantní indikátory životní úrovně jsou užívány takové ukazatele jako hrubý domácí produkt (HDP) na hlavu, střední délka života a kojenecká úmrtnost, počet lékařů na 1 000 obyvatel, procento HDP věnované školství a zdravotnictví či počet televizorů a telefonů na domácnost (Hnilicová, 2005).

Jedním ze sociologicky zaměřených badatelů je E. Allard. Podle něho kvalita života a blahobyt lidí sestávají ze tří základních oblastí, které je třeba zkoumat. Označuje je takto: 1. mít (*having*), 2. milovat (*loving*), 3. být, stávat se něčím (*being*) (Mareš, 2006).

Termín kvalita života v medicíně

V kontextu zdraví a nemoci se často hovoří o tzv. „kvalitě života související se zdravím“ (*Health related quality of life*), chápané jako subjektivní pocit životní pohody, který je asociován s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky (Hnilicová, 2005).

Jde o subjektivní vyjádření míry narušení obvyklých životních podmínek v důsledku určité (nejčastěji somatické) choroby (Kebza, 2005) Takto koncipovaná kvalita života vyjadřuje míru, do jaké nemoc a její léčba ovlivňují pacientovu schopnost a možnost žít takový život, jenž by mu skýtal uspokojení (Hnilicová, 2005).

Kvalita života v pojetí světové zdravotnické organizace

V roce 1993 předložila WHO první pracovní definici kvality života ve vztahu ke zdraví jako „vnímání lidí a jejich životních pozic v kontextu kultury a hodnotových systémů, v nichž lidé žijí, a ve vztahu k jejich cílům, očekáváním, standardům, zájmům, starostem a obavám“ (Kebza, 2005). Zahrnuje komplexním způsobem jedincovo somatické zdraví, psychický stav, úroveň nezávislosti na okolí, sociální vztahy, jedincovo přesvědčení, víru - a to vše ve vztahu k hlavním charakteristikám prostředí.

Kvalita života tedy v současném pojetí Světové zdravotnické organizace není součtem podmínek a zdravotního stavu, ale spíše vypovídá o vlivu zdravotního stavu a

podmínek na jedince. Předpokládá se, že vztah objektivní stránky kvality života, který lze ztotožnit se životní úrovní a fyzickým zdravím a subjektivně vnímanou kvalitou života (subjektivním hodnocením), je zprostředkován očekáváním. Toto lze interpretovat tak, že důležitou roli zde hraje idealizovaná představa o sobě samém a svém životě (Hnilicová, 2005).

Centrum pro podporu zdraví při univerzitě v Torontu vymezuje kvalitu života jako „stupeň, ve kterém jedinec využívá důležité možnosti svého života.“ Možnosti přitom vyvěrají z příležitostí a omezení, které každý člověk ve svém životě má, a tyto jsou odrazem interakce mezi ním a prostředím. Jako důležité životní domény jsou uváděny: bytí (*being*), přílnutí (*belonging*) a realizace (*becoming*). Rozsah kvality života v jednotlivých uvedených oblastech a suboblastech je podmíněn dvěma faktory, a to jejich důležitostí pro jedince a jejich využíváním. Potom skutečná kvalita života je určena osobním významem jednotlivých dimenzí a rozsahem, v jakém u daného jedince dochází k jejich naplňování v reálném životě, tj. jak si je tedy daný člověk „užívá“ (Hnilicová, 2005).

Kvalita života zjišťovaná v tělesné, duševní a duchovní dimenzi

Při zjišťování kvality života v dimenzi tělesné odkazujeme zde na „ideální normu“ fyzické harmonie a zdatnosti tělesných funkcí, tj. na tradičně pojímané „zdraví“ člověka.

Při zjišťování kvality života v dimenzi duševní či „prožitkové“ odkazujeme na její tradiční znaky v podobě prožívané slasti a uplatňované moci v životě člověka, které v úspěšném případě vystihuje tradiční pojem prožívaného „štěstí“.

Při zjišťování kvality života v dimenzi duchovní či „noické“, „existenciální“, ji vnímáme jako „prožitek smyslu (plnosti) vlastního života, který je v životě člověka zakotven v jeho odezvách na hodnotové výzvy, které mu poskytuje jeho svědomí, a v činech, které ze své vůle činí k uskutečnění hodnotového potenciálu obsaženého v přítomné situaci (Balcar, 2005).

1.1.3 Problémy s definováním vědeckého pojmu

Pojem kvalita života vstoupil do odborné literatury mnoha vědních oborů. Vzhledem k tomu, kolik různých, věcně odlišných oborů pracuje s tímto pojmem, liší se pochopitelně i jeho definování. Prvním problémem je proto oborová různost, neboť se těžko hledá zastřešující pojetí, které by současně dovolovalo nejrůznější praktické aplikace.

Druhým problémem je, že pojem sám (i v rámci každého jednotlivého vědního oboru) navozuje dojem souhrnného, integrujícího, komplexního ukazatele. Jak výstižně upozorňuje Veenhovenová (2000 in Mareš, 2006), je to jen iluze, neboť vždy jde jen o výběr, o selektivní, tedy nekompletní zachycení složité skutečnosti. Z věcných důvodů, které rozvedeme dále, se citovaná autorka dokonce domnívá, že to není principiálně možné.

Třetím problémem je, že pojem kvality života je nutné z teoretických i praktických důvodů jemněji rozčlenit, odlišit jeho jednotlivé aspekty. Obvykle se mluví o jednotlivých oblastech (*domains*) kvality života. Díky různosti oborů, různosti teoretických přístupů i různosti diagnostických metod nepanuje shoda v tom, co považovat za konstitutivní oblast, kolik těchto oblastí existuje, ani jak je označovat.

Cummins (1996) se pokusil oblasti utřídít do obecnějších skupin. Dospěl k sedmi kategoriím: 1. materiální zabezpečení, 2. zdraví, 3. produktivita, výkonnost, 4. velmi dobré, přátelské mezilidské vztahy, 5. pocit bezpečí, 6. komunita, 7. emoční pohoda.

Kučera (2004) uvádí takto formulované komponenty kvality života: 1. tělesné zdraví, 2. osobní bezpečí, 3. materiální/finanční zabezpečení, 4. interpersonální vztahy, 5. participace ve společenství, 6. možnost růstu, 7. „sebenaplnění“.

Zdá se, že není možné usilovat o vytvoření univerzální definice, jež by se dala používat v různých oborech. Ukazuje se, že bude třeba koncipovat definice zakotvené v daném oboru, rozdílné podle úrovně obecnosti a vázané na určitý aplikační kontext. Navíc by měly být citlivé na sociální, kulturní a biologické determinanty života i na změny kvality života v čase (Mareš, 2006).

Přestože úsilí výzkumníků dosud nepřineslo všeobecně přijatelnou definici kvality

života, lze vyjádřit podstatu tohoto fenoménu jako jedincem (ale též skupinou, komunitou či společností) vytvářený mnohaúrovňový pohled na možnosti jeho (jejího) fyzického, psychického a sociálního uplatnění v životě (Calman, 1984; Bowling, 1995; WHOQOL Group, 1995; Brown, Renwick, Nagler, 1996; Schipper, Clinch, Olweny, 1996 in Kebza, 2005). Někdy jsou do tohoto základního pojetí kvality života zahrnovány ještě další dimenze, jako např. spiritualita (WHOQOL group, 1995 in Kebza, 2005) nebo tělesné pocity (Schipper, Clinch, Olweny, 1996 in Kebza, 2005).

1.2 Pojem kvalita života ve zdravotnictví

1.2.1 Health Related Quality of Life

Kategorie „kvalita života“ aplikovaná ve zdravotnictví obecně a jednotlivých medicínských oborech má své specifické označení: HRQL – Health Related Quality of Life.

Pracuje se s ní v dlouhodobých výzkumech přežívání pacientů, v klinických výzkumech ověřujících nové léčebné postupy a nové léky, ale též při standardní léčbě chronických a velmi vážných onemocnění (Mareš, 2006). Ukázalo se totiž, že k vystižení komplexní charakteristiky zdravotního stavu již nepostačují dříve užívané postupy, vycházející ze stanovení diagnózy eventuální nemoci, doby dožití, resp. tzv. střední délky života, ale že je třeba identifikovat a zhodnotit i psychické, sociální a behaviorální determinanty lidského života, vztahující se ke zdraví. V praxi se většinou toto zaměření postupů zjišťujících kvalitu života týkalo - zvláště v počátcích systematického zájmu o problematiku kvality života - především subjektivního vyjádření míry narušení obvyklých životních podmínek v důsledku určité (nejčastěji somatické) choroby (Kebza, 2005).

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 in Mareš, 2006).

HRQL zahrnuje ty aspekty celkové kvality života, o nichž lze jasně ukázat, že, že

jsou ovlivněny zdravím, ať už somatickým nebo mentálním. Jde o vnímané somatické a mentální zdraví, včetně souvislostí 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 in Mareš, 2006).

Zkratka HRQL je dnes mezinárodně používanou zkratkou. Anglický termín Health-related quality of life není ovšem snadné přeložit do češtiny. Proto se v odborných publikacích setkáváme s několika překlady. Nejpoužívanějším překladem je výraz „kvalita života související se zdravím“, na němž se shodlo nejvíce autorů. Je obsahově neutrální, neimplikuje jednoznačně příčinný vztah a nechává prostor i pro souvislost s nemocí. Petr (2004) užívá také překlad „ke zdraví vztahovaná kvalita života“ nebo „kvalita života podmíněná zdravím“, přesněji zdravotním stavem.

Definice, které se snaží vymezit oblasti, jež jsou specifické pro kvalitu života související se zdravotním stavem člověka, jsou desítky. Autory zpravidla nezajímá kvalita života související se zdravím lidí, nýbrž kvalita života těch lidí, kteří trpí určitým typem onemocnění (Mareš, 2006). Evropské zdravotnické orgány také říkají: 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 in Mareš, 2006). 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 in Mareš, 2006). Podobně Sláma (2005) uvádí, že kvalita života vyjadřuje míru, do jaké nemoc a léčba ovlivňují pacientovu schopnost žít takový život, jenž by mu skýtal uspokojení. Takto koncipovaná kvalita života má dvě základní charakteristiky:

1. Mnohorozměrnost

- oblast tělesných potíží (např. bolest, únava, nevolnost)
- funkční zdatnost (např. schopnost zvládat běžné denní aktivity, pracovní zátěž)
- oblast psychologická/emocionální (např. nálada, úzkost, deprese)
- oblast sociální (např. vliv nemoci na vztahy v rodině, vztahy s přáteli, sociální postavení, oblast finančních potíží)
- oblast existenciální a duchovní (např. otázky smyslu života, naděje, smíření a odpuštění)

2. Subjektivnost

Subjektivnost vyjadřuje skutečnost, že dva různí pacienti budou tutéž nemoc prožívat zcela rozdílně.

1.2.2 Vliv chronického onemocnění na kvalitu pacientova života

Ukazuje se, že změna životní situace způsobená například nemocí, se projeví výrazně ve změně kvality života. Když určitému člověku přijde do „cesty realizace“ určitého plánu nemoc, zranění, chronické onemocnění, hospitalizace, bolest, obavy a strach či mentální postižení, případně situační a sociální změny typu sporů, konfliktů, krizí, životních katastrof různého druhu atp., míra jeho spokojenosti s kvalitou života je otřesena (Křivohlavý, 2002).

I přesto nemocní lidé dokáží kvalitně žít, nemoc je sice omezuje, ale nepřekáží v plnohodnotném životě. Strádání v jedné oblasti nemusí vždy nutně znamenat nedostatek v jiných oblastech. Některé studie například ukázaly, že v mnoha ukazatelích, jež jsou důležitou součástí kvality života, jako je spokojenost s rodinou, přáteli či prací, nebyl zjištěn rozdíl mezi onkologicky nemocnými pacienty, prodávajícími chemoterapii, a pacienty, kteří rakovinu nemají (Hnilicová, 2005).

Pacienti s diagnózou chronické nemoci mívají více dlouhodobých a intenzivních bolestí. Často mají pohybové potíže – nejen při chůzi, ale i při jiných pohybech. Mnohdy mají zažívací potíže, problémy s vyměšováním, těžkosti s dýcháním atp. Neméně pestrá je

paleta psychických těžkostí. Jedná se v první řadě o kognitivní problémy a negativní emocionální zážitky. Kognitivní problémy se týkají faktu chronické nemoci, jelikož na ní pacient často myslí, toto téma se objevuje zcela samovolně. Pacient je pak uvádí do souvislosti jak s momentálním stavem (např. se změnami, které u něho nastávají v důsledku dané chronické nemoci), tak s další vlastní perspektivou (např. se kterými musí v dalším životě počítat). Má-li více chronických onemocnění, problémy se nesečítají, ale spíše násobí.

Zdá se, že největší dopad v psychické kognitivní oblasti má chronické onemocnění na *sebepojetí* pacienta – na to, jak pacient sám sebe vidí, chápe a hodnotí. Jeho identita je chronickým onemocněním postížena nejvíce. Toto odcizování se nejen druhým lidem, ale i sama sobě může dojít tak daleko, že se chronicky nemocný pacient přestává cítit úctyhodným a hodnotným člověkem. Ztrácí nejen pocit schopnosti něco řešit, ale dokonce i osobní úcty a ceny. Odborně se tento stav charakterizuje jako *non-person* – *nebytí osobností*.

Tato změna je pociťována pacientem (ve stavu chronického onemocnění velice snadno psychicky zranitelným) jako mimořádně těžká. Často vede pacienty k revizi a přehodnocení mnohého. O tomto psychickém procesu se hovoří jako o *strategickém přebudování vlastní identity*. Otázkám tohoto druhu se věnovala např. skupina psychologů vedená Christinou Dukel-Schetterovou (Křivohlavý, 2002).

1.2.3 Prožívání a zvládání chronické nemoci

Chronická nemoc se mnohdy přibližuje pomalu. Častokrát si daný člověk ani neuvědomuje, že je vlastně nemocen (viz např. plíživý příchod některých leukémií). Ten, u něhož se objevuje chronické onemocnění, k němu často zaujímá falešný postoj. Dívá se na ně jako na akutní onemocnění - jako na něco, co v poměrně krátké době zřejmě odezní. Neuvědomuje si, že s touto nemocí nejen bude žít dlouho, ale s velkou pravděpodobností až do smrti.

Mnohé z chronických onemocnění momentálně neohrožují život pacienta. Častokrát

mají střídavý charakter, pacient prožívá různě dlouhá období, kdy mu je docela dobře. Jsou však i chronická onemocnění, která pacientům (a nejen jim) nedávají spát. Příkladem mohou být onemocnění kardiovaskulárního systému, různé druhy rakoviny, záducha (astma), zánětlivá onemocnění kloubů (artritida, revmatická onemocnění atp.), cukrovka (diabetes), Alzheimerova nemoc, pozitivní nález HIV, AIDS atp. Za těchto okolností je možné pozorovat mnoho problémů, nejen fyzických, ale i psychických a sociálních, jak u toho, kdo chronickým onemocněním trpí, tak u lidí kolem něho.

Existence chronického onemocnění je faktem, s nímž se musí ten, kdo je touto nemocí postižen, vyrovnávat. Obecně je možné říci, že ho chronická nemoc dostává do stresu (Křivohlavý, 2002).

Postoj k nemoci, funkční schopnosti a pocit životní pohody může ovlivnit mnoho vnitřních i vnějších faktorů. Např. individuální charakteristiky, jako jsou motivace a typ osobnosti, a zevní faktory, jako rodinné vztahy, přátelé, životní prostředí a společenské klima, mohou být stejně důležité v pomoci nemocnému vyrovnat se s chronickým onemocněním (Petr, 2004). Podobně Sláma (2005) uvádí, že osobnostní charakteristiky, stupeň sociální podpory a také schopnosti adaptace jsou pouze některé z faktorů, které ovlivní konečný výsledek.

Lidé, kteří jsou nemocní a kteří tento stav přijmou, mohou po období nutném k adaptaci na nemoc pozměnit své plány a očekávání a přizpůsobit se životu s nemocí, a tím i získat zpět určitý pocit životní pohody. Jiní za stejných podmínek se mohou stávat čím dál tím nespokojenější se svou životní situací a hodnotit svoji celkovou kvalitu života jako velmi nízkou. Jinými slovy – postoje k vlastnímu zdravotnímu stavu jsou důležité predikátory průběhu nemoci, které jsou nezávislé na skutečném klinickém stavu. Očekávání tvoří důležitý další určující faktor spokojenosti s průběhem nemoci a výsledky terapie. Calman (1984) definuje kvalitu života jako rozdíl mezi pacientovým očekáváním a tím, čeho ve skutečnosti dosáhne. Čím menší je tento rozdíl, tím je vyšší kvalita života. V některých případech chronického onemocnění, kdy se projevy nemoci prohlubují a aktivity nemocných

jsou stále omezenější, snižuje se i očekávání pacienta na úroveň, které může být dosaženo (Petr, 2004)

1.2.3.1. Teorie kognitivní adaptace

Taylorová v článku o kognitivní adaptaci zjistila, že tam, kde se lidé dostanou do situace velkého trápení, dochází ke zvýšení potřeby nacházet smysl v tom, co se děje. Tvorba smyslu umožňuje vytvořit si přesnější obraz vlastní identity. Zároveň člověku naznačí jeho hodnotu. To se projevuje ve zlepšení zdraví, transformaci negativních událostí v jejich pozitivní hodnocení (Křivohlavý, 2002).

Lidé hledají účel toho, co se děje, zpevní pojetí hodnoty sebe sama a změni způsob zvládnání problémů. (Taylorová, 1983 in Balcar, 2005) Taylorová dále říká, že toto hodnocení zahrnuje často nalezení určitého kladného aspektu v sérii negativních událostí (Křivohlavý, 2002).

Kognitivní adaptace má tři fáze:

1. Hledání smysluplnosti v tom, co se s člověkem děje
2. Sebeovládání
3. Posilování kladného sebehodnocení

1.2.3.2 Strategie zvládnání nemocí a utrpení

Křivohlavý (2002) uvádí, že již před čtvrt stoletím byly vytipovány dva druhy strategií zvládnání životních těžkostí:

- 1) strategie zaměřené na řešení problému, který působením nemoci vyvstal
- 2) strategie zaměřené na vyrovnání se s emocionálním stavem spojeným s existencí dané nemoci.

Při strategii zaměřené na řešení problému jde o vyvinutí vlastní aktivity a snahu konstruktivně řešit danou situaci.

Strategie zaměřené na vyrovnávání se s emocionálním stavem jsou zaměřeny na

řízení emocionálního stavu, který se radikálně změnil v důsledku nemoci, traumatu, postižení apod. Jde například o snížení míry obav a strachu, o snížení míry zlosti atp. V práci autorského kolektivu vedeného Lazarusem a Folkmanovou byly diagnostikovány následující strategie zvládání životních těžkostí:

1. Konfrontační způsob zvládání
2. Hledání sociální opory
3. Plánované hledání řešení problému
4. Sebeovládání (uklidnění emocionálního vzrušení)
5. Distancování se od dění
6. Hledání pozitivních stránek dění
7. Přijetí osobní zodpovědnosti za řešení situace
8. Snaha vyhnout se těžké situaci a utéci z ní

1.2.3.2.1 Strategie zvládání chronického onemocnění

Dukel-Schetterová (1992 in Křivohlavý, 2002) zjistila, že strategie, kterých pacienti používají, se podobají do značné míry těm, s nimiž se setkáváme při zvládání stresu. Často byla zjištěna strategie distancování se od chronické nemoci – pokus „nemyslet“ na to, co se stalo (změnilo), nebrat to prostě v úvahu. Strategie emocionálního a kognitivního vyhýbání se skutečnosti, která pacienta ohrožuje, byla zjištěna zvláště u těžších případů a intenzivnějších bolestí. Vedle těchto strategií však Dukel-Schetterová zjistila řadu strategií „zkratového“ řešení situace – například uchýlení k drogám, alkoholu, přejídání. Dukel-Schetterová zjistila však i strategie jiné. Někteří pacienti s chronickým onemocněním se snažili hledat kladné věci na změněné situaci. Snažili se uvědomit si, co je za této změněné situace možné, zatímco dříve to možné nebylo, např. mít více času na rodinu, více se sblížit s některými členy rodiny a rodinu stmelit atp. (Křivohlavý, 2002).

1.3 Psychologické pojetí kvality života

Psychologické pojetí kvality života vychází přirozeně ze subjektivity člověka, tedy z jeho prožívání, myšlení a hodnocení, i z toho, co chce a čemu se mu nedostává. Zdá se, že lidský jedinec považuje vlastní život za kvalitní, jestliže jeho očekávání jsou ve shodě s životní realitou tak, jak ji hodnotí. Spokojenost spojená s pocitem štěstí nastává, jestliže my sami i osoby nám nejbližší se uplatňují a současně získáváme a prožíváme pozitivní citovou odezvu ze svého nejbližšího sociálního okolí. Jestliže nás okolí uznává, roste naše *sebeúcta*, jež je nakonec vysoká a stabilní. Potom říkáme, že se nám „daří a život má smysl. Významnou roli pro „dobrý pocit“ ze života hraje i *kompetentnost* člověka (jak rozumí světu a jak jej může ovlivňovat), *autonomie* (rozhodování vycházející z nás a sebeřízení) a *autenticita* (můžeme být a jsme sami sebou, náš projev i život jsou v zásadní shodě – kongruenci – se sebepojetím, tedy i s naší hodnotovou orientací). I zde je třeba zdůraznit naši sociální určenost, protože pro žití „dobrého života“ potřebujeme žít alespoň v jednom vztahu naplno, tedy psychicky blízko a autenticky (Vymětal, 2003).

Hnilicová (2005) uvádí, že psychologické pojetí kvality života se snaží postihnout subjektivně prožívanou životní pohodu a spokojenost s vlastním životem jako takovým. V psychologii lze vysledovat tři podoby konceptualizace toho, co se pod pojmem kvalita života skrývá. Jde o:

1. Spokojenost se životem
2. Prožívanou subjektivní pohodu (*subjective well-being*)
3. Pocit štěstí (*happiness, flow*)

1.3.1 Spokojenost se životem

Při definování kvality života psychology se často setkáváme s důrazem na spokojenost. Podle tohoto pojetí žije kvalitně ten, kdo je se svým životem spokojen. Uspokojení je Echteldem (1999 in Křivohlavý, 2002) definováno jako „*důsledek dlouhodobé zkušenosti daného člověka z dosahování jeho životních cílů, které probíhá tou rychlostí, kterou on sám očekával, případně rychleji*“ (Křivohlavý, 2002).

Z hlediska pohledu na možnosti realizace osobních plánů definoval Calman (1984 in Křivohlavý, 2004) kvalitu života daného člověka v jeho určitém časovém a situačním bodě jako „rozdíl mezi nadějemi a očekáváním tohoto člověka a současným stavem jeho života“. Tento rozdíl či mezera (gap) mezi tím, co si člověk v životě přeje, a situací, v níž se nachází, se může například při nemoci zvětšovat. Může se však též zmenšovat, např. když se díky léčebným postupům daří zlepšovat zdravotní stav pacienta (Křivohlavý, 2004).

1.3.2 Subjektivní pohoda (Well-being)

Osobní pohoda (well-being) je často spojována s pojmem kvalita života. Lze říci, že well-being je hodnocením kvality života jako celku.

V české terminologii se postupně ustálil úzus spojovat well-being především s dimenzí duševní pohody. Vhodnější je ale užívat pojem osobní pohoda, v němž je implicitně založena jak duševní, tak tělesná a sociální dimenze (Křivohlavý, 2004).

Přes pluralitu názorů a přístupů k vymezení pojmu well-being se odborníci vcelku shodují v názoru, že se jedná o dlouhodobý emoční stav, ve kterém je reflektována spokojenost jedince s jeho životem (Kebza, 2005). V nejširším smyslu je tvořena dvěma složkami, emoční a kognitivní (Blatný, 2006). Kognitivní dimenze reprezentuje víceméně racionální hodnocení vlastního života, tj. jak celkově vlastní život hodnotíme, a jak jsme s ním tudíž spokojeni či nespokojeni (Kebza, 2005). Právě životní spokojenost je v různých výzkumech nejčastěji využívána pro vyjádření osobní pohody (Blatný, 2006). Emocionální rozměr postihuje citové prožívání a převažující typ emocí. Zjišťuje se, jaké je celkové emoční naladění dané osoby, zda u ní mají převahu pozitivní nebo negativní citové reakce (Hnilicová, 2005). Kebza (2005) dále uvádí, že osobní pohoda se vyznačuje konzistencí v různých situacích a stabilitou v čase.

Na základě dnešních poznatků uvádí Blatný (2006) čtyři kategorie zdrojů osobní pohody. Jsou jimi:

1. demografické faktory
2. osobnostní dispozice

3. soulad mezi osobními očekáváními a skutečností
4. sociální vztahy

Dimenze duševní pohody

Podle Ryffové dosahuje člověk osobní pohody tehdy, pokud se mu daří optimálně naplňovat celkem šest oblastí duševního života. Dimenzemi duševní pohody podle ní jsou (Blatný, 2006):

1. Sebepřijetí (self-acceptance) - pozitivní postoj k sobě, srozumění s různými aspekty sebe a jejich akceptace, přijetí různých aspektů sebe, dobrých i špatných vlastností, srozumění s vlastní minulostí.
2. Pozitivní vztahy s druhými - vřelé uspokojující vztahy s druhými, zájem o blaho druhých, schopnost empatie.
3. Autonomie - nezávislost a sebeurčení, schopnost odolat sociálním tlakům a zachovat si vlastní názor a jednání, nezávislost na hodnocení a očekávání druhých.
4. Zvládání životního prostředí (environmental mastery) - pocit kompetence při zvládání každodenních nároků, přehled o tom, co se děje v okolním prostředí, schopnost vidět příležitosti a využít vnější dění pro vlastní cíle a potřeby.
5. Smysl života (purpose in life) - cílesměrnost, pocit, že minulý i přítomný život má smysl, směřování k dosažení cílů.
6. Osobní rozvoj (personal growth) - pocit trvalého vývoje, otevřenost novému, nepřipouštění si nudy a pocitu stagnace, schopnost vidět pozitivní změny vlastního já a chování (Blatný, 2006).

1.3.3 Pocit štěstí

V současné době psychologové intenzivně studují to, co má vliv na náš pocit štěstí. Ukazuje se zde často určitý paradox: šťastnější jsou častěji lidé s objektivně horšími podmínkami (Mareš, 2006).

Zjišťuje se, že objektivní faktory ovlivňují pocit štěstí jen mírně. Obecně se zjišťuje

relativní nezávislost pocitu štěstí na okolnostech života.

Kriticky důležitá pro pocit štěstí je osobnost člověka a jeho pohled na život. Když je uspokojena jeho potřeba smysluplnosti života, když má dobré přátele, když si staví dosažitelné cíle a snahy, když zvládá poměrně dobře překážky a kultivuje mírně optimistické iluze, potom bez ohledu na to, co se děje, je šťastnější (Křivohlavý, 2006).

Celkově se v psychologických studiích ukazuje, že míra našeho pocitu štěstí a spokojenosti závisí v první řadě na našem *očekávání* a na našich sociálních a etických normách, *standardech*. Je tedy relativní. Člověk je šťastný, když se skutečnost blíží tomu, co si daný člověk přeje a co očekává. Baumeister dochází k závěru, který říká: „*Pocit štěstí je otázkou interpretace a porovnává vlastní život s tím, co si přeji a co očekávám.*“ (Baumeister 1991, in Křivohlavý, 2006). V podstatě jde o osobní vnímání situace, sociálních i etických norem, které si zvolím a přijmu za své. Ukazuje se však, že naše touhy a přání, naše aspirace někdy předbíhají naše schopnosti, možnosti a výkony. I když dobré iluze jsou vítány, iluze typu vzdušných zámků jsou pro dlouhodobý pocit štěstí nebezpečné (Křivohlavý, 2006).

Křivohlavý (2006) uvádí, že podle současných psychologických výzkumů se na pocitu štěstí spolupodílí:

- **práce** daného člověka – na pocitu štěstí se spolupodílí jen tehdy, když je charakterizována jako zajímavá, když je pro člověka výzvou, když daný člověk může pracovat do značné míry samostatně.
- **zdravotní stav** – rozhodující roli ani tak nehraje objektivně diagnostikovaný zdravotní stav, tj. údaj o zdraví podle údaje lékařského vyšetření, jako spíše subjektivní pocit zdraví (osobní hodnocení zdravotního stavu).
- **sociální vztahy** - psychologické studie zjišťují nejčastěji negativní vliv některých sociálních charakteristik života (např. nepříznivý vliv pocitu osamělosti a opuštěnosti, existence neřešitelných mezilidských konfliktů zájmů, pomluv, soupeření, nenávisti, nepřátelství atd.).

- **smysluplnost života** - subjektivní zvažování vlastního života jako smysluplného je podstatně důležité pro pocit štěstí.
- **účelovost všeho jednání a dění** - když člověk věří, že jeho život je zaměřen k dobrým, důležitým a hodnotným cílům, kterých je možno dosáhnout s poněkud vyšším nežli jen běžným úsilím, je šťasten. Ukazuje se, že pro pocit štěstí je dobré mít ne jen jeden, ale několik paralelních cílů, o jejichž dosažení v životě usilujeme.
- **soulad, harmonie, konzistence drobnějších cílů s hlavním cílem směřování života** - toho, oč se člověk snaží, je mnoho. Mnohé naše snahy jsou spolu v rozporu - v disharmonii, že jedna potlačuje druhou, konkuruje jí, soupeří s ní atp. Čím větší je fragmentace - roztříštěnost našich snah, tím výraznější jsou projevy, které ukazují, že člověku není dobře. Naopak s rostoucí integrovaností snah, záměrů a cílů v osobnosti člověka roste kvalita jeho života.
- **hodnoty** – pro dobrý pocit štěstí je prvořadě důležité mít důvěru v hodnoty, kterých si člověk váží, a smysluplné zaměření vlastního života.

1.4 Životní smysl a kvalita života

Otázka smysluplnosti života má úzký vztah k problematice psychologie zdraví. Těžko bychom mohli hovořit o „duševně zdravém, ale naprosto nesmyslném životě“ (Křivohlavý, 2005). Křivohlavý (2005) dále uvádí, že smysluplnost života má vliv na to, jak je náš život kvalitní, jaký je náš zdravotní stav, a to nejen naše psychické, ale i fyzické zdraví. Problematika smysluplnosti života se podílí na tom, jak zvládáme stresy, jak moc se zlobíme, případně i na to, jak jsme klidní nebo naopak agresivní. To, jaké je naše pojetí smysluplnosti života má vliv na tvorbu naší hierarchie hodnot i na změny našeho žebříčku životních hodnot. Otázky smysluplnosti života hrají klíčovou roli v průběhu celého života při tvorbě a udržování pojetí naší vlastní identity. Smysluplnost našeho bytí povzbuzuje a posiluje pojetí soudržnosti (Sense of coherence) v chápání našeho života a má své místo i v pojetí celoživotního vývoje osobnosti (life-span development), zvláště pak růstu a zrání

osobnosti, stárnutí a adaptace na změny či zvládání životních obtíží, tj. na tom, co se vlivem různých událostí, těžkostí a změn prostředí v průběhu života v naší osobnosti mění.

Klinická zkušenost nám ukazuje, že změna vnímání, rozhodování a jednání jedince směrem k praktickému naplňování smyslu zpravidla výrazně přispívá k jeho duševnímu i tělesnému zdraví (Balcar, 2005). Křivohlavý (2006) uvádí, že celkové zaměření života je podstatnou charakteristikou kvality života.

Nezbytnou podmínkou pro to, aby člověk žil, prožíval a jednal s pocitem smysluplnosti, je mít něco, „pro co stojí za to žít“. Vzhledem k omezenosti jeho individuálního života musí toto „něco“ (nebo „někdo“) jeho meze přesahovat – nemůže to spočívat jenom v něm samém, nýbrž zároveň i ve světě, ve němž žije. Dále musí být člověk dostatečně svobodný v uskutečňování zvolených, smysl dávajících hodnot ve světě, aby tak mohl učinit s vědomím své odpovědnosti za to. Praktický vůdce člověka v těchto věcech je znám jako jeho svědomí. Hluboký a trvalý nedostatek smyslu v životě působí nejen duchovní utrpení, nýbrž má i patologické účinky projevující se v jeho duševním, společenském a tělesném stavu.

Výsledky Balcarova výzkumu potvrzují teoretický předpoklad, že duchovní kvalita, představovaná zde stupněm přítomnosti či nedostatku prožívaného „životního smyslu“, má interagující povahu vzhledem ke kvalitě života duševní a tělesné, a že si zasluhuje aktivní podněcování a podporu v péči o lidi ve zdraví i v nemoci (Balcar, 2005)

Na interagující povahu duchovní kvality života poukazuje i slovenský psycholog D. Kováč ve svém hierarchickém modelu kvality života (viz příloha). D. Kováč formuloval vlastní tříúrovňový model kvality života, v němž vrchol tvoří smysl života (jde o analogii pojetí meaningfulness A. Antonovského), koncipovaný v tomto modelu jako systémový psychický regulátor chování. Základními východisky modelu jsou dobrý fyzický a psychický stav, funkční rodina, materiálně-sociální zabezpečení, život chránící životní prostředí a získání schopností a návyků pro přežití. Střední částí modelu tvoří kombinace hodnot, informací a vztahových rámců (pevné zdraví, prožitek životní spokojenosti,

uspokojivé sociální prostředí, úroveň společenského rozvoje, přátelské prostředí a úroveň poznatků a kompetencí), spojená s lidskými zájmy a koníčky, vášněmi a psychologicky popsanými vztahy člověka ke světu (axiologické styly, životní styly, ideové styly a na poněkud odlišné úrovni abstrakce též kognitivní styly). Přechodovou část modelu ve směru k jeho vrcholu, reprezentovanému smyslem života, tvoří některé další procesuální charakteristiky: bezproblémové stárnutí, kultivace osobnosti, společenské uznání, podpora závislým, podpora života a univerzální altruismus (Kebza, 2005).

Z hierarchického uspořádání úrovní plyne, že dílčí indikátory, patřící k různým úrovním, se budou lišit svou vahou. Autor upozorňuje, že zhoršená kvalita života na jedné úrovni nevyvolává automaticky zhoršenou kvalitu života na jiné úrovni. Uvádí tento extrémní příklad: somaticky postižený jedinec (bazální úroveň), trpící progredující chorobou (mezoúroveň), může pociťovat duševní pohodu při stavech meditace (metaúroveň) (Mareš, 2006).

1.4.1 Definice smysluplnosti života

„Smysluplnost života je výrazem hodnoty, kterou přisuzujeme událostem a běhu života, i významu, který přiřazujeme vlastní existenci.“ (Reker, Wong 1988 in Křivohlavý, 2006)

Podle této definice je prvořadě důležitým momentem hodnota cíle. Od ní se odvíjí smysluplnost. Jde o vzájemný vztah hodnoty a smyslu: Hodnota cíle je dána tím, jak moc chápeme to či ono jako smysluplné. Má-li cíl směřování vysokou hodnotu, je smysluplnost každého kroku mimořádná.

Reker a Wong se pokusili o přesné slovní vystižení významu toho, co se rozumí smysluplností: *„Smysluplnosti jde o poznávání řádu, soudržnosti a účelu vlastní existence, hledání a realizaci hodnotných cílů a to vše doprovázející pocit naplnění.“* (Reker, Wong 1988 in Křivohlavý, 2006)

U Frankla je smysl chápán jako *„obecný lidský mentální jev, který je předpokladem pro to, aby nám tělesně a duševně bylo dobře“.* (D. Guttmann in Křivohlavý, 2006)

U Klinera čteme: *„Smysluplnost je výrazem potřeby chápat život jako to, co slouží určitému*

hodnotnému účelu.“ (Klinger 1977 in Křivohlavý, 2006)

Definice podle J. Křivohlavého (2006): „*Tam, kde je lidské vědomé jednání a rozhodování zaměřeno k určitému, pro daného člověka hodnotnému cíli, tj. tam, kde je toto jednání z úmyslu a vůle daného člověka cílevědomé, tam je možné hovořit o účelné a smysluplné činnosti.*“

1.4.2 Zdroje smysluplnosti života

Zdrojem toho, co označujeme smysluplností života, jsou různé oblasti témat osobního života a obsahů, z nichž se smysl života rekonstruuje. Základními jsou zde hodnoty a přesvědčení (Křivohlavý, 2006).

Hodnoty

Hodnoty (jako psychologický konstrukt) byly definovány jako „váhy cílů našeho snažení“. Ty přesahují specifické situace. Hodnoty mohou být cílové (terminální), které jsou vázány na cíle, k nimž dění směřujeme, a instrumentální (týkající se způsobu života). Hodnoty podněcují člověka k aktivitě (Křivohlavý, 2006). Hrdlička (2006) uvádí, že hodnoty částečně závisí na právě prožívaném životním období, ale ještě větším dílem korespondují s jedinečnou osobností každého z nás. Porozumět vlastním hodnotám a chápat je v kontextu současného životního období je pak klíčem k motivaci a psychické energii.

Známý je Franklův (1975 in Křivohlavý, 2006) výčet oblastí, z nichž čerpáme témata k smysluplnému zaměření života:

- 1 Tvořivé – kreativní aktivity
- 2 Zážitkové – prožíváme je tváří v tvář kráse, pravdě, lásce
- 3 Postojové – projevují se např. tváří v tvář statečnému čelení utrpení

Cíle

Křivohlavý (2004) uvádí, že naše snahy, cíle, záměry a směřování našeho úsilí jsou přerůzné. Psychologové, kteří vstupovali do problematiky cílesměrnosti našeho snažení,

rozdělili naše snahy do tří skupin:

1. krátkodobé cíle (current concerns)
2. osobní snažení (personal strivings)- jde o déle, tzn. měsíce nebo léta trvající snahy a úsilí zaměřené k různým cílům.
3. trvalé životní směřování - konečné záměry (ultimate strivings). Jde o cíle, „nad něž již nic vyššího není“.

Ve výsledcích Emmonsovy studie se mezi cíli, které vedou k dobrému životnímu pocitu, objevily tzv. generativní cíle. Generativivou se při tom rozumí snaha vytvářet něco, co přesahuje hranice sebestředných - egocentrických až egoistických zájmů člověka (McAdams, D.P., de St Aubin, E. ,1998 in Křivohlavý, 2004). Tvořit, případně i stvořit něco, co by člověka přežilo, co by obohatilo druhé lidi. S generativitou se setkáváme např. u rodičů, kteří vychovávají své děti, u učitelů, kteří se věnují další generaci. Generativita je rozpoznávána i tam, kde jde o tvořivou práci konkrétnější podoby - o profesionální činnost, politickou aktivitu, prosociální činnost, ochranu prostředí. Výsledky empirických studií ukazují, že tam, kde byly diagnostikovány generativní snahy, záměry a cíle, tam bylo možno diagnostikovat i vyšší míru toho, co psychologové označují termínem well-being, lidem bylo lépe, nežli v případech stagnace osobnosti (Křivohlavý, 2004).

Křivohlavý (2006) dále uvádí Baumeistrovu analýzu cílů. R. F. Baumeister se ve svém obsáhlém díle pokusil analyzovat čtyři oblasti cílů, k nimž bývá v současné době život lidí zaměřen:

- 1 K oblasti práce
- 2 K oblasti lásky
- 3 K oblasti štěstí
- 4 K oblasti sebepojetí (identity)

1.4.3 Pojetí smyslu života v psychologii

V posledních letech jsme v psychologii svědky zvýšeného zájmu o otázky smysluplnosti života. Ukazuje se, že v proměnách trvání celého života člověka si lidé kladou otázky smysluplnosti života, ale je vhodné odlišit od sebe otázky smysluplnosti v běžných životních problémech a v tzv. mezních životních situacích. V prvním případě, kde jde o otázky smysluplnosti v běžných životních problémech, se setkáváme např. s otázkami účelu a smysluplnosti pracovní činnosti, výchovy, smysluplnosti lásky a milování, smysluplnost identity (toho, kým jsem), manželství atp. Není třeba uvádět, že s tím úzce souvisejí i otázky spokojenosti a duševní pohody, případně i well-being. Příkladem mezních životních situací mohou být situace stárnoucích lidí, kteří si otázky po smyslu svého života kladou s mimořádnou naléhavostí, případně situace lidí těžce nemocných nebo těžce zraněných, kterým hrozí ukončení života. V anglicky psané psychologické literatuře se pro tyto dvě odlišné oblasti používá i rozdílných termínů: personal meaning (osobní pojetí smysluplnosti), ultimate meaning (nejzazší pojetí smysluplnosti bytí, tj. otázky nejobsáhlejšího až všeobsáhleho smyslu života), případně purpose of life (účel života). Zde jde o otázky smysluplnost zvládání těžkostí, nemocí a utrpení, i otázky smysluplnosti péče o nemocné a umírající. Z takto pojatého tématu vyplývá pak i jeho úzká návaznost na otázky psychoterapie – např. logoterapie V.E. Frankla, dialektické anankologie S.Szondiho, existenciálních psychoterapeutických přístupů pomoci lidem hledajícím smysluplnost života v tzv. humanistické a existenciální psychoterapii, v Daseinsanalýze, v transakční analýze atd. (Křivohlavý, 2005).

Empirická data dosud neumožňují jednoznačně přijmout tezi o objektivní existenci smyslu, takže jednotlivé školy této rodící se konkrétní psychologie osobnosti se liší také podle toho, zda smysl chápou jako (užitečnou) fikci, jak tvrdí H. Vaihinger a T. Lessing, nebo jako realitu, jak tvrdí např. V. Frankl. Proto také nelze na empirické rovině dosud říci, zda si osobnost smysl vytváří nebo jej hledá. Psychologie smysl života chápe jako jeden z centrálních motivů nebo dokonce jako komplex motivů, které nás podněcují k určitým aktivitám a cílům a mnohdy nás odvracejí od objektů, které s naším vědomím smyslu

nesouvisejí. V logoterapii je smysl definován jako to, co je za horizontem situačních motivů, co má potenciál transcendence a co dává člověku důvod k životu i v kritických a mezních či extrémně obtížných situacích. Smysl bývá definován mnoha způsoby, např:

- jako to, co zvyšuje nadindividuální hodnotu bytí;
- jako zkvalitňování podmínek důstojného života;
- jako úsilí žít tak, abychom nerozmnožovali zlo;
- jako to, co aktivně podporuje obecně uznávané dobro;
- jako zakotvení života v moudrosti (na rozdíl od pragmatické chytrosti);
- jako pokoj v duši vyplývající ze souladu osobnosti se sebou, s druhými, s přírodou, s povoláním a s Bohem.

(Smékal, 2004)

1.5 Měření kvality života

Kvalita života jako oblast indikátorů, odkazujících k výsledkům postupů zaměřených na zlepšování zdraví v širokém pojetí, prodělává v posledních dekadách dynamický rozvoj. V databázi QOLID (Quality Of Life Instruments Database) nalezneme v současné době 461 standardizovaných instrumentů. Dokladem rozvoje tohoto výzkumného odvětví je existence řady mezinárodních (např. International Society for Quality of Life Research - ISOQOL) či národních (např. Australian Centre on Quality of Life) společností či center, specializovaných na problematiku kvality života (Kučera, 2004).

Nejčastěji používané jsou dotazníkové postupy, využívající k vyjádření úrovně kvality života nejčastěji hodnotících škál, vycházejících např. z popisu úrovně sebeobslužnosti (např. Barthelův index), schopnosti zvládat běžné každodenní situace či z pohledu různě orientovaných sebehodnocení vlastního zdraví.

Řada těchto metod byla vypracována k hodnocení kvality života ve vztahu ke skupinám chorob, např. kardiovaskulárním chorobám, nádorovým onemocněním, astmatickým obtížím, Alzheimerově chorobě, nemocem pohybového aparátu atd. Některé z

těchto metod byly použity v projektech umožňujících mezikulturní srovnání podmínek a výsledků kvality života v různých zemích. Přestože tyto metody někdy vycházejí z poněkud odlišných názorů na způsob zjišťování podstaty kvality života, shodují se v názoru, že měření kvality života musí zachytit především hodnotící obraz této kvality respondenta samého a v případě kvalitativně pokročilejších postupů též zajistit možnost objektivizace a vzájemné srovnatelnosti těchto individuálních pohledů (Kebza, 2005).

Používané dotazníky se liší se počtem otázek i počtem zkoumaných oblastí. Většina z nich byla vytvořena v angličtině, některé, např. EORTC QLQ-Q30, byly přeloženy již do více než 20ti jazyků (Balcar, 2005). Problémem mnoha ověřovaných metod, sloužících ke zjišťování úrovně kvality života, však i nadále zůstává požadavek na jejich univerzálnost a komplexnost, neboť značná část z dosud užívaných metod je zaměřena na kvalitu života, vztahující se k určité nozologické jednotce nebo k určité skupině příznaků onemocnění či poruchy (Kebza, 2005).

1.5.1 Hodnocení kvality života v praxi

Posouzení kvality života vyžaduje vždy získání informací od pacienta, aby bylo jisté, že pacientův pohled je součástí hodnocení. Důležité pro hodnocení kvality života jsou rozdíly mezi vnímáním zdravotního stavu a skutečným zdravím (Petr, 2004).

Buchtová (2004) uvádí tyto poznatky a zkušenosti získané z měření kvality života:

- 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 jev úzkém vztahu k vyjádření spokojenosti s dosahováním cílů a plněním plánů.

1.5.2 Metody měření kvality života

Metod, kterými se dnes měří kvalita života, je velké množství. Křivohlavý (2002) je dělí na tři skupiny.

1. Metody měření kvality života, kde tuto kvalitu života hodnotí druhá osoba.
2. Metody měření kvality života, kde hodnotitelem je sama daná osoba.
3. Metody smíšené, vzniklé kombinací metod typu 1 a 2.

1.5.2.1 Metody měření kvality života, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba

Příkladem metod tohoto typu je např. metoda nazvaná *Hodnoticí systém akutního a chronicky změněného zdravotního stavu* - APACHE 2 (Acute Physiological and Chronic Health Evaluation System), který se pokouší vystihnout celkový stav pacienta ryze fyziologickými a patofyziologickými kritérii a takovým způsobem „měří“ vážnost nemoci.

Jiným příkladem tohoto přístupu je *Karnofskyho index* (Karnofsky a Burgchenal, 1949), kterým vyjadřuje lékař celkový zdravotní stav např. onkologického pacienta k danému datu.

Metodou, která komplexněji vystihuje momentální stav pacienta je *Viditelná analogová škála* - tzv. VAS (Visual Analogou Scale).

Symbolickým vyjádřením kvality života soustavou křížků se hodnotí samoobslužnost pacienta, jeho schopnost komunikace s obsluhujícím personálem a jeho celkový psychický stav. Příkladem zavedení slovně formulovaných kritérií může být *Index kvality života pacienta ILF* (Křivohlavý, 1986). K nejčastěji používaným systémům zaznamenávání kvality života patří *systém W. O. Spitzera*. W. O. Spitzer (1981) uvádí tato kritéria kvality pacientova života: pracovní schopnost, fyzická nezávislost pacienta na druhých lidech, finanční situace, způsob trávení volného času, bolesti a nepohodlí pacienta, nálada, vědomí o následcích nemoci, komunikace pacienta s okolím, vztah pacienta s jeho primární sociální skupinou (Křivohlavý, 2005).

1.5.2.2 Způsoby subjektivně hodnoceného měření kvality života

Externí přístup k hodnocení kvality života má řadu nedostatků. Kritéria a dimenze kvality života se v těchto metodách stanoví arbitrálně a nemusí být v souladu s tím, jak pacient sám hodnotí svůj život (Patrick a Erickson, 1993 in Křivohlavý, 2002). Proto Patrick a Erickson (1993 in Křivohlavý, 2002) navrhují zjišťovat u každého pacienta nejprve priority dimenzí kvality života a teprve poté brát v úvahu jen ty dimenze, které daný pacient považuje za nejpodstatnější. Tento přístup je podkladem již zmiňované metody nazvané *HRQoL*. K měření zdravím ovlivněné kvality života byla vyvinuta celá řada instrumentů, většinou dotazníkového typu. Petr (2004) uvádí tři typy dotazníků, tedy nástrojů ke zjišťování *HRQoL*:

1. *Global assesement* - globální hodnocení, tento typ poskytuje všeobecné, generální hodnocení kvality života, většinou však nelze identifikovat postižení v jednotlivých doménách (fyzikální, emoční, vitalita, atd.).

2. *Generic* - tzv. generický typ umožňuje demonstrovat podobnosti či naopak rozdílnosti mezi jednotlivými populačními skupinami a umožňuje porovnat, jak se jednotlivé nemoci vzájemně liší či naopak podobají co do vlivu na kvalitu života

3. *Specific* - typ specifický pro určitou nemoc. Tento typ je vytvořen tak, aby umožňoval zejména hodnotit vývoj stavu nemoci v čase.

Jako příklad typu *global assesement*, který má též výrazné rysy typu *generic*, a může sloužit v obou směrech, uvádí Petr (2004) známý dotazníkový nástroj SF – 36 (*36 – Item Health Survey*). Tento dotazník je považován za jakýsi zlatý standard, je doporučován především ke zjišťování dopadu určité farmakologie na kvalitu života pacientů (Hnilicová, 2005). Kvalita života se při použití metodiky SF – 36 skládá z osmi tzv. domén: 1. Fyzické funkce, 2. Fyzické omezení rolí, 3. Emoční omezení rolí, 4. Omezení sociálních funkcí, 5. Bolest, 6. Všeobecné duševní zdraví, 7. Vitalita, 8. Všeobecné vnímání vlastního zdraví (Petr, 2004).

Existuje také celá řada metodik zcela specificky zaměřených na zjišťování kvality života lidí trpících určitým typem nemocí. Např. pracovní skupina s anglickým názvem

EORTC *Study Group on Quality of Life* vypracovala dotazník, který je zaměřen na měření kvality života onkologických pacientů (EORTC QLQ – C30). Pro psychiatricky nemocné pacienty byl u nás valorizován dotazník SQUALA, který je však podle jeho autora použitelný i pro běžnou populaci. Kvalita života je zde určena v podobě celkového skóre, jednak také profilem spokojenosti v jednotlivých oblastech života (Hnilicová, 2005).

Relativně nejrozšířenějším indexem kvality života je DDRS – *Posuzovací škála stresu a neschopnosti* (Mistress and Disability Rating Scale) Rossera (1988). Tato škála byla sestavena na základě mimořádně širokého výzkumu hodnot, které lidé v různých částech světa považují za podstatné (Křivohlavý, 2002).

Torrance použil k měření závažnosti negativních změn zdravotního stavu (chronických pacientů) metod *teorie her a matematického rozhodování*. Nabízel např. pacientům možnost osobně srovnávat dvě situace: A - žít s daným postižením tak, jak v současné době existuje, nebo B - přijmout určité zkrácení délky života, který by však byl zbaven momentálního zdravotního handicapu (chronického onemocnění). Pacientovi byla přitom nabízena série možností - např. zkrácení života o patnáct, deset nebo pět let atp. Tak se Torrancovi podařilo získat jednotnou míru závažnosti handicapu podle pacientova osobního hodnocení (Křivohlavý, 2002).

Metoda *SEIQoL* (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life) - *Systém individuálního hodnocení kvality života* irských psychologů C. A. O'Boyle, H. McGee a švýcarského lékaře C. R. B. Joyce patří dnes k nejpoužívanějším metodám hodnocení kvality života .

Jde o způsob zjišťování kvality života, který vychází z osobních představ dotazovaného o tom, co on či ona považuje za důležité (Křivohlavý, 2002). Jedinec uvede pět oblastí (témat), které považuje za nejdůležitější pro svůj kvalitní život. U každé oblasti stanoví její závažnost pro svůj život, její váhu na škále od 0 do 100. Poté zhodnotí, jak se mu daří každou z uvedených oblastí v životě naplňovat, jak je s ní zatím spokojen a to na škále od 0 do 100. Nakonec posoudí pomocí 10 cm vizuální analogové škály svoji

subjektivně vnímanou celkovou kvalitu života (Mareš, 2006). Metoda je doplněna hloubkovým polostandardizovaným rozhovorem. Mezi nejčastěji uváděné oblasti (cues) patří: zdraví, rodina, práce, náboženství (víra), finance, vzdělání atp. Objevují se však i podněty typu politika, estetika, volný čas apod. (Křivohlavý, 2002).

K zjišťování emocionálního prožívání života jsou v psychologii k dispozici standardizované škály výskytu kladných a záporných emocí, například *PANAS* (Hnilicová, 2005). Příkladem psychologického přístupu k otázkám kvality života z hlediska spokojenosti může být metoda *SWLS – Stupnice spokojenosti se životem* (The Satisfaction with Life Scale), kterou vyvinul Ed Diener. Jde o velice široké pojetí kvality života, podle autorových slov jde „o spokojenost s životem jako jedním celkem“ (Křivohlavý, 2002).

1.5.2.3 Smíšené metody zjišťování kvality života

Univerzita v Manchesteru soustředila tým pracovníků k otázkám širšího pojetí kvality života. Výsledkem této práce je návrh metody *MANSA* (Manchester Short Assessment of Quality of Life) *Krátký způsob hodnocení kvality života vypracovaný univerzitou v Manchesteru*. Jde o měření kvality života tím způsobem, že se hodnotí nejen celková spokojenost se životem, ale i spokojenost s řadou předem přesně stanovených dimenzí života. V rámci metody *MANSA* jde o zjišťování spokojenosti: s vlastním zdravotním stavem, se sebepojetím (self-concept), sociálními vztahy, rodinnými vztahy, bezpečnostní situací, právním stavem, životním prostředím, finanční situací, náboženstvím (vírou), účastí na aktivitách volného času, zaměstnáním, prací (školou).

Charakteristickým rysem *MANSA* je způsob, kterým se měří každá z výše uvedených dimenzí života daného člověka (pacienta atp.). Jde o metodu zvanou *LSS* (Life Satisfaction Scale) *Škála spokojenosti*. V podstatě jde o vizuální stupnici typu *VAS* (Visual Analogous Scale) se sedmi stupni (Křivohlavý, 2002).

2. Cíle a hypotézy

Cíl:

1. Zjistit celkovou životní spokojenost a smysluplnost života chronicky nemocných a porovnat získané hodnoty se zdravou populací

Hypotézy:

1. Subjektivní vnímání kvality života není v přímé úměře s biologickým zdravím
2. Míra sociální podpory má rozhodující vliv na pociťovanou životní spokojenost

3. Metodika

3.1 Použité metody a techniky sběru dat

Výzkum byl proveden metodou kvantitativní na Rehabilitační ambulanci Družstevní Mudr. Veselého v Třebíči. Technikou sběr dat byl anonymní dotazník. Výzkum byl uskutečněn přímou distribucí dotazníků s okamžitým vyplněním předložených otázek. Jako srovnávací soubor byl zvolen náhodně vybraný vzorek zdravé populace.

3.2 Charakteristika sledovaného souboru Chronicky nemocní

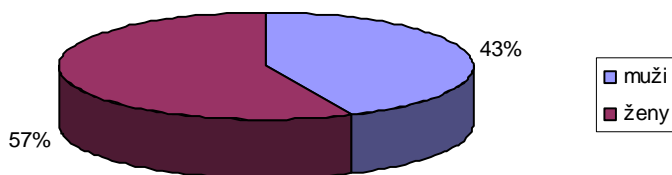
Výzkumný vzorek byl vybrán na základě diagnózy chronického onemocnění pohybového aparátu (např. artróza kyčelního a kolenního kloubu, vertebrogenní algický syndrom krční a bederní páteře, stavy po operaci hernie meziobratlové ploténky bederní páteře, syndrom karpálního tunelu, komplikované poúrazové stavy s rozvinutým Sudeckovým syndromem, záněty šlach).

Vybraní pacienti jsou v rehabilitační ambulanci evidováni více než tři roky, na terapii sem dochází v období exacerbace jejich obtíží (omezená hybnost, brnění či mravenčení končetin) či zvýšení bolestivosti.

Do souboru bylo zahrnuto celkem 30 respondentů. Složení sledovaného souboru zachycují následující grafy.

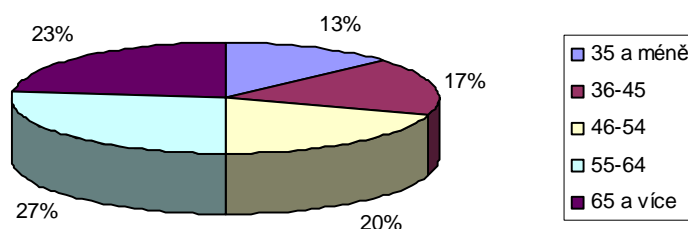
3.2.1 Složení sledovaného souboru Chronicky nemocní

Graf 2.1: Složení sledovaného souboru Chronicky nemocní podle pohlaví

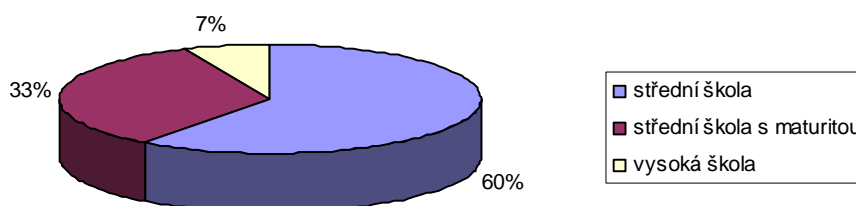


Sledovaný soubor Chronicky nemocní zahrnoval 13 mužů a 17 žen.

Graf 2.2: Složení sledovaného souboru Chronicky nemocní podle věku

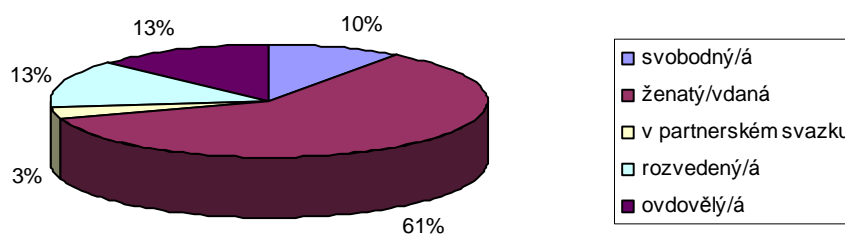


Graf 3.2: Složení sledovaného souboru Chronicky nemocní podle nejvyššího ukončeného vzdělání



V souboru Chronicky nemocní ukončilo 18 respondentů střední školu, 10 respondentů střední školu s maturitou a 2 dosáhli vysokoškolského vzdělání.

Graf 2.4: Složení sledovaného souboru Chronicky nemocní podle rodinného stavu



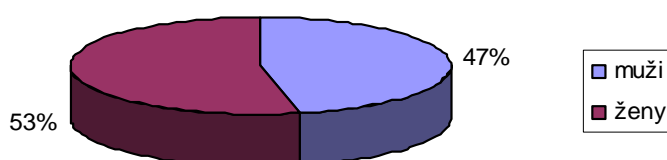
V souboru Chronicky nemocní jsou 3 respondenti svobodní, 18 je ženatých/vdaných, 1 žije v partnerském svazku, 4 jsou rozvedení a 4 ovdovělí.

3.3 Charakteristika srovnávacího souboru Zdravá populace

Jako srovnávací soubor byl zvolen náhodně vybraný vzorek zdravé populace. Jeho složení je znázorněno v následujících grafech.

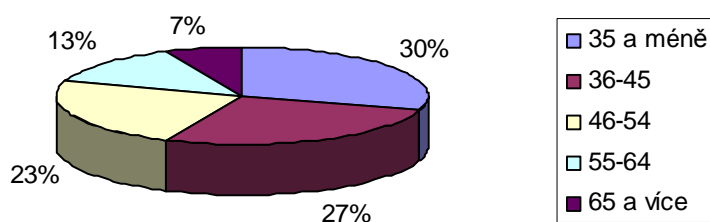
3.3.1 Složení srovnávacího souboru Zdravá populace

Graf 3.1: Složení srovnávacího souboru Zdravá populace podle pohlaví



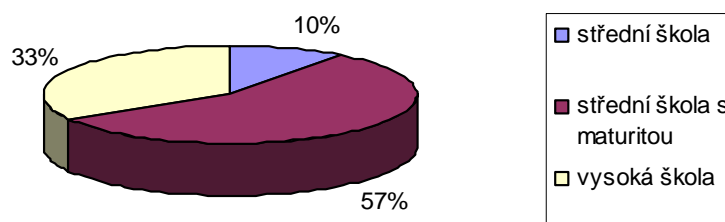
Srovnávací soubor Zdravá populace zahrnoval 14 mužů a 16 žen.

Graf 3.2: Složení srovnávacího souboru Zdravá populace podle věku



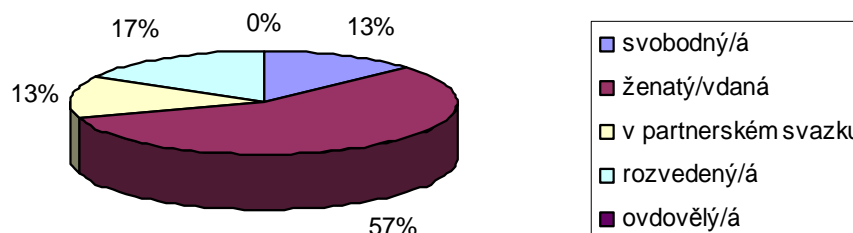
Srovnávací soubor Zdravá populace zahrnoval 9 respondentů ve věku 35 let a méně, 8 respondentů ve věku 36-45 let, 7 respondentů ve věku 46-54 let, 4 respondenty ve věku 55-64 let a 2 respondenty ve věku 65 a více let.

Graf 3.3: Složení sledovacího souboru Zdravá populace podle nejvyššího ukončeného vzdělání



V souboru Zdravá populace ukončilo 13 respondentů střední školu, 17 respondentů střední školu s maturitou a 10 dosáhli vysokoškolského vzdělání.

Graf 3.4: Složení sledovaného souboru Zdravá populace podle rodinného stavu



V souboru Zdravá populace jsou 4 respondenti svobodní, 17 je ženatých/vdaných, 4 žijí v partnerském svazku, 5 je rozvedených a žádný není ovdovělý.

3.4 Charakteristika použitého dotazníku

Dotazník, který jsem použila k výzkumu, jsem sestavila převzetím nebo přeformulováním otázek ze standardizovaných dotazníků – česká verze WHOQOL 100, Dotazník kvality života Q-LES-Q, Škála životnej zmyslupnosti Petera Halama a sebezkušenostní dotazník Snydera a Lopeze – otázky psychickém pohody (well-being).

Dotazník jsem rozdělila na dvě části. První část obsahuje 11 otázek, které se vztahují k emocionálnímu ohodnocení kvality života z hlediska pociťované spokojenosti ve stanovených oblastech života (nálada, práce, společenský život, vztahy v rodině, partner nebo blízká osoba, volný čas, vztahy s přáteli a příbuznými). Pokládání otázky jsou uzavřené, přičemž nabízené odpovědi vyjadřují míru spokojenosti a odpovídají hodnotící škále 1 („naprosto ne“) až 5 („určitě ano“). Výjimkou je zde otázka č.1, která není zaměřena na emocionální hodnocení kvality života, ale zkoumá subjektivní zhodnocení pociťovaných omezení vyplývajících ze zdravotního stavu. Nabízené odpovědi na tuto otázku pak odpovídají škále 1 („vůbec ne“) až 5 („maximálně“).

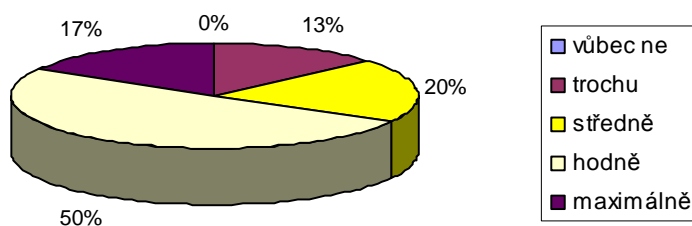
Druhá část dotazníku se vztahuje ke kognitivnímu ohodnocení kvality života. Obsahuje pět oznamovacích vět zaměřených na smysluplnost života, životní spokojenost a hodnocení sebe sama z hlediska osobního rozvoje. Respondenti vyjadřují míru souhlasu s těmito větami opět pomocí hodnotící škály, kde 1 znamená „naprosto nesouhlasím“ a 5 „naprosto souhlasím“.

4. Výsledky

4.1 Grafické znázornění odpovědí na jednotlivé otázky v dotazníku

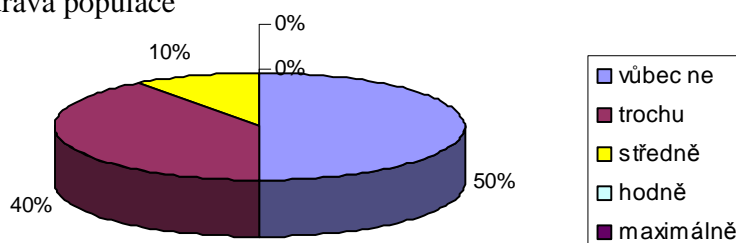
Otázka č.1: Jak moc Vás obtěžují omezení vyplývající z Vašeho zdravotního stavu při provádění každodenních činností?

Graf 1.1: Chronicky nemocní



Výsledek: „Vůbec ne“ neodpověděl žádný respondent, „trochu“ odpověděli 4 respondenti, „středně“ 3 respondenti, „hodně“ 15 respondentů a „maximálně“ odpovědělo 6 respondentů.

Graf 1.2: Zdravá populace



Výsledek: „Vůbec ne“ odpovědělo 15 respondentů, „trochu“ odpovědělo 12 respondentů, „středně“ 3 respondenti, „hodně“ a „maximálně“ neodpovědělo žádný respondent.

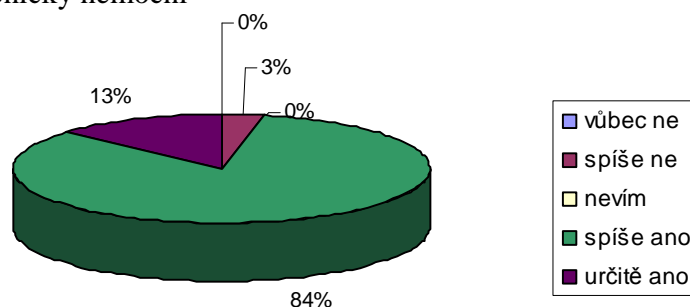
Tabulka 1: Srovnání výsledků odpovědí na otázku č.1

	Aritmetický průměr	Medián
Chronicky nemocní	3,7	4
Zdravá populace	1,6	1,5

4.1.1 Emocionální hodnocení kvality života

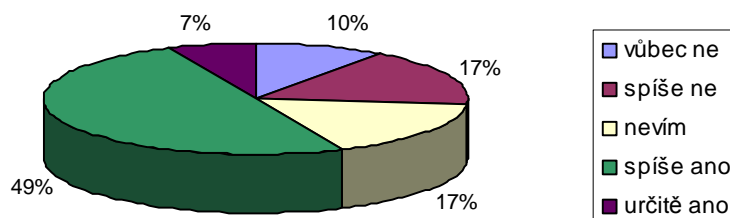
Otázka č.2: Jste ve svém životě spokojený/á se svou náladou?

Graf 2.1: Chronicky nemocní



Výsledek: „Vůbec ne“ odpověděli 3 respondenti, „spíše ne“ odpovědělo 5 respondentů, „nevím“ 5 respondentů, „spíše ano“ 15 respondentů a „určitě ano“ odpověděli 2 respondenti.

Graf 2.2: Zdravá populace



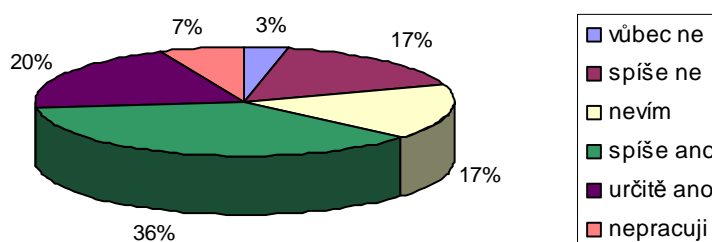
Výsledek: „Vůbec ne“ odpověděli 3 respondenti, „spíše ne“ odpovědělo 5 respondentů, „nevím“ 5 respondentů, „spíše ano“ 15 respondentů a „určitě ano“ odpověděli 2 respondenti.

Tabulka 2: Srovnání výsledků odpovědí na otázku č.2

	Aritmetický průměr	Medián
Chronicky nemocní	3,266667	4
Zdravá populace	4,066667	4

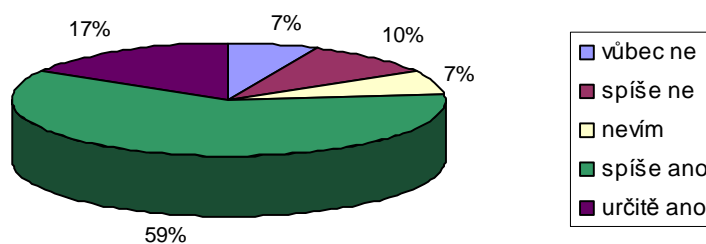
Otázka č.3: Jste ve svém životě spokojený/á se svou prací?

Graf 3.1: Chronicky nemocní



Výsledek: „Vůbec ne“ odpověděl 1 respondent, „spíše ne“ odpovědělo 5 respondentů, „nevím“ 5 respondentů, „spíše ano“ 11 respondentů a „určitě ano“ odpovědělo 6 respondentů.

Graf 3.2: Zdravá populace



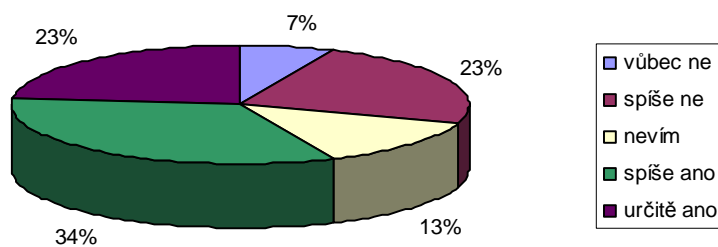
Výsledek: „Vůbec ne“ odpověděli 2 respondenti, „spíše ne“ odpověděli 3 respondenti, „nevím“ 2 respondenti, „spíše ano“ 18 respondentů a „určitě ano“ odpovědělo 5 respondentů.

Tabulka 3: Srovnání výsledků odpovědí na otázku č.3

	Aritmetický průměr	Medián
Chronicky nemocní	3,57142857	4
Zdravá populace	3,7	4

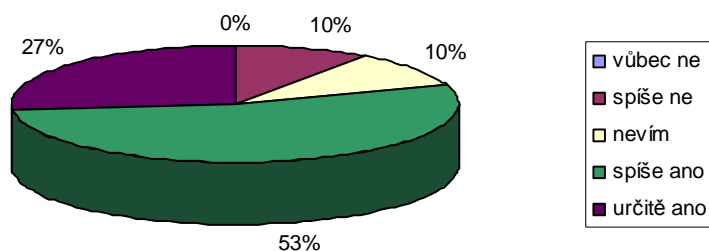
Otázka č.4: Jste ve svém životě spokojený/á se svým společenským životem?

Graf 4.1: Chronicky nemocní



Výsledek: „Vůbec ne“ odpověděli 2 respondenti, „spíše ne“ odpovědělo 7 respondentů, „nevím“ 10 respondentů, „spíše ano“ 4 respondenti a „určitě ano“ odpovědělo 7 respondentů.

Graf 4.2: Zdravá populace



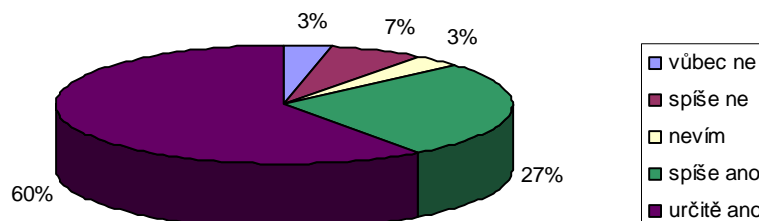
Výsledek: „Vůbec ne“ neodpověděl žádný respondent, „spíše ne“ odpověděli 3 respondenti, „nevím“ také 3 respondenti, „spíše ano“ 16 respondentů a „určitě ano“ odpovědělo 8 respondentů.

Tabulka 4: Srovnání výsledků odpovědí na otázku č.4

	Aritmetický průměr	Medián
Chronicky nemocní	3,433333	4
Zdravá populace	3,966667	4

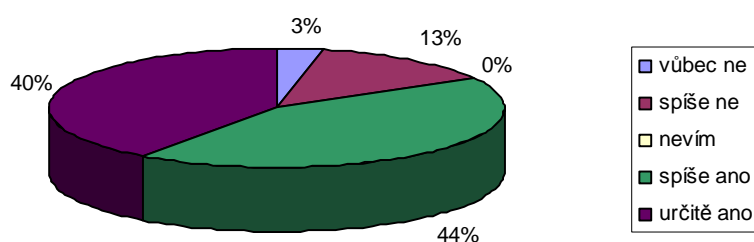
Otázka č.5: Jste ve svém životě spokojený/á se vztahy ve své rodině?

Graf 5.1: Chronicky nemocní



Výsledek: „Vůbec ne“ odpověděl 1 respondent, „spíše ne“ odpověděli 2 respondenti, „nevím“ 1 respondent, „spíše ano“ 8 respondentů a „určitě ano“ odpovědělo 18 respondentů.

Graf 5.2: Zdravá populace



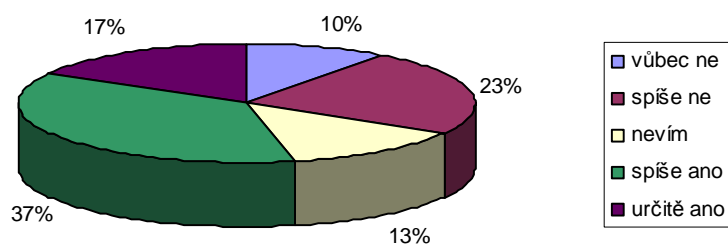
Výsledek: „Vůbec ne“ odpověděl 1 respondent, „spíše ne“ odpověděli 4 respondenti, „nevím“ žádný respondent, „spíše ano“ 13 respondentů a „určitě ano“ odpovědělo 12 respondentů.

Tabulka 5: Srovnání výsledků odpovědí na otázku č.5

	Aritmetický průměr	Medián
Chronicky nemocní	4,333333	5
Zdravá populace	4,033333	4

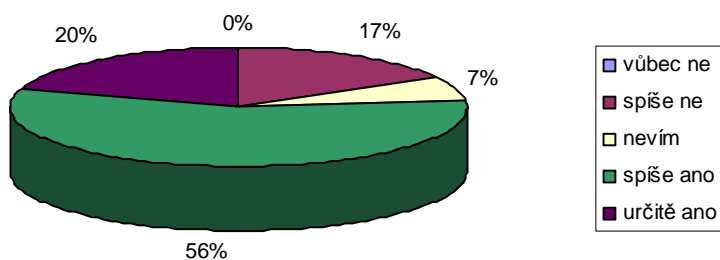
Otázka č.6: Jste ve svém životě spokojený/á se využitím svého volného času?

Graf 6.1: Chronicky nemocní



Výsledek: „Vůbec ne“ odpověděli 3 respondenti, „spíše ne“ odpovědělo 7 respondentů, „nevím“ 4 respondenti, „spíše ano“ 11 respondentů a „určitě ano“ odpovědělo 5 respondentů.

Graf 6.2: Zdravá populace



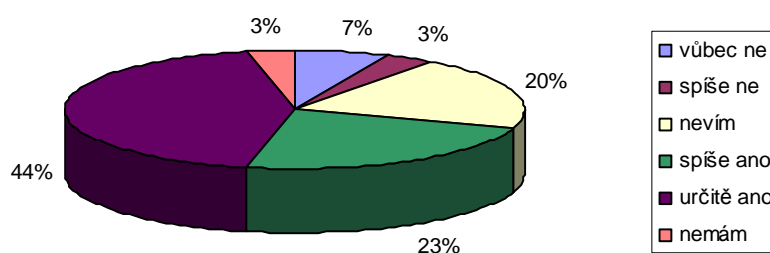
Výsledek: „Vůbec ne“ neodpověděl žádný respondent, „spíše ne“ odpovědělo 5 respondentů, „nevím“ 2 respondenti, „spíše ano“ 17 respondentů a „určitě ano“ odpovědělo 6 respondentů.

Tabulka 6: Srovnání výsledků odpovědí na otázku č.6

	Aritmetický průměr	Medián
Chronicky nemocní	3,266667	4
Zdravá populace	3,8	4

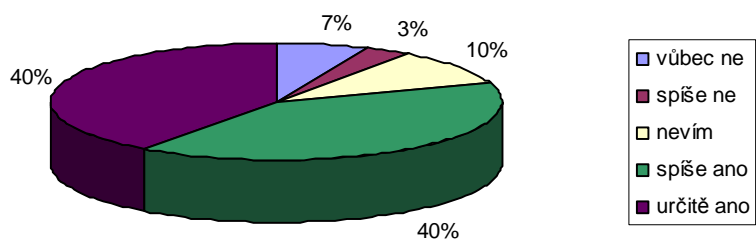
Otázka č.7: Jste ve svém životě spokojený/á s životním partnerem/Vám blízkou osobou?

Graf 7.1: Chronicky nemocní



Výsledek: „Vůbec ne“ odpověděli 2 respondenti, „spíše ne“ odpověděl 1 respondent, „nevím“ 6 respondentů, „spíše ano“ 7 respondentů a „určitě ano“ odpovědělo 13 respondentů. 1 respondent žádného životního partnera nebo blízkou osobu nemá.

Graf 7.2: Zdravá populace



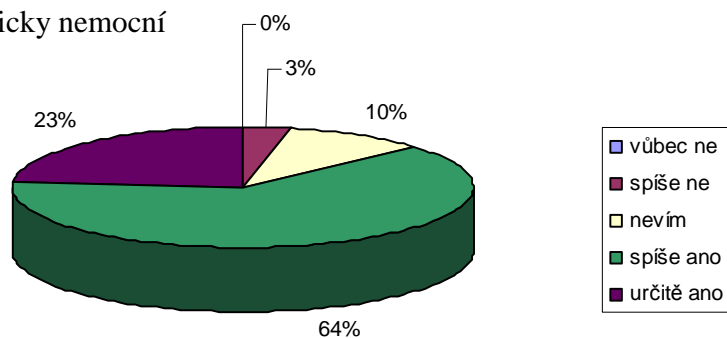
Výsledek: „Vůbec ne“ odpověděli 2 respondenti, „spíše ne“ odpověděl 1 respondent, „nevím“ 3 respondenti, „spíše ano“ 12 respondentů a „určitě ano“ odpovědělo 12 respondentů.

Tabulka 7: Srovnání výsledků odpovědí na otázku č.7

	Aritmetický průměr	Medián
Chronicky nemocní	4,037037	4
Zdravá populace	4,033333	4

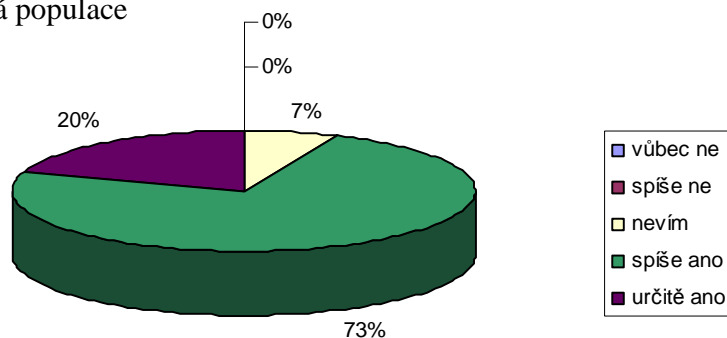
Otázka č.8: Cítíte se schopný zvládat svoje životní problémy?

Graf 8.1: Chronicky nemocní



Výsledek: „Vůbec ne“ neodpověděl žádný respondent, „spíše ne“ odpověděl 1 respondent, „nevím“ 3 respondenti, „spíše ano“ 19 respondentů a „určitě ano“ odpovědělo 7 respondentů.

Graf 8.2: Zdravá populace



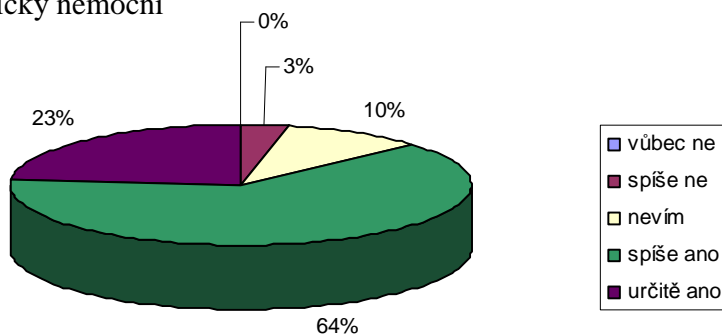
Výsledek: „Vůbec ne“ a „spíše ne“ neodpověděl žádný respondent, „nevím“ odpověděli 2 respondenti, „spíše ano“ 22 respondentů a „určitě ano“ odpovědělo 6 respondentů.

Tabulka 8: Srovnání výsledků odpovědí na otázku č.8

	Aritmetický průměr	Medián
Chronicky nemocní	4,066667	4
Zdravá populace	4,133333	4

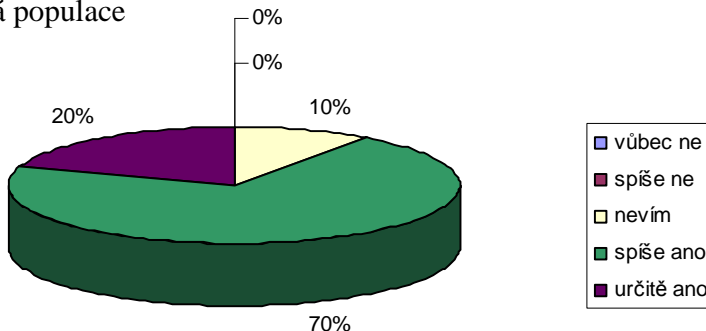
Otázka č.9 : Pociťujete spokojenost se svým životem?

Graf 9.1: Chronicky nemocní



Výsledek: „Vůbec ne“ neodpověděl žádný respondent, „spíše ne“ odpovědělo 5 respondentů, „nevím“ 3 respondenti, „spíše ano“ 14 respondentů a „určitě ano“ odpovědělo 8 respondentů.

Graf 9.2: Zdravá populace



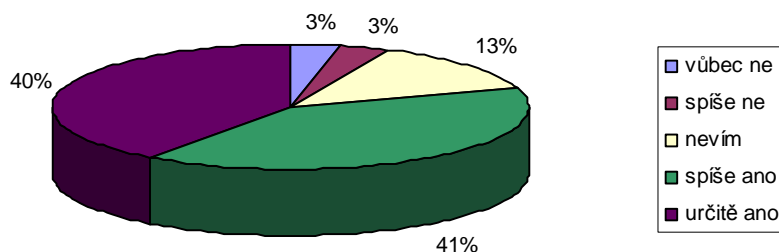
Výsledek: „Vůbec ne“ a „spíše ne“ neodpověděl žádný respondent, „nevím“ odpověděli 3 respondenti, „spíše ano“ 21 respondentů a „určitě ano“ odpovědělo 6 respondentů.

Tabulka 9: Srovnání výsledků odpovědí na otázku č.9

	Aritmetický průměr	Medián
Chronicky nemocní	3,833333	4
Zdravá populace	4,1	4

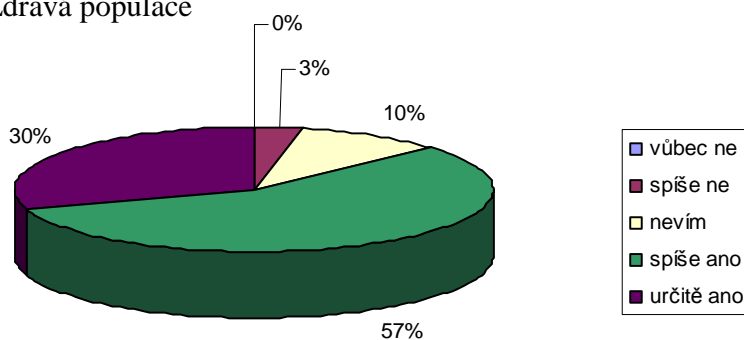
Otázka č.10: Pomáháte svým přátelům nebo příbuzným?

Graf 10.1: Chronicky nemocní



Výsledek: „Vůbec ne“ odpověděl 1 respondent, „spíše ne“ odpověděl 1 respondent, „nevím“ 4 respondenti, „spíše ano“ 12 respondentů a „určitě ano“ odpovědělo 12 respondentů.

Graf 10.2: Zdravá populace



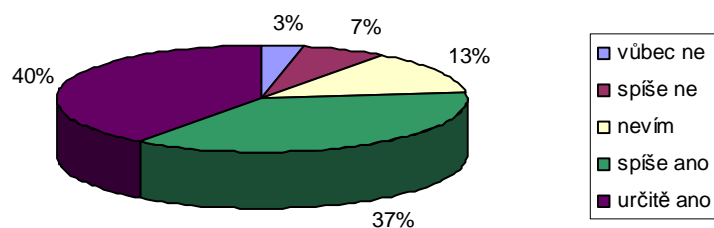
Výsledek: „Vůbec ne“ neodpověděl žádný respondent, „spíše ne“ odpověděl 1 respondent, „nevím“ 3 respondenti, „spíše ano“ 17 respondentů a „určitě ano“ odpovědělo 9 respondentů.

Tabulka 10: Srovnání výsledků odpovědí na otázku č.10

	Aritmetický průměr	Medián
Chronicky nemocní	4,1	4
Zdravá populace	4,133333	4

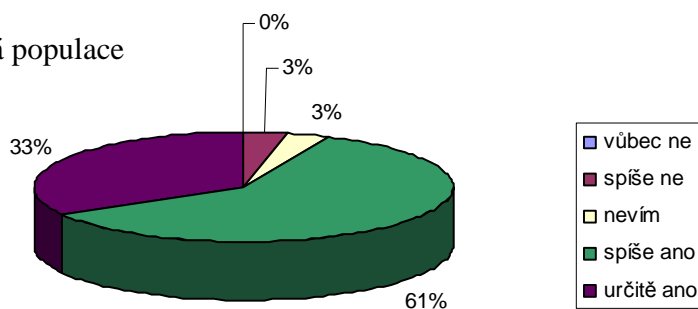
Otázka č.11: Cítíte, že Vaše vztahy s přáteli nebo příbuznými jsou bez větších problémů a konfliktů?

Graf 11.1: Chronicky nemocní



Výsledek: „Vůbec ne“ odpověděl 1 respondent, „spíše ne“ odpověděli 2 respondenti, „nevím“ 4 respondenti, „spíše ano“ 11 respondentů a „určitě ano“ odpovědělo 12 respondentů.

Graf 11.2: Zdravá populace



Výsledek: „Vůbec ne“ neodpověděl žádný respondent, „spíše ne“ odpověděl 1 respondent, „nevím“ 1 respondent, „spíše ano“ 18 respondentů a „určitě ano“ odpovědělo 10 respondentů.

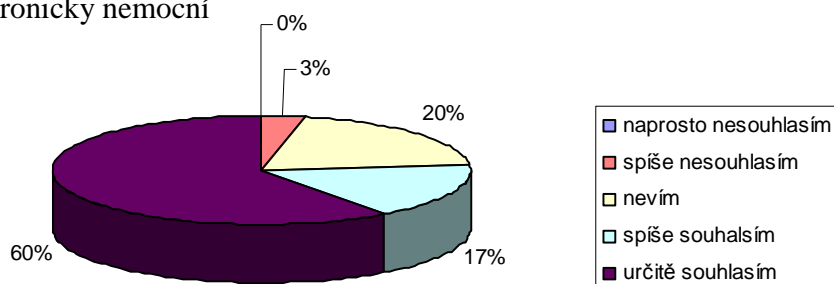
Tabulka 11: Srovnání výsledků odpovědí na otázku č.11

	Aritmetický průměr	Medián
Chronicky nemocní	4,033333	4
Zdravá populace	4,233333	4

4.1.2 Kognitivní ohodnocení kvality života

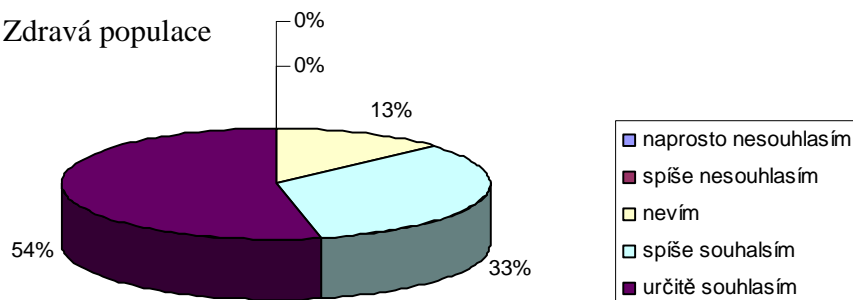
Věta č.1: Můj život považuji za smysluplný.

Graf 1.1: Chronicky nemocní



Výsledek: „Určitě souhlasím“ odpovědělo 18 respondentů, „spíše souhlasím“ 5 respondentů, „nevím“ 5 respondentů, „spíše nesouhlasím“ 1 respondent a „naprosto nesouhlasím“ žádný respondent.

Graf 1.2: Zdravá populace



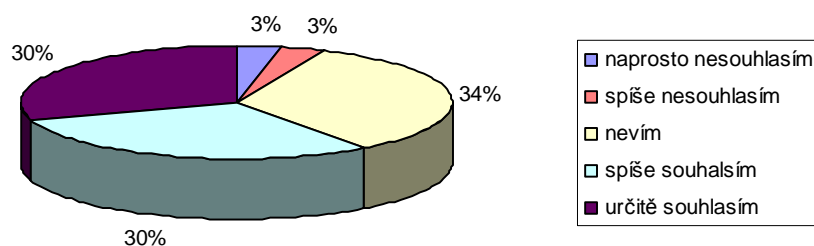
Výsledek: „Určitě souhlasím“ odpovědělo 16 respondentů, „spíše souhlasím“ 10 respondentů, „nevím“ 4 respondenti, „spíše nesouhlasím“ a „naprosto nesouhlasím“ neodpověděl žádný respondent.

Tabulka 1: Srovnání výsledků odpovědí na větu č.1

	Aritmetický průměr	Medián
Chronicky nemocní	4,333333	5
Zdravá populace	4,4	5

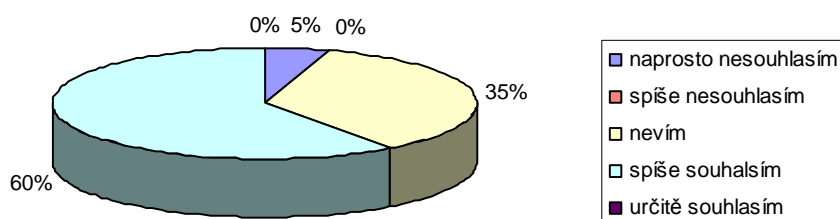
Věta č.2: Můj dosavadní život byl plynulý proces učení, změn a osobního růstu.

Graf 2.1: Chronicky nemocní



Výsledek: „Určitě souhlasím“ odpovědělo 9 respondentů, „spíše souhlasím“ 9 respondentů, „nevím“ 10 respondentů, „spíše nesouhlasím“ 1 respondent a „naprosto nesouhlasím“ také 1 respondent.

Graf 2.2: Zdravá populace



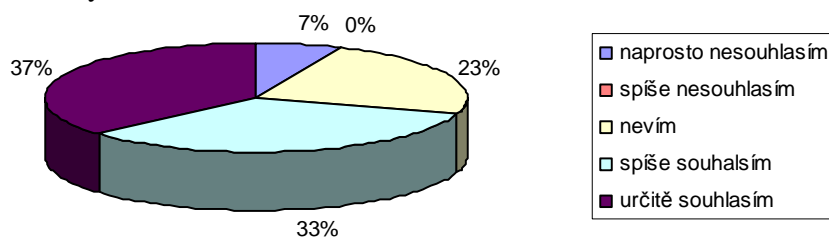
Výsledek: „Určitě souhlasím“ odpovědělo 9 respondentů, „spíše souhlasím“ 9 respondentů, „nevím“ 10 respondentů, „spíše nesouhlasím“ 1 respondent a „naprosto nesouhlasím“ také 1 respondent.

Tabulka 2: Srovnání výsledků odpovědí na větu č.2

	Aritmetický průměr	Medián
Chronicky nemocní	3,8	4
Zdravá populace	4	4

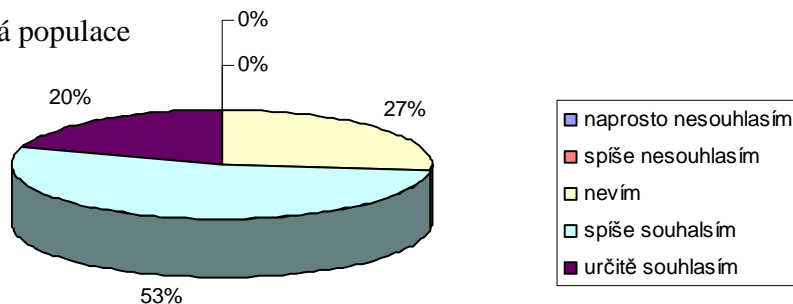
Věta č.3: Myslím, že lidé, kteří mne znají, mne považují za člověka, který je schopen druhým něco dát a dělit se s nimi o svůj čas.

Graf 3.1: Chronicky nemocní



Výsledek: „Určitě souhlasím“ odpovědělo 11 respondentů, „spíše souhlasím“ 10 respondentů, „nevím“ 7 respondentů, „spíše nesouhlasím“ žádný respondent a „naprosto nesouhlasím“ 2 respondenti.

Graf 3.2: Zdravá populace



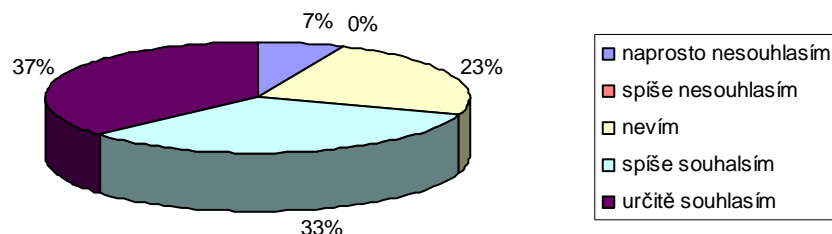
Výsledek: „Určitě souhlasím“ odpovědělo 6 respondentů, „spíše souhlasím“ 16 respondentů, „nevím“ 8 respondentů, „spíše nesouhlasím“ a „naprosto nesouhlasím“ neodpověděl žádný respondent.

Tabulka 3: Srovnání výsledků odpovědí na větu č.3

	Aritmetický průměr	Medián
Chronicky nemocní	3,933333	4
Zdravá populace	4	4

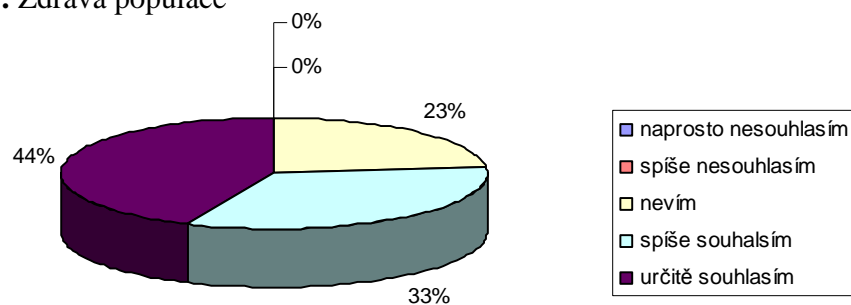
Věta č.4: Nepatřím mezi lidi, co zmateně chodí od něeho k něemu.

Graf 4.1: Chronicky nemocní



Výsledek: „Určitě souhlasím“ odpovědělo 20 respondentů, „spíše souhlasím“ 6 respondentů, „nevím“ 2 respondenti, „spíše nesouhlasím“ žádný respondent a „naprosto nesouhlasím“ také 2 respondenti.

Graf 4.2: Zdravá populace



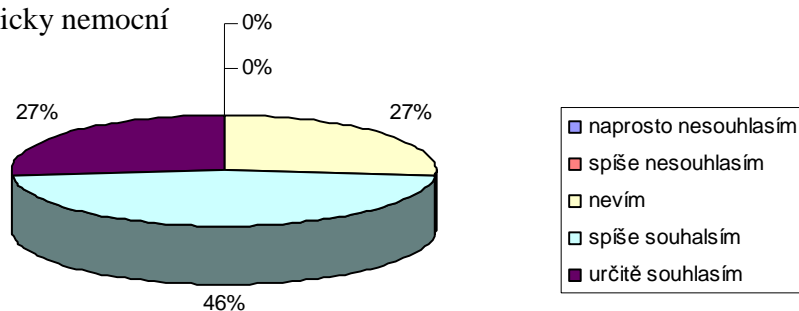
Výsledek: „Určitě souhlasím“ odpovědělo 13 respondentů, „spíše souhlasím“ 10 respondentů, „nevím“ 7 respondentů, „spíše nesouhlasím“ a „naprosto nesouhlasím“ neodpověděl žádný respondent.

Tabulka 4: Srovnání výsledků odpovědí na větu č.4

	Aritmetický průměr	Medián
Chronicky nemocní	4,4	5
Zdravá populace	4,266667	4

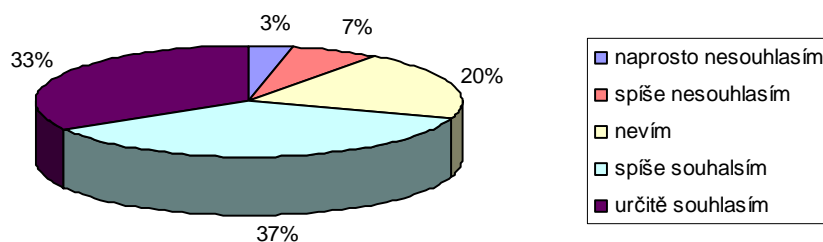
Věta č.5: Když se dívám na svůj životní příběh, jsem celkem spokojen s tím, co bylo.

Graf 5.1: Chronicky nemocní



Výsledek: „Určitě souhlasím“ odpovědělo 10 respondentů, „spíše souhlasím“ 11 respondentů, „nevím“ 6 respondentů, „spíše nesouhlasím“ 2 respondenti a „naprosto nesouhlasím“ 1 respondent.

Graf 5.2: Zdravá populace



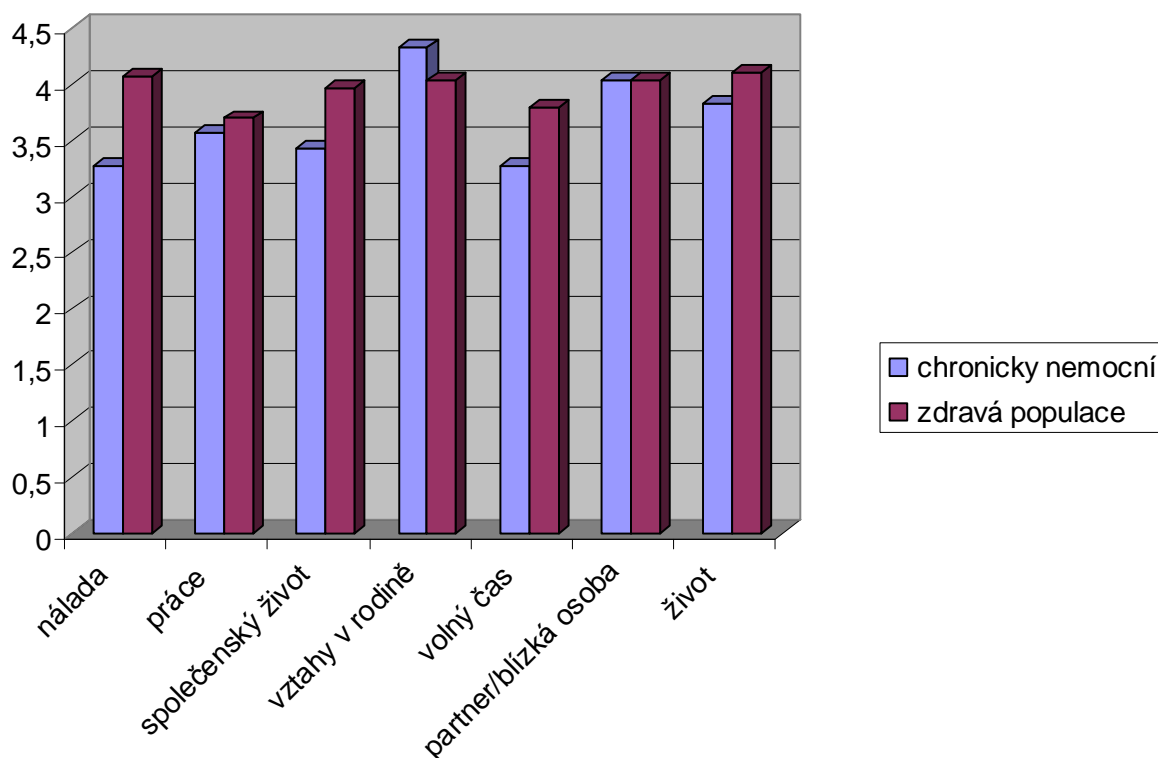
Výsledek: „Určitě souhlasím“ odpovědělo 10 respondentů, „spíše souhlasím“ 11 respondentů, „nevím“ 6 respondentů, „spíše nesouhlasím“ 2 respondenti a „naprosto nesouhlasím“ 1 respondent.

Tabulka 5: Srovnání výsledků odpovědí na větu č.5

	Aritmetický průměr	Medián
Chronicky nemocní	3,9	4
Zdravá populace	3,9	4

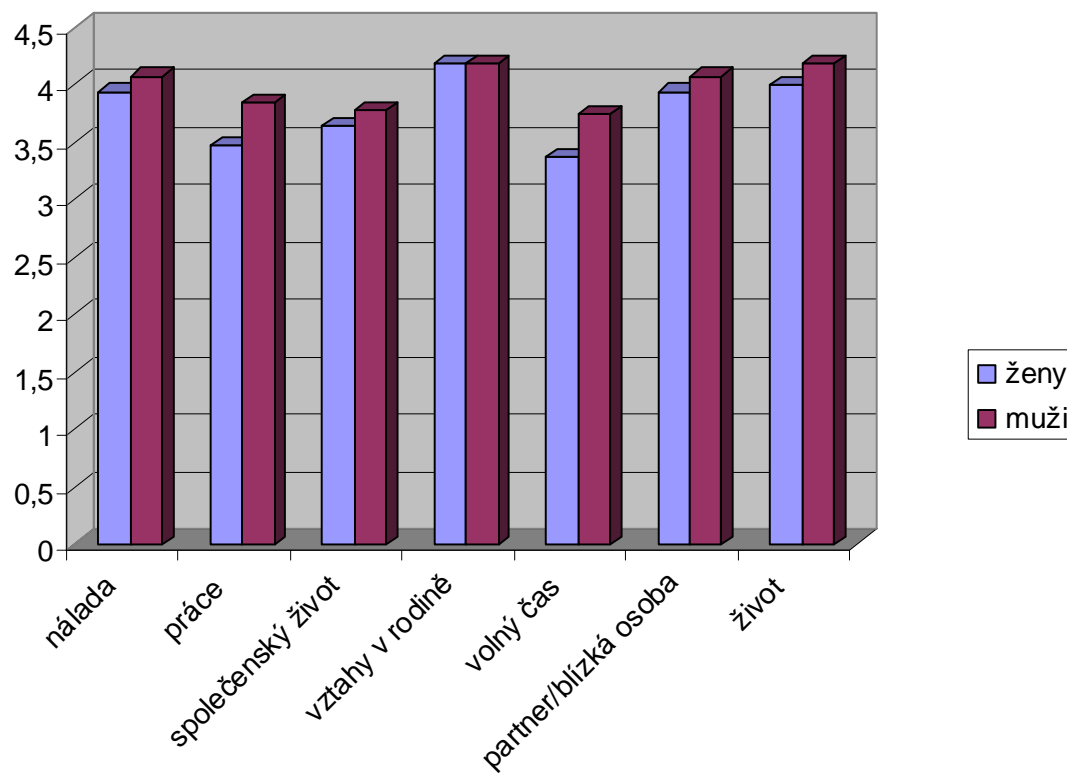
4.2 Grafické znázornění spokojenosti se životem a jeho jednotlivými oblastmi

Graf 6: Spokojenost se životem a jeho jednotlivými oblastmi: srovnání Chronicky nemocní – Zdravá populace



Výsledek: Zobrazené hodnoty odpovídají aritmetickým průměrům. Rozdíly ve spokojenosti s životem a jeho jednotlivými oblastmi nejsou výrazné. S vlastní náladou jsou více spokojeni zdraví než chronicky nemocní, podobně je to u spokojenosti s prací a společenským životem. Se vztahy v rodině jsou naopak více spokojeni chronicky nemocní. Spokojenost s partnerem či blízkou osobou je zanedbatelně vyšší u chronicky nemocných. Se svým životem jsou nepatrně více spokojeni zdraví lidé.

Graf 7: Spokojenost se životem a jeho jednotlivými oblastmi: srovnání muži-ženy



Výsledek: Ve všech stanovených oblastech jsou bez ohledu na chronické onemocnění mírně spokojenější dotázaní muži než dotázané ženy.

5. Diskuze

Cílem výzkumu bylo kvantitativně změřit kvalitu života u chronicky nemocných. Zkoumání kvality života nebylo zaměřeno na zjišťování zdravotního stavu a dalších objektivních životních podmínek, ale na subjektivní zhodnocení kvality života dotázanou osobou. Kvalita života byla pro výzkum definována jako míra životní spokojenosti a pociťované smysluplnosti života. Výzkumem je tedy takto definovaná kvalita života měřena nepřímou, usuzuje se na ni z celkové míry spokojenosti a smysluplnosti života daného jedince.

Výzkum byl proveden pomocí anonymního dotazníku u souboru chronicky nemocných a výsledky byly porovnány s hodnotami zjištěnými u souboru zdravých respondentů. První část dotazníku zjišťovala míru spokojenosti s těmito oblastmi života: nálada, práce, volný čas, společenský život, vztahy v rodině, životní partner a celková životní spokojenost. Ve druhé části dotazníku respondenti kognitivně hodnotili vlastní život z hlediska jeho smysluplnosti, spokojenosti s jeho průběhem a z hlediska osobního rozvoje. Jak je patrné z grafu 6: Spokojenost se životem a jeho jednotlivými oblastmi - srovnání Chronicky nemocní-Zdravá populace, *u dotázaných z řad chronicky nemocných i zdravé populace byla u spokojenosti se životem zjištěna výrazně kladná hodnota*. Naměřený výsledek tak souhlasí s výsledky mnoha výzkumů. Např. Blatný (2006) uvádí, že většina lidí je spokojených (v různých výzkumech jsou to 2/3 až 3/4 dotázaných), tzn., že v dotaznících uvádějí průměrné až výrazně kladné hodnoty své spokojenosti. Pouze malé procento lidí je skutečně nespokojených.

Tato skutečnost se dá vysvětlit tím, že lidé si svojí osobní pohodu aktivně udržují. Myslím si, že u chronicky nemocných bude míra životní spokojenosti záviset na řadě vnitřních i vnějších faktorů. Jsou jimi např. typ osobnosti, postoj k nemoci, schopnost adaptace na změněnou životní situaci, rodinné vztahy, přátelé, životní prostředí a společenské klima.

Pokud se blíže podíváme na výsledky naměřené v jednotlivých oblastech života (jedná se o aritmetické průměry zjištěných hodnot), zjistíme, že také dosahují velice

kladných hodnot. Rozdíly v míře spokojenosti u dílčích oblastí nejsou u chronicky nemocných a zdravé populace výrazné. Největší rozdíly jsou patrné u spokojenosti s vlastní náladou, spokojenosti se společenským životem a trávením volného času. V těchto oblastech jsou chronicky nemocní méně spokojeni než dotázaní ze souboru zdravá populace. Nižší míra spokojenosti chronicky nemocných se společenským životem a trávením volného času může být způsobena omezeními, která vyplývají z jejich zdravotního stavu (onemocnění pohybového aparátu jim např. neumožňuje věnovat se sportovní činnosti nebo se účastnit některých společenských událostí). Na nižší spokojenost s vlastní náladou může mít dle mého názoru vliv bolest, doprovázející dané onemocnění.

Výzkum sledoval, zda existuje přímá souvislost mezi zdravotním stavem a pociťovanou životní spokojeností. Zdravotní stav byl posouzen jednak objektivně pomocí diagnóz a dále na něj nepřímo poukazovala otázka: Jak moc Vás obtěžují omezení vyplývající z Vašeho zdravotního stavu při provádění každodenních činností? 67% dotázaných ze souboru chronicky nemocní na tuto otázku odpovědělo „hodně“ nebo „maximálně“. U těchto respondentů ve většině případů nebyla zjištěna nižší míra spokojenosti se životem než u zástupců zdravé populace, kteří na stejnou otázku odpověděli „vůbec ne“ nebo „trochu“. Při subjektivním hodnocení kvality života z hlediska životní spokojenosti neznamená zhoršený zdravotní stav automaticky nižší kvalitu života.

Z výzkumu tedy vyplývá, že **hypotéza č.1:** Subjektivní vnímání kvality života není v přímé úměře s biologickým zdravím, **se potvrdila.**

Podobně i Breetvelt a Van Dam (1991) zjistili, že celková životní spokojenost nemocných a zdravých lidí se liší jen mírně (jde o korelace kolem hodnoty 0,3). Tato skutečnost je připisována schopnosti lidí aktivně zvládat zátěž pomocí kognitivních strategií, které člověku pomáhají od potenciální hrozby odklonit pozornost či snížit význam hrozícího rizika. Dukel-Schetterová (1992 in Křivohlavý, 2002) zjistila, že strategie, kterých pacienti používají, se podobají do značné míry těm, s nimiž se setkáváme při zvládnání stresu.

Domnívám se, že chronicky nemocní lidé zvládají čelit stresu, který jim jejich onemocnění přináší, zejména tím, že hledají smysluplnost v tom, co se děje, přehodnocují

své životní zážitky a zkušenosti (například na základě sociálního srovnání – „mám nepříjemné zdravotní potíže, ale jsou lidé, kteří jsou na tom ještě hůř“), vyhledávají pozitivní stránky nepříjemných událostí („zdravotní stav mi nedovoluje věnovat se některým činnostem, ale mohu trávit více času se svými blízkými“), hledají sociální oporu u svého partnera a rodiny a kompenzují nespokojenost v určitých oblastech tím, že čerpají radost v oblastech, kde se jim daří.

Oblastmi, kde byla u chronicky nemocných zjištěna nejvyšší míra spokojenosti, jsou vztahy v rodině (4,333333) a vztah s partnerem nebo blízkou osobou (4,037037). V těchto dvou oblastech jsou chronicky nemocní nepatrně více spokojeni než dotázaní ze souboru Zdravá populace. Tento výsledek

Z výsledků je patrná souvislost mezi životní spokojeností chronicky nemocných a spokojeností s jejich životním partnerem nebo blízkou osobou. Respondenti, kteří hodnotí spokojenost s životním partnerem mírou „spíše ano“ a „určitě ano“ hodnotí ve většině případů stejně kladně i míru spokojenosti se životem. Naopak lidé, kteří jsou s partnerem nespokojeni nebo žádného partnera ani blízkou osobu nemají, jsou se životem spíše nespokojeni. Podobně spokojenost se vztahy v rodině souvisí s pocíťovanou životní spokojeností. Zjištěné výsledky tak souhlasí s faktem, že vřelé, podporující a vzájemnou důvěrou naplněné interpersonální vztahy pozitivně ovlivňují pocit osobní pohody. Samota pak vede k malé životní spokojenosti (Blatný, 2006). Vliv ostatních faktorů, jako je spokojenost s prací, náladou, společenským životem nebo trávením volného času na životní spokojenost není tak prokazatelný.

Hypotéza č.2: Míra sociální podpory má rozhodující vliv na pocíťovanou životní spokojenost, **se potvrdila.**

Výzkum se dále zabýval pocíťovanou smysluplností života chronicky nemocných lidí. Z výsledků vyplynulo, že převážná většina chronicky nemocných považuje svůj život za smysluplný a že smysluplnost života souvisí se životní spokojeností. Dotázaní, kteří nepovažují svůj život za smysluplný, nejsou se svým životem spokojeni. Křivohlavý (2005) považuje smysluplnost našeho bytí za velmi důležitý faktor napomáhající adaptaci

na změny či zvládání životních obtíží a uvádí, že pojem kvalita života má v konečném důsledku daleko blíže k pojmu „smysl života“ než ke zdraví.

6. Závěr

Bakalářská práce se zaměřuje na kvalitu života chronicky nemocných z hlediska jejich subjektivně vnímané životní spokojenosti a smysluplnosti života. Teoretická část bakalářské práce se věnuje zmapování pojmu kvalita života, zabývá se tedy jeho vývojem, odlišnostmi v pojetí různých vědních disciplin a institucí, úskalími jeho vědeckého definování a způsoby hodnocení a měření. Samostatné kapitoly jsou věnovány kvalitě života ve zdravotnictví, psychologickému pojetí kvality života a problematice kvality života a životního smyslu.

Cílem práce bylo zjistit celkovou životní spokojenost a smysluplnost života chronicky nemocných a porovnat získané hodnoty se zdravou populací. Cíl práce byl splněn realizací kvantitativního dotazníkového výzkumu a zpracováním získaných výsledků. Formulaci pracovních hypotéz bylo nutné při tvorbě dotazníku upřesnit. Takto upřesněné hypotézy byly výzkumem potvrzeny (viz diskuze). Ze zjištěných výsledků vyplývá, že míra životní spokojenosti chronicky nemocných pacientů není výrazně nižší než u zdravé populace. Zdravotní stav tedy není nejvýznamnějším faktorem určujícím kvalitu života, mnohem důležitější roli má při subjektivním hodnocení kvality života spokojenost s rodinnými vztahy a životním partnerem a pociťovaná smysluplnost života.

Je však třeba upozornit na nedostatečnou rozsáhlost vzorku respondentů a na nekomplexnost použitého dotazníku. Je tedy nutné se vyhnout jakémukoli zobecnění uvedených příčin zjištěných výsledků a vyvozených závěrů zmiňovaných v diskuzi.

Domnívám se, že při měření kvality života je nutné přihlížet k celému souboru ukazatelů, a že snahy výzkumníků by se měly obrátit od ryze zdravotních hledisek kvality života i dalšími směry. Je nutné zkoumat všechny subjektivní faktory, které ukazují, jak lidé sami hodnotí svůj život.

Jak již bylo několikrát zmíněno, kvalitu života nelze jednoduše vysvětlit a popsat. Podle Křivohlavého (2004) je kvalita života určitá obecná vlastnost člověka, resp. soubor jeho vlastností, které ovšem není možné vyjádřit číslem nebo stanovit jejich přesnou hodnotu. Proto se domnívám, že by problematika kvality života byla lépe uchopitelná

kvalitativním výzkumem. Rozpracování tématu bakalářské práce a realizace kvalitativního výzkumu by tedy mohlo být zajímavým námětem práce diplomové.

Bakalářská práce může být pro studenty vítaným prvkem k teoretickému prohlubování studia kvality života i příspěvkem do diskuze o hodnocení kvality života jako takové.

7. Seznam použitých zdrojů

1. Balcar, K. Životní smysl a kvalita života. In Payne, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1.vyd. Praha: Triton, 2005. s. 253—261. ISBN 80-7254-657-0.
2. Balcar, K. Realita svědomí: Psychologická nebo existenciální. In Payne, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1.vyd. Praha: Triton, 2005. s. 70-83. ISBN 80-7254-657-0.
3. Blatný, M. Jak předcházet krizím: psychologie osobní pohody. In Hrdlička, J. a kol. *Krize středního věku - úskalí a šance*. 1.vyd. Praha: Portál, 2006. s. 115-139. ISBN 80-7367-168-9.
4. Buchtová, B. Kvalita života dlouhodobě nezaměstnaných. In Hnilicová, H. (Ed.) *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004, s. 75-90. ISBN 80-86625-20-
5. Hnilica, K. Věk, pohlaví a kvalita života. In Payne, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1.vyd. Praha: Triton, 2005. s. 415-441. ISBN 80-7254-657-0.
6. Hnilicová, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In Payne, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1.vyd. Praha: Triton, 2005. s. 205—216. ISBN 80-7254-657-0.
7. Hrdlička, M. Životní období a životní hodnoty. In Hrdlička, J. a kol. *Krize středního věku - úskalí a šance*. 1.vyd. Praha: Portál, 2006. s. 87-99. ISBN 80-7367-168-9.
8. Kebza, V. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1.vyd. Praha: Academia, 2005. 263s. ISBN 80-200-1307-5.

9. Křivohlavý, J. *Psychologie nemoci*. 1.vyd. Praha: Grada, 2002. 198s. ISBN 80-247-0179-0.
10. Křivohlavý, J. *Psychologie zdraví*. 2.vyd. Praha: Portál, 2001. 279s. ISBN 80-7178-774-774-
11. Křivohlavý, J. *Psychologie smysluplnosti existence, Otázky na vrcholu života*. 1.vyd. Praha: Grada, 2006. 204s. ISBN 80-247-1370-5.
12. Křivohlavý, J. *Pozitivní psychologie*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004. 195s. ISBN 80-7178-835-X.
13. Křivohlavý, J. Kvalita života. In Hnilicová, H. (Ed.) *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004, s. 9-20. ISBN 80-86625-20-6.
14. Křivohlavý, J. *Problematika smysluplnosti života v psychologii*. [online], [cit. 2007-02-03]. Dostupné z http://krivohlavy.zde.cz/c_smysluplnost.html.
15. Křivohlavý, J. Měření kvality života objektivními ukazateli. In Payne, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1.vyd. Praha: Triton, 2005. s. 281-287. ISBN 80-7254-657-0.
16. Křížová, E. Sociologické podmínky kvality života. In Payne, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1.vyd. Praha: Triton, 2005. s. 351-354. ISBN 80-7254-657-0.
17. Kučera, Z. Podpora zdraví a kvalita života. In Hnilicová, H. (Ed.) *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004, s. 108-120. ISBN 80-86625-20-6.

18. Libigerová, E. *Dotazník kvality života (Q-LES-Q)*. 1.vyd. Praha: Amepra, 2003. 23s. ISBN 80-86694-02-X.
19. Mareš, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. 1.vyd. Brno: MSD, 2006. 228s. ISBN 80-86633-65-9.
20. Payne, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1.vyd. Praha: Triton, 2005. 629s. ISBN 80-7254-657-0.
21. Petr, P. *Kvalita života v balneologii*. 1.vyd. České Budějovice: INPRESS, 2004. 118s. ISBN 80-903427-1-X.
22. Petr, P. Hodnocení kvality života v ošetrovatelství, sociální práci a souvisejících oborech. Přednáška na Zdravotně sociální fakultě v Českých Budějovicích.
23. Sláma, O. kvalita života onkologicky nemocných. In Payne, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. 1.vyd. Praha: Triton, 2005. s. 288-295. ISBN 80-7254-657-0.
24. Smékal, V. (2004): Osobnost jako smysl života člověka. Přednáška na Fakultě sociálních studií v Praze.
25. Šolcová, I. Kvalita života v psychologii: Osobní pohoda (well-being), její determinanty a predikátory. In Hnilicová, H. (Ed.) *Kvalita života: sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10. 2004 v Třeboni*. Kostelec nad Černými lesy: Institut zdravotní politiky a ekonomiky, 2004, s. 21-32. ISBN 80-86625-20-6.

26. Vymětal, J. *Úvod do psychoterapie*. 2.vyd. Praha: Grada, 2003. 262s. ISBN 80-247-0253-3.

27. Quality of life model, University of Toronto: <http://utoronto.ca/qol/concepts.htm>

8. Klíčová slova

Kvalita života

Chronicky nemocný

Health Related Quality of Life (HRQoL)

Životní spokojenost

Osobní pohoda (Well-being)

Smysluplnost života

9. Přílohy

Příloha č.1: Dotazník

Příloha č.2: Model kvality života – Centrum podpory zdraví v Torontu

Příloha č.3: Kováčův obecný hierarchický model kvality života

Příloha č.4: Obrázek 1: Dimenze lidského života

Příloha č.5: Obrázek 2: Souvislost mezi hlavními dimenzemi subjektivního života

Příloha č.1

DOTAZNÍK

Dobrý den,

jsem studentka 3. ročníku Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity. Ve své bakalářské práci se zabývám životní spokojeností a smysluplností osob s chronickým onemocněním. Chtěla bych Vás poprosit o vyplnění dotazníku, který je anonymní a jehož výsledky budou použity pouze pro zpracování mé práce.

Děkuji Vám za ochotu.

Jitka Mozorová

OSOBNÍ ÚDAJE

Pohlaví:

- muž žena

Věk:

- 35 let a méně 55-64 let
 36-45 let 65 a více
 46-54 let

Nejvyšší ukončené vzdělání:

- základní střední bez maturity
 střední s maturitou
 vysokoškolské

Rodinný stav:

- svobodný/á
 ženatý/vdaná

- žiji v partnerském svazku jako bych byl/a ženatý/vdaná
- žiji odděleně
- rozvedený/á
- ovdovělý/á

U následujících otázek zakroužkujte u každé otázky to číslo stupnice, které nejlépe vystihuje Vaši odpověď.

Odpovězte prosím na všechny otázky. Pokud si nejste jist/a, jak na nějakou otázku odpovědět, vyberte prosím odpověď, která se Vám zdá nejvhodnější. Často to bývá to, co Vás napadne jako první.

1. Jak moc Vás obtěžují omezení vyplývající z Vašeho zdravotního stavu při provádění každodenních činností?

vůbec ne 1	trochu 2	středně 3	hodně 4	maximálně 5
---------------	-------------	--------------	------------	----------------

Jste ve svém životě ...

2. Spokojený/á se svou náladou?

vůbec ne 1	spíše ne 2	nevím 3	spíše ano 4	určitě ano 5
---------------	---------------	------------	----------------	-----------------

3. Spokojený/á se svou prací?

vůbec ne 1	spíše ne 2	nevím 3	spíše ano 4	určitě ano 5
---------------	---------------	------------	----------------	-----------------

4. Spokojený/á se svým společenským životem?

vůbec ne 1	spíše ne 2	nevím 3	spíše ano 4	určitě ano 5
---------------	---------------	------------	----------------	-----------------

5. Spokojený/á se vztahy ve své rodině?

vůbec ne 1	spíše ne 2	nevím 3	spíše ano 4	určitě ano 5
---------------	---------------	------------	----------------	-----------------

6. Spokojený/á s využitím svého volného času?

vůbec ne 1	spíše ne 2	nevím 3	spíše ano 4	určitě ano 5
---------------	---------------	------------	----------------	-----------------

7. Spokojený/á s životním partnerem/Vám blízkou osobou?

vůbec ne 1	spíše ne 2	nevím 3	spíše ano 4	určitě ano 5
---------------	---------------	------------	----------------	-----------------

8. Cítíte se schopný/á zvládat svoje životní problémy?

vůbec ne 1	spíše ne 2	nevím 3	spíše ano 4	určitě ano 5
---------------	---------------	------------	----------------	-----------------

9. Pociťujete spokojenost se svým životem?

vůbec ne 1	spíše ne 2	nevím 3	spíše ano 4	určitě ano 5
---------------	---------------	------------	----------------	-----------------

10. Pomáháte svým přátelům nebo příbuzným?

vůbec ne 1	spíše ne 2	nevím 3	spíše ano 4	určitě ano 5
---------------	---------------	------------	----------------	-----------------

11. Cítíte, že Vaše vztahy s přáteli nebo příbuznými jsou bez větších problémů nebo konfliktů?

vůbec ne 1	spíše ne 2	nevím 3	spíše ano 4	určitě ano 5
---------------	---------------	------------	----------------	-----------------

Nyní zkuste vyjádřit míru souhlasu s následujícími tvrzeními v pětistupňové škále od 1 - „naprosto nesouhlasím“ po 5 – „naprosto souhlasím“.

1. Můj život považuji za smysluplný.

1 2 3 4 5

2. Můj dosavadní život byl plynulý proces učení, změn a osobního růstu.

1 2 3 4 5

3. Myslím, že lidé, kteří mne znají, mne považují za člověka, který je schopen druhým něco dávat a dělit se s nimi o svůj čas.

1 2 3 4 5

4. Nepatřím mezi lidi, co zmateně chodí od ničeho k ničemu.

1 2 3 4 5

5. Když se dívám na svůj životní příběh, jsem celkem spokojen s tím, co bylo.

1 2 3 4 5

Děkuji Vám za spolupráci

Příloha č.2: Model kvality života – životní domény a subdomény (Centrum podpory zdraví v Torontu – Quality of Life Model)

Označení oblasti	Základní typy, podoblasti	Příklady
1. Být (<i>being</i>)	Fyzické (somatické) bytí	<ul style="list-style-type: none"> • somatické zdraví • osobní hygiena • způsob stravování • cvičení pro zdraví • péče o vzhled, způsob oblékání • jedincův celkový vzhled
	Psychologické bytí	<ul style="list-style-type: none"> • mentální zdraví a adaptovanost • kognitivní úroveň • pocity a emoce • sebedůvěra, sebepojetí, autoregulace
	Spirituální bytí	<ul style="list-style-type: none"> • osobní hodnoty • standardy chování vůči okolí • spirituální potřeby • víra
2. Někam patřit (<i>belonging</i>) - vztah k různým typům prostředí	Fyzická příslušnost	<ul style="list-style-type: none"> • typ bydlení • škola/práce • lokalita, v níž jedinec bydlí • typ obce, v níž jedinec žije
	Sociální příslušnost	<ul style="list-style-type: none"> • rodina • nejbližší lidé • kamarádi/kamarádky • spolužáci/spolupracovníci • sousedé • společenství lidí, k němuž jedinec patří

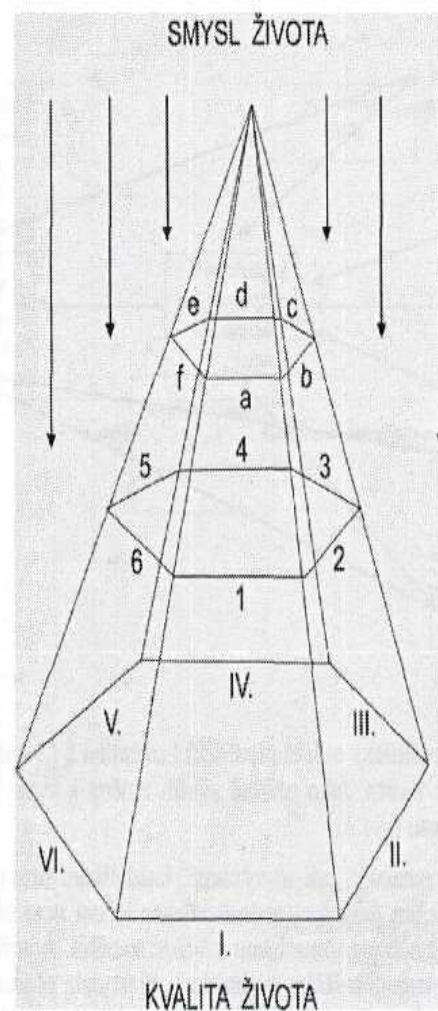
	Komunitní příináležitost	<ul style="list-style-type: none"> • zdravotní péče • sociální služby • finanční zajištění • docházka do školy • zaměstnanost/nezaměstnanost • dostupné vzdělávací programy • dostupné programy pro volný čas • akce pořádané v místě bydliště
3. O něco usilovat, něčím se stávat <i>(becoming)</i> - osobní cíle, aspirace, snahy, zdroje naděje	Praktické usilování	<ul style="list-style-type: none"> • domácí práce, práce na zvelebení bytu, domu, zahrady atd. • placená práce, placené zaměstnání • dobrovolnická práce (pro školu, pro potřebné lidi) • péče o vlastní zdraví • uspokojování sociálních potřeb
	Volnočasové usilování	<ul style="list-style-type: none"> • provádění činností, které snižují stres a dovolují relaxovat
	Usilování o osobní růst, osobní rozvoj	<ul style="list-style-type: none"> • provádění činností, které udržují nebo zvyšují dosaženou úroveň znalostí a praktických dovedností • adaptování se změnám

Příloha č.3: Obecný hierarchický model kvality života (Kováč, 2001)

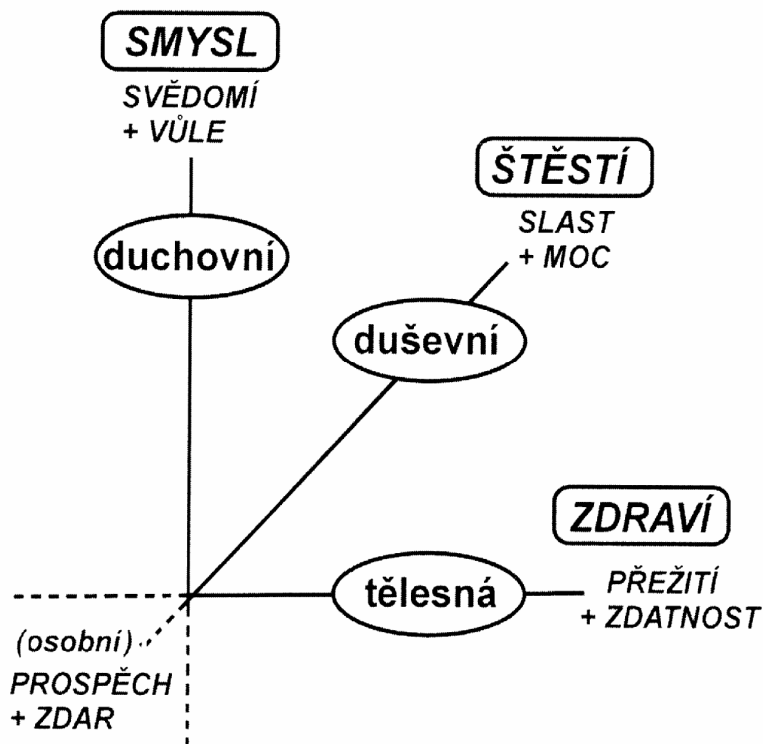
- a)problémové stárnutí
- b)požívání zasloužené uznání
- c)diapazon projevů dobra
- d)přispívání k rozvoji života
- e)prosociální chování
- f)intenzita sebekultivace

- 1)pevné zdraví
- 2)příznivé sociální začlenění
- 3)úroveň civilizačního rozvoje
- 4)přátelské prostředí
- 5)získané znalosti - kompetence
- 6)zážitky spokojenosti-pohody

- I)dobrý somatický stav
- II)vývoj ve funkční rodině
- III)materiál.-sociál. zabezpečení
- IV)životodárné okolí
- V)návyky a způsobilosti k přežití
- VI)psychické fungování v normě



Příloha č.4: Obr.1: Dimenze lidského života



Tělesné „zdraví“ = soulad a výkonnost tělesných funkcí; převládá docilování „rovnováhy“ mezi nároky a výkony tělesných funkcí

Duševní „štěstí“ = radost ze života a úspěšnost v něm; převládá prosazování „převahy“ vlastních záměrů vůči prostředí

Duchovní „mysl“ = účinné uplatňování vůle a svědomí; převládá uplatňování „odvahy“ při volbě a uskutečňování hodnot ve světě

Příloha č.5: Obr.2 : Souvislost mezi hlavními dimenzemi subjektivního života

