

Úvod

Rodiny s těžce zdravotně postiženým členem mají život mnohem složitější s těžší než většina z nás. Už samotný fakt, že v sobě našly tolik síly a lásky k péči o postižené členy rodiny, stojí za to, aby se společnost touto problematikou zabývala. Tento důvod a také to, že se pohybuji mezi těmito rodinami, je hlavním důvodem mé volby tohoto tématu. Mnoho let pracuji jako osobní asistent a k této problematice mám opravdu blízko a je pro mě velice důležitá. Jak z osobního pohledu, tak z pohledu mé studijní specializace.

Ve své práci jsem se zaměřila na ujasnění obecného pojmu kvalita života, stručné problematice osob se zdravotním postižením a podrobnému popisu metodiky SEIQoL, která je dále využita při vyhodnocování dotazníků.

V teoretické části práce se věnuji dosavadnímu pojetí výzkumu „kvality života“ v oblasti zdravotního postižení a přináším přehled dostupných pramenů v názorové oblasti na tento fenomén.

V praktické části práce uvádím dotazníkové šetření dvou skupin respondentů a jejich srovnání.

Jako hlavní skupina respondentů v praktické části práce vystupují osoby pečující o zdravotně postiženého člena rodiny. V této části jsem se podílela na vyhodnocení výsledků rozsáhlého výzkumu, který v rámci Partnerství iniciativy EQUAL prováděli v Praze Doc. Mgr. PaedDr. Jan Michalík, Ph.D. a Doc. PaedDr. Milan Valenta, Ph.D. Podílela jsem se na interpretaci mezinárodně používaného (a proto i dobře komparovatelného) měřicího nástroje – metodiky SEIQoL. Měla jsem tak možnost použít výsledky naměřené v tomto šetření a provést jejich interpretaci.

Ještě před samotným zpracováním mé práce jsem vycházela z hypotézy – či spíše obvyklého názoru, že kvalita života těchto rodin bude velmi nízká. Skutečnost předčila mé očekávání. Odpovědi osob pečujících byly mnohdy smutné až zoufalé. Při zhodnocování odpovědí typu „zemřít, do té doby přežít“ mi opravdu bylo těžko. Jedna z nejbolestnějších odpovědí byla „najít lék pro svého smrtelně nemocného syna“ a při té se mi sevřelo srdce. Z těchto jasných odpovědí vyplývá, jak těžký a beznadějný život mají osoby pečující o těžce zdravotně postiženého člena rodiny. I přesto, že jsem si celou tuto problematiku plně uvědomovala, dotazníky mě ujistily a přesvědčily, jak těžké je toto téma – jak těžký je osud těchto rodin. A jak nedostatečně působí moje kompetence v této oblasti. Přesto soudím, že alespoň dílčím způsobem má práce přispěje k dalšímu řešení této problematiky. Výsledky tohoto šetření, na němž jsem měla možnost se podílet, jsou podrobně uvedeny dále.

Z vlastního zájmu, vzhledem k mé dosavadní orientaci na skupinu studentů vysokých škol, rozhodla jsem se „přiřadit“ do praktické části práce i druhou skupinu pro komparaci naměřených dat – právě studenty vysokých škol. Tato část práce představuje vlastní autorský přínos k řešení. Předpokládala jsem, že studenti zvolí naprosto odlišné cílové oblasti než osoby pečující, ale výsledky byly opravdu překvapující. Také jsem se domnívala, že kvalita života vysokoškolských studentů – v jejich pojetí a v pojetí zvolené metodiky - bude mnohem vyšší než u skupiny druhé. Opět mě čekalo velké překvapení. Dále jsou uvedeny výsledky i této části šetření.

Přemýšlím-li o tom, co jsem sama svou prací zjistila, dospívám k názoru, že je velmi důležité zlepšit podmínky rodinám pečujícím o zdravotně postiženého člena. Zjistila jsem, co si zřejmě myslí lidé, kteří byli předmětem našeho šetření a jak těžký je jejich život. Chtěla bych jim pomoci. Ale jak? Co by se pro ně dalo udělat a ulehčit jim jejich život? Existuje nějaké řešení??? Může být popsáno v takové práci? Asi ne, ale přesto – důležitý krok na cestě případného zlepšení jejich podmínek – je umět tyto podmínky alespoň popsat. K tomu chtěla přispět a doufám přispěla i má práce.

1 Pojem kvality života¹

1.1 Historie pojmu

Pojem **kvalita života** (*quality of life*) má relativně dlouhou a zajímavou historii. Jeho první výskyt se dnes datuje do 20. let 20. století. Např. H. Hnilicová² připomíná, že se objevil už v diskuzích o vztahu ekonomických a sociálních hledisek při státní podpoře chudších vrstev obyvatelstva. Američtí autoři³ se domnívají, že pojem *kvalita života* byl odborně použit až v pracích dvou amerických ekonomů. Galbraith⁴ v knize *Společnost hojnosti* kritizoval ideu stálého rozšiřování průmyslové výroby jako zdroje blahobytu. Napsal: To, co je důležité pro naše dobro, nespočívá v kvantitě; je to kvalita života.

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 presidenta Johnsona. L.B. Johnson v r. 1964 totiž prohlásil: *Cíle nemůžeme poměřovat výší našich bankovních kont. Mohou být měřeny pouze kvalitou života, který naši občané prožívají.* Pojem kvalita života se svou stručností a intuitivní srozumitelností pro veřejnost rychle ujal a stal se v politice i v mediálním světě módním slovem⁵. Také v Evropě brzy zdomácněl, neboť ho v sedmdesátých letech použil německý kancléř W. Brandt v politickém programu své vlády⁶.

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.

¹MAREŠ, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících I.* Brno: MSD, spol. s.r.o. 2006. s.11-28. ISBN 80-86633-65-9.

^{2,6}HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In Payne, J. a kol. *Kvalita života a zdraví.* Praha: Triton 2005, s. 205-216. ISBN 80-7254-657-0.

³SNOPEK, F.J. Quality of Life: A Closer Look at Measuring Patients' Well-Being. *Diabetes Spectrum*, 2000, vol.13.no.1, p. 24-28. ISSN 1040-9165.

⁴GALBRAITH, J.K. *The Affluent Society.* Cambridge: Houghton Mifflin 1958.

^{5,6}RAPLEY, M. *Quality of Life Research.* London, Sage Publications 2003, 286 p. ISBN 0-7619-5457-0.

1.2 Definování kvality života

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, psychologii. Setkáme se s ním ve většině medicínských oborů, v ošetrovatelství, biologických oborech, v ekologii, tedy v oborech, které se zajímají o živé organismy. Pojem kvalita života se však objevuje také v technických oborech, např. architektuře, stavebnictví, dopravě atd., tj. v oborech, které ovlivňují prostředí pro život.

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 a na změny kvality života v čase.

Základem zkoumaného pojmu je výraz „život“, který je sám o sobě složitý. Začneme-li se hlouběji zamýšlet nad *kvalitou* života, jednou z prvních otázek, které bychom si měli položit je: o jaký **typ života** nám vlastně jde⁷? Jistě nás zajímá především život člověka, jde nám o lidský život, speciálně pak v našem výzkumu život dětí a dospívajících. Dalo by se však uvažovat šířeji o kvalitě životního prostředí pro všechny živé organismy, tedy pro živočichy, rostliny atd. I tyto snahy existují. Pro nás je širší pohled nepominutelný, neboť si všímá životních podmínek, v nichž děti a dospívající žijí.

Druhá otázka, která se nabízí, zní: o jaký typ kvality nám jde⁷? Tradiční dělení zní – objektivní a subjektivní kvalita života. Většině lidí okamžitě naskočí dělení na objektivně dobré a objektivně špatné podmínky, v nichž lidé žijí (viz špatné životní prostředí, nezdravé bydlení atd.) a jejich dopady na kvalitu života dětí. Vztah objektivních podmínek a jejich subjektivního vnímání a prožívání není jednoduchý: dobré životní podmínky → dobrá kvalita života, špatné životní podmínky → špatná kvalita života.

Holandská badatelka R. Veenhovenová⁷ přichází s odlišným pohledem. Za prvé navrhuje rozlišovat mezi **příležitostmi** pro dobrý, kvalitní život a dobrým, kvalitním **životem samotným**. Jinak řečeno rozlišovat mezi možnostmi, šancemi na jedné straně a skutečností, výsledkem na straně druhé. Pro psychology je jistou analogií známý rozdíl mezi

⁷VEENHOVEN, R.: The Four Qualities of Life. *Journal of happiness Studies*, 2000, vol.1, no.1, p. 1-39. ISSN 1389-4978.

potencialitami jedince a jejich realizací; mezi schopností k něčemu a způsobilostí to aktuálně provádět.

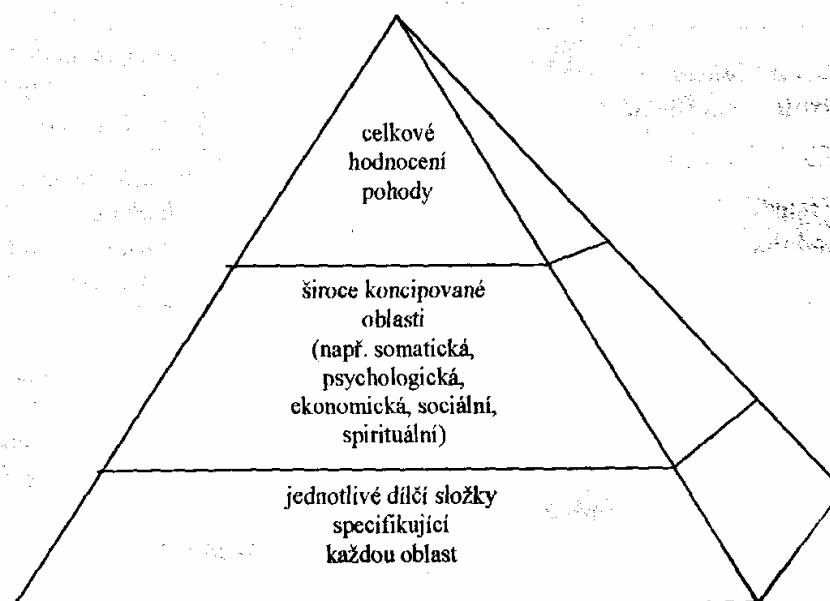
Za druhé autorka navrhuje rozlišovat mezi vnějšími a vnitřními kvalitami života, mezi tím, co je charakteristické pro prostředí, v němž jedinec žije a mezi tím, co je charakteristické pro jedince samotného.

1.3 Obecné hierarchické modely

Někteří badatelé navrhli obecné modely kvality života, které se pokoušejí formulovat určitou hierarchii ve strukturních prvních modelů. Navržené modely se pravděpodobně inspirovaly Maslowovou hierarchií lidských potřeb, neboť mívají podobu určité pyramidy.

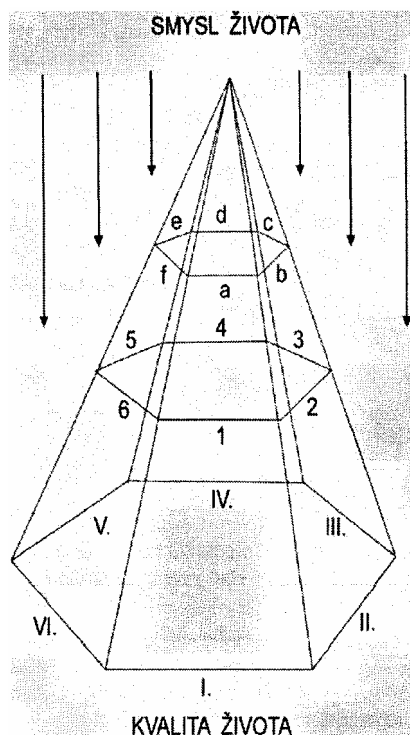
Jeden z takových modelů navrhl Spilker⁸. Model na obr. 1 ukazuje na multidimenzionálnost kvality života a hierarchické uspořádání jejich strukturních složek. Ponechává však na stejné úrovni obecnosti jednotlivé oblasti kvality života – somatickou, psychologickou, ekonomickou atd. (viz střední úroveň modelu). Kvalitou života rozumí model „pyramida jako celek“. Všechny tři úrovně konstituují „prostor“ kvality života a tedy i definiční obor pro vymezení kvality života. Otázkou zůstává, zda předpokládaná hierarchičnost má empirický podklad, zda v této jednodušší podobě skutečnosti existuje. Vždyť lidské vnímání vlastního života i života druhých lidí, kognitivní a emoční zpracování života, hodnocení kvality života v čase j zřejmě komplikovanější.

Obr. 1. Tři úrovně kvality života (modifikované podle Spilker⁸; Grantová, Deanová⁹).



Ještě o krok dál šel slovenský psycholog D. Kováč^{10,11}. Navrhl model, který se pokouší hierarchicky uspořádat jednotlivé oblasti, jež vytvářejí kvalitu lidského života. Podobu jeho mnohem složitějšího (a přitom stále obecného modelu) přibližuje obr. 2.

Obr. 2. Obecný hierarchický model kvality života (Kováč¹⁰).



- a) neproblémové stárnutí
 - b) požívání zasloužené uznání
 - c) diapazon projevů dobra
 - d) přispívá 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) materiální-sociální zabezpečení
 - IV) životodárné okolí
 - V) návyky a způsobilosti k přežití
 - VI) psychické fungování v normě

Kováčův model postuluje tři hierarchické úrovně. Autor je charakterizuje takto. První, nejspodnější je bazální, existenční, všelidská úroveň kvality života. Druhá je střední úroveň, individuálně-specifická, též civilizační. Třetí, nejvyšší, je kulturně-duchovní, elitní úroveň; představuje meta-úroveň kvality života. Nadevším stojí proměnná nazvaná smysl života.

Nejnižší, základní úroveň tvoří šest oblastí života, které konstituují kvalitu/nekvalitu života kteréhokoli člověka. Jsou to: 1. somatický stav, 2. psychické fungování v normě, 3. funkční

⁸SPIPKER, B. Introduction. In Spilker, B. (Ed.) *Quality of Life Assessment in Clinical Trials*. New York: Raven Press, 1996, p. 3-9.

⁹GRANT, M.M., DEAN, G.E. Evolution of Quality of Life in Oncology and Otolaryngology Nursing. In King, C.R., Hinds, P.S. (Eds.) *Quality of Life: From Nursing and Patient Perspectives*. Sudbury: Jones and Bartlett Publisher 2003, p. 3-27. ISBN 0-7637-2235-9.

¹⁰KOVÁČ, D. Kvalita života - naliehavá výzva pre vedu nového storočia. *Čs. psychologie*, 45, 2001, vol.45, no.1, p. 34-44. ISSN 0009-062X.

¹¹KOVÁČ, D. Quality of Life: A Megconcept of Coming Époque. *Psychology Science*, 46, 2004, Supplement 1, 167-186.

rodina, 4. materiálně-sociální zabezpečení, 5. životodárné okolí, 6. základní schopnost pro přežití. Kromě toho každá ze šesti oblastí má své odstupňování na vyšších úrovních, tedy na mezo-úrovni i meta-úrovni. Např. I. dobrý somatický stav → 1. pevné zdraví → a) neproblémové stárnutí; II. Vývoj ve funkční rodině → 2. příznivé sociální začlenění → b) zasloužené uznání, atd.

Z hierarchického uspořádání úrovní plyne, že dílčí indikátory, patřící k různým úrovním, se budou lišit svou vahou. Autor upozorňuje, že 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 (mezo-úroveň), může pociťovat duševní pohodu při stavech meditace (meta-úroveň).

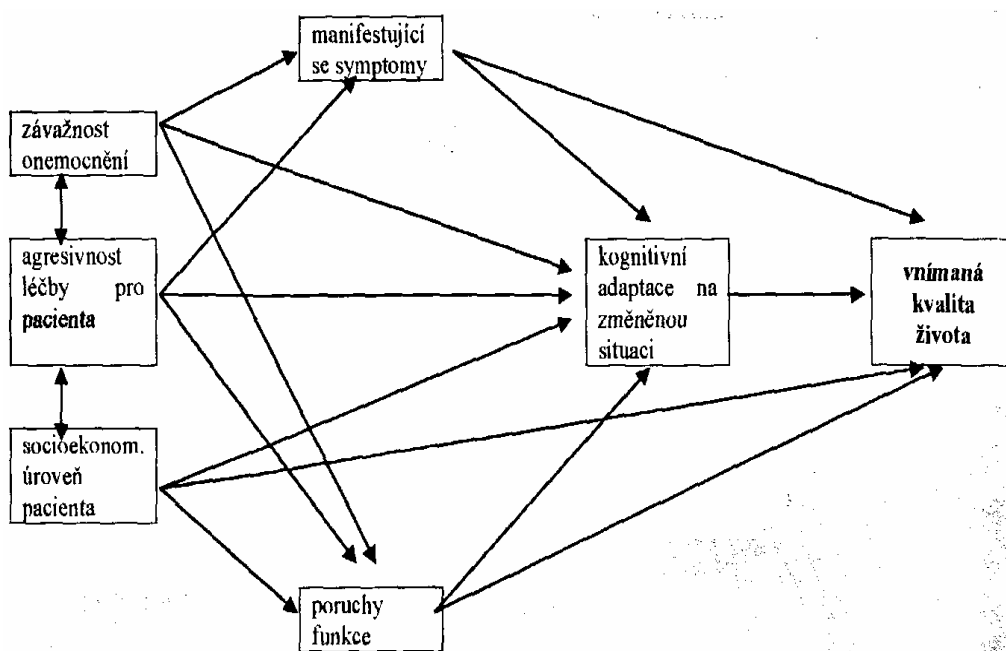
Hierarchické modely však zatím nedokáží specifikovat vztahy mezi horizontálními, ani vertikálními prvky kvality života. V principu jim činí potíže vystihnout proměny kvality života v čase. O to se snaží jiné přístupy.

1.4 Strukturně-dynamické modely kvality života

Předchozí obecné modely čím dál podrobněji strukturovaly pojem kvalita života, avšak navržená struktura byla statická. Přitom je známo, že kvality lidského života nezůstává neměnná, ale pod vlivem vnějších událostí i vnitřních změn jednotlivce doznává určitých proměn. Stačí připomenout třeba onemocnění a jeho léčbu nebo změnu hodnotového systému, k níž jedinec postupně došel. Není tedy divu, že objevily snahy zkonstruovat strukturně-dynamické modely.

Takové modely se nejčastěji objevují ve zdravotnictví, neboť nemoc, úraz ovlivňuje dosavadní kvalitu zdraví. Poté následuje léčba, rehabilitace atd., která se snaží kvalitu života zase zvýšit. Příklad jednoho strukturně-dynamického modelu uvádí obr. 3. Z obrázku je zřejmá hlavní linie časové posloupnosti: nástup chronického onemocnění – snaha nemoc léčit – obtíže, které s sebou přináší jak nemoc, tak její léčba – jedincovo úsilí se s obtížemi vyrovnat – proměny ve vnímané kvalitě života.

Obr. 3. Strukturně-dynamický model kvality života při chronickém onemocnění (modifikován podle Cowanová et al.¹²; Vallerandová, Payneová¹³).



Poněkud složitější strukturně-dynamický model předložili Leventhal a Colman¹⁴. Nazývají ho procesuální model kvality života. Jako příklad zvolili změny v kvalitě života u žen po diagnostice a léčbě karcinomu prsu (obr.4).

Procesuální model na obr.4 naznačuje, jak se výchozí, každodenní úroveň kvality života proměňuje jednak vlivem stanovením diagnózy, jednak vlivem léčení nemoci. Změna zasahuje všechny oblasti kvality života, počínaje somatickou a konče sociální. Autoři dokonce uvažují o tom, že by se závažnost vlivu nemoci a léčby na každou oblast dala charakterizovat matematicky. Pomocí váhy funkce (která nemusí být pro jednotlivé oblasti stejná) by se dala složit i výslednice jejich působení, tedy kvalita života pocíťovaná pacientkou poté, co léčbu absolvovala. Ve skutečnosti by měl model pokračovat, neboť život probíhá dál a pacientka prožívá další změny. Musí se adaptovat na novou situaci, nikdy přijmout změněný vzhled

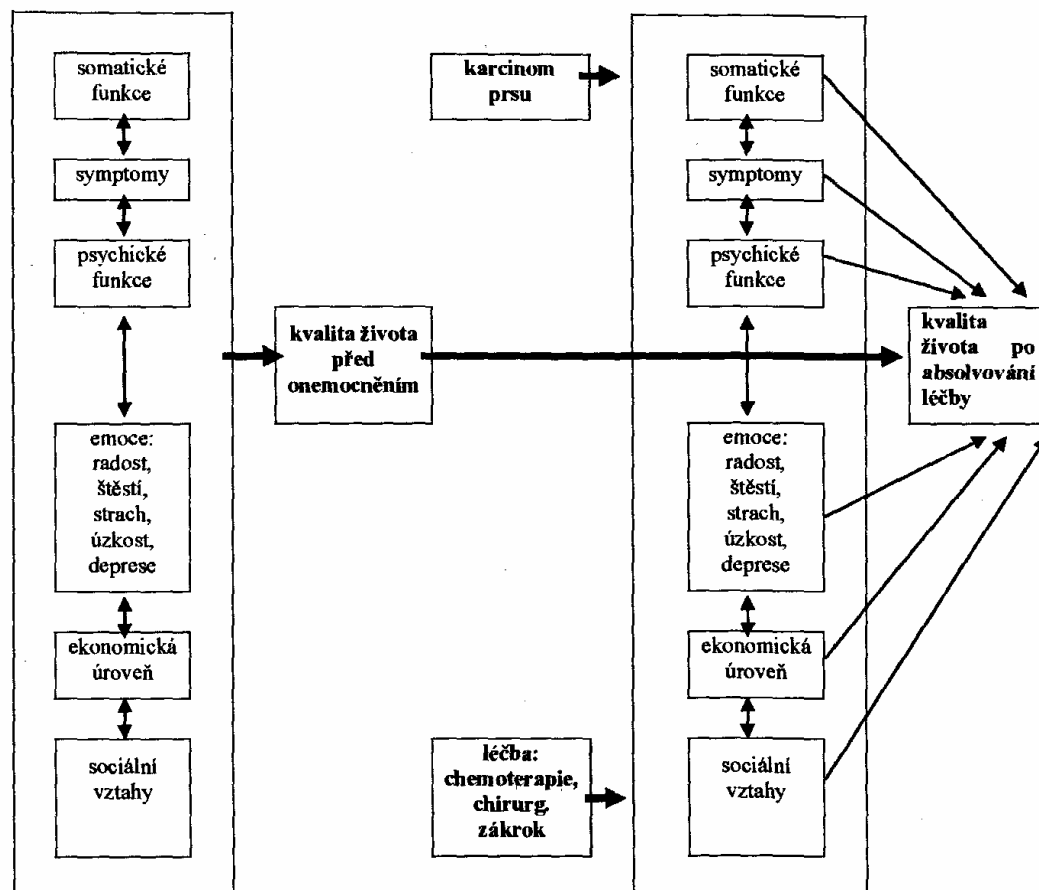
¹²COWAN, M.J., YOUNG-GRAHAM, K., COCHRANE, B.L. Comparison of a Theory of Quality of Life Between Myocardial Infarction and Malignant Melanoma: A Pilot Study. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 1992, vol.7, no. 1, p. 18-28. ISSN 0889-7204.

¹³VALLERAND, A.H, PAYNE, J.K. Theories and Conceptual Models to Guide Quality of Life Related Research. King, C.R., Hinds, P.S. (Eds.) *Quality of Life: From Nursing and Patient Perspectives*. Sudbury: Jones and Bartlett Publisher, 2003, p. 45-64. ISBN 0-7637-2235-9.

¹⁴LEVENTHAL, H., COLMAN, S. *Quality of life: A process view*. *Psycholog Health (Special Issue: Quality of life: Recent advances in theory and methods)* 1997, 12(6):753-767.

vlastního těla, zažívá střídání pocitů kladných i záporných, mívá obavy z recidivy onemocnění, z metastáz atd.

Obr. 4. Procesuální model změn v kvalitě života u žen s karcinomem prsu (modifikované podle Leventhal, Colman¹⁴).



Také v domácí literatuře se objevil procesuální model kvality života. Navrhl ho K. Hnilica¹⁵. Jeho model nezabírá tak rozsáhlý časový úsek, jako tomu bylo u kvality života s karcinomem prsu, nýbrž si všímá jedincova celkového reagování na aktuální podnětovou situaci.

Kromě uvedených modelů, které počítají s dílčími proměnami jednotlivých složek kvality života, stojí za pozornost případy, kdy v jedincově životě dochází náhle k zásadnímu zlomu. To, co bylo předtím, se radikálně odlišuje od toho, co následuje. Muže jít o změnu k horšímu či naopak o změnu k lepšímu. Souhrnné označení pro výsledek zlomového momentu anebo

¹⁵HNILICA, K. Věk pohlaví a kvalita života. In Payne, J. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005, s. 415-441. ISUN 80-7254-657-0.

přelomové období zní: konverze. Může se týkat víry, politického přesvědčení, nečekané ztráty, nečekaného štěstí atp.

Dosavadní snahy definovat kvalitu života vycházely převážně z iniciativy jednotlivců či výzkumných týmů. Kromě toho existují též snahy v měřítku širším, ať už národním (celostátním) nebo mezinárodním.

Např. americká skupina pro dětskou onkologii dospěla konsensem k této definici:

Kvalita života je multidimenzionální konstrukt, zahrnující jak objektivní, tak subjektivní údaje o sociálním, somatickém a emočním fungování dítěte (ale neomezuje se jen na uvedené oblasti. V indikovaných případech si též všímá fungování rodiny dítěte. Diagnostika kvality života musí být citlivá na změny, k nimž u dítěte během vývoje dochází¹⁶.

Setkáme se též se snahami výrazně překračujícími národní rámec. Světová zdravotnická organizace (WHO) ustavila pracovní skupinu, která nakonec dospěla po jednání ke konsensu a navrhla širěji použitelnou definici. Protože jde o zdravotnictví, akcentuje tato definice především kvalitu života jednotlivce. Jedná se tedy o individuálně zaměřenou definici kvality života:

Jde o individuální percipování své pozice v životě, v kontextu té kultury a toho systému hodnot, v nichž jedinec žije, vyjadřuje jedincův vztah k vlastním cílům, očekávaným hodnotám a zájmům ... 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 vyjadřuje subjektivní ohodnocení, které se odehrává v určitém kulturním, sociálním a environmentálním kontextu ... kvalita života není totožná s termíny „stav zdraví“, „životní spokojenost“, „psychický stav“ nebo „pohoda“. Jde spíše o multidimenzionální pojem¹⁷.

¹⁶PEDIATRIC ONCOLOGY GROUP - Quality of Life Subcommittee - Guidelines for Incorporating Quality of Life Measures in Clinical Trials. 1993.

¹⁷WHO Quality of Life Group: WHO QOL Study Protocol. Ženeva: WHO 1993.

2 Způsob zjišťování kvality života metodou SEIQoL

2.1 Koncepce metody SEIQoL

Zkratkou SEIQoL¹⁸ se rozumí Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life – *Systém individuálního hodnocení kvality života*. Jde o způsob zjišťování kvality života, který neklade předem kritéria, která by stanovila „co je správné, dobré a žádoucí atp.“, ale vychází z osobních představ dotazovaného o tom, co on či ona považuje za důležité.

Základní propozice (navrhované myšlenkové linie) metody SEIQoL:

- Pojetí kvality života, jak je chápe metoda SEIQoL, je *individuální*. Znamená to, že se vychází z toho, jak je kvalita života definována dotazovanou osobou a jak je jí samou hodnocena. Základními daty jsou *výpovědi* dané osoby.
- Pojetí kvality života dané osoby závisí tak na *jejím vlastním systému hodnot*. Ten je při měření kvality jejího života plně respektován.
- *Aspekty života*, které jsou pro danou osobu v dané situaci a chvíli podstatné, jsou danou osobou určovány, zvažovány a hodnoceny jako *závažné*. Mohou se v průběhu života měnit.
- Ty *aspekty života* daného člověka, které jsou pro danou osobu *kriticky závažné*, se daná metoda snaží poznat v rozhovoru (interview) s touto osobou.
- Relativní *důležitost* každého aspektu kvality života každého člověka v dané situaci se zjišťuje a měří využitím metody analýzy jeho názoru a přesvědčení.

Kvalita života¹⁹, tak jak ji chápe metoda SEIQoL, není něčím všeobecně platným pro všechny lidi. Je *individuální*. To znamená, že k pojetí kvality života se přistupuje tak, jak ji subjektivně vidí (chápe, definuje apod.) ten, kdo je dotazován. Základními daty jsou zde *výpovědi* dané osoby. Pojetí kvality života dané osoby závisí tedy na jejím vlastním systému hodnot, který je při měření kvality života zjišťován (diagnostikován) a plně respektován.

Aspekty života, které jsou v dané situaci a chvíli považovány danou osobou za podstatné, jsou zcela svobodně voleny. Počítá se s tím, že aspekty, které daná osoba považuje za podstatné, se mohou v průběhu jejího života měnit.

¹⁸KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. 172 s. ISBN 80-247-0179-0.

¹⁹KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2003. 243 s. ISBN 80-7178-774-4.

Zjišťuje se přitom i relativní *důležitost* každého aspektu kvality života daného člověka v momentální situaci. Každý aspekt se zachycuje nejprve v obecnější formě (heslovitě). Poté se zjišťuje jeho hlubší význam a interpretace aspektu dotazovaným, a to využitím metody analýzy názoru a přesvědčení dané osoby.

Daná osoba je požádána, aby uvedla *pět životních cílů* (tzv. cues – podnětů k životu), které ona sama považuje pro sebe v dané situaci za nejdůležitější. Ne více a ne méně než pět. Uvede-li jich více, bere se v úvahu pět nejdůležitějších životních cílů.

2.2 Pojetí životních cílů

Křivohlavý uvádí²⁰ „termín „cue“, který zde překládáme českým výrazem „životní cíl“, je jedním z klíčových pojmů metodiky SEIQoL. Rozumí se jím cíl snažení, tj. teleologický (cílově zaměřený) podnět k aktivitě. Sémanticky by bylo možno překládat klíčový termín „cue“ větou typu: *O co ti v životě jde a oč ti jde především (nejvíce)?*

Hlubším význam termínu „cue“ je možno vhodněji vyjádřit českým termínem *cílový podnět snažení*, zaměření směřování či smysl života apod.

Při záznamu výpovědi dané osoby se uvádí daný životní cíl (cue) nejen heslovitě (symbolickým slovem), tzv. nálepkou (label), ale i v rozvinutější, úplnější a podrobnější formě tak, jak jej daná osoba chápe konkrétněji. To umožňuje hlubší pochopení pojetí daného zaměření u dotazované osoby. Dané osobě jde např. o zaměření (cue) na téma rodiny. V záznamu se objeví, heslo „rodiny“. V rozvinutější formě se dále uvede „dožít se toho, až děti dorostou a budou stát na vlastních nohou“ nebo „postavit dům pro rodinu, aby měla kde bydlet, až odjedu“, případně „dosáhnout toho, aby se děti mezi sebou či s rodiči usmířily“ apod.

2.3 Míra uspokojení s dosahováním cíle

U každého z pěti uvedených životních cílů se uvádí i míra uspokojení dané osoby s tímto podnětem. Dotazovaná osoba uvede míru uspokojení a dosahováním daného životního cíle v procentech, kde dolní hranice („nejsem vůbec spokojena s daným cílem“) je rovna 0% a horní hranice („jsem zcela – úplně spokojena s dosahováním daného cíle“) je rovna 100%“.

²⁰KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2003. s. 244-246. ISBN 80-7178-774-4.

2.4 Vyhodnocení SEIQoL

Provádí se tak²¹, že se u každého tématu násobí jeho důležitost (uvedená ve formuláři nalevo v procentech) mírou spokojenosti (uvedenou ve formuláři napravo též v procentech). Výsledná hodnota se rovná součtu takto zjištěných součinů pro všech pět řádek (největší takto zjištěná hodnota může mít hodnotu 10 tisíc). Tento součet se dělí stem, aby se výsledný údaj pohyboval v rozmezí od 0 (nejnižší možné hodnoty) do 100 (nejvyšší možné hodnoty). Porovnání se provádí mezi sledovanými skupinami, případně v rámci souboru lidí v dané skupině. Hlubší rozbor detailnějších odpovědí, vysvětlující uvedená hesla v dotazníku, se provádí rozbořem názorů a přesvědčení.

2.5 Nejčastěji uváděné podněty (cues)

Dle Křivohlavého²² „Mezi nejčastěji uváděné podněty (cues) patří: zdraví, rodina, práce, náboženství (víra), finance, vzdělání atp. objevují se však i podněty typu politika, estetika, volný čas apod. Porovnání uvedených oblastí (cues) u mladších a starších lidí ukázalo, že některá životní témata (oblasti) se v průběhu let výrazně mění. Platí to především o sociálních činnostech, aktivitách ve volném čase, životních podmínkách a víře (náboženství). Tyto cílové podněty (cues) jsou uváděny staršími lidmi podstatně častěji jako pro ně podstatně důležité, ba nejdůležitější. Na druhé straně pracovní činnost (zaměstnání), štěstí, finance a sociální vztahy přesahující rámec rodiny byly uváděny častěji jako podstatně důležité pro kvalitu života mladších lidí (v porovnání se staršími). Důraz kladený na hodnotu rodiny, zdraví a nezávislosti zůstává v průběhu věku relativně stabilní a nemění se.

2.6 Situační vlivy působící na kvalitu života

Ukazuje se, že změna životní situace způsobená například nemocí, se projeví výrazně ve změně kvality života. Příkladem může být řada studií, které metodou SEIQoL porovnávaly kvalitu života pacientů s různou diagnózou. Je třeba očekávat, že nemoc, choroba, zranění, léčení atp. ovlivní negativně kvalitu života, a to jak její celkovou výši, tak složení a váhu jednotlivých složek, které se při zjišťování celkové kvality života berou v úvahu. Zároveň je možné očekávat, že věk, změna sociální situace (např. změna sociální opory, sociální role

²¹KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2003. 247 s. ISBN 80-7178-774-4.

²²KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. s. 173-175. ISBN 80-247-0179-0.

atp.), změna pracovních a životních podmínek atp. se projeví ve změnách kvality života. Některé studie například ukazují, jak se v kvalitě života odráží i odlišnost působení různých léků, které jsou zaměřeny na terapii těžké nemoci.

2.7 Váha, kterou lidé přisuzují různým momentům (cues)

V metodice SEIQoL má každá osoba uvést celkem pět momentů – životních cílů či zaměření (cues), jež považuje za nejpodstatnější. Teoreticky by se dala očekávat průměrná hodnota 0,2 pro každý podnět (cue). Výsledky vyšetření velkého počtu lidí ukazují, že se k této hodnotě blížila váha přisuzování tělesnému (fyzickému) a emocionálnímu fungování. Sociálnímu fungování byla v průměru přisuzována hodnota nižší než 0,2“.

3 Problematika u osob pečujících o člena rodiny se zdravotním postižením

3.1 Poznatky studenta z praxe

Ve své několikaleté praxi (již od střední školy až do současnosti pracuji jako osobní asistent, jezdím na setkání rodin Společnosti pro mukopolysacharidosu, dříve jsem pracovala v respitním centru a také v domácí zdravotnické péči) jsem se setkala s mnoha rodinami pečujícími o zdravotně postiženého člena rodiny. Většinou se jednalo o dítě s mentálním postižením případně postiženým kombinovaným. Jako hlavní pečující osoba fungovala v 90% matka. Otec, pokud v rodině byl a fungoval, zajišťoval rodinu spíše finančně. Ale samozřejmě existují výjimky, kdy se otec rodiny stará nejen finančně, ale přispívá i péčí o dítě.

Péče o dítě s postižením je 24 hodin denně, rodiče nemají tudíž žádný volný čas pro své koníčky, zájmy a čas pro sebe. Někteří z nich si po celou dobu pečování o své dítě ani na chvíli neodpočinou a věnují mu veškerý svůj volný (dá-li se říci, že nějaký takový mají) čas. Pokud se jim naskytne možnost a někdo se jim o dítě postará, odpočívat nemohou. Tělo je v neustálém fyzickém i psychickém napětí a je nastaveno na neustálou zátěž, že mnohdy odpočívat nedokáže. Rodiče se také musí naučit „vypnout“ a odpočinout si hlavně psychicky, což je pro ně ještě těžší. Velmi důležitá je proto důvěra v osobu, která se jim o jejich dítě po dobu jejich nepřítomnosti postará. Nemůžeme se divit, že se rodiče bojí svěřit své dítě, které je pro ně vším, někomu cizímu. Důvěra mezi osobním asistentem či pečovatelem a rodiči se buduje dlouhou dobu a při jakýchkoliv negativních zkušenostech se rodiče bojí svěřit své dítě někomu jinému. Mnohdy také u rodičů převládá pocit, že si jdou užívat zatímco jejich dítě bez nich strádá. Proto je velmi důležitá nejen odbornost a osobnost asistenta, ale také jeho schopnosti, dovednosti a empatie.

Také smíření se se svým osudem je pro rodinu velmi těžké a frustrující. Je to pochopitelné, kdo z nás – kteří máme to štěstí a jsme zdraví a máme zdravou rodinu, by se dokázal smířit s takovýmto těžkým osudem? Neustále je trápí otázky Proč zrovna já? Proč moje dítě? Co jsem komu udělala? Bohužel odpovědi na tyto otázky neexistují. Někteří to berou jako zkoušku, jiní jako trest. Nezbyvá tedy všem těmto lidem zkoušeným osudem nic jiného než smíření a péče o své dítě (pokud nezvolí variantu celoročního pobytu a dítě dají pryč).

Tyto a mnohé jiné příčiny jsou důsledkem snížené kvality života rodin s těžce zdravotně postiženým členem.

3.2 Nutnost podpůrných služeb

V České republice existují různé služby pro zdravotně postižené občany, které se snaží zjednodušit a zlepšit jejich život. Jako příklad můžeme uvést speciální školy zaměřená na různé typy postižení, speciálně pedagogická centra, občanská sdružení a s tím související osobní asistence a volnočasové aktivity, domácí (i zdravotnická) péče, převozové služby (speciální taxi pro občany s tělesným postižením) a respitní služby. Tyto služby slouží také k rozvoji schopností a dovedností u jednotlivých jedinců a jsou velmi důležitou součástí jejich života (proto jsou některé vybrané služby rozepsány blíže). Je velice důležité, aby tuto službu vykonávali kompetentní pracovníci, kteří danou problematiku nejen znají, ale umí ji využít v praxi a uvědomují si její důležitost a potřebu.

Osobní asistence slouží jako pomoc či podpora, doprovod a plnohodnotné vyplnění volného času osoby jakkoli zdravotně postižené, ale také zaopatření základních potřeb klienta (u nejtěžších stupňů postižení). Záleží na tom, jaký cíl ta která osobní asistence má. Z toho se odvíjí plánování a vyplnění času doby asistence. Osobní asistent klienta učí různým dovednostem, někdy jej doprovází, dopomáhá mu v určitých činnostech, vymýšlí program pro klienta a hlavně se klientovi plně věnuje. Lidé se zdravotním postižením potřebují v jistých činnostech dopomoc (to se odvíjí od konkrétního postižení a také jeho stupně) a osobní asistence je mnohdy jejich jediná možnost jak této činnosti dosáhnout. Jak například vyjít ven, navštívit kulturní akci či cokoli jiného. Lidé s jakýmkoliv handicapem potřebují také společnost a setkání s novými lidmi, aby u nich nevznikal pocit méněcennosti či frustrace. Potřebují člověka, který tu bude jen a jen pro ně a bude se jim plně věnovat a bude jejich. Osobní asistence je velmi dobrá nejen pro klienty, ale také pro rodiče, kteří vědí, že se jejich dětem někdo plně věnuje a případně je dokonce něco nového naučí.

S osobní asistencí souvisí také **volnočasové aktivity** pro zdravotně postižené děti. Zahrnují například zájmové kroužky, tábory, různé společenské akce – mikulášské setkání atd., víkendové pobyty a výlety. Pro děti s postižením je to někdy jediná možnost, jak potkat kamarády, poznat nová místa a zkusit jiný způsob života. Také pro rodiče tyto aktivity mají velký význam, mnohdy je to jediná možnost, kdy si mohou odpočinout.

Respitní služby (nebo také péče o pečující) mají velký přínos hlavně pro osoby dlouhodobě pečující. Jedná se o péči odlehčující. V určitém životním období se stane, že je rodina vyčerpána každodenní velice namáhavou péčí nebo také psychickým tlakem, který je obzvlášť

velký a rodina už nemůže. Potřebuje si alespoň na pár dní odpočinout. A k tomu právě slouží respitní centra, kde je o jejich postiženého člena rodiny postaráno po všech stránkách.

Pro občany těžce tělesně postižené, kteří žijí sami, je jedinou možností se kamkoli dopravit (například k lékaři, pro léky...) využití **převozové služby**. Což je speciální taxi pro tělesně postižené, kdy řidiči pomohou klientovi s nástupem i výstupem do auta a dopraví je na místo určení. Mnohdy je to pro uživatele této služby jediný kontakt se světem. Tuto službu také využívají rodiče tělesně postižených dětí, kteří nemají k dispozici auto a potřebují své dítě dopravit na jakékoliv místo mimo domov.

Problémem podpůrných služeb je, že většina z nich funguje jen ve větších městech a rodiny žijící v menších vesnicích daleko od měst musí buď dojíždět nebo tyto služby nemohou vůbec využít. Dalším negativem je „přeplněnost“, což znamená, že někteří zdravotně postižení občané musí čekat než se na ně v určitých službách dostane řada (například v některých občanských sdruženích je čekací pořádek na přidělení osobní asistence, jelikož žadatelů je mnoho). Podmínky v České republice naskýtají mnoho možností, které by se daly využít v oblasti podpůrných služeb. Je třeba jich jen využít ve prospěch zdravotně postižených občanů.

Rodiny pečující o zdravotně postiženého člena jsou ve většině případů závislé na podpůrných službách. Pokud si chtějí cokoli zařídit, někam si zajít nebo si jen na chvíli odpočinout, musí využít podpůrné služby, která by se o jejich dítě postarala. Proto je nutnost a hlavně kvalita těchto služeb tolik důležitá.

4 Životní dynamika (postoje) mladých osob – studentů vysokých škol

4.1 Hodnoty a postoje

Dá se předpokládat, že studenti vysokých škol budou mít jiné životní hodnoty než lidé z jiných sociálních skupin či vrstev. Jako příklad můžeme uvést rozdíl mezi životními hodnotami vysokoškolských studentů a rodin pečujících o osobu se zdravotním postižením. Studenti většinou ještě nemívají životní zkušenosti tak jako člověk o 20 let starší, který toho v životě prožil mnohem více. Ovšem i mezi studenty najdeme takové, kteří své zkušenosti mohou rozdávat. Pokud ovšem vezmeme skupinu vysokoškolských studentů obecně, platí, že studenti považují za své hlavní hodnoty úspěšné ukončení vysoké školy, uplatnění v dobré práci ve svém oboru, užívání si života, nalezení životního partnera a založení rodiny. Hodnoty jako například zdraví si příliš neuvědomují a nepokládají je v daném období svého života za nejdůležitější. Je to logické, jelikož ve svém mladém věku se cítí zdraví a pokládají je za samozřejmost. Záleží také na tom, jestli studují vysokou školu technického nebo humanitního typu. To se také odráží na životních hodnotách.

4.2 Postoje

Studenti vysokých škol mají k životu většinou aktivní přístup. Nejsou nuceni se nikterak omezovat, většinou jsou pouze finančně závislí na svých rodičích. A právě svoboda v jejich počínání jim dává možnost se v budoucnu realizovat v jakékoliv pracovní oblasti. Nemají zábrany a závazky a nebojí se využívat nových příležitostí.

4.3 Pracovní uplatnění

Vzdělání a práce jako taková patří mezi hlavní hodnoty studentů vysokých škol. Studenti žijí v nadějích, že po úspěšném vystudování vysoké školy si lehce najdou práci, která je bude bavit a naplňovat. To je pro ně hlavním kritériem výběru budoucího zaměstnání. Druhá stránka věci, platové ohodnocení, není pro absolventa tak důležitá. Samozřejmě by si každý absolvent vysoké školy přál mít naplňující práci výborně finančně ohodnocenou, ale ne vždy tomu tak je. Jako student mohu potvrdit, že většinou absolventi dají přednost práci méně hodnocené, zato naplňující. Je to také tím, že většina z nich nemá žádné závazky – rodinu, děti.

4.4 Volný čas

Volný čas považují studenti vysokých škol jako samozřejmou věc. Mají své koníčky a záliby a mají dost času na jejich realizování. To si ale zřídka uvědomují, berou to jako jasnou věc. Z pohledu „z venku“ také někdo může říct, že svým volným časem mrhají a nevyužívají ho tak, jak by mohli. Ano, ale z pohledu studenta je to tak v pořádku.

4.5 Spirituální –duchovní kvality

Většina vysokoškolských studentů duchovním kvalitám života nepřikládá zvláštní význam. Pro studenty je na předním místě dokončení vzdělání a další hodnoty popsané výše. Samozřejmě i v této oblasti se najdou tací, kteří žijí silným duchovním životem a to hlavně ve formě víry.

5 Metodologické aspekty šetření

Předmětem šetření se stala kvalita života u osob dlouhodobě pečujících o člena rodiny se zdravotním postižením. Kladli jsme si za cíl přinést nové a dosud nezjištěné údaje o situaci těchto osob. Vycházeli jsme přitom z premisy, že dlouhodobá péče (deset, ale i dvacet a více let) zpravidla znamená výrazné snížení kvality života těchto osob. Cílová skupina šetření (osoby dlouhodobě pečující o osobu se zdravotním postižením) stála dosud mimo pozornost odborných pracovišť (kdy sporadické a dílčí výzkumy se týkaly primárně samotných osob s postižením). Uvedená problematika úzce koresponduje s výzkumným boomem poslední dekády (u nás i ve světě) zaměřeným na výzkum kvality života (blíže viz), ovšem předměty šetření těchto výzkumů směřují do oblasti intaktní populace a částečně i populace se zdravotním postižením (obecně je kvalita života spojována se zdravím, viz badateli všeobecně akceptovaný termín HRQL – *health-related quality of life*). Žádný z domácích i zahraničních výzkumů dosud nesledoval kvalitu života osob pečujících (*care-giver*) a to ve vztahu k jejich pracovním kompetencím a interakcí stresujících a resilientních faktorů v jejich životě.

Zvolili jsme si kvantitativní metodologii šetření postavenou na výběru vysoce reprezentativního vzorku probandů, na dotazníkovém šetření a statistickém zpracování dat s tříděním prvního a druhého stupně a se stanovením statistické významnosti nasbíraných dat Výzkum pracovních kompetencí osob pečujících o člena rodiny se zdravotním postižením, VCIZP, 2007.

Výzkumný soubor byl vybrán ze základního souboru osob pečujících o osobu se zdravotním postižením (operacionalizovaně – o osoby pobírající příspěvek na péči) na území hlavního města Prahy formou kontrolovaného – proporcionálního a stratifikovaného výběru. Dotazník byl distribuován výhradně osobám, které pečují o osobu pobírající příspěvek na péči, a to prostřednictvím pracovníků odborů sociálních věcí dvaadvaceti městských částí Prahy (sami jsme nesměli – v souladu se zákonem o ochraně osobních údajů – získat od orgánů veřejné správy adresy respondentů).

Celkem bylo distribuováno 605 dotazníků, z nichž se vrátilo na zpracování dat 225 dotazníků (tj .37,8%).

²³MAREŠ, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD, spol. s.r.o. 2006. ISBN 80-86633-65-9.

Pro srovnání kvality života rodiny s těžce zdravotně postiženým členem jsme oslovili studenty vysokých škol a požádali je o vyplnění stejného dotazníku SEIQoL pro zjištění jejich kvality života. Vrátilo se 30 vyplněných dotazníků ze 40 rozdaných. Tedy 75%.

Při vypisování procentuální důležitosti cíle v dané oblasti se u některých respondentů naskytl problém. Dotazovaní měli za úkol vypsát 5 nejdůležitějších životních cílů a uvést u nich míru důležitosti a míru spokojenosti v procentech, kdy v kolonkách důležitosti (přený dotazník je uveden v příloze) měl být součet všech pěti životních cílů 100%. Ale ne vždy tomu tak bylo, respondenti psali většinou u každého cíle zvlášť 100% . Museli jsem proto brát procentuální průměr odpovědí tak, aby korespondoval s procenty, které uvedli dotazovaní a zároveň jejich součet nepřesahoval 100%.

6 Výsledky výzkumu

Při vyhodnocování dotazníků jsme postupovali podle metody SEIQoL popsané v kapitole 2, ovšem s menší úpravou. Místo vyhodnocování každého dotazníku zvlášť jsme odpovědi všech respondentů roztřídili do níže uvedených skupin a zjišťovali tak kvalitu života v jednotlivých oblastech. Ke každému tématu jsou přiřazeny dvě tabulky a jeden graf. Tabulka A zobrazuje odpovědi dotazovaných na dané téma, tedy důležitost a míru uspokojení v této oblasti života. Současně je zde uvedena i průměrná hodnota jako aritmetický průměr součinů důležitosti a míry uspokojení a nechybí ani její vyjádření v procentech.

Tabulka B ukazuje celkovou a relativní četnost kvality života v dané oblasti ve třídách rozdělených vždy po deseti procentech.

Každá tabulka B je vždy pro přehlednost doplněna i grafem vyjadřujícím relativní četnost v jednotlivých třídách.

Respondenty jsme rozdělili do skupin s názvy A a B. Ve Skupině A jsou vyhodnocené odpovědi osob pečujících o zdravotně postiženého člena rodiny, zatímco ve Skupině B jsou zpracované odpovědi studentů vysokých škol.

V rámci výzkumu jsme stanovili následující hypotézy:

- H1 – Kvalita života osob pečujících a studentů je ve všech oblastech naprosto odlišná.
- H2 – Oblasti životních cílů studentů a osob pečujících jsou velmi rozdílné.
- H3 – Kvalita života osob pečujících je ve všech oblastech velmi nízká.
- H4 – Hlavní cílovou oblastí u osob pečujících je zdraví, u studentů vzdělání, práce.

6.1 Výsledky u respondentů – skupina osob pečujících o člena rodiny se zdravotním postižením (Skupina A)

Odpovědi dotazovaných jsme roztřídili do těchto oblastí: rodina; práce a vzdělání; zdraví; výchova a budoucnost dětí; pomoc druhým; lepší budoucnost, stáří; ekonomická soběstačnost (finance), bydlení; spokojenost, pohoda, optimismus; zdraví osoby v péči; vztahy; duševní spokojenost; zájmy, kultura, společnost; víra; přežít a ostatní. Každá tato oblast je podrobněji uvedena níže.

RODINA

Tato oblast zahrnovala cíle jako například spokojenost rodiny, soudržnost rodiny, rodina, fungující rodina, pohoda v rodině, moje děti, vnoučata... Většina z nich se opakovala.

Tabulka A č. 1

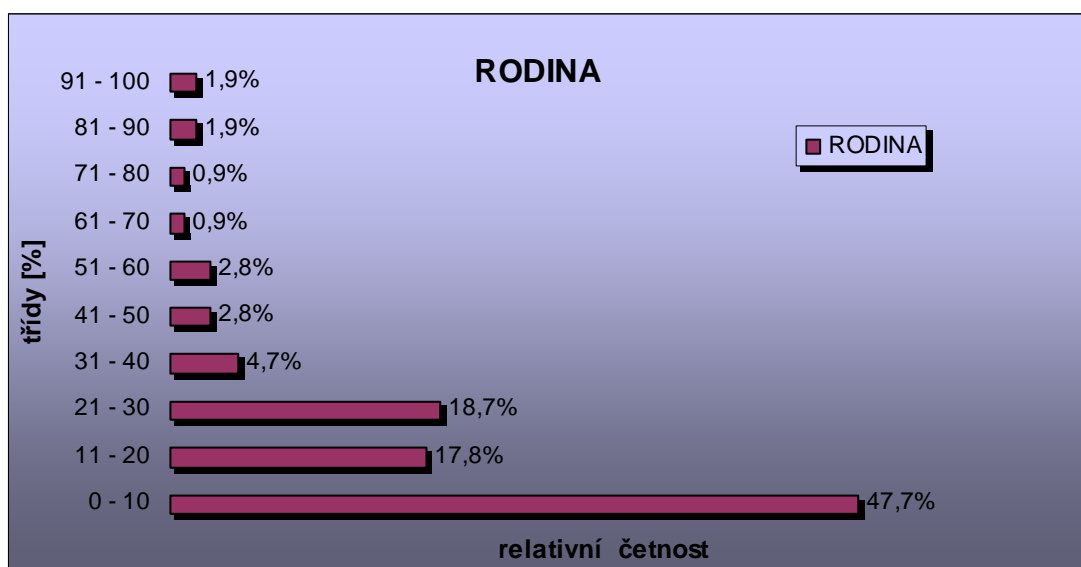
DŮLEŽITOST	SPOKOJENOST	SOUČIN (důležitost x spokojenost)	PROCENT (součin / 100)
30	95	2850	28,5
25	5	125	1,25
20	35	700	7
40	40	1600	16
10	100	1000	10
20	10	200	2
20	10	200	2
25	80	2000	20
10	80	800	8
5	10	50	0,5
10	100	1000	10
40	50	2000	20
10	30	300	3
20	70	1400	14
60	100	6000	60
10	80	800	8
25	100	2500	25
15	50	750	7,5
25	100	2500	25
30	70	2100	21
40	90	3600	36
30	50	1500	15
30	90	2700	27
40	80	3200	32
100	60	6000	60
30	70	2100	21
15	70	1050	10,5
20	90	1800	18
30	80	2400	24
30	70	2100	21
50	100	5000	50
30	0	0	0
10	50	500	5
25	99	2475	24,75
30	20	600	6
10	100	1000	10
80	65	5200	52
20	80	1600	16
20	0	0	0
10	10	100	1
30	100	3000	30
10	0	0	0
20	30	600	6
20	25	500	5
20	20	400	4
20	80	1600	16
100	70	7000	70
30	70	2100	21
20	90	1800	18

10	0	0	0
50	70	3500	35
8	90	720	7,2
15	50	750	7,5
50	90	4500	45
50	80	4000	40
10	30	300	3
50	40	2000	20
20	50	1000	10
10	10	100	1
20	80	1600	16
50	50	2500	25
20	50	1000	10
30	30	900	9
20	50	1000	10
30	100	3000	30
100	100	10000	100
10	20	200	2
80	100	8000	80
30	30	900	9
20	50	1000	10
100	90	9000	90
25	40	1000	10
20	40	800	8
50	60	3000	30
75	50	3750	37,5
50	10	500	5
100	100	10000	100
10	50	500	5
25	20	500	5
20	90	1800	18
25	70	1750	17,5
25	90	2250	22,5
90	90	8100	81
10	30	300	3
22,5	100	2250	22,5
22,5	100	2250	22,5
22,5	100	2250	22,5
20	80	1600	16
10	100	1000	10
20	80	1600	16
15	90	1350	13,5
20	20	400	4
20	80	1600	16
25	5	125	1,25
20	20	400	4
20	30	600	6
10	50	500	5
50	90	4500	45
33	80	2640	26,4
20	20	400	4
10	10	100	1
10	60	600	6
60	40	2400	24
10	25	250	2,5
30	50	1500	15
20	50	1000	10
20	50	1000	10
PRŮMĚR		1956,40	19,6 %

Tabulka B č. 1

TŘÍDY [%]	ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
0 – 10	51	47,7
11 – 20	19	17,8
21 – 30	20	18,7
31 – 40	5	4,7
41 – 50	3	2,8
51 – 60	3	2,8
61 – 70	1	0,9
71 – 80	1	0,9
81 – 90	2	1,9
91 – 100	2	1,9
Celkem	107	100

Graf č. 1



PRÁCE, VZDĚLÁNÍ

Zde se objevovaly životní cíle jako například udržet si zaměstnání, dodělat si vzdělání, najít si práci, práce, vzdělání, výsledky v zaměstnání, seberealizace-vzdělávání se. V této části respondenti výzkumu uváděli zejména oblasti vázané na jejich současné - ale spíše potenciální budoucí pracovní uplatnění. Nejčastěji: udržení si zaměstnání, najít si nové zaměstnání po smrti otce, získání práce domů, začít znova podnikat, vrátit se do práce.

Tabulka A č. 2

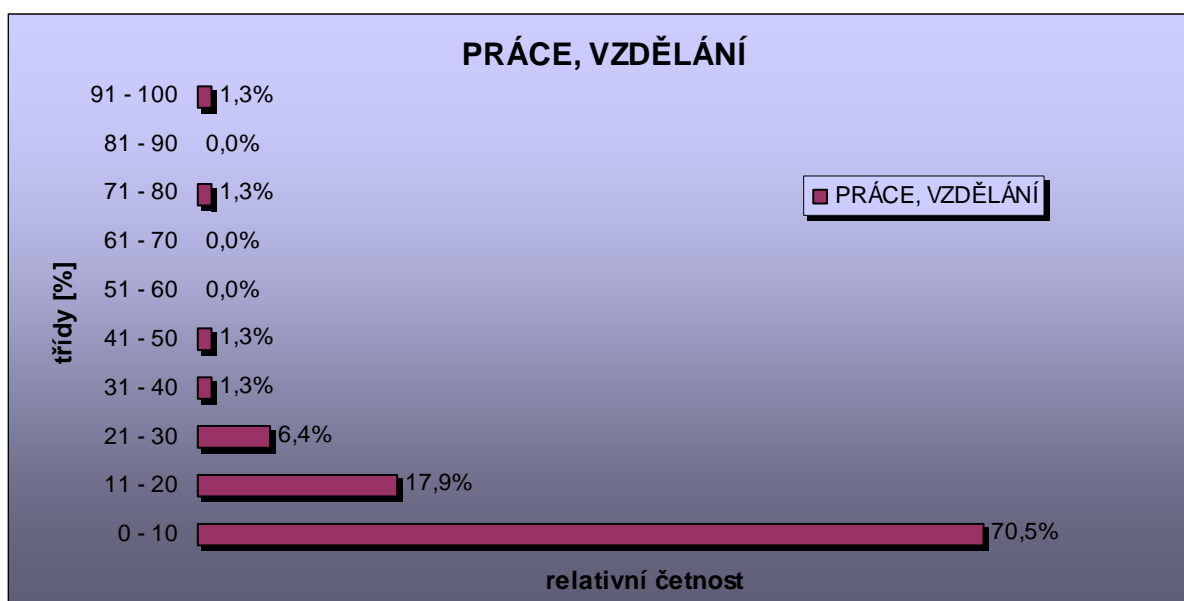
DŮLEŽITOST	SPOKOJENOST	SOUČIN (důležitost x spokojenost)	PROCENT (součin / 100)
10	0	0	0
10	20	200	2
20	60	1200	12
30	0	0	0
20	5	100	1
30	70	2100	21
10	0	0	0
10	10	100	1
30	40	1200	12
30	80	2400	24
10	10	100	1
10	30	300	3
10	10	100	1
5	20	100	1
20	90	1800	18
30	100	3000	30
20	20	400	4
100	100	10000	100
15	20	300	3
50	30	1500	15
10	0	0	0
30	30	900	9
10	90	900	9
10	50	500	5
50	80	4000	40
15	20	300	3
10	0	0	0
20	90	1800	18
10	10	100	1
20	100	2000	20
5	0	0	0
20	50	1000	10
20	100	2000	20
50	99	4950	49,5
25	10	250	2,5
10	20	200	2
20	80	1600	16
10	40	400	4

20	90	1800	18
10	50	500	5
20	60	1200	12
5	20	100	1
10	0	0	0
5	50	250	2,5
20	0	0	0
15	10	150	1,5
20	80	1600	16
15	30	450	4,5
10	50	500	5
33	90	2970	29,7
5	60	300	3
25	90	2250	22,5
0,33	0,33	0,1089	0,00
10	20	200	2
30	0	0	0
1	0	0	0
15	80	1200	12
5	20	100	1
10	100	1000	10
10	20	200	2
20	70	1400	14
15	50	750	7,5
15	50	750	7,5
15	15	225	2,25
10	60	600	6
10	20	200	2
100	80	8000	80
10	80	800	8
10	30	300	3
10	100	1000	10
10	30	300	3
20	100	2000	20
10	50	500	5
10	100	1000	10
10	25	250	2,5
10	0	0	0
10	80	800	8
5	20	100	1
PRŮMĚR		1019,81	10,2%

Tabulka B č. 2

TŘÍDY [%]	ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
0 - 10	55	70,5
11 - 20	14	17,9
21 - 30	5	6,4
31 - 40	1	1,3
41 - 50	1	1,3
51 - 60	0	0,0
61 - 70	0	0,0
71 - 80	1	1,3
81 - 90	0	0,0
91 - 100	1	1,3
Celkem	78	100

Graf č. 2



ZDRAVÍ

Zdraví, zdraví rodiny, zdraví vnoučat, být zdravá, mé zdraví...

Tabulka A č. 3

DŮLEŽITOST	SPOKOJENOST	SOUČIN (důležitost x spokojenost)	PROCENT (součin / 100)
20	70	1400	14
30	60	1800	18
30	39	1170	11,7
60	100	6000	60
30	20	600	6
20	50	1000	10
33	50	1650	16,5
20	58	1160	11,6
100	50	5000	50
40	50	2000	20

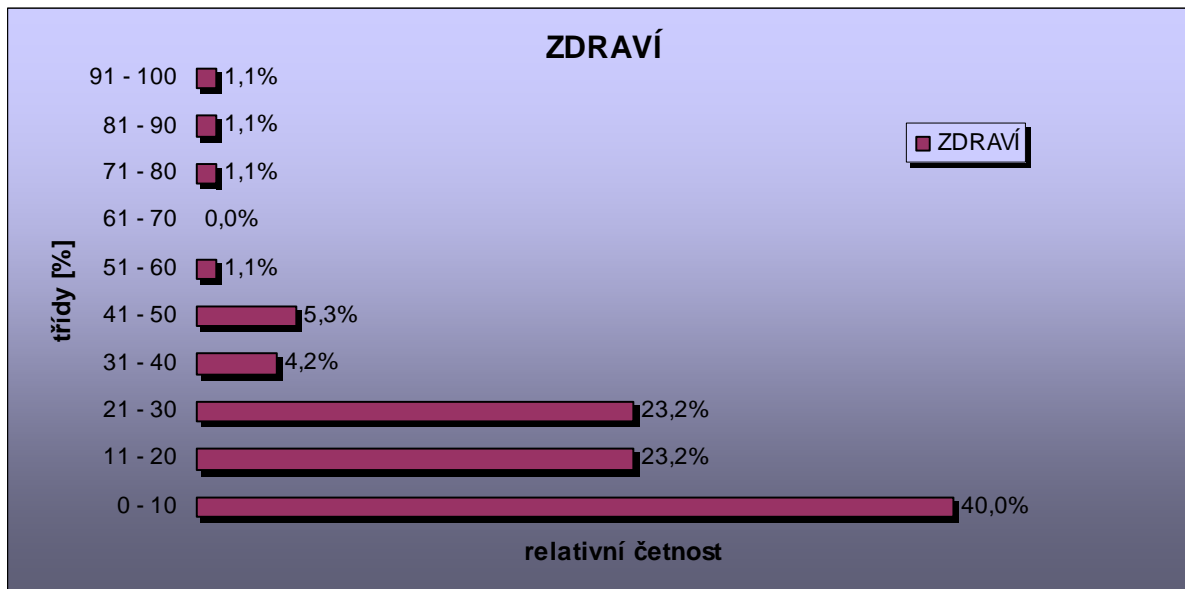
20	25	500	5
10	50	500	5
20	100	2000	20
20	30	600	6
20	100	2000	20
30	60	1800	18
50	50	2500	25
20	20	400	4
50	50	2500	25
100	75	7500	75
20	90	1800	18
100	50	5000	50
20	20	400	4
30	100	3000	30
50	50	2500	25
30	20	600	6
20	50	1000	10
50	50	2500	25
20	70	1400	14
30	70	2100	21
100	50	5000	50
20	50	1000	10
40	70	2800	28
20	25	500	5
20	50	1000	10
100	100	10000	100
40	70	2800	28
40	100	4000	40
63	50	3150	31,5
20	20	400	4
35	70	2450	24,5
50	65	3250	32,5
50	60	3000	30
20	80	1600	16
25	50	1250	12,5
10	30	300	3
30	20	600	6
25	100	2500	25
20	10	200	2
10	30	300	3
50	40	2000	20
100	50	5000	50
20	30	600	6
20	90	1800	18
20	90	1800	18
50	60	3000	30
25	60	1500	15
9	9	81	0,81
100	90	9000	90
25	80	2000	20
10	40	400	4
22,5	100	2250	22,5
25	80	2000	20
60	40	2400	24

10	80	800	8
20	10	200	2
100	50	5000	50
30	70	2100	21
20	10	200	2
20	50	1000	10
50	50	2500	25
20	20	400	4
20	20	400	4
50	50	2500	25
20	10	200	2
20	10	200	2
10	80	800	8
60	40	2400	24
20	20	400	4
20	50	1000	10
33	70	2310	23,1
50	50	2500	25
20	30	600	6
30	20	600	6
50	50	2500	25
20	50	1000	10
10	2	20	0,2
30	30	900	9
20	50	1000	10
60	60	3600	36
25	70	1750	17,5
5	10	50	0,5
40	50	2000	20
30	90	2700	27
30	50	1500	15
PRŮMĚR		1952,01	19,5%

Tabulka B č. 3

TŘÍDY [%]	ČETNOST	RELATIVNÍ ČETNOST[%]
0 - 10	38	40,0
11 - 20	22	23,2
21 - 30	22	23,2
31 - 40	4	4,2
41 - 50	5	5,3
51 - 60	1	1,1
61 - 70	0	0,0
71 - 80	1	1,1
81 - 90	1	1,1
91 - 100	1	1,1
Celkem	95	100

Graf č. 3



VÝCHOVA A BUDOUCNOST DĚTÍ

Výchova dětí, rozvoj mých dětí, budoucnost dětí, lepší život mých dětí, vzdělání mých dětí...

Tabulka A č. 4

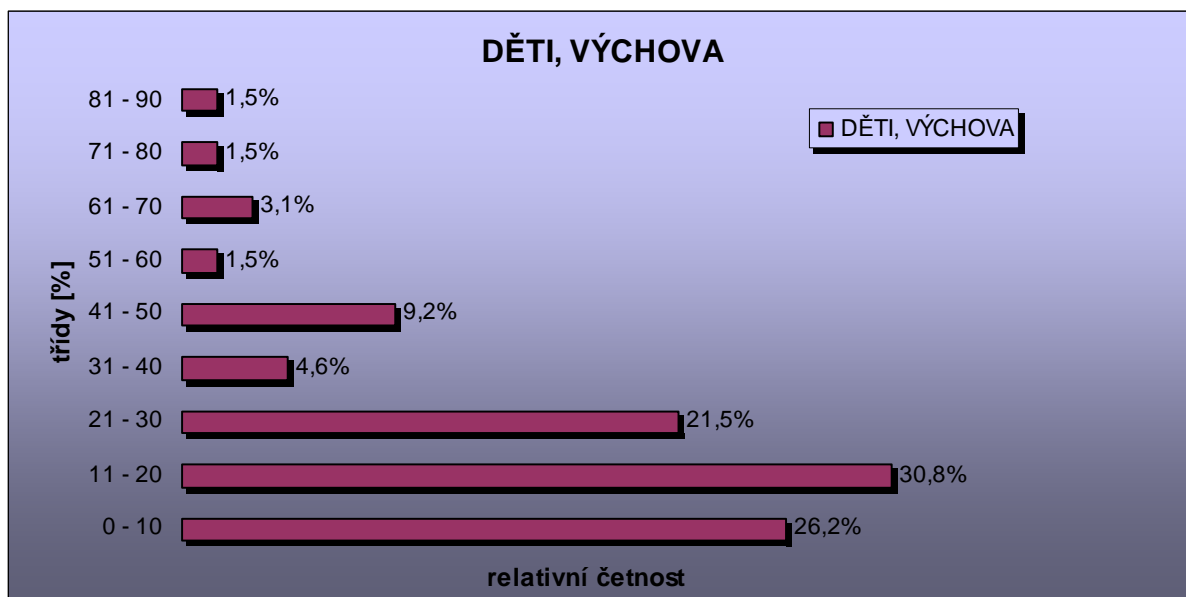
DŮLEŽITOST	SPOKOJENOST	SOUČIN (důležitost x spokojenost)	PROCENT (součin / 100)
60	50	3000	30
20	70	1400	14
30	90	2700	27
30	20	600	6
40	60	2400	24
50	100	5000	50
40	30	1200	12
30	99	2970	29,7
20	40	800	8
50	30	1500	15
10	20	200	2
50	100	5000	50
50	40	2000	20
80	70	5600	56
20	10	200	2
50	99	4950	49,5
15	70	1050	10,5
90	100	9000	90
100	80	8000	80
30	80	2400	24
70	100	7000	70
25	100	2500	25
30	45	1350	13,5
50	80	4000	40
100	100	10000	100
50	70	3500	35
50	90	4500	45
40	70	2800	28

20	90	1800	18
20	100	2000	20
30	5	150	1,5
10	80	800	8
10	50	500	5
30	0	0	0
20	100	2000	20
40	80	3200	32
20	80	1600	16
40	70	2800	28
30	10	300	3
60	35	2100	21
40	40	1600	16
20	70	1400	14
25	30	750	7,5
40	20	800	8
20	50	1000	10
25	80	2000	20
30	80	2400	24
25	60	1500	15
20	80	1600	16
20	50	1000	10
20	40	800	8
55	80	4400	44
20	20	400	4
20	60	1200	12
30	20	600	6
30	20	600	6
35	70	2450	24,5
30	70	2100	21
20	100	2000	20
70	100	7000	70
20	60	1200	12
35	50	1750	17,5
20	75	1500	15
100	50	5000	50
25	90	2250	22,5
25	100	2500	25
PRŮMĚR		2464,70	24,6%

Tabulka B č. 4

TŘÍDY [%]	ČETNOSTI	RELATIVNÍ ČETNOST[%]
0 - 10	17	26,2
11 - 20	20	30,8
21 - 30	14	21,5
31 - 40	3	4,6
41 - 50	6	9,2
51 - 60	1	1,5
61 - 70	2	3,1
71 - 80	1	1,5
81 - 90	1	1,5
91 - 100	1	1,5
Celkem	66	100

Graf č. 4



POMOC DRUHÝM

Pomáhat postiženému, pomoc druhým, péče o druhé, být prospěšná druhým, být tu pro druhé, starat se o druhé...

Tabulka A č. 5

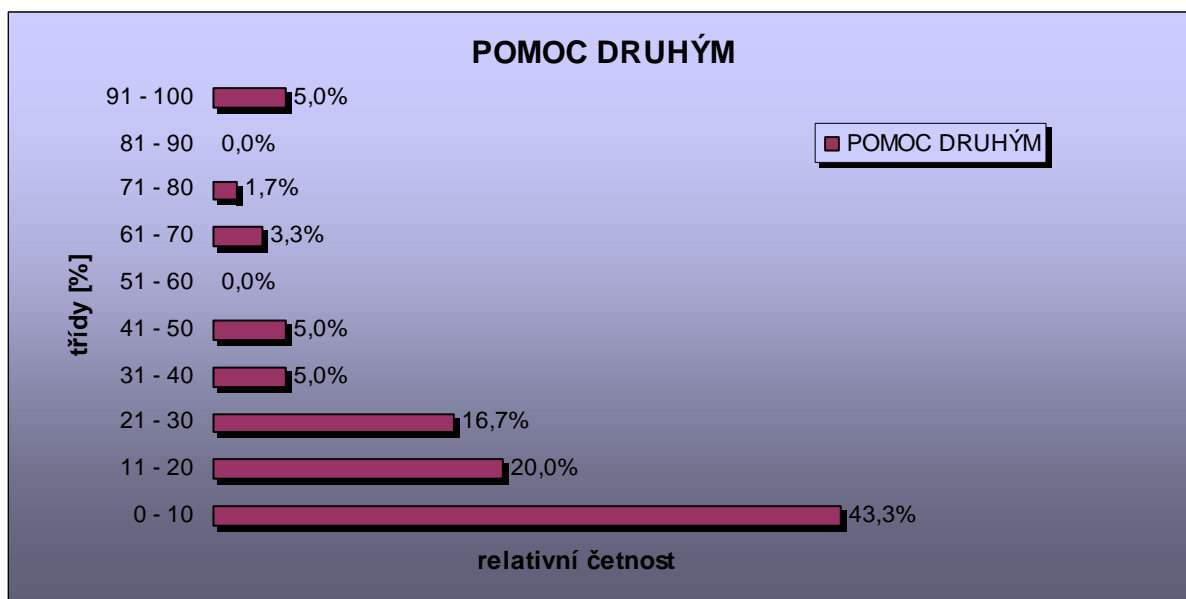
DŮLEŽITOST	SPOKOJENOST	SOUČIN (důležitost x spokojenost)	PROCENT (součin / 100)
50	100	5000	50
20	20	400	4
50	70	3500	35
10	50	500	5
30	80	2400	24
35	80	2800	28
10	60	600	6
20	20	400	4
25	80	2000	20
30	60	1800	18
100	50	5000	50
40	35	1400	14
100	50	5000	50
40	40	1600	16
20	20	400	4
20	25	500	5
30	99	2970	29,7
33	100	3300	33
20	100	2000	20
20	100	2000	20
25	100	2500	25
10	50	500	5
10	5	50	0,5
100	100	10000	100

5	0	0	0
30	95	2850	28,5
10	10	100	1
20	90	1800	18
10	10	100	1
10	50	500	5
20	95	1900	19
60	40	2400	24
33	100	3300	33
10	40	400	4
50	50	2500	25
20	90	1800	18
30	30	900	9
100	99	9900	99
100	70	7000	70
1	40	40	0,4
10	5	50	0,5
100	70	7000	70
20	10	200	2
10	5	50	0,5
20	80	1600	16
20	10	200	2
30	100	3000	30
100	100	10000	100
50	60	3000	30
30	50	1500	15
10	20	200	2
10	20	200	2
30	100	3000	30
20	15	300	3
10	10	100	1
10	60	600	6
10	50	500	5
80	100	8000	80
30	50	1500	15
35	20	700	7
PRŮMĚR		2230,17	22,3%

Tabulka B č. 5

TŘÍDY [%]	ČETNOSTI	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
0 - 10	26	43,3
11 - 20	12	20,0
21 - 30	10	16,7
31 - 40	3	5,0
41 - 50	3	5,0
51 - 60	0	0,0
61 - 70	2	3,3
71 - 80	1	1,7
81 - 90	0	0,0
91 - 100	3	5,0
Celkem	60	100

Graf č.5



LEPŠÍ BUDOUCNOST, STÁŘÍ

Slušně dožít, klidné stáří, co nejlepší budoucnost, užít si stáří...

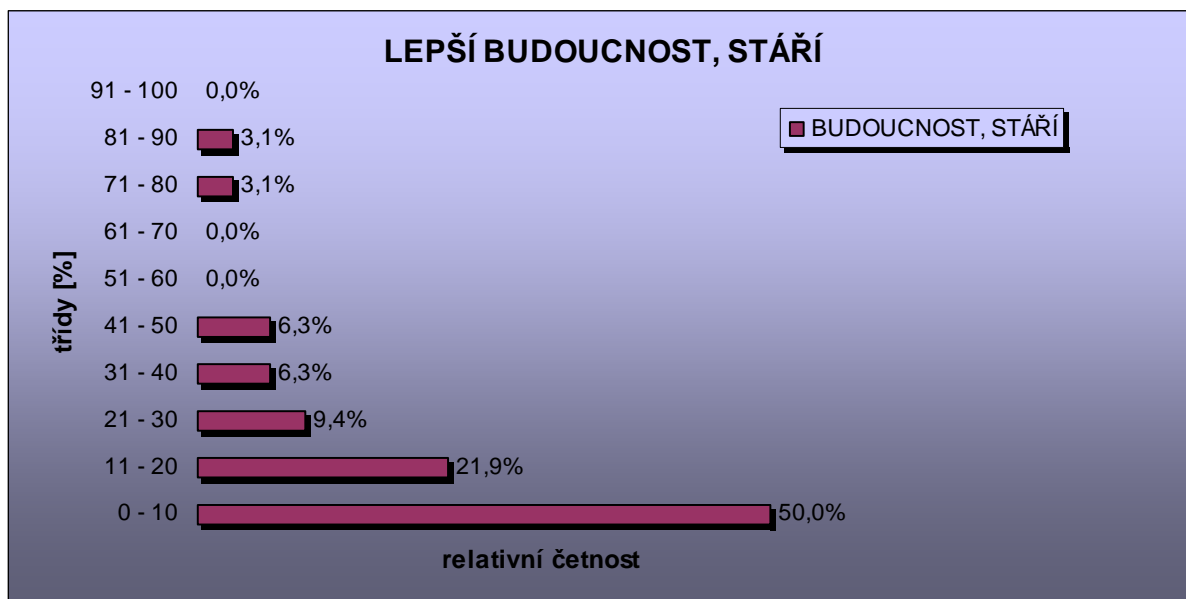
Tabulka A č. 6

DŮLEŽITOST	SPOKOJENOST	SOUČIN (důležitost x spokojenost)	PROCENT (součin / 100)
50	80	4000	40
30	95	2850	28,5
40	100	4000	40
25	70	1750	17,5
10	20	200	2
10	20	200	2
100	50	5000	50
30	20	600	6
33	50	1650	16,5
100	50	5000	50
30	60	1800	18
20	50	1000	10
50	30	1500	15
90	100	9000	90
10	10	100	1
25	2	50	0,5
30	90	2700	27
10	10	100	1
10	10	100	1
25	50	1250	12,5
20	40	800	8
20	10	200	2
20	20	400	4
100	80	8000	80
20	5	100	1
40	50	2000	20
50	50	2500	25
35	0	0	0
20	50	1000	10
20	100	2000	20
5	10	50	0,5
15	10	150	1,5
PRŮMĚR		1876,56	18,8%

Tabulka B č. 6

TRÍDY [%]	ČETNOSTI	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
0 - 10	16	50,0
11 - 20	7	21,9
21 - 30	3	9,4
31 - 40	2	6,3
41 - 50	2	6,3
51 - 60	0	0,0
61 - 70	0	0,0
71 - 80	1	3,1
81 - 90	1	3,1
91 - 100	0	0,0
Celkem	32	100

Graf č. 6



EKONOMICKÁ SOBĚSTAČNOST (FINANCE), BYDLENÍ

Finance, ekonomické zajištění, peníze, bydlení, lepší byt, postavit si dům, opravit dům, více peněz, nemuset tolik šetřit...

Tabulka A č. 7

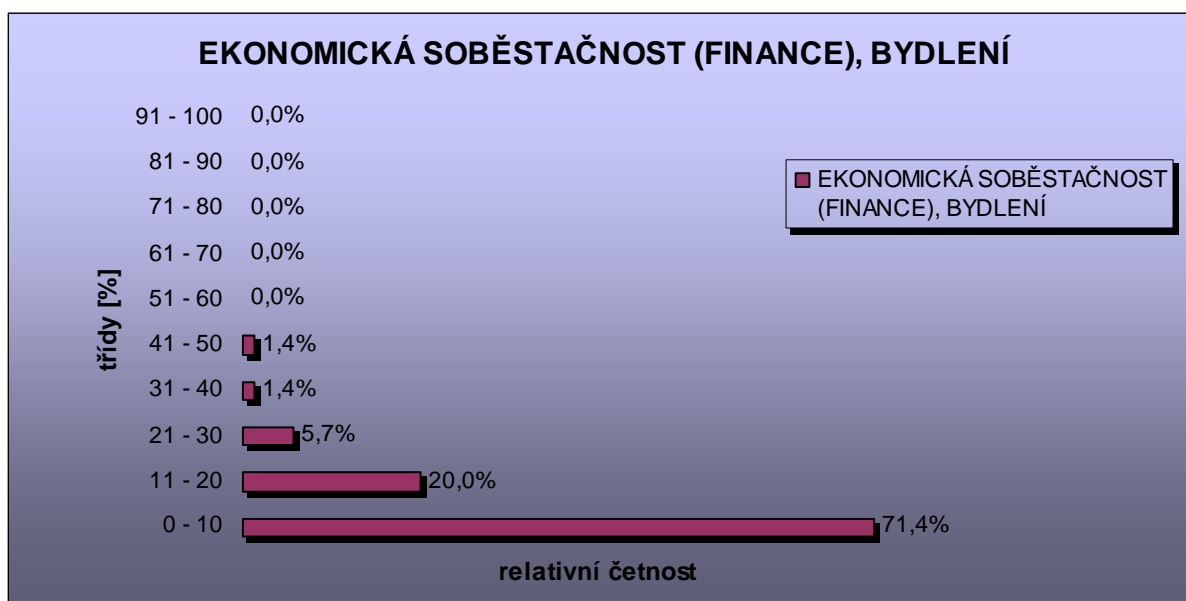
DŮLEŽITOST	SPOKOJENOST	SOUČIN (důležitost x spokojenost)	PROCENT (součin / 100)
30	60	1800	18
10	20	200	2
40	10	400	4
20	60	1200	12
25	70	1750	17,5
15	10	150	1,5
5	50	250	2,5
20	50	1000	10
50	50	2500	25
10	85	850	8,5
10	20	200	2
10	50	500	5
20	10	200	2
10	90	900	9
20	10	200	2
15	70	1050	10,5
100	0	0	0
20	70	1400	14
20	60	1200	12
20	70	1400	14
10	5	50	0,5
20	20	400	4
20	50	1000	10

10	20	200	2
20	50	1000	10
30	20	600	6
10	40	400	4
33	50	1650	16,5
20	20	400	4
33	100	3300	33
15	50	750	7,5
10	5	50	0,5
10	40	400	4
20	50	1000	10
4	100	400	4
15	90	1350	13,5
2	70	140	1,4
30	90	2700	27
20	15	300	3
20	10	200	2
10	10	100	1
10	5	50	0,5
10	70	700	7
20	20	400	4
10	90	900	9
20	5	100	1
30	50	1500	15
5	10	50	0,5
20	50	1000	10
100	50	5000	50
20	30	600	6
40	50	2000	20
10	20	200	2
20	5	100	1
33	70	2310	23,1
20	50	1000	10
20	98	1960	19,6
50	2	100	1
10	0	0	0
20	50	1000	10
10	80	800	8
10	80	800	8
40	50	2000	20
20	100	2000	20
10	50	500	5
5	10	50	0,5
5	100	500	5
10	40	400	4
30	80	2400	24
20	20	400	4
PRŮMĚR		890,86	8,91%

Tabulka B č. 7

TŘÍDY [%]	ČETNOSTI	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
0 - 10	50	71,4
11 - 20	14	20,0
21 - 30	4	5,7
31 - 40	1	1,4
41 - 50	1	1,4
51 - 60	0	0,0
61 - 70	0	0,0
71 - 80	0	0,0
81 - 90	0	0,0
91 - 100	0	0,0
Celkem	70	100

Graf č. 7



SPOKOJENOST, POHODA, OPTIMISMUS

Pohoda, slušnost, dobrá nálada, optimismus, spokojenost, teplo domova...

Tabulka A č. 8

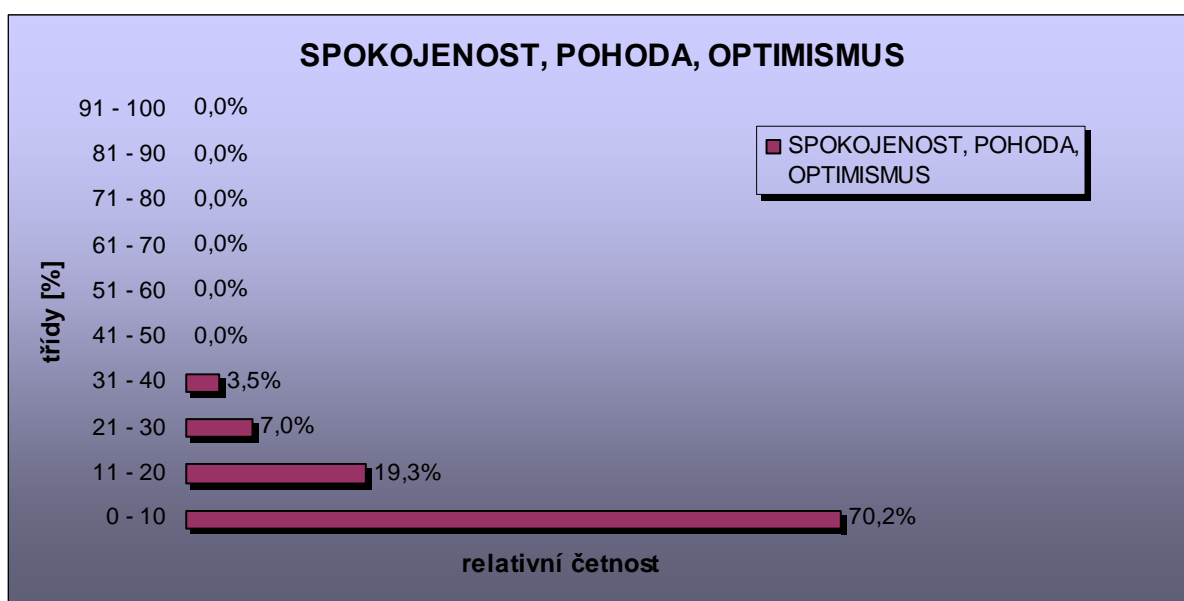
DŮLEŽITOST	SPOKOJENOST	SOUČIN (důležitost x spokojenost)	PROCENT (součin / 100)
20	80	1600	16
50	50	2500	25
10	100	1000	10
10	40	400	4
10	50	500	5
50	50	2500	25
10	50	500	5
10	80	800	8
20	90	1800	18
30	50	1500	15

20	50	1000	10
20	50	1000	10
20	50	1000	10
40	100	4000	40
10	20	200	2
30	10	300	3
10	30	300	3
20	70	1400	14
20	80	1600	16
10	70	700	7
50	50	2500	25
10	70	700	7
15	50	750	7,5
20	60	1200	12
20	20	400	4
20	20	400	4
10	20	200	2
20	90	1800	18
10	30	300	3
20	37	740	7,4
20	90	1800	18
5	90	450	4,5
20	50	1000	10
5	0	0	0
10	60	600	6
15	70	1050	10,5
10	90	900	9
15	25	375	3,75
4	70	280	2,8
10	50	500	5
10	50	500	5
30	30	900	9
20	30	600	6
30	70	2100	21
20	10	200	2
20	20	400	4
20	10	200	2
10	20	200	2
10	90	900	9
30	50	1500	15
10	10	100	1
20	50	1000	10
35	100	3500	35
10	100	1000	10
10	50	500	5
20	80	1600	16
10	50	500	5
PRŮMĚR		986,75	9,9%

Tabulka B č. 8

TŘÍDY [%]	ČETNOSTI	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
0 - 10	40	70,2
11 - 20	11	19,3
21 - 30	4	7,0
31 - 40	2	3,5
41 - 50	0	0,0
51 - 60	0	0,0
61 - 70	0	0,0
71 - 80	0	0,0
81 - 90	0	0,0
91 - 100	0	0,0
Celkem	63	100

Graf č. 8



ZDRAVÍ OSOBY V PÉČI

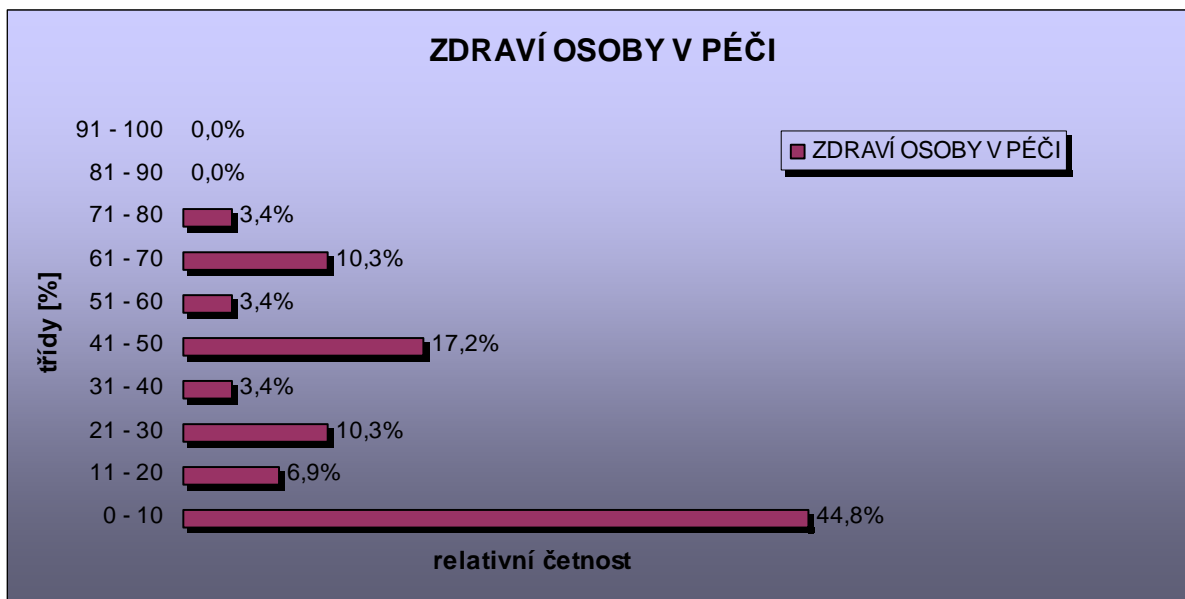
Tabulka A č. 9

SPOKOJENOST	DŮLEŽITOST	SOUČIN (důležitost x spokojenost)	PROCENT (součin / 100)
100	70	7000	70
70	70	4900	49
100	50	5000	50
100	50	5000	50
20	30	600	6
33	100	3300	33
70	90	6300	63
80	5	400	4
95	80	7600	76
80	80	6400	64
30	10	300	3
15	20	300	3
20	25	500	5
20	5	100	1
30	70	2100	21
60	100	6000	60
100	50	5000	50
25	90	2250	22,5
20	10	200	2
30	10	300	3
20	10	200	2
20	10	200	2
20	50	1000	10
30	50	1500	15
50	50	2500	25
50	20	1000	10
20	80	1600	16
100	50	5000	50
70	0	0	0
PRŮMĚR		2639,66	26,4%

Tabulka B č. 9

TŘÍDY [%]	ČETNOSTI	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
0 - 10	13	44,8
11 - 20	2	6,9
21 - 30	3	10,3
31 - 40	1	3,4
41 - 50	5	17,2
51 - 60	1	3,4
61 - 70	3	10,3
71 - 80	1	3,4
81 - 90	0	0,0
91 - 100	0	0,0
Celkem	29	100

Graf č. 9



VZTAHY

Partnerství , přátelství, láska, dobré vztahy s lidmi, dobré vztahy s okolím, zlepšení vztahů v rodině, obnovení vztahů...

Tabulka A č. 10

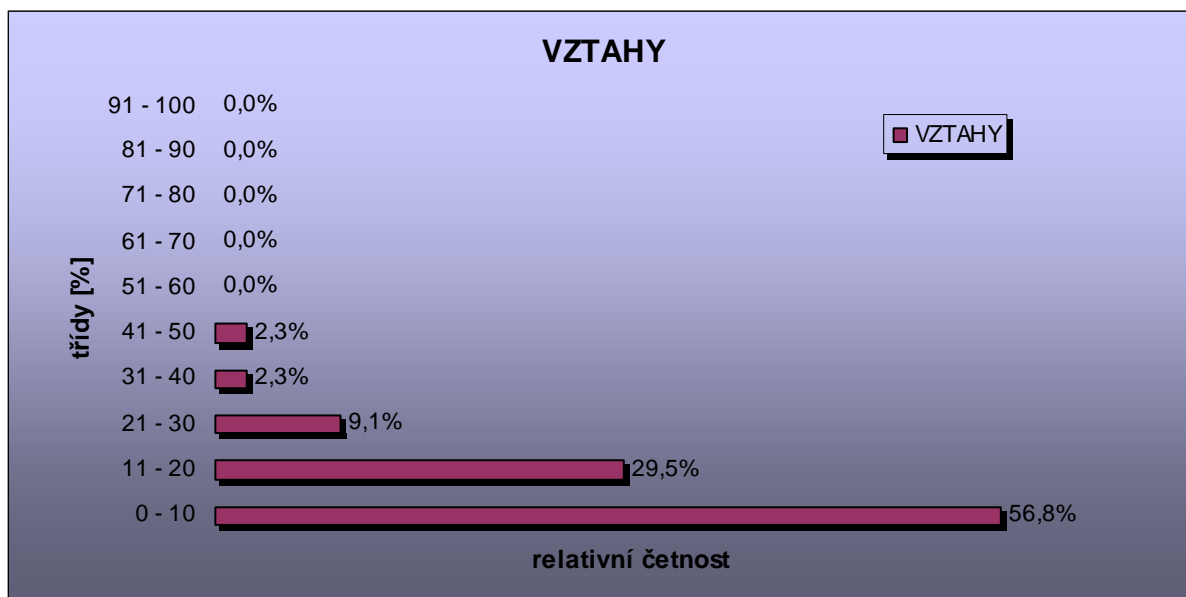
DŮLEŽITOST	SPOKOJENOST	SOUČIN (důležitost x spokojenost)	PROCENT (součin / 100)
50	30	1500	15
10	0	0	0
20	50	1000	10
10	20	200	2
40	40	1600	16
5	10	50	0,5
20	100	2000	20
10	60	600	6
10	90	900	9
30	100	3000	30
20	50	1000	10
20	0	0	0
20	100	2000	20
20	50	1000	10
10	10	100	1
10	10	100	1
20	70	1400	14
20	90	1800	18
20	20	400	4
20	95	1900	19
15	0	0	0

10	90	900	9
30	50	1500	15
5	80	400	4
10	0	0	0
15	80	1200	12
25	40	1000	10
10	40	400	4
30	100	3000	30
20	10	200	2
20	20	400	4
5	40	200	2
44	100	4400	44
15	80	1200	12
45	70	3150	31,5
40	30	1200	12
30	40	1200	12
20	0	0	0
20	90	1800	18
10	80	800	8
30	80	2400	24
20	50	1000	10
10	5	50	0,5
30	90	2700	27
PRŮMĚR		1128,41	11,3%

Tabulka B č. 10

TŘÍDY [%]	ČETNOSTI	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
0 - 10	25	56,8
11 - 20	13	29,5
21 - 30	4	9,1
31 - 40	1	2,3
41 - 50	1	2,3
51 - 60	0	0,0
61 - 70	0	0,0
71 - 80	0	0,0
81 - 90	0	0,0
91 - 100	0	0,0
Celkem	44	100

Graf č. 10



DUŠEVNÍ SPOKOJENOST

Učit se z chyb, schopnost obstát v životě, spravedlnost, štěstí...

Tabulka A č. 11

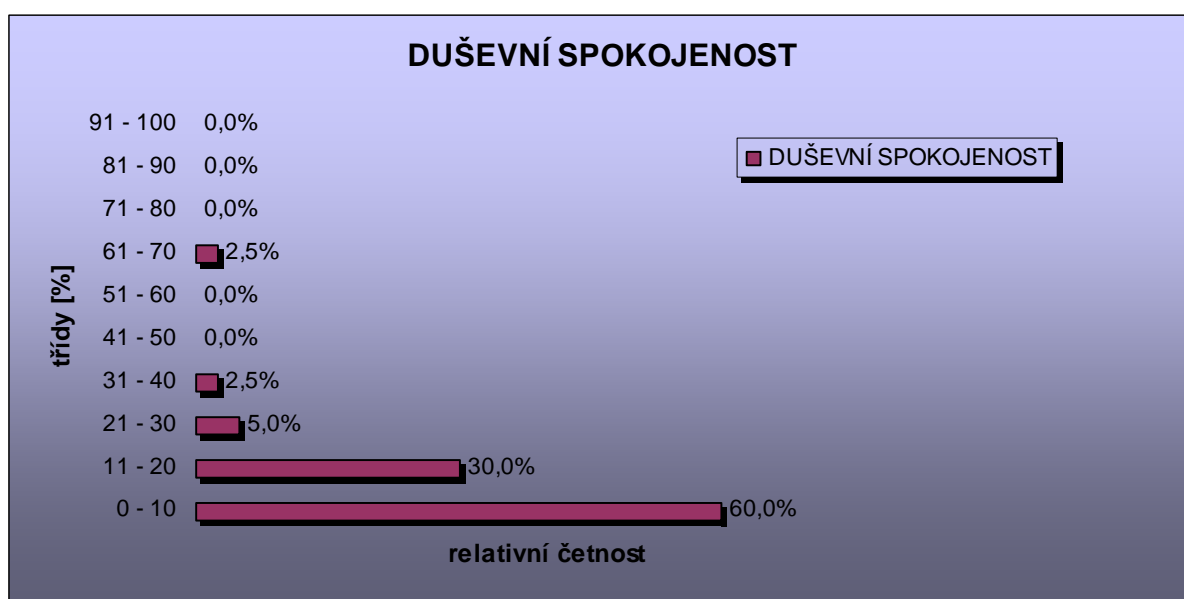
DŮLEŽITOST	SPOKOJENOST	SOUČIN (důležitost x spokojenost)	PROCENT (součin / 100)
20	40	800	8
10	50	500	5
35	20	700	7
75	90	6750	67,5
20	10	200	2
30	60	1800	18
15	20	300	3
30	100	3000	30
20	10	200	2
20	60	1200	12
10	50	500	5
20	90	1800	18
40	80	3200	32
20	10	200	2
5	1	5	0,05
25	50	1250	12,5
20	5	100	1
10	50	500	5
5	50	250	2,5
30	70	2100	21
10	50	500	5
20	90	1800	18
20	30	600	6
30	50	1500	15

10	50	500	5
20	70	1400	14
0,33	0,33	0,1089	0,001089
0,33	0,33	0,1089	0,001089
25	80	2000	20
15	25	375	3,75
20	60	1200	12
4	90	360	3,6
15	80	1200	12
15	70	1050	10,5
10	50	500	5
10	30	300	3
20	50	1000	10
10	50	500	5
25	70	1750	17,5
30	8	240	2,4
PRŮMĚR		1053,26	10,5%

Tabulka B č. 11

TŘÍDY [%]	ČETNOSTI	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
0 - 10	24	60
11 - 20	12	30
21 - 30	2	5
31 - 40	1	2,5
41 - 50	0	0
51 - 60	0	0
61 - 70	1	2,5
71 - 80	0	0
81 - 90	0	0
91 - 100	0	0
Celkem	40	100

Graf č. 11



ZÁJMY, KULTURA, SPOLEČNOST

Sport, navštěvovat kulturní akce, koníčky, užívat si života...

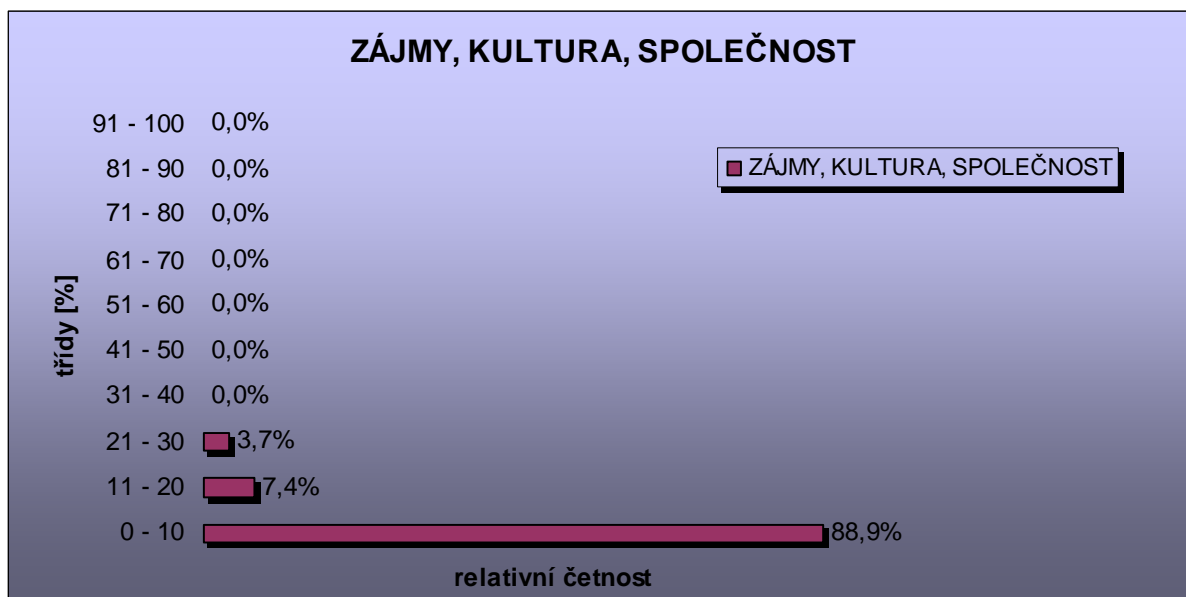
Tabulka A č. 12

DŮLEŽITOST	SPOKOJENOST	SOUČIN (důležitost x spokojenost)	PROCENT (součin / 100)
20	10	200	2
25	20	500	5
10	50	500	5
10	50	500	5
10	10	100	1
10	50	500	5
10	90	900	9
5	0	0	0
5	80	400	4
10	0	0	0
10	1	10	0,1
20	10	200	2
2	90	180	1,8
20	30	600	6
10	20	200	2
10	10	100	1
10	10	100	1
25	100	2500	25
15	15	225	2,25
20	90	1800	18
5	0	0	0
10	80	800	8
10	5	50	0,5
5	20	100	1
15	15	225	2,25
30	50	1500	15
25	30	750	7,5
PRŮMĚR		479,26	4,8%

Tabulka B č. 12

TŘÍDY [%]	ČETNOSTI	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
0 - 10	24	88,9
11 - 20	2	7,4
21 - 30	1	3,7
31 - 40	0	0,0
41 - 50	0	0,0
51 - 60	0	0,0
61 - 70	0	0,0
71 - 80	0	0,0
81 - 90	0	0,0
91 - 100	0	0,0
Celkem	27	100

Graf č. 12



VÍRA

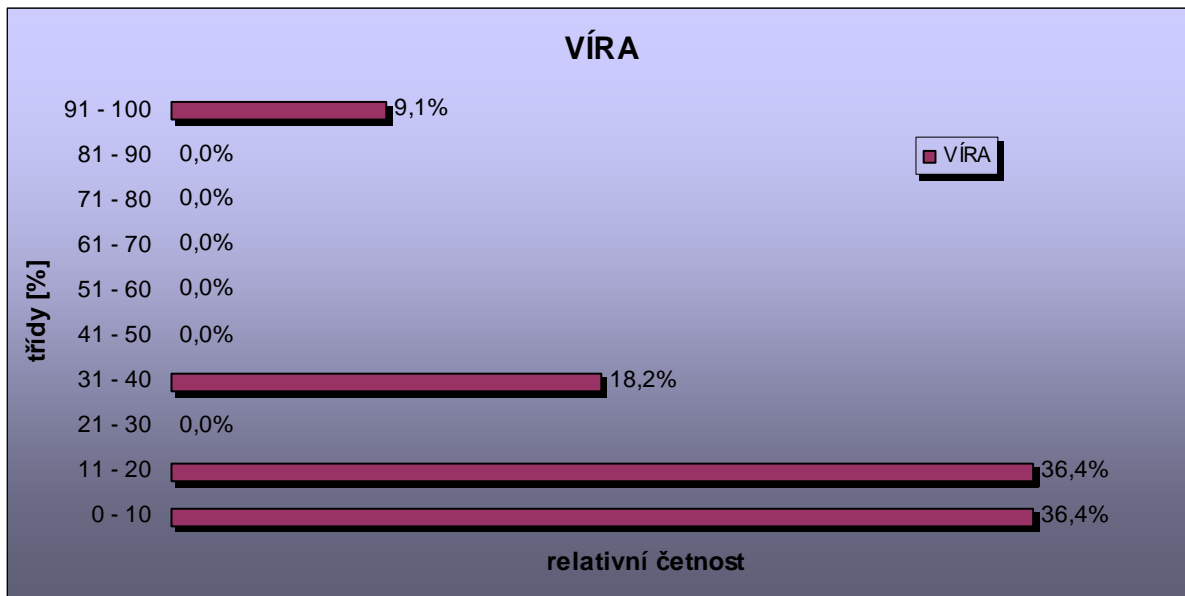
Tabulka A č. 13

DŮLEŽITOST	SPOKOJENOST	SOUČIN (důležitost x spokojenost)	PROCENT (součin / 100)
20	100	2000	20
20	30	600	6
20	30	600	6
10	50	500	5
20	90	1800	18
20	20	400	4
33	100	3300	33
30	50	1500	15
40	90	3600	36
100	100	10000	100
20	80	1600	16
PRŮMĚR		2354,54	23,5%

Tabulka B č. 13

TŘÍDY [%]	ČETNOSTI	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
0 - 10	4	36,4
11 - 20	4	36,4
21 - 30	0	0,0
31 - 40	2	18,2
41 - 50	0	0,0
51 - 60	0	0,0
61 - 70	0	0,0
71 - 80	0	0,0
81 - 90	0	0,0
91 - 100	1	9,1
Celkem	11	100

Graf č. 13



PŘEŽÍT

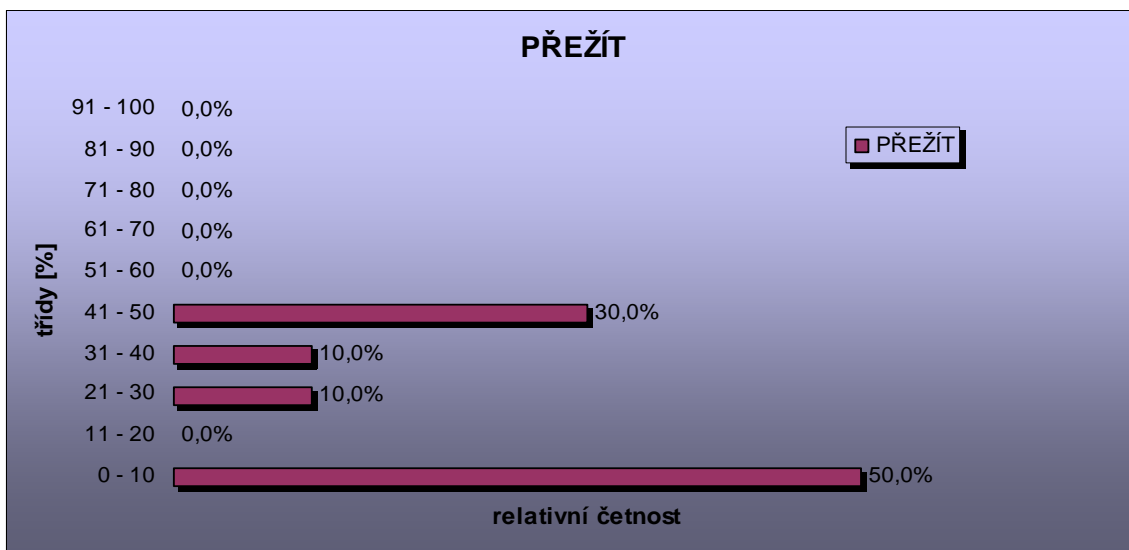
Tabulka A č. 14

DŮLEŽITOST	SPOKOJENOST	SOUČIN (důležitost x spokojenost)	PROCENT (součin / 100)
100	50	5000	50
100	50	5000	50
40	100	4000	40
30	90	2700	27
10	50	500	5
100	50	5000	50
10	30	300	3
20	50	1000	10
20	50	1000	10
10	70	700	7
PRŮMĚR		2520	25,2%

Tabulka B č. 14

TŘÍDY [%]	ČETNOSTI	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
0 - 10	5	50
11 - 20	0	0
21 - 30	1	10
31 - 40	1	10
41 - 50	3	30
51 - 60	0	0
61 - 70	0	0
71 - 80	0	0
81 - 90	0	0
91 - 100	0	0
Celkem	10	100

Graf č. 14



OSTATNÍ

Pomoc od státu, dobrý vývoj světa, najít za sebe náhradu, příroda, zvířata, nedožít se ústavu....

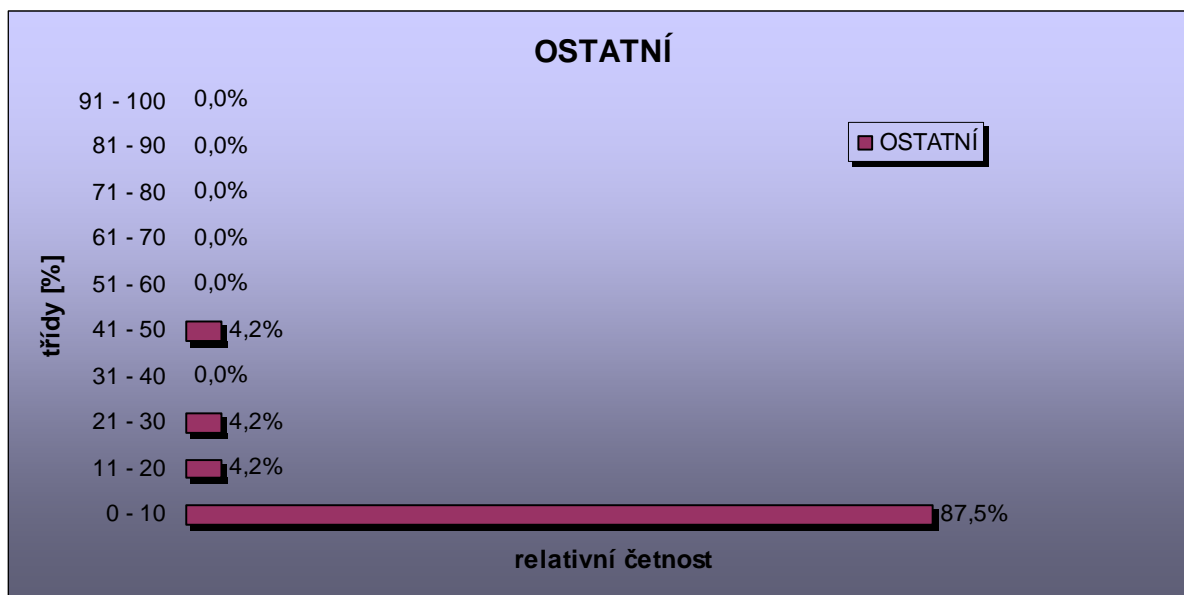
Tabulka A č. 15

DŮLEŽITOST	SPOKOJENOST	SOUČIN (důležitost x spokojenost)	PROCENT (součin / 100)
30	100	3000	30
100	50	5000	50
10	0	0	0
20	0	0	0
20	50	1000	10
20	30	600	6
10	20	200	2
3	40	120	1,2
2	30	60	0,6
2	50	100	1
10	30	300	3
5	40	200	2
10	20	200	2
10	10	100	1
30	20	600	6
10	30	300	3
10	50	500	5
20	100	2000	20
10	0	0	0
5	0	0	0
5	20	100	1
20	50	1000	10
20	50	1000	10
20	50	1000	10
PRŮMĚR		724,17	7,2%

Tabulka B č. 15

TŘÍDY [%]	ČETNOSTI	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
0 - 10	21	87,5
11 - 20	1	4,2
21 - 30	1	4,2
31 - 40	0	0
41 - 50	1	4,2
51 - 60	0	0
61 - 70	0	0
71 - 80	0	0
81 - 90	0	0
91 - 100	0	0
Celkem	24	100

Graf č. 15



6.2 SKUPINA B

Výsledky této skupiny jsme dle odpovědí rozdělili do těchto oblastí: vztahy; zdraví; spokojenost; rodina; práce, vzdělání; zájmy, koníčky; duševní spokojenost a finance. Dále jsme ve vyhodnocení postupovali stejným způsobem jako u skupiny A.

VZTAHY

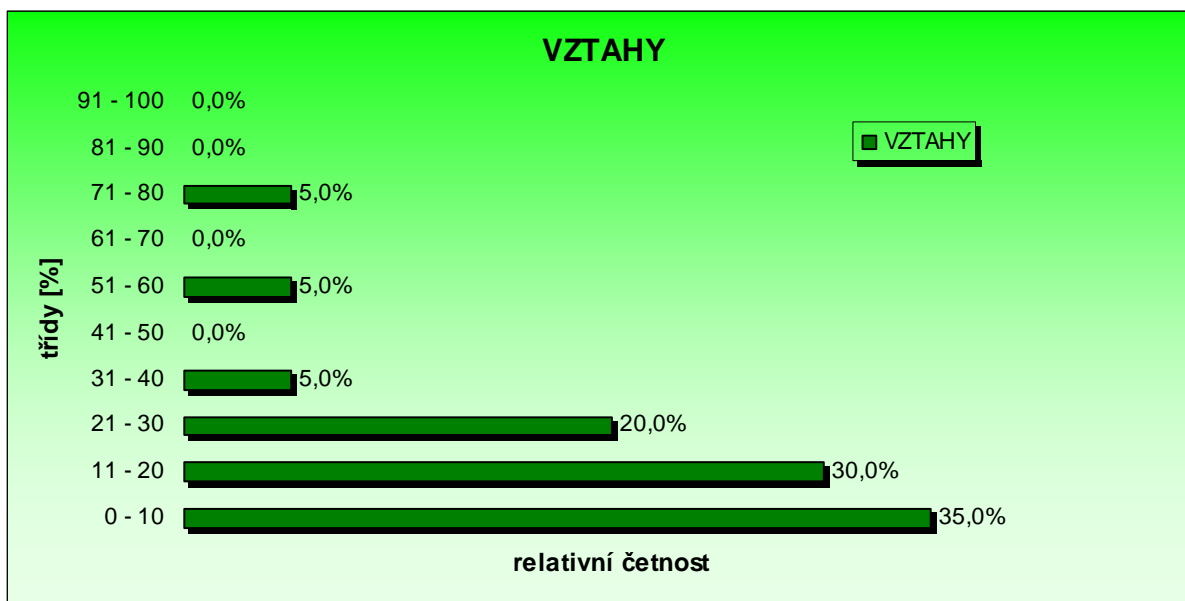
Tabulka A č. 1

DŮLEŽITOST	SPOKOJENOST	SOUČIN (důležitost x spokojenost)	PROCENT (součin / 100)
100	80	8000	80
60	90	5400	54
5	90	450	4,5
15	50	750	7,5
20	95	1900	19
15	80	1200	12
20	90	1800	18
40	100	4000	40
20	85	1700	17
10	80	800	8
30	80	2400	24
25	25	625	6,6
20	25	500	5
20	20	400	4
12	80	960	9,6
35	50	1750	17,5
60	50	3000	30
20	100	2000	20
30	90	2400	24
25	90	2250	22,5
PRŮMĚR		2114,25	21,1%

Tabulka B č. 1

TŘÍDY [%]	ČETNOSTI	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
0 - 10	7	35
11 - 20	6	30
21 - 30	4	20
31 - 40	1	5
41 - 50	0	0
51 - 60	1	5
61 - 70	0	0
71 - 80	1	5
81 - 90	0	0
91 - 100	0	0
Celkem	20	100

Graf č. 1



ZDRAVÍ

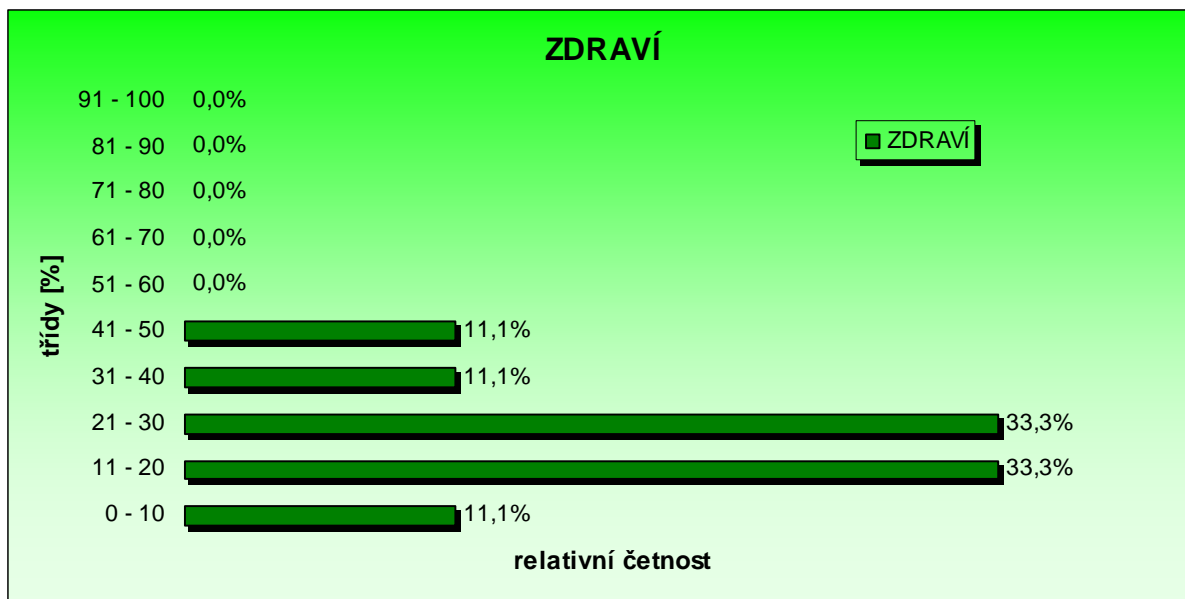
Tabulka A č. 2

DŮLEŽITOST	SPOKOJENOST	SOUČIN (důležitost x spokojenost)	PROCENT (součin / 100)
30	70	2100	21
70	60	4200	42
30	80	2400	24
20	80	1600	16
20	90	1800	18
20	25	500	5
40	80	3200	32
50	50	2500	25
25	80	2000	20
PRŮMĚR		2255,56	22,6%

Tabulka B č. 2

TŘÍDY [%]	ČETNOSTI	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
0 – 10	1	11,1
11 – 20	3	3,3
21 – 30	3	33,3
31 – 40	1	11,1
41 – 50	1	11,1
51 – 60	0	0
61 – 70	0	0
71 – 80	0	0
81 – 90	0	0
91 – 100	0	0
Celkem	9	100

Graf č. 2



SPOKOJENOST, POHODA

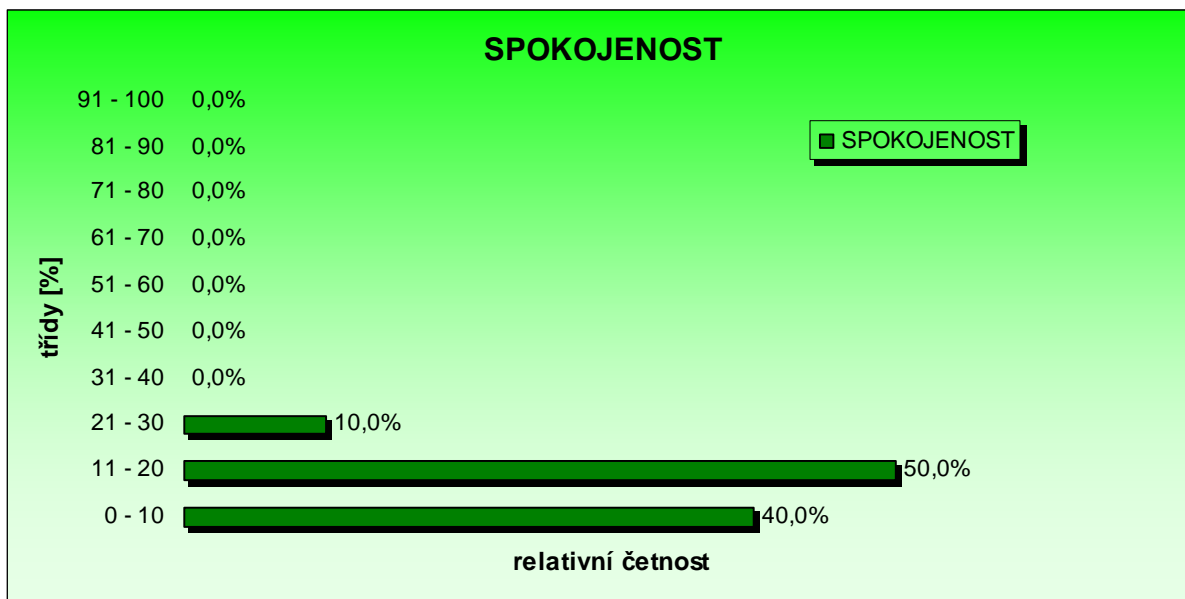
Tabulka A č. 3

DŮLEŽITOST	SPOKOJENOST	SOUČIN (důležitost x spokojenost)	PROCENT (součin / 100)
20	50	1000	10
25	50	1250	12,5
17,5	24	420	4,2
20	80	1600	16
5	50	250	2,5
20	60	1200	12
20	50	1000	10
20	25	1250	12,5
30	90	2700	27
20	90	1800	18
PRŮMĚR		1247	12,5%

Tabulka B č. 3

TŘÍDY [%]	ČETNOSTI	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
0 - 10	4,0	40
11 - 20	5,0	50
21 - 30	1,0	10
31 - 40	0,0	0
41 - 50	0,0	0
51 - 60	0,0	0
61 - 70	0,0	0
71 - 80	0,0	0
81 - 90	0,0	0
91 - 100	0,0	0
Celkem	10	100

Graf č. 3



RODINA

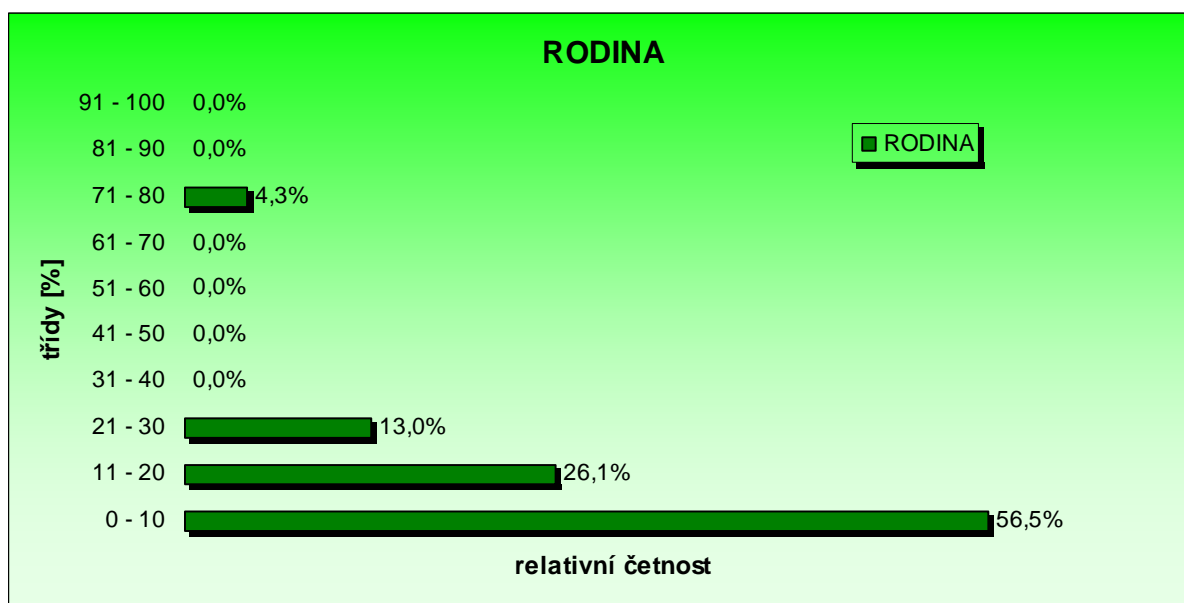
Tabulka A č. 4

DŮLEŽITOST	SPOKOJENOST	SOUČIN (důležitost x spokojenost)	PROCENT (součin / 100)
20	50	1000	10
30	80	2400	24
25	5	125	1,3
30	10	300	3
30	1	30	0,3
10	15	150	1,5
20	80	1600	16
30	95	2850	28,5
20	100	2000	20
80	90	7200	72
30	0	0	0
5	5	25	0,25
5	5	25	0,25
10	0	0	0
20	0	0	0
30	20	600	6
25	30	750	7,5
30	50	1500	15
8	85	680	6,8
35	80	2800	28
20	100	2000	20
30	55	1650	16,5
25	70	1750	17,5
PRŮMĚR		1279,78	12,8%

Tabulka B č. 4

TŘÍDY [%]	ČETNOSTI	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
0 - 10	13	56,5
11 - 20	6	26,1
21 - 30	3	13
31 - 40	0	0
41 - 50	0	0
51 - 60	0	0
61 - 70	0	0
71 - 80	1	4,3
81 - 90	0	0
91 - 100	0	0
Celkem	23	100

Graf č. 4



PRÁCE, VZDĚLÁNÍ

Tabulka A č. 5

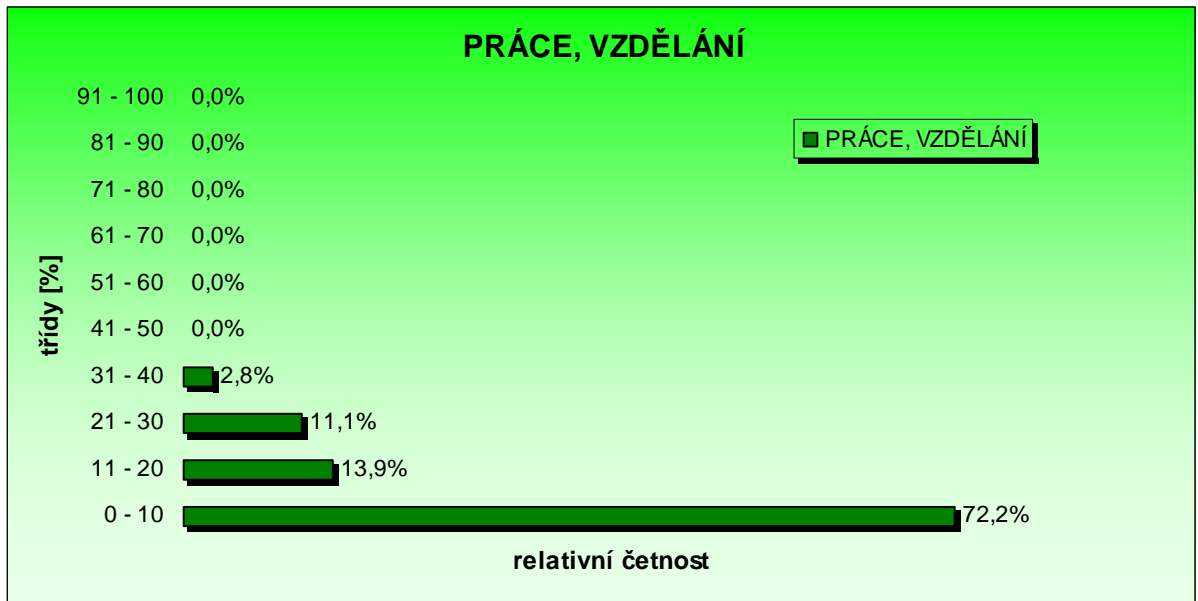
DŮLEŽITOST	SPOKOJENOST	SOUČIN (důležitost x spokojenost)	PROCENT (součin / 100)
20	50	1000	10
20	90	1800	18
5	50	250	2,5
10	50	500	5
15	5	75	0,75
10	50	500	5
20	20	400	4
17,5	40	700	7
8	25	200	2

10	50	500	5
10	70	700	7
20	50	1000	10
5	50	250	2,5
15	80	1200	12
20	80	1600	16
20	70	1400	14
20	0	0	0
20	75	1500	15
20	10	200	2
10	0	0	0
20	0	0	0
30	80	2400	24
10	60	600	6
60	40	2400	24
20	10	200	2
80	40	3200	32
15	20	300	3
60	50	3000	30
30	20	600	6
60	50	3000	30
20	50	1000	10
10	10	100	1
20	10	200	2
15	30	450	4,5
20	0	0	0
30	5	150	1,5
PRŮMĚR		871,53	8,7%

Tabulka B č. 5

TŘÍDY [%]	ČETNOSTI	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
0 - 10	26	72,2
11 - 20	5	13,9
21 - 30	4	11,1
31 - 40	1	2,8
41 - 50	0	0
51 - 60	0	0
61 - 70	0	0
71 - 80	0	0
81 - 90	0	0
91 - 100	0	0
Celkem	36	100

Graf č. 5



ZÁJMY, KONÍČKY

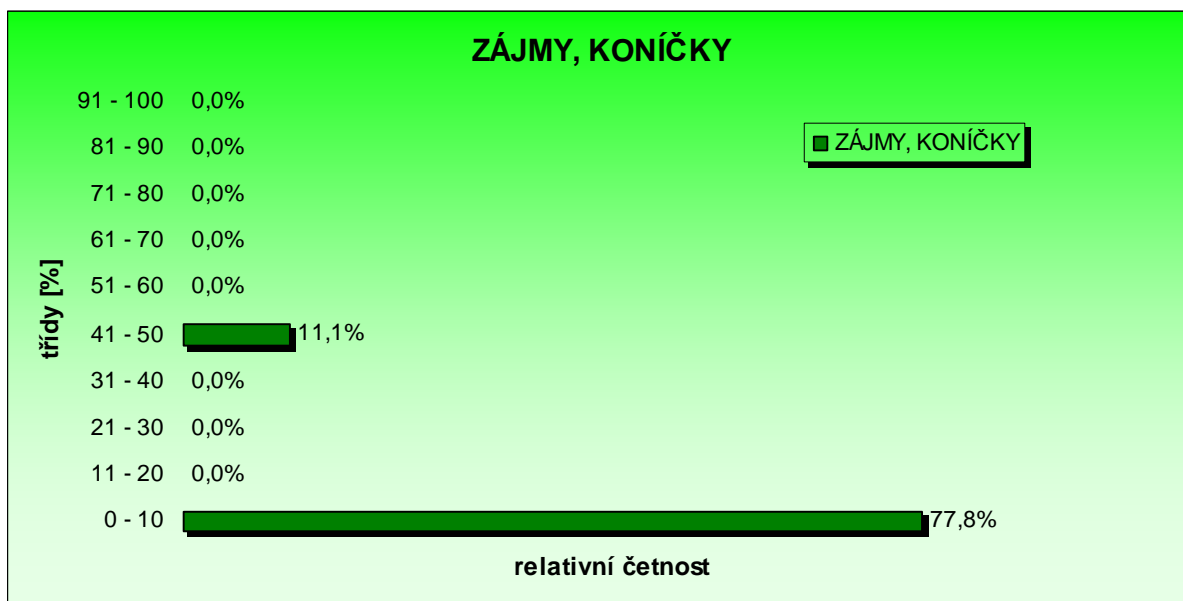
Tabulka A č. 6

DŮLEŽITOST	SPOKOJENOST	SOUČIN (důležitost x spokojenost)	PROCENT (součin / 100)
10	0	0	0
5	100	500	5
20	5	100	1
10	40	400	4
15	65	975	9,75
5	5	25	0,25
5	80	400	4
50	100	5000	50
PRŮMĚR		925	9,25

Tabulka B č. 6

TŘÍDY [%]	ČETNOSTI	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
0 - 10	7	77,8
11 - 20	0	0
21 - 30	0	0
31 - 40	0	0
41 - 50	1	11,1
51 - 60	0	0
61 - 70	0	0
71 - 80	0	0
81 - 90	0	0
91 - 100	0	0
Celkem	9	100

Graf č. 6



DUŠEVNÍ VYSPĚLOST

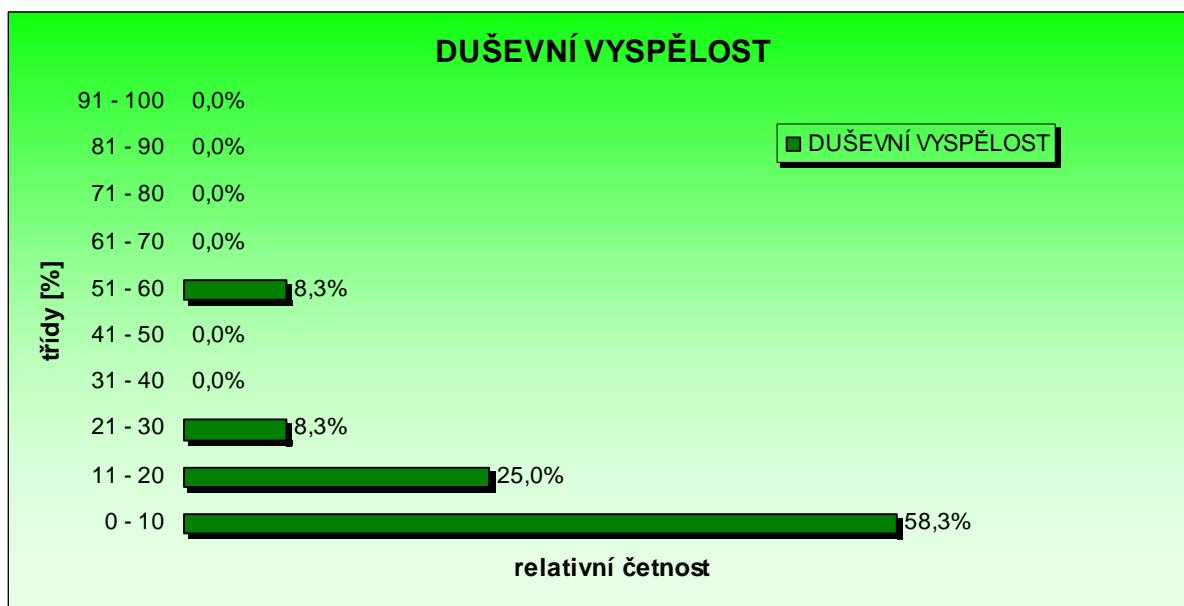
Tabulka A č. 7

DŮLEŽITOST	SPOKOJENOST	SOUČIN (důležitost x spokojenost)	PROCENT (součin / 100)
20	50	1000	10
20	50	1000	10
20	60	1200	12
20	60	1200	12
20	50	1000	10
20	40	800	8
20	45	900	9
20	10	200	2
20	25	500	5
80	70	5600	56
100	23	2300	23
25	60	1500	15
PRŮMĚR		1433,33	14,3%

Tabulka B č. 7

TŘÍDY [%]	ČETNOSTI	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
0 - 10	7	58,3
11 - 20	3	25
21 - 30	1	8,3
31 - 40	0	0
41 - 50	0	0
51 - 60	1	8,3
61 - 70	0	0
71 - 80	0	0
81 - 90	0	0
91 - 100	0	0
Celkem	12	100

Graf č. 7



BYDLENÍ, FINANCE

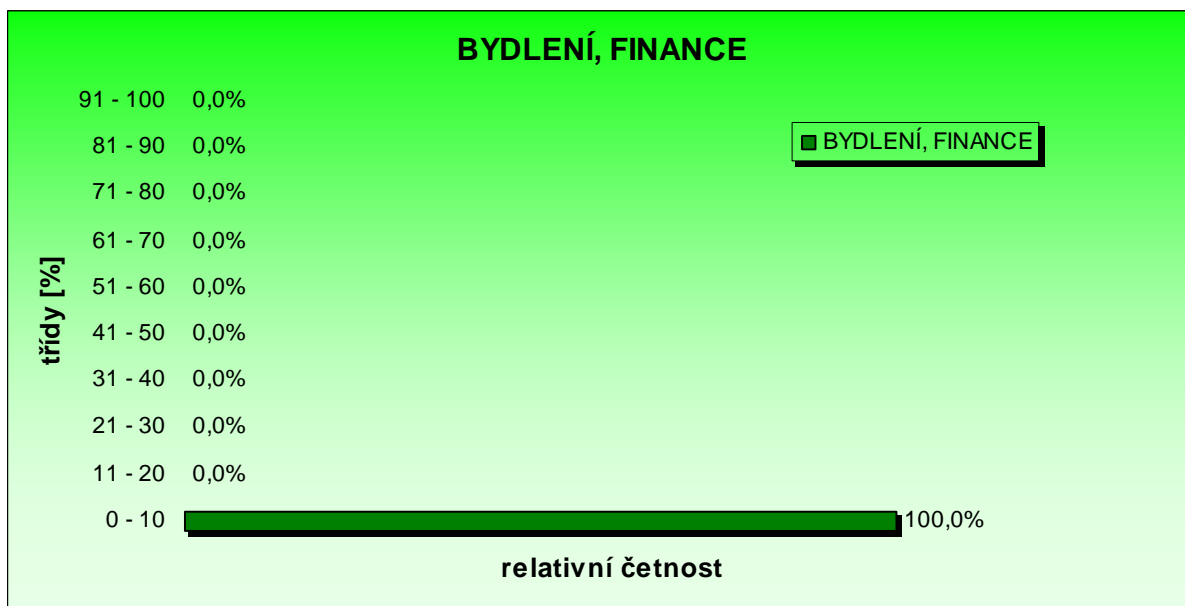
Tabulka A č. 8

DŮLEŽITOST	SPOKOJENOST	SOUČIN (důležitost x spokojenost)	PROCENT (součin / 100)
5	5	25	0,25
10	10	100	1
5	10	50	0,5
10	40	400	4
10	10	100	1
10	40	400	4
PRŮMĚR		179,17	1,8%

Tabulka B č. 8

TŘÍDY [%]	ČETNOSTI	RELATIVNÍ ČETNOST [%]
0 - 10	6	100
11 - 20	0	0
21 - 30	0	0
31 - 40	0	0
41 - 50	0	0
51 - 60	0	0
61 - 70	0	0
71 - 80	0	0
81 - 90	0	0
91 - 100	0	0
Celkem	6	100

Graf č. 8



6.3 Vyhodnocení hypotéz

H1 – Kvalita života osob pečujících a studentů je ve všech oblastech naprosto odlišná.

Výsledky této hypotézy byly překvapující. Průměrná kvalita v daných oblastech byla s malými rozdíly stejná. Dokonce v oblasti financí byla průměrná kvalita života studentů 1,8% a osob pečujících 4,2%. Tedy naprosto opačná než předpokládala hypotéza.

H2 – Oblasti životních cílů studentů a osob pečujících jsou velmi rozdílné.

Při zadávání dotazníků jsme předpokládali, že životní cíle osob pečujících a studentů vysokých škol se budou zásadně lišit. Jako hlavní důvod tohoto předpokladu byl velice rozdílný způsob života skupin respondentů. Výsledky byly ovšem nečekané. Všechny životní cíle se shodovaly. Jak u studentů tak i u osob pečujících o zdravotně postiženého člena se shodovaly tyto životní cíle: vztahy, zdraví, spokojenost, rodina, práce a vzdělání, finance a bydlení a duševní spokojenost. Navíc u osob pečujících byly zaznamenány cíle z oblastí víry, přežití, budoucnosti a stárání, pomoci druhým, výchovy dětí a zdraví zdravotně postiženého člena rodiny. Tato hypotéza se tedy nepotvrdila.

H3 – Kvalita života osob pečujících je ve všech oblastech velmi nízká.

Téměř ve všech životních oblastech byla úroveň kvality života okolo 20%. V oblasti zájmů byla kvalita života nejnižší a to 4,2%. Osoby pečující mají mnohem těžší život než většina z nás, což se muselo prokázat i na kvalitě jejich života. Tato hypotéza se tedy potvrdila.

H4 – Hlavní cílovou oblastí u osob pečujících je zdraví, u studentů vzdělání, práce.

Tato hypotéza se potvrdila. Zdraví u osob pečujících se objevilo ve dvou formách: jako zdraví vlastní a zdraví zdravotně postiženého člena. Životní cíl zdraví uvedla většina respondentů. Všichni dotazovaní studenti uvedli mezi svými hlavními životními cíli vzdělání a práci. I tato část hypotézy se potvrdila.

Závěr

Jiří Mareš²⁴ na prvních stranách své knihy uvádí „Kvalita života... Téma z nejtěžších.“ A mně nezbyvá než souhlasit. Ano, téma kvality života je opravdu těžké. Ve své práci jsem se pokusila vyjasnit pouze obecný pojem kvality života. Nebylo to lehké, kvalita života jako taková se používá v mnoha oborech a v každém z těchto oborů je definována jinak a každý obor ji podrobně zpracovává.

Další kapitoly jsou zaměřeny na metodiku SEIQoL, která je dále použita ve vyhodnocování dotazníků a problematiku životních postojů studentů vysokých škol, které jsou popsány ze zkušeností mých i ostatních studentů a slouží k dalšímu porovnání dotazníků.

V praktické části práce jsme provedli a zhodnotili výzkum kvality života u osob pečujících o těžce zdravotně postiženého člena rodiny, jak předznamenává samotné téma mé diplomové práce. Výsledky těchto respondentů byly očekávané. Bohužel jejich kvalita života je nízká. Mohu to potvrdit i z vlastní zkušenosti. Jelikož se několik let pohybuji v rodinách s těžce zdravotně postiženými členy a sama se o tyto osoby pečuji jako osobní asistent, vím, jak je péče o tyto osoby těžká a namáhaví. Bez velké lásky, trpělivosti, neustálé pozornosti, omezování vlastních potřeb a někdy až sebeobětování to nejde. S tím také souvisí neustálý stres, strádání, pocity nespravedlnosti, lítosti, smutku až beznaděje. Ať už se rodiny snaží sebevíc, přece jen se všechny tyto faktory odráží na kvalitě jejich života.

Oblasti, které respondenti uváděli nebyly nikterak překvapivé. Je jasné, že mezi nejdůležitější životní cíl těchto osob patří zdraví. Jeho hodnotu okusili na vlastní kůži a denodenně se s jeho nedostatkem setkávají. Proto moc dobře ví, jakou má zdraví cenu. Další oblast vzdělání, práce je také samozřejmá. Osoby pečující se starají o svého příbuzného 24 hodin denně a do práce tedy nemohou. Přáli by si na pár hodin denně nebo alespoň týdně oddychnout, být mezi lidmi a řešit jiné problémy než ty své každodenní. S touto problematikou také souvisí finanční stránka – jako další životní oblast. V některých případech jsou matky s dítětem samy a jsou odkázány jen na sociální podporu státu. Finanční situaci tedy nemají lehkou (nejen ony, ale všichni pečující), což se podepsalo na kvalitě života v tomto směru. Péče o zdravotně postiženou osobu je nepřetržitá. Osoby pečující nemají téměř žádný volný čas pro sebe a pro své zájmy a koníčky. To se podepisuje na jejich kvalitě života v této oblasti (výsledná hodnota byla nejnižší, a to 4,2%). Téměř všichni dotazovaní uvedli jako svůj hlavní cíl

²⁴MAREŠ, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD, spol. s.r.o. 2006. 5 s. ISBN 80-86633-65-9.

rodinu. Je zřejmé, že mezi svými blízkými tráví většinu svého času (hlavně tedy s osobou, o kterou pečují) a díky tomu je pro ně rodina nejvíc co mají. Vztahy byly také na prvních místech životních cílů. Mnoho pečujících postupem času přeruší kontakty se svými přáteli a známými. Mají totiž jiné starosti než většina z nás a veškerý svůj volný čas věnují osobě v péči. S tím souvisí také narušené vztahy mezi manželi, pro které je jejich situace také velice těžká a často dochází k rozvodům. Osoby pečující se také bojí budoucnosti. Co bude s mým dítětem, když umřu? To je obávaná otázka, která se také ve své podobě objevila v dotazníku. Není se čemu divit. Co se opravdu stane, když pečující osoba zemře? Odpověď je příliš jasná a smutná. Každodenní ošetřování je tak namáhavé a vyčerpávající, že se nemůžeme divit životnímu cíli „přežít“. Osobám pečujícím po čase „dojdou baterky“ a nepřejí si nic jiného (zvláště osoby ve vyšším věku) než zemřít a odpočinut si tak.

Ať se podíváme na jakoukoli oblast hlavních životních cílů respondentů, uvědomíme si, že tito lidé mají podobné hodnoty jako většina z nás, kteří si vážíme života a toho co nám může poskytnout, ale bohužel jejich kvalita života je velice nízká. Tito lidé nemohou ze dne na den, ba ani z měsíce na měsíc zlepšit svou kvalitu života. Jsou závislí na podpoře státu a podmínkách, které by mohly být mnohem lepší.

Dále jsem hodnotila dotazníky studentů vysokých škol. Předpokládala jsem, že výsledky budou zcela odlišné než u osob pečujících. Mé předpoklady vycházely z důvodu naprosto rozdílného způsobu života a životních podmínek těchto dvou skupin respondentů. Také jsem se domnívala, že vysokoškoláci jsou páni svého času, mají mnoho možností seberealizace, jsou nezávislí a bez závazků, což se podepisuje na kvalitě jejich života. Ovšem překvapení bylo veliké. Nejen, že se všechny oblasti životních cílů u osob pečujících a vysokoškolských studentů shodovaly, ale dokonce i procentuální hodnoty kvality života v daných oblastech byly podobné. Je otázkou k diskusi, zda-li je to jen náhoda, že vybraných 30 studentů vysokých škol má stejnou kvalitu života jako rodiny s těžce zdravotně postiženým členem, či opravdový fakt. Myslím, že tento výsledek by si zasloužil další pozornost nebo následné zkoumání.

Diplomová práce byla zaměřena na kvalitu života rodin s těžce zdravotně postiženými členy. Svým výzkumem jsem osvětlila kvalitu života těchto rodin v pro ně nejdůležitějších životních oblastech. Pevně věřím, že tento výzkum pomůže k zlepšení kvality života těchto rodin, které mají těžší život než většina rodin ve společnosti a tuto podporu potřebují.

Seznam použité literatury:

- AKINSANYA, J. General Introduction. In Akinsanya, G., Cox, C., Rouch, C., Fletcher, L. (Eds.) *The Roy Model in Action*. Houndmills: MacMillan 1994, p. 1-11. ISBN 0-33357-4141.
- ALLARD, E. Dimensions of Welfare in a Comparative Scandinavian Study. *Acta Sociologica*, 1976, vol.19, p. 227-239. ISSN 0001-6993.
- BERNSSON, L.T., KÖHLER, L. Quality Of Life Among Children Aged 2-17 Years In The Five Nordic Countries. *European Journal of Public Health*, 2001, vol.11, no.4, p. 437-445. ISSN 1101-1262.
- BOUMAN N.H., KOOT, H.M., VAN GILS, A.P. et al. Development of a Health-Related Quality of Life Instrument for Children: The Quality of Life Questionnaire for Children. *Psychology of Health*, 1999, vol.14, p. 829-847. ISSN 0887-0446.
- COWAN, M.J., YOUNG-GRAHAM, K., COCHRANE, B.L. Comparison of a Theory of Quality of Life Between Myocardial Infarction and Malignant Melanoma: A Pilot Study. *Progress in Cardiovascular Nursing*, 1992, vol.7, no. 1, p. 18-28. ISSN 0889-7204.
- CUMMINS, R.A. The Domains of Life Satisfaction: An Attempt to Order Chaos. *Social Indicators Research*, 1996, vol. 38, p. 303-328. ISSN 0305-8300.
- EISER, C., COTTER, I., OADES, P. et al. Health-Related Quality of Life Measures for Children. *International Journal of Cancer*, 1999, vol. S12, p. 87-90. ISSN 0020-7136.
- EISER, C., VANCE, Y.H., SEAMARK, D. The Development of a Theoretical Driven MEASURE of Quality of Life for Children aged 6-11 Years. *Child Care Health Development*, 2000, vol. 26, p. 445-456. ISSN 0305-1862.
- FAWCETT, J. The „What“ of Theory Development. In National League for Nursing (Ed.) *Theory Development: Chat, Why, How?* New York: National League for Nursing 1978, p. 17-33.
- FERRELL, B.R., HASSEY-DOW, K., LEIGH, S. et al. Quality of Life Among Long-Term Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum*, 1995, vol.22, no 6, p. 915-922. ISSN 0190-535X.
- GALBRAITH, J.K. *The Affluent Society*. Cambridge: Houghton Mifflin 1958.
- GERSON, E.M. On Quality of Life. *American Sociological Review*, 1976, vol.41, p. 793-806. ISSN 0003-1224.
- GRANT, M.M., DEAN, G.E. Evolution of Quality of Life in Oncology and Otolaryngology Nursing. In King, C.R., Hinds, P.S. (Eds.) *Quality of Life: From Nursing and Patient Perspectives*. Sudbury: Jones and Bartlett Publisher 2003, p. 3-27. ISBN 0-7637-2235-9.
- HARDING, E. Children's Quality of Life Assessment: A Review of Generic and Health - Related Quality of Life Measures Completed by Children and Adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 2001, vol.8, no.2, p. 79-96. ISSN 1063-3995.

- HNILICA, K. Hodnotová orientace jako moderátor vlivu životního standardu na subjektivní kvalitu života. Výzkumný projekt pro GA ČR. Praha: FF UK 2005, 10 s.
- HNILICA, K. Věk pohlaví a kvalita života. In Payne, J. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005, s. 415-441. ISUN 80-7254-657-0.
- HNILICOVÁ, H. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In Payne, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton 2005, s. 205-216. ISBN 80-7254-657-0.
- KING, C.R., HINDS, P.S. (Eds.) *Quality of Life: From Nursing and Patient Perspectives*. Sudbury: Jones and Bartlett Publisher 2003, 533 p. ISBN 0-7637-2235-9.
- KOVÁČ, D. Kvalita života - naléhavá výzva pre vedu nového storočia. *Čs. psychologie*, 45, 2001, vol.45, no.1, p. 34-44. ISSN 0009-062X.
- KOVÁČ, D. Quality of Life: A Megconcept of Coming Époque. *Psychology Science*, 46, 2004, Supplement 1, 167-186.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2003. s. 243-247. ISBN 80-7178-774-4.
- KŘIVOHLAVÝ, J. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. s. 172-175. ISBN 80-247-0179-0.
- KULIČ, V. *Psychologie řízeného učení*. Praha: Academia 1992. ISBN 80-200-0447-5.
- LECHLER, P. Which Health Outcomes Should Be Measured in Health Related Environmental Quality of Life Studies? *Landscape and Urban Planning*, 2003, vol 63, no. 1, p. 63-72. ISSN 0169-2046
- LEVENTHAL, H., COLMAN, S. *Quality of life:A process view*. Psycholog Health (Special Issue:Quality of life:Recent advances in theory and methods) 1997, 12(6):753-767.
- LINSTRÖM, B., ERIKSSON, B. Quality of Life among Children in the Nordic Countries. *Quality of Life Research*, 1993, vol. 2, no. 1, p 23-32. ISSN 0962-9343.
- MAREŠ, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD, spol. s.r.o. 2006. s.11-28. ISBN 80-86633-65-9.
- MAREŠ, J. Pracovní materiály k řešení výzkumného projektu GA ČR č. 406/06/0035. Hradec Králové: Lékařská fakulta UK, 2006.
- MELEIS, A.I. Theory: Who Needs It ... What Is It? In Meleis, A.I. (Ed.) *Who Needs It ... What Is It?* Philadelphia: Lippincott 1991, p. 9-22.
- PAYNE, J. a kol. *Kvality života a zdraví*. Praha: Triton 2005, 629 p. ISBN 80-7254-657-0.
- PEDIATRIC ONCOLOGY GROUP - Quality of Life Subcommittee - Guidelines for Incorporating Quality of Life Measures in Clinical Trials. 1993.

QUALITY OF LIFE MODEL. Toronto, Centre for Health Promotion. Dostupné na:
<http://www.utoronto.ca/qol/concepts.htm>

RAPHAEL, D., RUKHOLM, E., BROWN, I. et al. The Quality of Life Profile - Adolescent Version: Background, Deskription, and Initial Validation. *Journal of Adolescent Health*, 1996, vol.19, p. 336-375. ISSN 1054-139X.

RAPLEY, M. *Quality of Life Research*. London, Sage Publications 2003, 286 p. ISBN 0-7619-5457-0.

SIRGY, M.J., RAHTZ, D.R., CICIC, M. et al. Method for Assessing Residents Satisfaction with Community-Baaed Services: A Quality of Life Perspective. *Social Indicators Research*, 2000, vol.49, p. 279-316. ISSN 0303-8300.

SNOPEK, F.J. Quality of Life: A Closer Look at Measuring Patients' Well-Being. *Diabetes Spectrum*, 2000, vol.13.no.1, p. 24-28. ISSN 1040-9165.

SPEITH, L.E., HARRIS, C.V. Assessment of Health-Related Quality of Life in Children and Adolescent: An Integrative Review. *Journal of Pediatric Psychology*, 1996, vol.21, p. 175-193. ISSN 0146-8693.

SPIPKER, B. Introduction. In Spilker, B. (Ed.) *Quality of Life Assessment in Clinical Trials*. New York: Raven Press, 1996, p. 3-9.

TAILLEFERT, M.C., DUPUIS, G., ROBERGE, M.A. et al. Health-Related Quality of Life Models: Systematik Review of the Literature. *Social Indicators Research*, 2003, vol.64, p. 293-323. ISSN 0303-8300.

VALLERAND, A.H, PAYNE, J.K. Theories and Conceptual Models to Guide Quality of Life Related Research. King, C.R., Hinds, P.S. (Eds.) *Quality of Life: From Nursing and Patient Perspectives*. Sudbury: Jones and Bartlett Publisher, 2003, p. 45-64. ISBN 0-7637-2235-9.

VEENHOVEN, R.: The Four Qualities of Life. *Journal of happiness Studies*, 2000, vol.1, no.1, p. 1-39. ISSN 1389-4978.

WEN, K.Y., GUSTAFSON, D.H. Needs Assessment for Cancer Patient and Ther Families *Health and Quality of Life Outcomes*, 2004, no.2, p. 11 -22. ISSN 1477-7525.

WHO Quality of Life Group: WHO QOL Study Protocol. Ženeva: WHO 1993.

ZAPF, W. Individuelle Wohlfahrt: Lebensbedingungen und wahrgenommene Lebensqualität in den Bundesrepublik. In: Glatzer, W., Zapf, W. (Eds.) *Lebensqualzitate in der Bundesrepublik*. Frankfurt am Main: Campus, 1984, p. 13-26.

Příloha

Dotazník SEIQoL

Prosíme o vyplnění tabulky, která se skládá ze tří částí - levé, střední a pravé části. Do levé a pravé části budete vypisovat čísla procent, do střední části text. **Nejprve prosím vyplňte následující - střední část:**

STŘEDNÍ ČÁST: prosím vypište pod sebou vašich **pět nejdůležitějších životních cílů**. Tyto životní cíle můžeme také pojmenovat jako to, o co se ve vašem životě nejvíce snažíte, co je vaším „hnacím motorem“, co je vaším smyslem života, oč vám v životě jde především a nejvíce, pro co žijete nebo čeho chcete dosáhnout.

LEVÁ ČÁST: zde prosím vyznačte číselně v procentech (např. 10% 30% 20% ...) do každého řádku k napsanému životnímu cíli **důležitost tohoto životního cíle** pro vás. Dohromady můžete použít nejvíce 100%.

PRAVÁ ČÁST: napište prosím ke každému vašemu životnímu cíli (opět v procentech) **míru spokojenosti s tím, jak se vám daří tento životní cíl naplnit**. Použijte škálu od 0% do 100%, kde 0% znamená nejnižší míru spokojenosti a 100% maximální spokojenost s tím, jak se vám daří tento konkrétní životní cíl naplňovat. V této části nemusí součet ve všech řádcích činit 100%.

Takže - do střední části vypíšete pět svých životních cílů, v levé části vyznačíte v procentech jejich důležitost pro Vás a v pravé části uvedete jak se Vám tyto cíle daří naplňovat - opět v procentech.

LEVÁ ČÁST

STŘEDNÍ ČÁST

PRAVÁ ČÁST

Důležitost životního cíle (v každém řádku v % - součet pěti řádků musí být 100%)	Životní cíl - oč vám v životě jde především, co je smyslem vašeho života. . .	Míra spokojenosti s naplněním životního cíle (v každém řádku od 0% do 100% - součet nemusí být

Děkuji Vám za vyplnění dotazníku a jeho vrácení v příložené obálce zpět! Věřím, že i výsledky tohoto šetření pomohou postupně zlepšovat situaci nás - pečujících osob.

