

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

DISERTAČNÍ PRÁCE

2007

Mgr. Petr Jánský

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích
Zdravotně sociální fakulta

Vliv kvalifikace a pracovní uplatnitelnosti
na kvalitu života zrakově postižených, zejména v oblasti
jejich společenského statutu a sociální interakce

Disertační práce v oboru :
Kvalita života zdravotně postižených

Autor: Mgr. Petr Jánský

Školitel: Prof. MUDr. Jozef Novotný, PhD. (in Med.), LFIBA, ABIRA, IOM

2007

Prohlašuji, že svoji disertační práci na téma Vliv kvalifikace a pracovní uplatnitelnosti na kvalitu života zrakově postižených, zejména v oblasti jejich společenského statutu a sociální interakce, jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a bibliografie uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47 b. zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své disertační práce, a to v nezkrácené podobě, fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách.

V Českých Budějovicích 30.7.2007

Tímto bych chtěl poděkovat spectabilis Prof. MUDr. Miloši Velemínskému, CSc. děkanovi Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, svému školiteli Prof. MUDr. Jozefu Novotnému, PhD. (in Med.), LFIBA, ABIRA, IOM a PaedDr. Zdenku Slomkovi, jakož i dalším fakultním činitelům, za jejich dobrou vůli, trpělivost a cenné rady.

Poděkování vyslovuji též Ph.Dr. Evě Dragomírecké, Prof. PhDr. Stanislavu Hubíkovi, CSc., Ing. Pavlu Pavlíkovi, Ph.D., PhDr. Petru Peňázovi a dalším odborníkům, kteří mi byli nápomocni radou i skutkem v těchto okamžicích, kdy se plně projevila multioborová náročnost zvoleného tématu a bylo třeba rámcového zorientování v nezvyklých oblastech příbuzných profesí, či úspěchu v méně frekventovaných odborných úkonech.

Abstract

By means of creating scientific evidence supported by sufficient amount of professionally relevant information, the Paper aims at proving positive influence of qualifications improvement and subsequent ability to find a job or to start professional career on the quality of life of visually handicapped individuals.

Using scientific methods, the Paper makes research into the state of the client's self-reflection and reflection in the context of the rate of self-realisation in professional, personal as well as social activities. It also proves positive influence on human society based on the benefits brought by a visually handicapped individual and positive influence such an individual has on special-education area of teaching. Namely, the provability of influence, the special-education has on creating conditions for improvement of qualifications of visually handicapped individuals and on their ability to start their own professional career or to find a job. The Paper is based on the precondition that a higher level of education of a visually handicapped individual improves their chance to enter into good-quality social relationships both in the field of professional career and in the sphere of private life. The presence of handicap in our society is a fact as objective as the positive response of the society to the individual's ability to find a job or to start professional career.

The essentials of the research were comprised not only of theoretical studies and consultations with specialists but also of utilization of questionnaires. The basic set for completing the working research was created by 50 respondents – representatives of the visually handicapped population. The subsequent research was conducted among 100 not-handicapped citizens.

The conducted research has confirmed unambiguously the precondition, the initial hypothesis was based on, – higher education improves the chance of the visually handicapped individual to create good-quality social relationships, both in the field of professional career and independence, and in the sphere of personal and private life.

In the field of social interaction, the different situations in lives of the visually handicapped individuals are considerably influenced by their possibilities to build up professional careers or to find relevant jobs, which create important areas of social communication as such. The traditionally promoted relationship to individual or collective work finds positive response even in the current society.

The empiricism of the research, verifying the validity of this theory, is closely related to eternal values accepted by all human society.

The results of the research will serve for the purpose of basic orientation in these problems and they are perceived as a strong argument to support education and qualifications of visually handicapped individuals as well. At the same time, the Paper is a proof providing evidence of justification of special education as a discipline and its influence on the remaining society.

Obsah

Úvod	8
1. Teoretická část	11
1.1 Kvalita života	11
1.1.1 Historický exkurz do problematiky kvality života	14
1.2 Definice kvality života a měření	22
1.3 Smysl života	35
1.4 Kvalita života a životní situace jednotlivce (zdravotní stav, okolnosti, potřeby)	38
1.5 Věk, pohlaví a kvalita života	42
1.6 Hodnocení kvality života	47
2. Cíle práce a hypotézy	53
2.1 Cíle práce	53
2.2 Hypotézy	54
3. Materiál, metodika a charakteristika respondentů	56
4. Výsledky	61
4.1 Analýza dotazované skupiny respondentů se zrakovým postižením	61
4.2 Analýza dotazované skupiny zdravých respondentů	76
5. Diskuse	87
5.1 Zhodnocení pracovních hypotéz	90
6. Závěr a doporučení pro praxi	92
7. Seznam použité literatury	94
8. Klíčová slova	102
9. Seznam zkratk	103

Úvod

„Zdraví určitého člověka je co nejúžeji propojeno s kvalitou jeho života“

David Seedhouse

Kvalita života vyjadřuje mj. charakter a stupeň fyzické a psychosociální pohody, nezávislosti, spokojenosti se životem a pocit úspěchu ve vícero oblastech každodenního života. Je to multidimenzionální produkt, který zahrnuje ty aspekty života a funkčního stavu, které jedinec považuje za podstatné pro plnohodnotný život.

Pojem kvalita života je vyhrazen pro každou lidskou bytost. Pokud chceme hodnotit kvalitu života druhé osoby, musíme si uvědomit, že ne my jsme ústřední postavou.

Otázka lidských potřeb je velmi široká a této problematice se věnuje mnoho odborníků. Lidský život stojí na potřebách, či touhách jedince, na jejich určité hierarchii, respektive jejich uspokojování, anebo neuspokojování. Hodnocení kvality života může spočívat v posouzení určité dynamiky a hierarchického uspořádání lidských potřeb vznikajících na úrovni somatické, psychické, sociální a duchovní. Kvalitu života zároveň ovlivňují objektivní okolnosti a situace, které determinují život člověka hlavně v tom, jak člověk určité životní zátěže zvládá, jak je prožívá, jaký jim připisuje význam a hodnotu.

Hlavně poslední desetiletí je poznamenáno neobyčejně vysokou dynamikou společenských změn. Slovník běžného člověka se „obohatil“ novými pojmy mezi které patří i „kvalita života“. Adekvátní chápání kvality života vyžaduje konkretizaci jejího modelu na základě stanovení ukazatelů a faktů.

Modely a výzkumné projekty, které vznikaly v minulosti, zdůrazňovaly, že kvalitní život je možné spíše zachytit a vysvětlit tehdy, když si lidé uvědomí a vyhodnotí svůj vlastní život a jeho aspekty, než způsobem, který preferuje objektivní kvalitu rozličných aspektů života. Refleктоvali tak problematiku psychologie lidských potřeb v hierarchii i hodnot i teorii samoregulace. Sledovali problém prožívání spokojenosti, štěstí, pohody v závislosti na podmínkách života rozličných skupin obyvatelstva.

Problematika skupiny zrakově postižených má zajisté svá specifika v konkrétních podmínkách životní reality. Právě zkoumání podmínek zmíněné reality je tématem této práce. Iniciace vzniku této práce sestávala z dlouhé řady podnětů a příčin zahrnujících jak osobní zkušenosti a dojmy tak i objektivní vědecké potřeby.

Již velký Německý filosof Heidegger ve svém díle prohlašuje, že plnohodnotný život může prožívat, tj. žít, pouze ten člověk, který akceptuje svou smrtelnost, tj. svou smrt. Bez nestranné a cituprosté akceptace této objektivní skutečnosti, tvrdí filosof, nemůže člověk plnohodnotně žít a jeho vezdejší pouť tímto světem se mění v živoření a přežívání, v němž především uhýbá vlastnímu bytí. Uhýbá před jeho úplnou a celistvou podobou, uhýbá před smrtelnou konečností svého života, jediného života, který má. Heideggerův odkaz na autenticitu, vyžadující právě akceptaci veškerých částí celku k jeho úplnému uchopení. V tomto se ostatně shoduje i se svými kritickými žáky a následovníky.

Pojednání o Heideggerově práci na toto téma doslova uvádí:

že vlastní je život člověka tehdy, když v sobě budí či si zachovává starost o bytí či přesněji, o bytí sebe sama. To se daří jen tomu, kdo rozvrhuje svůj život tváří v tvář vlastní smrti čili ve své konečnosti. Proti tomu když člověk před nejzazší možností své smrti uhne a vrhne se do obstarávání běžných věcí, dělá to, co se dělá, čili vlastně přežívá místo života a veze se v zapomnění na vlastní bytí. Ono zapomnění je podle Heideggera hlavním rysem moderního člověka a potažmo i člověka v celé evropské tradici od sokratových dob.

Krom samotné niterné spokojenosti ze stoprocentní seberealizace v „hraní životní úlohy“ je zde obecně přítomné a všeobecně prožívané gró tzv. kvalita života. Tento pojem se těší doslova absolutní přítomnosti ve všech formách a podobách lidské komunikace a je tudíž logicky vybaven značným počtem výkladů, definic i interpretací. Hovořeno je o kvalitách a jakostech, což je encyklopedický výklad pojmu kvalita, hovořeno je o radostném vzrušení z naděje na úspěch, což je interpretace Prof. Křivohlavého, hovoří se např. o vědomém prožívání životní libosti a mimo mnohé jiné se hovoří i o nepřítomnosti choroby, nemoci a vůbec jakékoli patologie.

Podobnou interpretaci a rozvití postoje k ní, lze nalézt i v publikaci J. Payneho.

Jmenovitě když k nám přichází pacient pro nějakou léčbu, předpokládáme, že přichází jednoduše pro lékařský (terapeutický) zákrok. Co zůstává až příliš často skryto mimo naši pozornost, je skutečnost, že lidé přicházejí s očekáváním – často zásadní – změny kvality života. Míra očekávané změny je mnohdy výrazně větší, než lze rozumně očekávat. Rozdíl mezi očekávanou a dosaženou změnou kvality života pak zásadním způsobem ovlivňuje spokojenost pacienta s léčbou. Neschopnost na straně zdravotníků zavčas

rozpoznat skrytou část pacientovy zakázky může vést k zásadním obtížím při řešení konfliktů vyplývajících z pacientovy nespokojenosti s výsledky léčby.

Značnou obtíž představuje skutečnost, že pacienti si často neuvědomují, že souvislost mezi výsledkem léčby a změnou kvality života není tak bezprostřední, jak by se snad mohlo zdát. Změna tělesného stavu je často jen jedním z mnoha předpokladů změny kvality života, ve kterou pacient doufá.

1. Teoretická část

1.1 Kvalita života

Pod pojem kvalita života lze shrnout vše, co se odvíjí od chápání člověka, nejen člověka jako bio-psycho-sociální bytosti, ale i jeho kulturně duchovní bytí.

Pro člověka kterékoli rasy, geografické lokality, bez ohledu na jeho socio-ekonomický statut, je možné předpokládat existenci východiskové kvality života, nazývané též jako bazálně – všelidská, která je relevantní pro celou současnou populaci.

Kvalita života jednotlivce, respektive společenství jako takových, musí být vzhledem k rozličnému vývoji lidstva posuzovaná s ohledem na tento fakt. Velmi zjednodušeně můžeme rozdělit země například na vyspělé průmyslově – technické civilizace a naproti tomu společenství s tradičním sběrem rostlin a lovem zvířat k obživě, kde je mnoho chudých a nemocných lidí.

Kvalita života vytváří mnohočetný komplex determinantů a vlivů, ze kterých vstupují do psychické regulace chování jen ty, které jsou v souladu s vyznávanými hodnotami v biodromálním vývoji osobnosti. Pokud jsou potřeby zakotvené v osobnosti jako dispozice a zájmy existují v úzké návaznosti například na schopnosti, u hodnot a hodnotových orientací předpokládáme, že existují blíže k cílům. Existují jako specifická kvalita objektu, a nebo jako specifické střetnutí určité potřeby s určitou kvalitou objektu. Piéron [(1957) In Geist, 1992] považuje posuzováním hodnot za subjektivní ocenění na afektivním základě, které je závislé na tendencích subjektu, avšak velmi často je podřízeno sociálním vlivům.

Všeobecně lze konstatovat, že hodnota je vztahovou kategorií, jde o vztah mezi subjektem a objektem a vztah mezi subjektem a jeho hodnotovým systémem. Daný význam a smysl těchto vztahů, který má objekt pro uspokojení potřeb, postojů, zájmů a podobně subjektu v jeho individuálním a sociálním kontextu.

Podle Smékala (2004) lze o hodnotách uvažovat v těchto aspektech:

- Hodnoty jako všeobecné cíle, o které člověk usiluje, respektive jako smysl či cena, kterou objekt či událost má pro osobnost (štěstí, zdraví, rodina),
- hodnoty jako prostředky, jejichž využíváním dosahujeme něčeho pro sebe významného (vzdělání, poctivé jednání),

- hodnoty jako to, kvůli čemu stojí za to usilovat o nějaký objekt a nebo se mu vyhýbat (kniha jako zdroj zábavy, anebo vzdělání),
- hodnoty jako kritéria, na jejichž základě oceňujeme, posuzujeme různé předměty a události našeho světa, (toto pojetí hodnot představuje hodnotové orientace v užším a specifickém smyslu slova).

Bokorová se koncem 70-ých let minulého století [In: Smékal, 2004] pokusila definovat rozdíl mezi potřebami a hodnotami. Předpokládá, že osobnost si v procesu socializace a vlastních činností interiorizuje sérii kodexů, či normativů, které odpovídají jejím potřebám a životním zájmům konfrontovaným s vnější skutečností z hlediska jejich životního významu pro osobnost. Tyto kodexy a normativy potom tvoří jakýsi filtr hodnocení informací. Hodnot tudíž může být nekonečně mnoho – například pro nemocného se stává hodnotou zdraví, pro hladového jídlo.

Navzdory tomu, že hodnoty jsou osobnostními útvary, které jsou získány, mohou být někdy silnější než biologicky zakotvené potřeby.

Hodnotový systém E.Sprangera předpokládá šest typů poznání světa, které tvoří základní „životní formy“, které představují jakési duchovní principy, jenž u lidí determinují přístup ku světu. Jsou to : pravda, láska k lidem, krása, moc, zisk/užitek/ a bůh/moudrost/² (Tabulka 1).

Tabulka 1 Cílové a instrumentální hodnoty kvality života (převzato a upraveno z Nákonečný, 2000)

CÍLOVÉ HODNOTY	INSTRUMENTÁLNÍ HODNOTY
Pohodlný život (prosperující život)	Ambice (usilovnost, aspirace)
Vzrušující život (aktivní život)	Tolerance (otevřenost)
Pocit, že bylo něčeho dosaženo (trvalý příspěvek)	Kompetence (schopnost, účinnost)
Světový mír (bez válek a konfliktů)	Radost (lehké srdce, veselost)
Rovnost (bratrství, stejné šance pro každého)	Čistota (pořádnost, sympatičnost)
Jistota pro rodinu (péče o milované osoby)	Odvaha (stát za svým přesvědčením)
Svoboda (nezávislost, svoboda rozhodování)	Shovívavost (být připravený promíjet jiným)
Štěstí (spokojenost)	Pomoc (starat se o blaho druhých)
Vnitřní harmonie (soulad se sebou samým)	Čestnost (upřímnost, pravdivost)
Zralá láska (duchovně-sexuální důvěřivost)	Fantazie (smělost, tvořivost)
Národní jistota (jistota před útoky)	Nezávislost (soběstačnost, sebedůvěra)
Příjemnost (příjemný, slastiplný život)	Intelekt (inteligentní, reflexivní)
Spasení (k věčnému životu)	Logický (konzistentní, racionální)
Sebeúcta (respekt k sobě samému)	Milující (něžný, oddaný)
Společenské uznání (respekt, obdiv)	Poslušný (smysl pro povinnost, respektující)
Skutečné přátelství (úzké přátelství)	Zdvořilý (dobře vychovaný)
Moudrost (hluboké poznání)	Zodpovědný (spolehlivý)
	Ovládající se (zdrženlivý, disciplinovaný)

² Spranger [In: Smékal, 2004, s.257] popisuje šest typů lidí podle upřednostňování některého z těchto principů: 1/ *teoretický člověk* – usiluje o poznání pravdy, zákonitostí, podstaty světa a vztahů mezi lidmi je pro něho základní hodnotou, 2/ *estetický člověk* – hledá ve světě zážitky, estetický dojem anebo příležitost sebevyjádření, vše vnímá jako harmonické, nebo disharmonické, 3/ *ekonomický člověk* – osobnost hledající užitek a zisk, je to člověk egocentrický, myslící jen na vlastní blaho, 4/ *sociální člověk* – hledá sebe v druhém, žije pro druhé, usiluje o všeobjímající lásku, lásku k lidstvu, 5/ *mocenský typ osobnosti* – člověk, který usiluje o moc, která v jeho pojetí spočívá v podřízenosti se vyšším principům, v konání v duchu vyšších zásad – moc definuje čistě v psychologické rovině, jako činnost, která determinuje konání a motivy druhých lidí, 6/ *náboženský člověk* – osobnost, která usiluje o hledání smyslu života.

1.1.1 Historický exkurz do problematiky kvality života

Jazykové vyjádření kvality života v sobě obsahuje dva termíny, které v systému filozofie a biologie vyjadřují osobité pojmy, s nimiž se spojuje jejich nový obsah.

Kvalita – jako filozofická kategorie vyjadřuje jednotu podstatné určenosti jevu a jeho osobité specifičnosti. Kvalitu nelze považovat jen za mechanické navršení kvantity, neboť tato je založena na složité struktuře komponent, které vytvářejí osobitý celek.

Už Hegel zdůrazňoval význam jednoty určité kvantity a určité kvality, vyjádřené pojmem míra, jejíž překročení znamená zánik jedné a vznik jiné kvality.

Pojem život z biologického hlediska představuje látkovou výměnu organismu s prostředím, příjem energie a autoregulaci živého organismu jako otevřeného systému.

I lidský život má biologický rozměr, avšak u člověka je biologické modifikováno na lidské, sociální. Ve vztahu k lidskému životu lze slovo život významově konkretizovat i s jeho pojmovým obsahem a s přihlédnutím k tomu, že člověk je bytost bio-psycho-sociální, a že v sobě integruje přírodní, sociální i duchovní rozměr lidského bytí. Vzhledem k tomuto faktu lze lidský život členit na biologický, duchovní, individuální, společenský, bohatý, chudý, šťastný, nešťastný a podobně. Ze společenského hlediska jde o život rodinný, skupinový, organizovaný, chaotický a jiný. Lidský život se však vždy uskutečňuje v určitém kulturně-historickém prostoru a ve společenských podmínkách.

Pokud hovoříme o kvalitě života, musíme mít na zřeteli především hodnotu života, která je mezinárodně chráněná právem na život jako jedním ze základních lidských práv. Hodnota života je dána jím samotným a kvalita života znamená naplnění této hodnoty na úrovni minimálně humánního optima a je zároveň závislá na společenských podmínkách tohoto naplnění. Jiná je hodnotová rovina kvality života, která souvisí s individuálně a skupinově diferencovanou hodnotovou orientací lidí.

Všeobecně se předpokládá, že se snahami měřit kvalitu života se začalo v USA v padesátých letech dvacátého století. V tomto období se poukazuje na pestrost sociálních a environmentálních vlivů.

V pozdějším období následovaly mnohé vládní iniciativy, jejichž cílem bylo zmapovat společenský pokrok a vypracovat pravidelný sociální obraz, a tak naplánovat a vyhodnotit sociální politiku.

Ačkoli zájem o původ lidského blaha, štěstí a kvality života není žádnou novinkou, některé termíny jsou moderní. Názory pocházejí z důležitých teorií lidské společnosti, rodiny, společenského a hospodářského života. Úvahy o tom, jaké jsou základní složky blaha, byly dříve oblastí filozofů a teologů, než vědců. Systematické úvahy o štěstí lze datovat už za klasických řeckých filozofů, například Aristoteles považoval přírodu za původ lidského chování, spojoval požadovaný cíl lidského chování s honbou lidstva za dobrem. Aristoteles trval na tom, že nejctnostnější cestou, po které má člověk kráčet, byla snaha jednotlivce o blaho, které tkví v dosažení fyzické a morální dokonalosti – racionálním prožíváním života. Freud ve svých dílech vidí lidskou motivaci úzce spojenou se zásadou příjemného pocitu.

Způsobů jak měřit kvalitu života bylo povícero. Západní národy využívaly souhrnné odhady mnohá staletí, aby zjistily úroveň blaha svých občanů a našly způsoby jak vyhovět jejich potřebám. Statistiky se vztahovaly především na hospodářský život, výrobu a prodej zboží, služeb a na komerční aktivity.

Jiní autoři trvají na tom, že ekonomické indikátory mají původ v čase ranných obchodníků, kteří předpokládali přímý vztah mezi ekonomickými aktivitami, jakými byli a jsou například obchod, zaměstnanost, výroba a veřejné blaho národa.

Ačkoli existovala značná pestrost názorů mezi ekonomickými školami, co se týká potenciální hodnoty, obsahu a funkce ekonomických aktivit, vláda použila různá měření. Zakládala se na datech poskytnutých takovými institucemi, jako například banky, firmy, zákaznická oddělení, atd. Všechny instituce analyzují ekonomické podmínky společenského blaha. Takováto zjištění se ukázala jako neadekvátní „zrcadlový odraz“ (převrácení) kvality anebo životního dobra, popřípadě úrovně štěstí národa. To znamená, že ekonomické indikátory selhaly v úloze zaznamenávání změn.

Od šedesátých let se užívají statistiky, které zaznamenávají sociální indikátory. Tyto statistiky se soustředily na dříve neprozkoumané oblasti života. U různých národů se sociální indikátory mění ve svém obsahu, ale i ve způsobu jejich shromažďování. Některé národy takováto data neshromažďují, například Německo. Ku příkladu Velká Británie má naopak dlouhou tradici v ekonomických i sociálních studiích. V Británii bylo úsilí vědců zkoumat sociální indikátory typu – vliv odlišné distribuce příjmů na chudobu, zdraví a vzdělání z hlediska absolutní a relativní chudoby apod. Účinek těchto studií byl pocíťován prostřednictvím sociální a ekonomické politiky.

Kategorie, na jejichž základě se seskupují sociální indikátory, se nazývají životní domény. Parametry domén se určují buď deduktivně, nebo induktivně a jsou konsensuálně

potvrzeny na základě teorie a následně testované nebo empiricky objevené a spojené s teorií. Co se týká prvního z postupů, je třeba myslet na externí, materiální reality, které můžeme vidět anebo vnímat v kontextu soustavy črt anebo pochopit na základě teorie. Soustava črt je specifická pro každou kulturu, je ovlivněna časem, prostorem, národem, náboženstvím, politikou, kulturními tradicemi a dalším. Flanagan [In: Oliver a kol., 1996] vypracoval kompletní seznam životních domén založených na empirickém průzkumu chování a zkušenosti dospělých. Flanagan navrhl různé adaptace kvality života. Navrhl, aby se analyzovaly a potom seskupily specifické otázky o kritickém incidentu do určité oficiální zprávy. Tento postup by se měl opakovat, dokud by se neshromáždily nové faktory.

Další skupina autorů navrhuje používat pouze tři domény: lidé, pomoc, zabezpečení. Rozdíly mezi autory vznikají na základě kulturních, teoretických, črtových rozdílů a rozdílných empirických zjištění. Autoři, kteří studovali kvalitu života v Indii, identifikovali faktor „transcendence“, který se spojuje s pocitem být součástí lidstva a zahrnuje i momenty intenzivního štěstí jako je extáze, blaženost, náboženské naplnění v životě, což bylo určeno na základě teoretického konceptu „zakořeněnosti“.

Zatura a Goodheart (Oliver a kol., 1996) vyzdvihují užitečnost měření kvality života pro studium společenského prostředí, pokud kvalita dobrého života je pod vlivem společenských norem, zákonů a způsobů, které pomáhají kvalitě života dosáhnout a udržet.

Sociální indikátory se definují jako sociální faktory, které usměrňují chování jednotlivce anebo statistiky i jiné formy evidence, které upozorňují na potřebu vyhodnotit, kde jsme a kam směřujeme s ohledem na naše hodnoty a cíle a vyhodnotit specifické programy a určit jejich vliv.

Kvalita života je často spojována se zdravotním stavem. Tato tendence vede k bezdůvodným závěrům, že zdravotní stav se rovná kvalitě života a naopak, že kvalita životních potřeb závisí na zdravotním stavu. Ve skutečnosti má zjišťování kvality života jiný význam, než pozorování zdravotního stavu jehož úkolem je pozorování účinku zdravotního výkonu. Současné pokusy o propojení kvality života se zdravím se nacházejí ve fázi svého zrodu. Až doposud se nejvíce prací tohoto druhu vytvořilo v USA, stále však trvají neshody v užívání pojmů. Lékaři a legislativa upřednostňují ta zjištění, která popírají aspekty kvality života a poměřují se prostřednictvím sociálních indikátorů.

Jako další problém se jeví otázka, kdo by měl posuzovat kvalitu života. Dochází k rozporům mezi pohledem profesionálů a klientů.

Liberalizace společnosti, dostupnost informačních technologií a expanze vzdělávacích programů zaměřených na kultivaci vztahů a komunikačních dovedností v pomáhajících profesích jsou příležitostí pro lepší spolupráci a skutečné posilování žádoucího partnerství mezi lékaři a pacienty, na druhé straně však mohou vést k posílení nejistoty a pochybností v oblasti profesionální kompetence zdravotníků. Jde o větší vzdělanost a informovanost pacientů, která přináší nový způsob, kterým se ptají a požadují informace. Pacienti chtějí znát alternativy léčebných postupů a chtějí mít možnost volit mezi nimi. Jsou připraveni ke kritice práce lékaře, k odmítnutí péče, ke změně lékaře či zdravotního zařízení. Uplatňují své právo stěžovat si, mají větší možnost kontrolovat práci lékařů, jiných zdravotníků, pojišťoven, na pomoc jim přicházejí právníci. Křížová ve své studii 166 mladých nemocničních lékařů zjistila, že 55 % z nich zažilo v uplynulém roce konflikt s pacientem kvůli rozdílným názorům na léčbu nebo kvůli tomu, že nemocný odmítl další léčbu. 20 % lékařů v předatestační průpravě reflektuje ve svých písemných elaborátech negativní zkušenosti s péčí o určité skupiny klientů, kteří nespolupracují, mají specifické požadavky neslučitelné s představami moderní medicíny nebo nejsou pojištěni. Jde o alkoholiky, uživatele drog, bezdomovce, lidi s mentálním postižením, duševní chorobou nebo demencí, o migranty, členy etnických minorit nebo některých náboženských skupin. Lékaři, kteří pro tyto situace nejsou zbaveni právní ani etické odpovědnosti, se s takovými situacemi špatně vyrovnávají, a to především na emocionální přípravě. 8 % lékařů uvádělo ve stejném typu písemného materiálu komunikaci s pacienty jako problém. Spatřovali je např. v rozsahu a formě poskytování informací pacientovi a jeho příbuzným, v motivování pacienta a jeho rodiny ke spolupráci, v získání informovaného souhlasu „nekompetentního“ pacienta, v komunikaci mezi lékaři navzájem, v komunikaci, která se jim jeví jako „neautentická“.

Celkový společensko-etický koncept veškeré euro-křesťanské kultury je v současnosti uspořádán i orientován takovým způsobem, že se za jednu z neoddelitelných součástí kvalit života považuje jednak výše již uvedené zdraví, coby nepřítomnost nemoci ale naopak i přítomnost libých emočních rozpoložení – které a-priory sehrávají kladnou roli v pozitivních účincích zdravotní péče.

Jmenovitě lze na toto téma uvést následující: termín „kvalita života“ byl poprvé v historii zmíněn již ve 20. letech, a to v souvislosti s úvahami o ekonomickém vývoji a úloze státu v oblasti materiální podpory nižších společenských vrstev. Byl diskutován zejména vliv státních dotací na kvalitu života chudších lidí a na celkový vývoj státních

financí. V poválečné době se tento termín opět objevil jako v politickém kontextu v USA, kdy v 60. letech tehdejší americký prezident Johnson v jednom ze svých projevů prohlásil zlepšování kvality života Američanů za cíl své domácí politiky. Měl tím na mysli, že ukazatelem společenského blaha není prostá kvantita spotřebovaného zboží (*how much*), ale to, jak dobře se lidem za určitých podmínek žije (*how good*). Tento termín se pak začal používat jako určitá alternativa konceptu ‚společnost hojnosti‘ (*affluent society*), který byl v té době stále častěji zpochybňován jako adekvátní měřítko společenské prosperity. Začalo se totiž ukazovat, že soustavný ekonomický růst nevede ke zvýšení spokojenosti lidí se životem, ale spíše k růstu požadavků, které není možné vždy naplnit. O něco později, v 70. letech, také německý politik Willy Brandt postavil politický program německé sociální demokracie na dosahování lepší kvality života pro své spoluobčany. Brzy tento termín zdomácněl v sociologii, kde od té doby slouží k odlišení podmínek života, jako jsou například příjem, politické zřízení či počet automobilů na domácnost, od vlastního životního pocitu lidí. Do této doby je rovněž datováno první použití termínu kvalita života pro výzkumné účely, a to v souvislosti se sociologickým trendem zaměřeným na monitorování dopadu společenských změn na život lidí, známým pod názvem „Social Indicators“. V rámci tohoto hnutí je zdůrazňováno, že život lidí v určitém specifickém prostředí, jako je vesnice nebo město, není možné popsat pouze pomocí objektivních, většinou ekonomických, ukazatelů, a že je také nutné přihlížet k celému souboru dalších sociálních ukazatelů, které jsou ve svém komplexu s to lépe postihnout kvalitu života lidí v určitém sociálním kontextu. V 70. letech proběhlo v USA první celonárodní šetření kvality života obyvatelstva, jehož cílem bylo vyvinout subjektivní indikátory, které by ukazovaly, jak lidé sami hodnotí svůj život, a které by doplňovaly objektivní charakteristiky životních podmínek, jako jsou například úroveň bydlení, kriminalita, hlučnost či znečištění ovzduší. Výsledky tohoto šetření vedly k závěru, že zlepšení socioekonomických podmínek života a splnění základních biologických předpokladů existence jsou významné pouze do určité míry minimální hranice, obvykle definované jako hranice chudoby. Pro subjektivní vnímání kvality života je rozhodující kognitivní hodnocení a emoční prožívání vlastního života, které se socioekonomickým statutem, a dokonce ani s biologickým zdravím, nemusí být v přímé úměře.

Studium kvality života prodělává svůj „boom“ zejména v posledních deseti letech. Na různých pracovištích ve světě se tomuto tématu věnují celé výzkumné týmy, které vycházejíce z různých koncepčních rámců, pokoušejí se z různých aspektů uchopit toto zajímavé a důležité téma. Obecně řečeno, studium kvality života v současné době

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“ (*enjoyment*). Významným impulzem pro takové pojetí kvality života a jejího vztahu k lidskému zdraví byl koncept salutogeneze. Rovněž na půdě WHO v průběhu let vznikla řada významných dokumentů, které rozvíjí tento přístup v podobě programů podpory zdraví (například Otawská charta z roku 1986 či hnutí Zdravých měst a jiné).

Přestože je pojem „kvalita života“ velmi frekventovaný, a to nejenom v odborných pojednáních, v oblasti jeho konceptualizace a zejména v metodologických otázkách zdaleka nenacházíme názorovou shodu. Je to způsobeno právě tím, že o kvalitě života se hovoří v různých souvislostech a v různých vědních disciplínách. Jdou to především psychologie, sociologie, kulturní antropologie, ekologie, medicína. Sociologové sledují kvalitu života v různých sociálních skupin a srovnávají ji, a to nejenom v rámci určité populace, ale i mezikulturálně, a hledají faktory, které ji nejvíce determinují. Psychologové se zaměřují především na subjektivní pohodu jednotlivců a pokoušejí se ji pomocí různých metod měřit. Ve zdravotnictví se z hlediska kvality života hodnotí poskytovaná péče či jednotlivé zdravotnické programy.

V literatuře existuje celá řada definic „kvality života“. Neexistuje však ani jedna, která by byla v průběhu posledních třiceti let všeobecně akceptována. Situaci komplikuje i fakt, že se často setkáváme s pojmy jako „sociální pohoda“ (*social well-being*), „sociální blahobyt“ (*social welfare*) a „lidský rozvoj“ (*human development*), které jsou používány jako ekvivalentní či analogické termíny. Lze shrnout, že na nejobecnější úrovni je kvalita života chápána jako důsledek interakce mnoha různých faktorů. Jsou to sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální podmínky, které kumulativně a velmi často neznámým (či neprobádaným) způsobem interagují, a tak ovlivňují lidský rozvoj na úrovni jednotlivců i celých společností. S jistým zjednodušením lze konstatovat, že v rámci všech přístupů má koncept v zásadě dvě dimenze, a to objektivní a subjektivní. Subjektivní kvalita života se týká lidské emocionality a všeobecné spokojenosti se životem. Objektivní kvalita života znamená splnění požadavků týkajících se sociálních a materiálních podmínek života, sociálního statusu a fyzického zdraví. Je stále otevřenou

otázkou, jak tyto dvě úrovně spolu souvisí, a jak by tedy měla být kvalita života nejlépe měřena.

Pro medicínu a zdravotnictví jsou relevantní definice opírající se o pojetí zdraví WHO, kdy zdraví není chápáno pouze jako nepřítomnost nemoci, ale jako stav úplné „fyzické, psychické a sociální pohody“. Kvalitou života je potom to, jak jedinec vnímá 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. Kvalita života není tedy v současném pojetí Světové zdravotnické organizace 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.

Jako teoretický rámec svých výzkumných projektů věnovaných kvalitě života podobně vymezuje kvalitu života Centrum pro podporu zdraví při Univerzitě v Torontu: „Kvalita života je stupeň, ve kterém jedinec využívá důležité možnosti svého života“. Možnosti při tom vyvěrají z příležitostí a omezení, které každý člověk ve svém životě má, a tyto jsou odrazem interakce mezi ním a prostředím. „Užívání si“ má dvě komponenty: zážitek spokojenosti a dosažení určitého naplnění v rozhodujících životních oblastech, což může být ilustrováno například výrokem: „užívá si dobrého zdraví“. Jako důležité životní domény jsou uváděny:

- Bytí neboli souhrn podstatných charakteristik daného člověka, který má tři subdomény: fyzické bytí (fyzické zdraví, osobní hygiena, výživa, tělesný pohyb, způsob oblékání a celkový vzhled), psychologické bytí (psychologické zdraví, kognice, cítění, self – concept a sebeúcta a sebekontrola) a spirituální bytí (osobní hodnoty a přesvědčení, víra).

- Přilnutí (*belonging* – napojení na vlastní prostředí), jež má rovněž tři subdomény: fyzické přilnutí (k domovu, pracovišti/škole, sousedství, komunitě), užší sociální přilnutí (k rodině, přátelům, spolupracovníkům, sousedům), přilnutí k širšímu prostředí-komunitě (prostřednictvím pracovních příležitostí, adekvátních finančních příjmů, zdravotní péče a sociální práce, vzdělávacích a rekreačních možností).

- Realizace (*becoming* – dosahování osobních cílů, nadějí a aspirací), která sestává: z praktického uskutečňování (domácí aktivity, placená práce, školní a zájmové aktivity, péče o zdraví a sociální zabezpečení), relaxační aktivity (redukce stresu a

relaxace) a uskutečňování růstu (aktivity pomáhají zachování a zlepšování znalostí a dovedností, adaptace na změnu).

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“.

V zásadě existují tři přístupy ke zkoumání kvality života. Pojem kvality života je různě artikulován a operacionalizován, pokud se s ním pracuje v psychologii, jiné aspekty jsou zdůrazňovány v sociologických výzkumech a je logické, že poněkud odlišně je kvalita života sledována i v medicíně.

Psychologické pojetí kvality života a relevantní výzkumy se vztahují ke snaze 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:

- Spokojenost se životem – tj. o zjišťování životní spokojenosti, kdy se hledají odpovědi na otázky, co činí lidi spokojenými, jaká je struktura faktorů, které ke spokojenosti přispívají, a také jak jednotlivé společenské instituce ovlivňují spokojenost lidí.
- Prožívanou subjektivní pohodu – *subjective well – being*, štěstí – *happiness*, *flow* – kdy je kladen důraz na všeobecné kvality života jako takového.

Nejvíce se doposud pracoval a pracuje s termínem subjektivní pohoda, jenž má dimenzi kognitivní a dimenzi emocionální. Kognitivní dimenze reprezentuje víceméně racionální hodnocení vlastního života, tj. jak celkově vlastní život hodnotíme a jak jsme s ním tudíž spokojeni či nespokojeni. 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. Samotný pojem subjektivní pohoda i další příbuzné koncepty nejsou v psychologické literatuře jednotně pojímány. Podle některých autorů sestává subjektivní pohoda ze dvou hlavních komponent: aktuální subjektivní pohoda a habituální subjektivní pohoda. Aktuální pohodu charakterizuje momentální prožívání dané osoby a závisí na relativně krátkodobě působících faktorech (emoce, nálady, tělesné prožitky). V případě habituální subjektivní pohody jde o „pro

daného jedince typickou subjektivní pohodu, která je výsledkem agregovaných emocionálních zkušeností“. Jde tedy o výpovědi, které vznikly primárně na základě kognitivních úsudků. Tyto úsudky se potom vztahují obvykle k delšímu časovému období, a to k několika posledním týdnům či měsícům, případně k celému životu. Podle mnohých autorů tyto úsudky vykazují relativně vysokou míru stability.

1.2 Definice kvality života a měření

Metod, které se k měření kognitivních aspektů subjektivní pohody používají je celá řada. I u nás je často používaná SWLS (*Satisfaction With Life Scale*) čili Škála spokojenosti se životem ve Smékalově překladu, dále můžeme například uvést PGWS (*Psychological General Well – Being Scale*), která má dobrém psychometrické vlastnosti a je proto často doporučována. K zjišťování emocionálního prožívání života jsou v psychologii k dispozici standardizované škály výskytu kladných a záporných emocí, například PANAS.

V poslední době se však setkáváme s pokusy postihnout kvalitu života více globálně a definovat, co jsou, to takzvané „pilíře štěstí“. Podle některých autorů jsou těmito pilíři následující fenomény: kompetence – pocit, že umím, jsem sto dělat něco smysluplného a jsem v tomto směru aktivní; autonomie – rozhodují o svém vlastním životě, mám ho pod kontrolou; nalomenost – cítím se svázán s jinými lidmi a toto všechno vyúsťuje v sebeúctu, to znamená, že si sám sebe vážím.

V sociologickém pojetí kvality života jsou naopak zdůrazňovány atributy sociální úspěšnosti, jako jsou status, majetek, vybavení domácnosti, vzdělávání, rodinný stav. Je zkoumán jejich vztah ke kvalitě života, která je ovšem 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 orientovaná 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, ovlivňující rozvoj lidí“. Potom je důležitým termínem „životní úroveň“, která je definována jako měřítko kvantity a kvality zboží a služeb, jež jsou užívány takové ukazatele jako hrubý domácí produkt (HDP) na hlavu, střední délka života a kojenecká úmrtnost, počet lékařů na 1000 obyvatel,

procento HDP věnované školství a zdravotnictví či počet televizorů a telefonů na domácnost.

Od 70. let je termín kvalita života užíván i v medicíně. Zejména v průběhu 80. let se začíná stále častěji používat v klinických studiích. Přesto je ve zdravotnictví kvalita života problematikou stále poměrně novou, i když zejména v posledních letech velmi zdůrazňovanou. V mnoha oblastech klinické medicíny dnes již existuje všeobecný konsensus týkající se potřeby sledovat kvalitu života pacientů jako jednu z fundamentálních komponent různých medicínských či zdravotnických intervencí. Lékaře dnes musí zajímat, jakou kvalitu života mají pacienti trpící různými nemocemi či jaký je dopad konkrétní zvolené terapie na kvalitu jejich života. Je logické, že v medicíně a ve zdravotnictví je těžiště zkoumání kvality života posunuto do oblastí psychosomatického a fyzického zdraví. Nejčastěji se potom operuje s pojmem „Health Related Quality of Life“, tj. kvalita života ovlivněná zdravím. Tento pojem je možné specifikovat jako „subjektivní pocit životní pohody, který je asociován s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky“. Konkrétně to znamená, že vedle klinických ukazatelů úspěchu či neúspěchu nasazené terapie (hladina hemoglobinu, krevní merker, TK, tělesná teplota, vymizení příznaků choroby ...) se sledují subjektivní i objektivní údaje o fyzickém a psychickém stavu pacienta, jako jsou přítomnost bolesti, zvládnání chůze do schodů, intenzita únavy, schopnost sebeobsluhy, převažující typ emocí či prožívaná míra úzkosti a napětí.

Tento přístup je aktuální především při léčení onkologických pacientů a pacientů psychiatrických. V oblasti péče o nevléčitelně tělesně či duševně nemocné se kvalita života stala argumentem pro změnu v přístupu k těmto lidem. Protože zde nelze většinou dosáhnout úplného uzdravení, hovoří se v souvislosti s příslušnou terapií stále více o zlepšení kvality života pacientů jako o cíli, ke kterému se v terapii směřuje. U nemocných trpících rakovinou se o kvalitě života uvažuje při rozhodování, zde je vůbec účelné aplikovat zatěžující terapii s prognostiky nejasným přínosem.

K měření zdravím ovlivněné kvality života byla vyvinuta celá řada instrumentů, většinou dotazníkového typu. Za jakýsi ‚zlatý standard‘ je v této oblasti pokládán dotazník SF-36 (36 – Item Health Survey), který je zaměřen obecně a je doporučován především ke zjišťování dopadu určité farmakoterapie na kvalitu života pacientů. Existuje však celá řada metodik zcela specificky zaměřených na zjišťování kvality života lidí trpících určitým typem nemocí (např. pro onkologické pacienty, duševně nemocné, pro nemocné v terminálním stadiu v paliativní péči, v kardiologii apod.). Významná mezinárodní

organizace European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) věnuje intenzivní úsilí podpoře výzkumu kvality života onkologických pacientů a sama se v této oblasti značně angažuje. Pracovní skupina s anglickým názvem EORTC Study Group on Quality of Life vypracovala rovněž dotazník, který je zaměřen k měření kvality života onkologických pacientů (EORTC QLQ – C30). V roce 1999 se konala ve Vídni významná mezinárodní konference, kde byly diskutovány zejména metodologické problémy výzkumu kvality života onkologicky nemocných. Pro psychiatricky nemocné pacienty byl u nás validizován 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.

Lze shrnout, že všechna uvedená pojetí kvality života velmi dobře korespondují s všeobecně známou a obecně přijímanou definicí zdraví Světové zdravotnické organizace (WHO). To potom znamená, že v medicíně a ve zdravotnictví se sleduje dopad nemoci a jejího léčení na jednotlivé životní domény, které ve svém souhrnu určují kvalitu života. Přitom, jak známo, každou v těchto domén (viz. výše) můžeme také uvažovat relativně samostatně, kdy stupeň uspokojení či naopak frustrace v jednotlivých doménách může být velmi různý. 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.

Na závěr je nutné se zmínit, že přes nespornou popularitu pojmu „kvalita života“ se ozývají i kritické hlasy, které poukazují na nejednoznačnost jeho vymezení a neexistenci jasné a obecně přijímané definice, která by se opírala o propracovaný teoretický model. Tuto výhradu umocňuje i fakt, že také v oblasti měření kvality života je celá řada problémů. Je kritizován proces tvorby dotazníků, jejichž konstrukce vychází často ze subjektivních názorů jejich tvůrců a jejichž validita je problematická. Kritici poukazují na tendenci akademicky rozhodnout, jak by měl vypadat „kvalitní život“, a toto v jistém smyslu vnucovat jako určitou normu. I přes tyto oprávněné výhrady se však ukazuje, že studium kvality života je v současné vědě nosným a užitečným směrem. Jeho interdisciplinární charakter odráží současný trend prolínání společenskovedního a biologického přístupu ke zkoumání člověka. Výsledky různě orientovaných výzkumů z oblasti kvality života nesporně přispívají k lepšímu pochopení nejdůležitějších věcí

člověka i k pochopení podstaty jeho lidské existence. Z hlediska zdravotnictví má svůj praktický dopad v určitém přístupu k péči o nemocné i v podpoře a rozvíjení zdraví.

Akceptujeme-li evropsko-křesťanský pohled na danou problematiku, a to v kontextu výše uvedených faktů, nemůžeme dost dobře obejít potřebu konkrétních výčtů a patřičných konstatování. Holou nezbytností se stává vymezení konkrétního postoje i celkového rámce. Je zcela na místě obrátit se v této záležitosti na názory a mínění oficiálních autorit. Jmenovitě se lze odvolat na následující.

Není pochyby o tom, že prostředí, zdraví a kvalita života jsou kategorie vzájemně spjaté a neoddělitelné. Není to ještě tak dávno, co kanadský ministr zdravotnictví Lalonde počátkem 70. let minulého století seskupil názory a znalosti o příčinách a podmínkách zdraví a nemoci člověka do modelové podoby čtyř základních množin jeho komplexně působících determinant. Tato představa byla obecně akceptována, a dokonce byla kvalifikována v tom smyslu, že

- genetika se podílí na zdravotním stavu z 10 – 15 %,
- zdravotnictví zhruba stejným dílem,
- faktory prostředí asi z 20 % a
- způsob života se promítá do utváření zdraví či nemoci asi 50 %.

Z mnoha dnešních poznatků však vyplývá, že toto schéma a v takto prezentované podobě již neobstojí. V důsledku prudce akcelerujícího a stále výraznějšího působení soudobých vývojových procesů, potencovaných expanzí vědy a techniky, dochází totiž k podstatným změnám v povaze a míře vlivu uvedených determinant lidského zdraví a tím i jejich vztahu ke kvalitě života. Jde nejen o to, že se v posledních desetiletích významně prohloubilo a obohatilo poznání těchto procesů a vztahů, ale také o to, že jejich charakter je modifikován měnícími se dimenzemi oněch dvou „souřadnic“, které vymezují na planetě Zemi naši existenci, a to času a prostoru.

Tisícileté expozice různým přírodním a později společenským faktorům, pod jejichž vlivem se člověk rozvíjel do své současné biopsychosociální podoby a role, se namnoze zkracují do časových rozmezí několika roků, někdy měsíců či dokonce dnů. Faktor času se významně projevuje i v individuálním životě člověka- pre-, peri, i postnatální periodě, dětství, často nejednoduchém období puberty, adolescence a přes dospělost do období seniorského se specifickou sociálně zdravotnickou problematikou geriatrickou.

Nové poznatky vědy svými projekcemi do informatiky, nových komunikačních technologií, do dopravy a dalších sfér lidských aktivit i mezilidských vztahů změnily také jejich prostorové dimenze a vynesly do centra pozornosti pojem globalizace.

K pojmu kvalita života je třeba přistupovat jako k pojmu společenskému, který se vztahuje ke společenskému a individuálnímu životu lidí. V tomto smyslu je kvalita života strukturou lidského života daná souhrnem jeho podstatných elementů, vlastností, vztahů. Je základním atributem lidského života, který je vytvořen specifiky jeho situačních a vývojových vztahů.

Pojem kvalita života je vyhrazen pro každou lidskou bytost. Veřejnost a mnozí lidé si myslí, že kvalita života je subjektivní představou, takže definice je potom závislá na perspektivě a názorech hodnocené osoby. Pokud chceme hodnotit kvalitu života druhé osoby, musíme si uvědomit, že to nejsme my, kdo je zde ústřední postavou. Otázka lidských potřeb je velmi široká a této problematice se věnuje mnoho autorů. Lidský život stojí na potřebách, respektive touhách jedince na jejich určité hierarchii, respektive jejich uspokojování, nebo neuspokojování.

Kvalitu života ovlivňují objektivní okolnosti a situace, které determinují život člověka především v tom, jak člověk určité životní zátěže zvládá, jak je prožívá, jaký jim přisuzuje význam a hodnotu. Kvalita života je a nepochybně i zůstane multidimenzionální.

Podle definice WHOQOL z roku 1996: kvalita života vyjadřuje „jak lidé vnímají svoje místo v životě, v kontextu kultura a hodnotových systémů, v nichž žijí, ve vztazích ke svým cílům, očekáváním standardům a zájmům“. Bačová vychází z kvality života ve smyslu definice WHO (1996), která poukazuje na propojení mezi kvalitou života, materiálními podmínkami, kulturou a ideologií. Jmenovaná autorka sama uvádí příklad spojení kvality života, hodnotových systémů společnosti a sociálního kapitálu.

Bačová (2004) vyvozuje, že je důležité jak lidé „vnímají“ – popisují - definují, co považují za dobrý – kvalitní život, jak jsou se životem spokojeni, jak jsou v životě šťastní.

Existuje konečný cíl – udržet život. Z tohoto cíle lze odvodit objektivní ukazatele (kritéria, normy, míry, standardy) demokratické, ekologicko-environmentální, ekonomické, medicínské a jiné, potřebné a nápomocné pro udržení života. Z objektivního hlediska je kvalita života osoby (společenství) konstruovaná a určovaná vně, a to pomocí různých, často i promyšlených, dobře propracovaných a tím i užitečných ukazatelů, například Index lidského rozvoje (HDI).

Po tomto stručném, velmi stručném, ohlédnutí se nyní ocitáme u nejdůležitějšího a nejcitlivějšího momentu, srdce, veškeré práce. Ocitáme se u pomyslného, nicméně bezprostředního, propojení klíčových pojmů všech úvah.

Ocitáme se u pomezí kvalit života a smyslu života.

Pojem životního smyslu (smyslu v životě) je pojmem znovu uvedeným do moderního lékařství, psychologie a psychoterapie zejména Viktorem Franklem (1998). Stal se úhelným kamenem jeho vlastního teoretického a terapeutického přístupu k lidským problémům, jeho logoterapie a existenciální analýzy. Frankl pokládal „vůli ke smyslu“ za normálních okolností za hlavní motivační sílu, která stojí za směřováním a snažením člověka v jeho životě. Pouze tehdy, kdy člověk nedokáže nalézt a uskutečňovat smysluplné objektivní hodnoty ve světě, podřizuje své cíle v životě soběstředným motivům, jako jsou Franklem připomínané „vůle ke slasti“ nebo „vůle k moci“, jako náhražkám za ono prvotní, vskutku lidské zaměření k naplňování smyslu.

V pojetí „životního smyslu“ je však třeba rozlišit dvě úrovně.

Na první úrovni se ptáme: „Co je smyslem života vůbec?“, nebo dokonce: „Má život nějaký smysl, nebo ne?“ Frankl zde hovořil o „nadsmyslu“ života. Tuto otázku můžeme odhalit v nejhlubších základech lidského tázání. Odpověď však může být pouze osobním „krokem víry“, nikoli veřejného empirického dokazování, a zůstává tak i za hranicemi zkušenostně založené logoterapie.

Na druhé straně však je otázka po životním smyslu, tak jak je kladena ve Franklově logoterapii a existenciální analýze, zacílena na velice praktickou, empirickou stránku hledání, co činí konkrétní život člověka hodným žití. To je „specifický smysl“ v životě, který může člověk objevovat a naplňovat, anebo nikoli, v konkrétních, jedinečných situacích, událostech, zážitcích a činech svého každodenního života. Otázkou, která se zde klade, je: co je smyslem této situace pro mne? A: co mám udělat, aby se to stalo skutečností? Toto praktické naplňování životního smyslu tedy spočívá ve dvou krocích:

a) Rozpoznání hodnoty, kterou člověk může uskutečnit za právě daných okolností buď tvůrčím činem, nebo sebezpřesahujícím setkáním, anebo zaujetím prospěšného postoje ke skutečnosti života.

b) Vykonání právě toho, co vyžaduje proměnění takto rozpoznané hodnoty z pouhé příležitosti na opravdovou skutečnost.

Oba tyto kroky k „naplnění smyslu okamžiku“ jsou přísně individuální. Různí lidé s rozdílnými schopnostmi vnímat možnosti smyslu a ohodnotit je a pak zvolit a uskutečnit ty nejhodnotnější mají ve skutečnosti před sebou rozdílné soubory příležitostí i za stejných objektivních okolností svého života. A navíc samozřejmě nikdo není ani „nucen“ právě toto učinit. V zásadě máme svobodu zvolit si i jiné cíle a způsoby, než řídit se hodnotovým smyslem přítomné situace. Klinická zkušenost nám však ukazuje, že změna

vnímání, rozhodování a jednání jedince směrem k praktickému naplňování smyslu zpravidla výrazně přispívá k jeho duševnímu i tělesnému zdraví. Narážíme-li na rutinní a velice praktický problém pacientova zjevného „nedostatku motivace“ k uzdravení, můžeme velice rychle dospět k tomu, že kdo nemá proč žít, nemá ani důvod, proč se chtít uzdravit.

Empiricky můžeme operacionalizovat pojem smyslu v životě otázkami: co ten člověk v této situaci volí a dělá, aby docílil co možná nejlepšího výsledku? A, známe-li toto, pak: a pro co to dělá? Je velké množství intuitivních i standardizovaných metod využívajících výpovědi o sobě, jimiž lze zjišťovat „nasycenost“ vnímání a jednání člověka, motivací směřující k „naplnění smyslu“, v protikladu k třeba i příjemným nebo úspěšným volbám a činům, avšak pro něj osobně smysluprázdným.

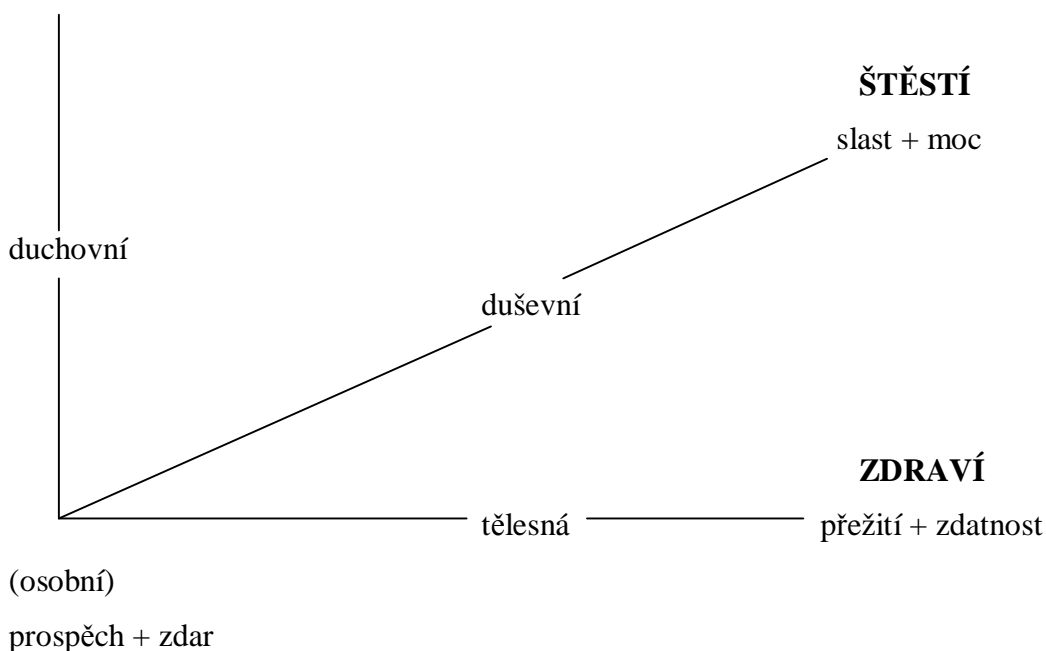
K pojmu kvalita života, který bude konkrétněji vymezen jiným příspěvkem, chci učinit dvě předběžné poznámky:

1. Tento pojem je nutně stejně multidimenzionální, jako je lidský život. Musíme proto stanovit „dimenze“ (stránky, životní kvality), v nichž pojmově a operacionálně „kvalitu života“ vymezujeme a zjišťujeme. Obecné rozlišení těchto dimenzí v zaměření člověka vůči jeho světu a vůči sobě samému ukazuje Obrázek 1, kde uvádíme některé typické znaky pozitivního zacílení v nich.

Obrázek 1 Dimenze kvality života

SMYSL

svědomí + vůle



Při zjišťování kvality života v dimenzi tělesné či „fyzické“ 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.

Aspoň zběžně poznamenávám, že zacílenost, motivovanost a činnost člověka směřující k naplňování smyslu jsou zaměřeny dvojím směrem: jednak k jeho okolí, ke „vnějšímu světu“, jednak k sobě samému, ke svému „vnitřnímu světu“. Duchovní hodnoty jsou sebezpřesazené, obsahují vždy vztažnost člověka k něčemu či k někomu druhému, tedy intencionalitu směřující k přesazení vlastní individuality. „Sociální“ či širěji „ekologická“ dimenze člověka je pro jeho hledání a uskutečňování smyslu kterékoli životní situace podstatná, i když pro něj samého získává povahu právě osobním objevením hodnotového potenciálu a osobním vstupem do ní.

2. V důsledku omezenosti našich pohledů (chceme-li, můžeme ji nazývat „specializovaností“) při zkoumání lidského života jsme zpravidla nuceni redukovat své východisko i svůj záměr na omezenější výběr dimenzí a jejich znaků vystihujících kvalitu života v nich. Ve zvlášť náročné lidské činnosti zvané „věda“ to může být leckdy nutné. Mějme však na paměti, že i úhrn mnoha dílčích hledisek může někdy postrádat něco, co je pro celého člověka životně důležité.

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 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 na něm samém, nýbrž zároveň i ve světě, v němž žije. Dále musí být člověk dostatečně svobodný v uskutečňování zvolených, smysl dávajících hodnot ve světě, aby tak mohl činit s vědomím své odpovědnosti za to. Praktický vůdce člověka v těchto věcech je odedávna znám jako jeho svědomí.

Míra, v níž člověk má pro co žít a také to svým životem uskutečňuje s pocitem svobody k tomu a odpovědnosti za to, vyznačuje „prožívanou smysluplnost“ jeho života. Tu můžeme zjišťovat na základě toho, co nám sdělí o dvou druzích své zkušenosti. Z kladné stránky se můžeme ptát, v kolika směrech a jak intenzivně ve svém životě vstupuje do vztahů a zasazuje se o něco při objevování výzev svého života a při odpovídání na ně tam, kde oslovují jeho cit pro hodnotu. Ze záporné stránky pak v kolika směrech a jak intenzivně v tom selhává a nakolik vykazuje znaky „existenciální frustrace“ - prožívané smysluprázdnosti života.

Existenciální frustrace podle Frankla sama není nemocí; je to jen stav duchovní nouze, kterou může občas v nějakém stupni zakoušet každý člověk. Avšak 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. Tyto účinky jsou zprostředkovány odpovídajícími regulačními mechanismy, jakými jsou třeba jeho sebespojení, jeho myšlenky a city, jeho tělesné neuroimunitní děje, jeho společenské vztahy a chování.

Člověk svůj život přirozeně řídí duchovními regulačními pochody svědomí a vůle, pokud jejich působivost není natolik oslabena, že nad nimi převládnou regulace duševní, společenské nebo tělesné povahy (například emoce, závislosti, tělesné pudy, sociální vazby). Zároveň však mezi těmito různými stavy a událostmi typicky probíhá působivá interakce: různé tělesné, duševní či společenské vlivy svými účinky mnohdy překrývají duchovní pochody objevování a uskutečňování duchovního smyslu, či naopak jejich selhávání v konkrétních situacích všedního života. Některé lékařské či psychologické myšlenkové směry proto pokládají „duchovní“ jevy za prosté projevy tělesného, duševního nebo psychosociálního stavu či situace člověka. Například vysvětlení úkazu svědomí třeba jako zvnitřněných příkazů a zákazů, které jedinec dostával v průběhu svého vývoje od významných osob ve svém životě, nebo jako jeho prosté zkušenosti s příjemnými a nepříjemnými následky svých konkrétních činů v minulosti, které nyní jedinec anticipuje i do budoucna, má stále značnou váhu v současném psychologickém myšlení. Proto je užitečné přezkoumat platnost zde předpokládané kvalitativní odlišnosti duchovních či „noických“ jevů a dějů a jejich předpokládané úlohy v interakci prožívání životního smyslu s jejich duševními a tělesnými protějšky.

Navzdory rozporům jak vytvořit přesnou definici, se objevuje určitá shoda v pohledu na to, co by mělo být zahrnuto ve vyhodnocování kvality života (kategorie běžných

uznaných determinant kvality života). Je samozřejmé, že kvalita života je důležitým ale nadměrně určeným pojmem a je možné, že neexistuje jednoduché, přímé měření kvality života, respektive „asi“ nebude nikdy existovat. Namísto toho můžeme odvodit kvalitu života z jejího základního působení. Tím je řečeno, že kvalita života je nejlépe posouditelná, jak celkovým shrnutím jejích determinant nebo příčin, tak i pochopením v jistém příslušném čase a kulturním kontextu.

Ve společenském životě lidí nejde jen o všeobecné vymezení kvality života, nýbrž o postihnoutí a vymezení tohoto pojmu ve vztahu k různým sociálním vrstvám, skupinám, komunitám, v souvislosti se způsobem jejich života, s jejich životní úrovní. Problémem jsou otázky kvality života lidí nacházejících se na různé úrovni sociální odkázanosti – nezaměstnaní, invalidé, drogově závislí, důchodci a podobně.

Definovat pojem kvalita života, stanovit její indikátory, řešit teoretické i praktické problémy je interdisciplinární otázka, jejíž řešení vyžaduje syntézu hledisek mnoha přístupů a poznatků různých vědních disciplin. Myslíme si, že právě v těchto parciálních hlediscích by integrující disciplinou mohla být teorie sociální práce, respektive sociální politiky.

Autoři jednotlivých studií a knih o problematice kvality života se patrně nejčastěji rozcházelí právě nad problematikou indikátorů – ukazatelů. Kvalita života byla prezentována jako nejasný pojem. Pokud neexistují žádné jednotky na měření této „veličiny“, W.Forrester se pokusil vytvořit systém, ve kterém určil čtyři hlavní faktory zvyšování kvality života: zabezpečení lidí potravinami, finance - zabezpečující životní standard, stav znečištění životního prostředí a stav růstu počtu obyvatel. Už v roce 1961 přijala OSN doporučení dvanácti hledisek na „podmínky života“ (stav ochrany zdraví, doprava a komunikace, byty a jejich výstavba, odívání, odpočinek a zábava, sociální jistoty, osobní svoboda), v roce 1974 Evropská komise OSN systematizovala „sociální indikátory“ do osmi skupin zdraví, kvalita pracovního místa, nákup zboží a služeb, možnosti trávení volného času, pocit sociální jistoty, naděje na rozvoj osobnosti, kvalita fyzického životního prostředí, možnosti účasti ve společenském životě (Halečka, 2001).

Adekvátní chápání kvality života vyžaduje konkretizaci jejího modelu na základě stanovených ukazatelů, faktů, bez kterých by byl tento pojem prázdnou abstrakcí.

Ukazatele kvality života pojímáme jako jednotu ekonomických, politických a kulturních faktorů. Z tohoto hlediska můžeme do souboru či systému těchto faktorů zařadit:

- Stav hospodářského systému s jeho důsledky v možnostech aktivního pracovního uplatnění příslušníků společnosti při tvorbě materiálních a duchovních hodnot,
- způsob odměňování za práci v souladu s komplexními kritérii její náročnosti (fyzické i kvalifikační) a ekonomické efektivity jako ekonomický základ zabezpečení životní úrovně a uspokojování základních potřeb lidí,
- úroveň zaměstnanosti a sociálního zabezpečení v případě nezaměstnanosti,
- úroveň zabezpečení zdravé výživy obyvatelstva,
- úroveň bydlení a stav bytové výstavby,
- úroveň péče o zdraví příslušníků společnosti a způsob jejich zabezpečení v případě nemoci,
- podmínky pracovního a společenského uplatnění těžce zdravotně postižených lidí a možnost jejich seberealizace, jako plnoprávných občanů,
- úroveň koncepce environmentálního programu společnosti a jeho realizace při praktické ochraně životního prostředí,
- stav přírodních a sociálních komponentů životního prostředí,
- stav a úroveň společenské péče o rodinu a o výchovu dětí, stejně jako péče o děti bez rodinného zázemí,
- podmínky základního, odborného, vysokoškolského a celoživotního vzdělávání, včetně možnosti rozvoje osobnosti,
- úroveň zabezpečení přiměřeného plnohodnotného života ve stáří,
- možnosti svobodných společenských aktivit lidí a jejich účast ve společenském životě, úroveň demokracie ve společenských vztazích a společenském systému, stejně jako stav tolerance a možnosti multikulturní společnosti,
- úroveň zabezpečení mírového života lidí a úroveň zabezpečení jejich ochrany před agresivitou a násilím,
- stav zabezpečení a ochrany základních lidských práv, úroveň právního systému a garance spravedlivého uplatňování práva,
- rozsah možností volného času a úroveň možnosti jeho využívání a odpočinek, regeneraci sil, kulturní a jiné hodnotné zájmy sloužící rozvoji osobnosti,
- podmínky péče o lidi odkázané na různé formy sociální pomoci,
- úroveň společenské morálky a její vliv lidskou solidaritu,
- úroveň zabezpečení sociálních jistot lidí a jejich reflexe pocitu jistoty a spokojenosti (Halečka, 2001).

Ukazatele kvality života je možné nahlížet i z negativního úhlu, tedy jako faktory narušení a rozkladu kvality života:

- Devastace přírody a narušení životního prostředí technosférou,
- vojenská politika a uplatňování různých forem násilí,
- dehumanizující důsledky odcizení trhu v oblasti ekonomiky, politiky, kultury,
- nespravedlivé sociálně-ekonomické společenské vztahy a jejich odraz v prohlubování sociální nerovnosti,
- ignorování humanistických zásad a významu sociální politiky státem (Halečka,2001).

Indikátory kvality života (podle WHO)

- 1/ fyziké zdraví – ovlivňuje energii, únavu člověka, bolest a diskomfort či spánek;
- 2/ psychické zdraví – vyjadřuje image, pozitivní a negativní city, sebehodnocení, způsob myšlení, učení a pozornost;
- 3/ úroveň nazávislosti – pohyb, denní aktivity, pracovní kapacita, závislost na lécích;
- 4/ sociální vztahy – jde o osobní vztahy, sociální oporu, sexuální aktivity;
- 5/ prostředí – přístup k finančním zdrojům, svoboda, bezpečnost, zdravé prostředí, sociální péče, domov, přístup k informacím, účast na rekreaci, cestování;
- 6/ spiritualita – osobní víra a přesvědčení, hodnotová orientace (Kováč,2003).

Kvalita života je determinována životními podmínkami a jejich subjektivním prožíváním. Ve všeobecnosti lze pod kvalitou života rozumět sumu životních podmínek, jak historicky vznikly a jsou toho času přítomné. V užším slova smyslu je to charakteristická souhra objektivních životních podmínek, jejich subjektivního hodnocení a z toho vycházejícího individuálního pocitu životní pohody.

Proces, ve kterém se konstituuje změna kvality života, vyžaduje značné adaptační úsilí ze strany jedince – množství životní energie. Starší člověk, bytost bio-psycho-sociální, podléhá kvalitativním změnám vlastního života nevyhnutelně, zákonitě.

Ačkoli kvalita života je pojem těžko definovatelný, jsou známa určitá kritéria, jejichž přítomnost a nebo nepřítomnost determinují jeho stupeň. Kvalita života zahrnuje historické, kulturní a životní vývojové prvky a biologické a vědecké úvahy o ní vedou nevyhnutelně k filozofii, k hodnotovému systému člověka. Kvalitu života z převážné

části, hlavně v seniorském věku, podmiňuje zdraví. Nejde jen o objektivní definici, ale i subjektivní vnímání osobní a společenské pohody člověka.

Kvalitu života je třeba hodnotit a posuzovat z hlediska perspektivy různých vazeb, které jsou srovnatelné s hierarchií potřeb člověka. Mezi ně patří základní schopnosti a faktory, jakými jsou například: autonomie, soběstačnost, schopnost rozhodování, zachování smyslových schopností, udržení sociálního podpůrného systému, určitý finanční standard, pocit užitečnosti pro druhé, pocit štěstí, morálky a podobně. Tyto základní vazby jsou důležité v životě člověka, i když vzhledem k osobnosti je lze považovat za relativní. Kvalita života může tudíž znamenat pro různé osoby velmi rozličné hodnoty. Pro někoho je to velmi bohatá síť přátel, časté kontakty s nimi a jiní jsou raději sami a těší se z příjemné hudby, či poutavé knihy. To nabádá k opatrnosti při posuzování stupně kvality života.

Džuka (2002) uvádí, že ke konceptu kvality života můžeme přistupovat z hlediska dvou aspektů:

- **objektivního**, ve kterém kvalita života znamená splnění požadavků, týkajících se materiálních a sociálních podmínek života, jako výsledku působení sociálních, ekonomických, zdravotních a environmentálních vlivů na život lidí
- **subjektivního**, kde se kvalita života týká všeobecné spokojenosti jedince z jeho pohledu, a to ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům, hodnotám a životnímu stylu vůbec a představují individuální rozměr kvality života.

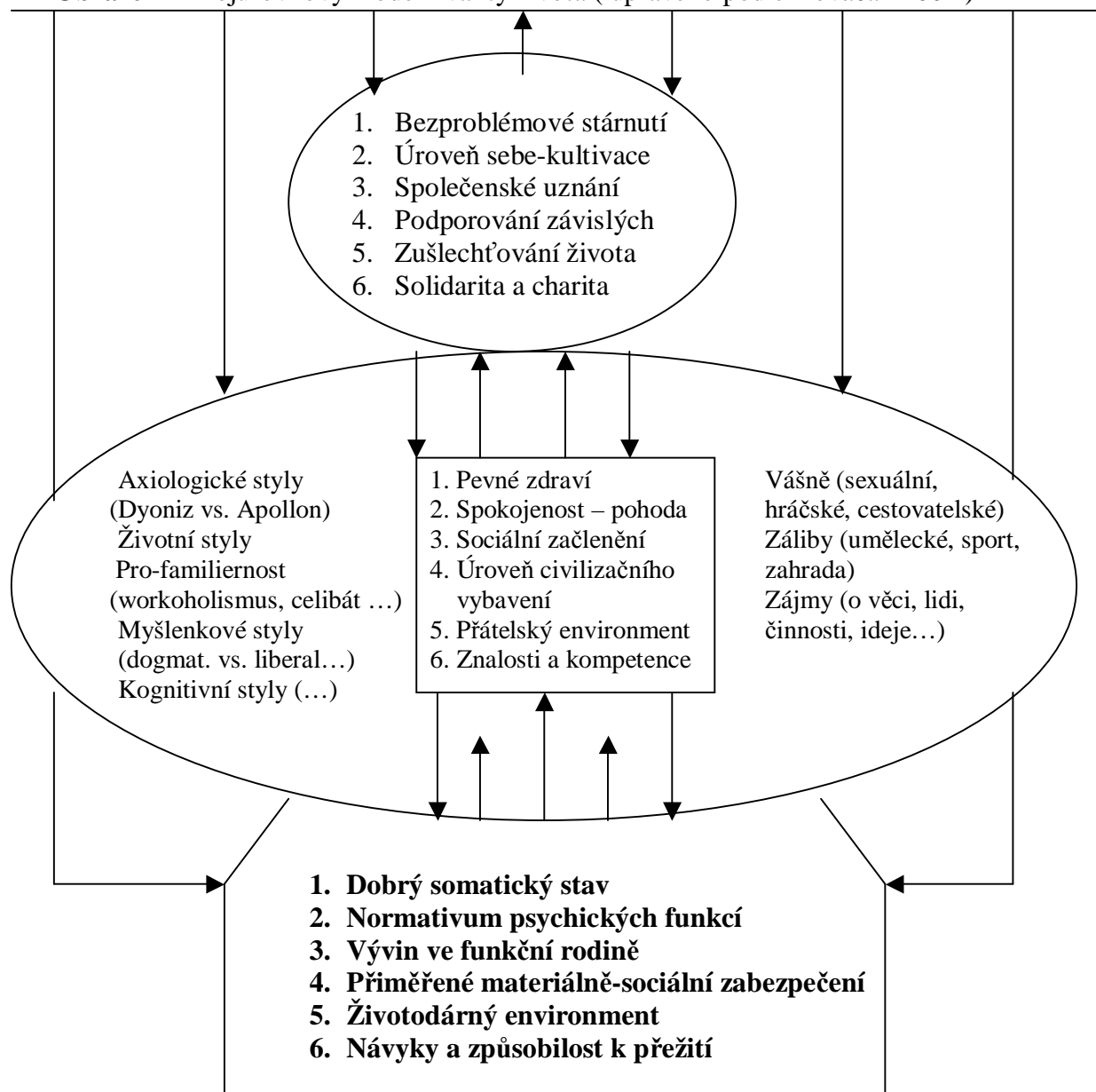
My se přikláníme k modelu D. Kováča v němž je chápání kvality života v našich podmínkách možno rozčlenit na tři úrovně: bazální, mezoúroveň a metaúroveň (Kováč,2004)

První úroveň lze ve všeobecnosti nazvat všelidskou, protože její kritéria lze uplatnit na celém lidstvu. Mezoúroveň lze označit za individuálně specifickou, které dosahují v různé míře konkrétní jedinci ve vyspělých zemích. Konečně některé individuality mohou dosáhnout i metaúroveň, která je svou podstatou kulturně duchovní. Na bazální úrovni kvality života se nachází šest různých komponent: dobrý somatický stav, vývin ve funkční rodině, přiměřené materiálně-sociální zabezpečení, životodárné okolí, návyky a způsobilosti na přežití, psychické fungování v normě. Tento model je konstruovaný na principu navrstvení. Mezoúroveň je charakterizovaná takovými komponenty jako jsou – pevné zdraví, harmonické sociální vztahy, společenský statut, nebo pohoda. Mezoúroveň

může obsahovat mnohem více komponent. Vztahy mezi jednotlivými úrovněmi kvality života nejsou přímočaré a nejsou ani kauzální. Výsostné postavení má v tomto modelu individuálně nalezený a prožívaný smysl života. Sledující tuto linii dostáváme se až ke spiritualitě. Víra v nadpřirozeno a z toho vyplývající chování je historicky i aktuálně přítomná v převážné části populace. Je to osobně kladný vztah k transcendentnu, zahrnující komplex jevů, což se významně promítá do hodnotové orientace jedince. V zemích s křesťanskou tradicí patří k nejreligionálnějším osobám děti a senioři. Zvláště u seniorů se religiozita stává významnou složkou kvality života.

1.3 Smysl života

Obrázek 2 Trojúrovňový model kvality života (upraveno podle Kováča 2004)



Všeobecně se předpokládá, že křivka prožívání štěstí má v celoživotním průběhu celkem dva vrcholy: jeden ve dvaceti, druhý kolem sedmdesátky. Křivky religiózních mají průběh podobný.

Význam spirituality lze shrnout v oblasti významu pro seniory pod společný přínos, kterým je vyrovnanost se životem – spokojenost v duši, obohacování se moudrostí, naděje na věčnou blaženost, neustálá přeměna osobnosti směrem k dokonalejší. Senium je obdobím procesu primární přeměny osobnosti podle systémových regulátorů. Toto lze pozorovat obzvláště na mravné inteligenci, kde jednání jedince je výsledkem psychických a systémových regulátorů kultivující se osobnosti, jakými jsou moudrost, svědomí, střídmost, pro-sociálnost.

Metodologické uchopení kvality života nelze realizovat jednorázovým měřením. Naději má pouze integrace metod. Kvalita života není ani zdaleka problémem chronicky nemocných, takzvaně přestárých, handicapovaných, atd., ale též brizantním problémem takzvané normální populace. (Kováč, 2004) My jsme se rozhodli přistupovat ke kvalitě života z hlediska neopozitivistických pramenů společenských věd.

Neopozitivisté připouštějí, že věda není systém pojmů, ale spíše systémem tvrzení. Proto, jako legitimně vědecké, připouštějí pouze ta tvrzení, která jsou redukovatelná na elementární, takzvaně atomická zkušenostní tvrzení, na percepční úsudky anebo takzvaně protokolární vědy. Základem je tu induktivní logika, podle níž se vychází ze singulárních tvrzení (nejčastěji jako výsledky jednotlivých experimentů), někdy též nazývaných jako partikulární tvrzení. Od těchto je postupováno k tvrzením univerzálním, jakými jsou hypotézy anebo celé teorie. (Ondrejko, 2005)

Empiricko-vědecký systém musí akceptovat možnost svého vlastního vyvrácení zkušeností. Empirická vědecká tvrzení nemohou být rozhodnuta s konečnou platností. Ani na společenské vědy nelze pohlížet jako na „soubor vědění“, tj. soubor toho, co víme, ale spíše jako na systém hypotéz, odhadů anebo předpokladů, anticipací, které ve svém principu nemohou být zdůvodněny ačkoli s nimi věda pracuje (Ondrejko, 2005). Zároveň si uvědomujeme vývoj v oblasti společenských věd, který hovoří o překonávání čistě kvantitativního myšlení.

Kvalita života má svůj rozměr biologický, neurofyzilogický, psychologický, sociální, ekonomický, etický, estetický a jiné. V reálném naplnění takovéto struktury může některý z rozměrů dominovat a nebo může být zastoupen vymezeně až být potlačen, leč vymezení podstaty kvality života na její optimální úrovni a v optimální podobě musí kalkulovat s mnohorozměrností tohoto jevu a zohledňovat ji ve vztahu k struktuře člověka.

Novopozitivisté jsou logicky empiristy a zcientisty. Nejznámější skupinou představitelů neopozitivizmu byl Vídeňský kroužek. Základem celého novopozitivizmu je tvrzení, že poznání a věda se opírají o zkušenost, přičemž novopozitivizmus odlišuje smyslové údaje, zkušenosti, poskytující znalost reálného světa v procesu prožívání a vnímání, od formálních a axiomatických formulací tohoto vědění. Novopozitivizmus analyzuje metody, kvalifikaci kritérií, argumentaci a jistotu poznání a snaží se zkonstruovat formální a axiomaticky dokonalý teoretický systém. Logické principy považuje za nezávislé na zkušenosti, za tautologie, které jsou pravidly gramatického charakteru sloužícími na formulování už známého.

<http://www.ii.fmph.uniba.sk/~filit/fvn/neopozitivizmus.html>

Kvalita života existuje vždy ve spojitosti s jednotlivými vrstvami a úrovněmi této kvality. Proto z hlediska hodnocení určitého stavu a programových cílů nestačí hovořit o kvalitě života obecně, ale vždy ve spojitosti s odpovědí na otázku: „Jaká kvalita a pro koho?“ Tento přístup vyžaduje, aby kvalita života, její úroveň, byla vyjádřena skrze konkrétní ukazatele. Bez nich by byl tento pojem pouze abstrakcí.

Ukazatele kvality života zjišťují spokojenost s vlastním životem, pocit štěstí lidí a jejich očekávání šťastného života. Subjektivní ukazatele životní pohody, prožívání štěstí, radosti ze života, vnímání svých možností a nadějí, které osobě poskytuje prostředí, vnímání možností osobního růstu a zvyšování způsobilosti uchopit své šance, organizovat a vést svůj život.

Z definice WHO vyplývá, že výzkumy kvality života nelze oddělit od zkoumání vytváření a dosahování hodnot ve společnosti. Vystává zde však povícero dilemat: Sociální hodnoty jsou i v rámci jedné kultury rozdílné a je jich více. V jisté době převládají jisté hodnoty. Hodnotové systémy osob, kultur, společenství mohou současně obsahovat různá, až protikladná hodnotová zaměření.

Podle D. Felce a J. Perryho (1995) je možné sledovat korelaci mezi spokojeností a uskutečněnými změnami. Významný nárůst spokojenosti je zpravidla provázen významnými změnami a naopak. Z tohoto důvodu je možné sledovat snahu diferencovat a modelovat kvalitu života, která podle výše uvedených autorů sestává ze tří částí: 1. osobní hodnoty, 2. životní podmínky, 3. osobní spokojenost.

Z důvodu komplexnosti hodnocení kvality života kategorizují Felce a Perry pět životních oblastí : fyzické blaho, materiální blaho, sociální blaho, (kvalita a rozsah interpersonálních vztahů, integrace do komunity), rozvoj a aktivity, emocionální blaho.

Pro hodnocení kvality života občana sestavil S. A. Bortwick – Duffy (1992), in.: Krupa, 2003) tři hlavní dimenze, za které považuje:

1. Objektivní životní podmínky,
2. subjektivní prosperitu a spokojenost,
3. osobní hodnoty a aspirace,

přičemž ve všech dimenzích sleduje psychickou, materiální, sociální, emocionální stránku života, rozvoj a aktivity.

Bigelow a kol., Shaloch, Keith (in.: Krupa, 2003) zkoumají v rámci subjektivní spokojenosti občana deset oblastí jeho života:

1. Všeobecný pohled,
2. radost ze života,
3. ekonomická situace v porovnání s ostatními,
4. posouzení užitečnosti většiny jeho aktivit a souvisejících událostí,
5. jeho spokojenost s bydlením,
6. přístup sousedů k jeho osobě,
7. zkoumání souvislostí jeho vzdělání s jeho profesí, činností,
8. zkoumání rozsahu jeho problému,
9. dotazování po jeho pocitu osamělosti,
10. zjištění, zda se cítí být vyčleněn v sociálních situacích.

1.4 Kvalita života a životní situace jednotlivce (zdravotní stav, okolnosti, potřeby)

Kvalitu života si mnohokrát uvědomíme až tehdy, když se naše životní situace nějakým způsobem změní. Na začátku byla kvalita života dávana do souvislosti s ekonomickou vyspělostí státu a úkolem státu v oblasti materiální podpory nižším společenským vrstvám. Ukázalo se však, že materiální hodnota nestačí na to, aby člověk prožíval kvalitní život. Evropská komise OSN systematizovala indikátory kvality života do skupin: zdraví, kvalita pracovního zařazení, nákup zboží a služeb, možností naplnění volného času, pocit sociální jistoty, šance rozvoje osobnosti, kvalita fyzického prostředí a

možnost účasti ve společenském životě. Významným aspektem kvality života se stalo zdraví.

Podle Hnilicové (2002) kvalitu života můžeme hodnotit z hlediska:

1. Objektivního, ve kterém kvalita života znamená splnění požadavků týkajících se materiálních, sociálních a enviromentálních požadavků.
2. Subjektivního, kde kvalita života se týká všeobecné spokojenosti jedince z jeho hlediska, ve vztahu k jeho osobním cílům, očekáváním, zájmům, hodnotám a životnímu stylu vůbec.

Zdraví je složitým pojmem, ovlivněným společností, jedincem, kulturou, věkem, vzděláním, pro každého jedince představuje něco jiného.

V roce 1947 Světová zdravotní organizace (WHO) uvedla tuto definici zdraví: „Zdraví je stav úplné fyzické psychické a sociální pohody, a nejen nepřítomnost choroby či bolesti“, čímž se prolomil tradiční biomedicínský model chápání zdraví a vyvinul se základ nové koncepce modelu, který chápe jedince jako jedinečnou bio-psycho-sociální bytost, přičemž zrovnoprávňuje subjektivní kritéria s objektivními. Kvalitní život člověka z tohoto hlediska je potom ten, který odpovídá fyzické, psychické a sociální pohodě.

Kvalita života ve vztahu ke zdravotnímu stavu

Sledování kvality života se stává neoddelitelnou součástí léčebné péče o pacienty, u kterých jejich onemocnění a následná léčba narušuje původní sociální vazby a hodnoty fyzického a psychického zdraví. Kvalita života všeobecně a kvalita života v souvislosti se zdravotním stavem se překrývá. Obvykle je definovaná jako „subjektivní působení vlastní životní situace,“ pročež se v medicíně prosazuje označení „healthrelated quality of life“, teda kvalita života týkající se zdraví. Kvalita života je úzce spojena se schopností individua vyrovnat se s nemocí. Jde o pojem velmi obtížný, přičemž daleko přesahuje biomedicínské vnímání. *„Kvalita života ve vztahu k zdravotnímu stavu charakterizuje, co subjekt prožívá následkem nemoci a poskytování zdravotní péče. Jedná se o hodnocení stupně zvládnutí role a kvality prožívaného života v porovnání s tím, co považuje nemocný sám za ideální“ (Libigerová, Mullerová, 2001).*

WHO v roce 1993 definovala kvalitu života jako „vnímání vlastní pozice v životě v kontextu kultury a hodnotových systémů se zřetelem na životní cíle, očekávání, standardy a zájmy. Tento kontext je kompletním způsobem ovlivněný fyzickým zdravím a

psychickým stavem člověka, úrovní nezávislosti a vztahy k významným znakům prostředí“ (Kociová K., Peregrinová Z., 2003).

Kvalitu života můžeme odvozovat od určitých vnějších, objektivních okolností a situací, které determinují život člověka (handicap, onemocnění, krizová životní situace aj.), ale především od toho jak určité životní změny prožívá, zvyrazňuje, jakou hodnotu jim připisuje. Dále je důležité zjistit, k čemu ho tyto změny motivují, jak souvisí s jeho životními ambicemi a cíly, jak přispívají k rozvoji či dezintegraci jeho osobnosti, ke zvyšování sebeúcty a naplnění životního smyslu anebo k existenční frustraci. Při posuzování aktuální kvality života jakožto východiska zdravotní péče je třeba se zaměřit na aktuální hierarchii potřeb jednotlivce a jejich měnící se dynamiku v somatické, psychické, sociální a duchovní oblasti, na možnosti, respektive na překážky jejich uspokojování a na význam těchto možností (Nemčková et al., 2004).

„Potřeba je projevem nějakého nedostatku, chyběním něčeho, což je situace, kterou je nutno odstranit. Prožívání nedostatku ovlivňuje celou psychickou činnost člověka – pozornost, myšlení, emoce, volní procesy, a tím zásadně vytváří vzorec chování jednotlivce.“ (Trachtová et al, 2001).

Míra uspokojování potřeb je subjektivní, protože vysoké uspokojování například materiálních potřeb nemusí ještě znamenat skutečnou kvalitu života.

Chápání kvality života založené na systémovém vyhodnocení aktuálních potřeb umožňuje posuzovat tuto jak u zdravých tak i u nemocných jednotlivců.

Maslowova hierarchie potřeb obsahuje potřeby:

1. **Fyziologické potřeby** – slouží k přežití. Jedinec dělá všechno pro to, aby své fyziologické potřeby uspokojil dříve, než se stanou akutními – dodržování denního rytmu, uspokojování výživy, pohybu, spánku apod.
2. **Potřeby jistoty a bezpečí** – vyjadřuje touhu po důvěře, spolehlivosti, stabilitě, osvobození se od strachu a úzkosti, potřeba ochrany, ekonomického zajištění apod.
3. **Potřeba lásky a soužití** – potřeba milovat a být milovaný, potřeba náklonnosti. Vystupuje do popředí v situacích osamocení a opuštěnosti.
4. **Potřeba uznání, ocenění, sebeúcty, touha po respektování druhých lidí.**

5. **Potřeba seberalizace s sebeaktualizace** vystupuje jako přání realizovat svoje schopnosti a záměry, člověk chce být tím, čím podle sebe být může (Kozierová et al., 1995, Farkašová et al., 2001).

Faktory, které brání uspokojování potřeb:

1. **Nemoc** – často brání lidem v uspokojování potřeb a sama modifikuje způsob vyjádření potřeb a možnosti jejich uspokojení.
2. **Individualita člověka** – osobnost, též modifikuje potřeby, jejich vyjádření, způsob uspokojování i psychickou odezvu.
3. **Mezilidské vztahy** – jedná se hlavně o vztahy s příbuznými.
4. **Vývojové stádium** – když individuum splní vývojovou úlohu a osvojí si důvěru, může snáze dosáhnout i naplnění základních potřeb, pocitu bezpečí a jistoty.
5. **Okolnosti v jejichž souvislostech choroba vzniká**, ovlivňují samotné potřeby i jejich psychickou odezvu. (Trachtová et al., 2001)

„Při poskytování zdravotní péče můžeme chápání kvality života korelovat s nejširší definicí zdraví podle WHO, které je charakterizováno jako celková pohoda (well-being) dosažená ve všech oblastech lidského života. Zhodnocení celkové pohody lze interpretovat různě, kromě objektivních problémů však určitou orientaci poskytuje hledisko odpovědi na otázky, co je pro člověka důležité, významné, co ho motivuje, jak jedná a co přispívá k jeho pohodě. V teorii ošetrovatelství i v praktické péči mají klíčové postavení lidské potřeby, protože v životě člověka působí jako základní motivační činitel“ (Nemčková et al., 2004).

Š. Litomerický a Krajšík (1991) dává kvalitu života do souvislosti s hodnotovým systémem a to může znamenat pro různé osoby různé hodnoty, přičemž změna kvality závisí od takových faktorů jakými jsou zdraví, sociální jistota, osobnost, životní styl, které lze modifikovat ve prospěch zlepšení kvality života. Hodnoty tvoří základ chování, stávají se vnitřní kontrolou, mají význam v rozhodovacím procesu. Hodnoty jednotlivce jsou významné a ovlivňují jeho zdraví (Farkašová et al. 2001).

Významným aspektem kvality života je začlenění se do společnosti a dobré fungování v rámci mezilidských vztahů.

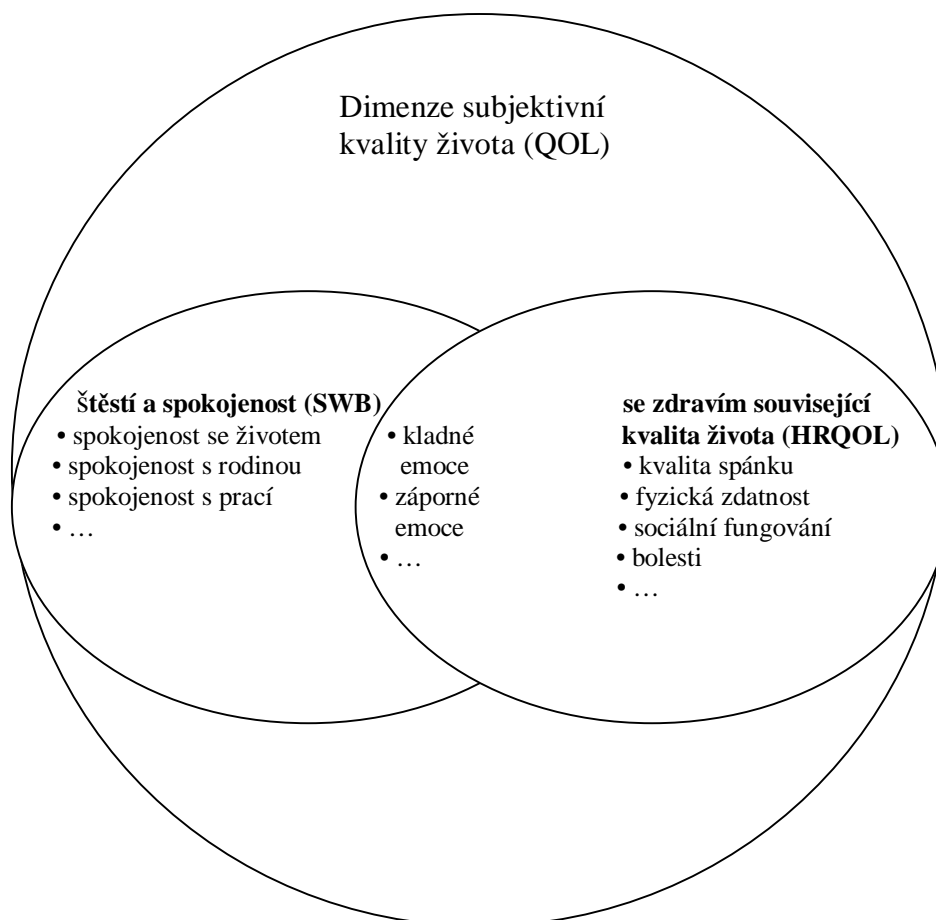
1.5 Věk, pohlaví a kvalita života

V psychologii, sociologii, ekonomii, politologii a medicíně je již několik desetiletí věnována pozornost zkoumání kvality života. Psychologie se v tomto společném úsilí zaměřuje na subjektivní stránku kvality života, často označovanou jako štěstí, „*subjektive well-being*“ (SWB), „*psychological well-being*“ (PWB) i jinak. Poskytuje tak cenná komplementární data k objektivním (ekonomickým, sociálním, politickým) indikátorům kvality života, tj. k informacím o hrubém národním produktu, vývoji porodnosti, úrovni vzdělání populace, mortalitě, rovnoměrnosti rozdělování příjmů atd. Mezi psychology však existují neshody nejen ohledně názvu této subjektivní stránky kvality života, ale rovněž ohledně jejího obsahu. V této práci vycházíme z dnes nejrozšířenějšího pojetí, v němž dochází k integraci několika původně samostatných směrů. Toto pojetí je zaměřeno – zpravidla pod označením „*subjektive well-being*“, SWB – na zkoumání **šťěstí a spokojenosti**. Pro vymezení jeho obsahu měly zásadní význam tři práce. V první z nich dospěl Bradburn, který se věnoval hédonickému pojetí štěstí a kvalitního života, k závěru, že kladné a záporné emoce nejsou dvěma póly téže dimenze, ale že jde o dvě nezávislé dimenze, které jsou ovlivňovány odlišnými proměnnými. To jej vedlo k definici kvalitního života jako života, v němž převažují kladné emoce nad emocemi zápornými. O několik let později zavedli Andrews a Whitey škálu určenou k měření celkové spokojenosti se životem. Ve stejném roce vydali Campbell, Converse a Rodgers práci věnovanou zkoumání souvislostí mezi celkovou spokojeností se životem a spokojeností s jednotlivými oblastmi, jimiž jsou například rodina, práce, zdraví, dosažená úroveň vzdělání atd. Subjektivní kvalita života (*subjective well-being*, SWB) je v návaznosti na tyto práce v psychologii dnes často pojímána jako konstrukt, který je definován čtyřmi spolu souvisejícími, avšak nepřekrývajícími se komponentami: kladnými emocemi, zápornými emocemi, spokojeností s jednotlivými oblastmi a spokojeností se životem jako celkem. Kladné a záporné emoce představují afektivní komponentu kvality života, spokojenost s jednotlivými oblastmi a spokojenost se životem vcelku její komponentu kognitivní.

Kromě štěstí a spokojenosti jsou – především v medicínských a paramedicínských vědách – mezi dimenze subjektivní kvality života zahrnovány i subjektivní zdraví (*subjective health*, SH; *self-rated health*, SHR), případně dimenze zahrnuté pod společný konstrukt se zdravím související kvalita života (*health-related quality of life*, HRQOL).

Souvislosti mezi dimenzemi subjektivní kvality života vyjadřuje následující obrázek.

Obrázek 3 Souvislost mezi hlavními dimenzemi subjektivního života



V obrázku vyjádřené souvislosti však nelze chápat striktně logicky (nejde o Vennovy diagramy). Zejména se zdravím související kvalita života (HRQOL) je vágně (neostře) definovaným pojmem. Kladné a záporné emoce jsou někdy jeho součástí (například v SF – 36), jindy ne. Podobně je tomu se subjektivním zdravím; i tato dimenze je někdy součástí škál měřících HRQOL, jindy nikoliv. Navíc ani kvalita spánku, fyzická zdatnost či sociální fungování nepatří k ‚tvrdému jádru‘ tohoto pojmu: někdy je například zjišťována pouze intenzita bolesti a přítomnost zažívacích potíží.

Pohlaví, věk a psychologické dimenze subjektivní kvality života (SWB)

V literatuře je již řadu let věnována pozornost souvislostem těchto dimenzí subjektivní kvality života s pohlavím a věkem.

Pohlaví

Výsledky zkoumání souvislostí mezi různými psychologickými dimenzemi subjektivní kvality života (SWB) a pohlavím jsou značně inkonzistentní.

Například Diener (1999) a spolupracovníci ve studii shrnující současný stav poznatků o štěstí a spokojenosti (SWB) (1995) dospívají k závěru, že mezi pohlavími neexistují žádné rozdíly. Kromě jiných zdrojů se tito autoři opírají o Inglehartovy analýzy. Inglehart (1990) na základě výzkumů z let 1980 – 1986, jichž se zúčastnilo celkem cca 170 000 respondentů, dospěl k závěru, že mezi muži a ženami neexistují žádné rozdíly: cca 80 % mužů i žen uvádělo, že je „poměrně šťastných“ až „velmi šťastných“. Jde o odpověď na často užívanou položku měřící štěstí. Respondent má udat, zda je celkově „velmi šťastný“, „poměrně šťastný“, nebo „ne příliš šťastný“ Smith (1979). Některé výzkumy měřící jiné aspekty kvality života dospívají ke stejnému závěru. Například Fugl-Meyer, Melin a Fugl-Meyerová (2002) zjišťovali spokojenost se životem u reprezentativního vzorku švédských mužů a žen Fugl – Meyer, Melin, Fugl – Meyerová (2002). Jejich šetření se zúčastnilo více než 2500 respondentů. Ani tito autoři nezjistili mezi pohlavími žádné rozdíly.

Oproti tomu dospěly Smithová a Baltesová na základě studia 516 jedinců ve věku na 70 let k závěru, že muži jsou celkově spokojenější se svými životy a že prožívají méně často záporné emoce než ženy Smith a Baltes (1998). Pinguart a Sorensen vykonali metaanalýzu studií kvality života starých respondentů Pinguart, Sorensen (2001). I zde výsledky ukazují, že jsou muži se životem signifikantně spokojenější než ženy. Mroczek a Kolarz (1998) pracovali s národně reprezentativním souborem z USA ve věku od 25 do 74 let. Ve výzkumu respondenti mimo jiné udávali frekvenci prožívání některých kladných a záporných emocí za posledních 30 dní. Muži prožívali během sledovaného období významně častěji kladné a méně často záporné emoce než ženy. Hraba a spolupracovníci (1995) sledovali v roce 1991 určité aspekty kvality života mužů a žen v ČR. Podle výsledků těchto autorů byly ženy více depresivní a úzkostné a více somatizovaly své problémy než muži.

V jiných studiích je však zjištěna přesně opačná souvislost. Například Mookherjeeová (1997) pracovala s daty z národních anket, které byly realizovány v USA v letech 1982 až

1991. Sloučením dat z těchto deseti samostatných šetření získala soubor více než 12 000 respondentů ve věkovém rozpětí od 18 do 89 let. Celkový index spokojenosti se životem vytvořila součtem údajů o spokojenosti se šesti oblastmi (rodina, přátelé, finanční situace atd.). Ženy byly v tomto agregovaném souboru výrazně spokojenější než muži. Woodová, Rhodesová a Whelanová (1989) realizovaly metaanalýzu 78 studií, v nichž byly testovány vztahy mezi pohlavím a subjektivní kvalitou života (spokojeností se životem, štěstím, well-being a kladnou emocionalitou). Většina primárních studií pocházela z USA. V 18 z těchto studií bylo pracováno s reprezentativními vzorky z USA. V těchto 18 studiích byla zjištěna signifikantně lepší kvalita života žen než mužů.

Campbell, Converse a Rodgers (1976) nezjistili v národně reprezentativním výzkumu v USA v principu žádné rozdíly mezi pohlavími. Tito autoři však ukazují, že je kvalita života závislá na interakci pohlaví a rodinného stavu. Rozvedené ženy vykazují v některých důležitých ukazatelích horší kvalitu života než rozvedení muži. Naopak vdané ženy vykazují v řadě ohledů výrazně lepší kvalitu života než ženatí muži. Rovněž Woodová, Rhodesová a Whelanová (1989) sledovaly v již zmíněné metaanalýze souvislosti s rodinným stavem. Dospěly k závěru, že manželství obecně přispívá ke zlepšení kvality života, zejména pak ke zlepšení kvality života žen. Protože většina respondentů v analyzovaných souborech byla ženatých či vdaných, dospívají autorky k závěru, že rozdíly mezi pohlavími ve prospěch žen jsou patrně vysvětlitelné tímto faktorem.

Věk

Podobně je tomu i s věkem. Některé výzkumy ukazují, že mezi věkovými skupinami nejsou rozdíly, jiné ukazují na lineární sestupný nebo naopak vzestupný trend, další výzkumy poukazují na možnost nelineárního vztahu mezi věkem a SWB. Konečně některé výzkumy odhalily interakci věku a pohlaví.

Například Fugl-Meyer a Fugl-Meyerová (2002) nezjistili u reprezentativního vzorku švédských mužů a žen žádnou souvislost mezi věkem a spokojeností se životem. Rovněž Easterlin (2001) dospívá k závěru, že během let 1972 až 1996 zůstala v USA u každé věkové kohorty spokojenost se životem takřka neměnná.

Rodgers (1982) analyzoval data z národně reprezentativních vzorků za léta 1957 až 1978. Téměř ve všech letech byly zjištěny výrazné rozdíly mezi věkovými kategoriemi: mladší respondenti byli se svými životy spokojenější než respondenti starší. Tento negativní trend se však postupem let stále snižoval, takže se v posledních letech této

časové řady začala projevovat spíše opačná tendence. To potvrzují rovněž data Clementa a Sauera (1976). Tito autoři zjistili v polovině 70.let u reprezentativního vzorku amerických respondentů (N = 1400) mírný pozitivní lineární trend: starší respondenti byli se svými životy spokojenější než respondenti mladší. Rovněž Campbell, Converse a Rodgers (1976) zjistili pozitivní lineární trend mezi věkem a kombinovaným indexem well-being.

Clark, Oswald a Warr (1996) analyzovali data získaná u reprezentativního vzorku (N = 5016) anglických zaměstnaných respondentů. Šetření proběhlo v roce 1991. Výsledky analýz ukazují na existenci nelineárního vztahu mezi věkem a spokojeností se životem. Tento vztah (v podobě U) platil pro obě pohlaví. Bod nejnižší spokojenosti se životem byl mezi 38 – 40 lety. Blanchflower a Oswald (2004) ukazují na časových řadách z USA a Velké Británie, že za posledních cca 25 let vyjazuje věk se štěstím (USA) či spokojeností (GB) negativní lineární a kladný kvadratický vztah. Negativní trend byl v USA strmější pro ženy než pro muže. Mroczek a Kolarz (1998) v již zmíněném výzkumu zjistili, že souvislost mezi věkem a frekvencí kladných emocí vykazuje u žen nelineární a u mužů lineární vzestupný trend (u obou pohlaví tedy s věkem kladných emocí přibývalo).

Inglehart (2002) v jedné z dalších prací analyzoval data z rozsáhlé série výzkumů, které proběhly v rozpětí let 1981 až 1997 v 65 státech světa. Těchto šetření se zúčastnilo celkem cca 146 000 respondentů. Zatímco v jedné z předchozích často citovaných studií tento autor tvrdil, že mezi pohlavími neexistují ve spokojenosti se životem žádné rozdíly, potvrzuje v této práci existenci rozdílů. Tyto rozdíly jsou však moderovány věkem. Inglehart se nyní zaměřil pouze na respondenty, kteří uvedli, že jsou „velmi šťastní“. Ukazuje, že mladší ženy (ve věku pod 45 let) jsou častěji velmi šťastné než stejně staří muži, avšak starší ženy (nad 45 let) jsou naopak méně často velmi šťastné než stejně staří muži. Tyto rozdíly platily i pro muže a ženy v ČR. Celkově se však týkají necelých 10 % českých respondentů, kteří uvedli, že jsou velmi šťastní.

Mroczek a Kolarz (1998) zjistili komplexní interakci věku, pohlaví a rodinného stavu při determinaci výskytu záporných emocí. U žen nebyl mezi frekvencí prožívání záporných emocí a věkem zjištěn žádný vztah. U mužů byl zjištěn záporný lineární trend (tj. mladší muži prožívali záporné emoce častěji než muži starší). Tento trend byl výraznější u ženatých než neženatých mužů.

Společný všem třem dimenzím je směr rozdílu mezi pohlavími: muži mají ve všech dimenzích lepší kvalitu života než ženy. Rozdíl mezi nimi se týká průběhu regresních

funkcí s věkem. První dimenze (spokojenost, SVW_C) vykazuje s věkem zápornou lineární a kladnou kvadratickou funkci, tj. má podobu nedotaženého doširoka otevřeného U. Současně se ukazuje, že ženatí muži a vdané ženy mají v tomto ohledu lepší kvalitu života než ostatní kategorie respondentů. Se zdravím související dimenze kvality života (HRQOL) vykazuje s věkem záporný lineární trend. Vdané ženy mají v této dimenzi lepší kvalitu života než ženy nevdané; u mužů je tomu právě naopak. Stenické emoce vykazují s věkem kladnou lineární a zápornou kvadratickou komponentu. U posledních dvou dimenzí vykazuje navíc věk s pohlavím interakci, která má stejnou podobu – s věkem se zhoršuje kvalita života žen výrazněji než kvalita života mužů.

Zde tedy odborné mínění nejpovolanějších odborníků.

Mínění, s nímž se dovede dle všech existujících možností ztotožnit jak autor, tak i každý, citlivý, rozumně uvažující člověk.

A autor šel ve všech svých úvahách cestou, víceméně regulovanou panem Janem Paynem a jeho kolektivem.

Takto vybaven a ovlivněn se vrátil ku svým výchozím úvahám.

Opět a stále si tedy kladl otázky o pozitivní ovlivnitelnosti kvalit lidského života.

Na základě svých racionálně-etických úvah, podpořených celou řadou studií, završených studií díla Jana Payneho, dospěl autor k následujícímu závěru:

„I sebe-individuálnější a sebe-individualističtější člověk vnímá libě možnost disponovat kladným kontaktem, popř. vztahem k ostatní lidské společnosti.

Aspektů takových kontaktů a vztahů je, už vzhledem k lidské individualitě, nekonečně mnoho, ze strany jedince však vždy obsahují prvek lidské vzájemnosti, ze strany společnosti je vždy přítomen element pozitivního nadhledu na jedince dobře uplatnitelného.

Autor se tedy rozhodl především věcně a objektivně prokázat pozitivní vliv klientovi uplatnitelnosti, tj. míry kvalifikace a vzdělání, na podobu jeho základní sebereflexe, která je nejzákladnějším kamenem jakkoli definované kvality života.

1.6 Hodnocení kvality života

„Účelem měření kvality života není zjistit přítomnost a závažnost onemocnění, ale ukázat jak je individuem manifestace onemocnění anebo léčby prožívána“ (Libigerová E., Mullerová H., 2001).

Komponenty a faktory ovlivňující kvalitu života:

1. **Fyzické aspekty:** potíže vyplývající z choroby a jejích symptomů,
utrpení,
funkční stav pacienta,
soběstačnost, nezávislost.
2. **Emocionální aspekty:** obsahují celkovou náladu pacienta.
3. **Sociální aspekty:** mezilidské vztahy v rodině,
účast v sociálních aktivitách,
udržování stávajících kontaktů.

Pro hodnocení kvality života jsou důležité rozdíly mezi vnímáním zdravotního stavu a skutečným zdravím. Pacienti, kteří se smíří se svým onemocněním se snáze přizpůsobí životu s nemocí, jsou schopní měnit své plány v závislosti na progresy onemocnění a tím získávají určitý pocit životní pohody. Pro pacienta funguje kvalita života jako motivační síla k práci, protože vědomí člověka o jeho zdravotním stavu má velký význam pro prognózu onemocnění. Postoje k vlastnímu zdravotnímu stavu jsou důležité indikátory průběhu onemocnění. Dotazník monitorující kvalitu života pacientů, kteří trpí chronickým onemocněním měl by obsahovat následující kategorie:

- Tělesný stav,
- psychický stav,
- ekonomická situace, zaměstnání,
- sociální situace (Sádovská, 1997, Liigerová, 2001, Křivohlavý, 2002).

Existuje více metod pro hodnocení kvality života, které se rozdělují na:

- metody, kde kvalitu života hodnotí druhá osoba,
- metody, kde hodnotitelem je sama daná osoba,
- smíšené metody, které vznikly kombinací metod typu I a II (Křivohlavý, 2002).

Dotazníky pro hodnocení kvality života se rozdělují na dva základní typy:

- Generické dotazníky,
- specifické dotazníky.

Generické dotazníky hodnotí všeobecně celkový stav, bez ohledu na konkrétní onemocnění, věk, pohlaví a jsou široce použitelné.

Specifické dotazníky jsou vytvořené pro jednotlivé typy onemocnění, jsou jednoznačně senzitivnější, častokrát je jejich součástí právě generický dotazník.

Výzkumný přístup ke kvalitě života zřejmě nejkompexněji reprezentuje projekt Světové zdravotnické organizace WHOQOL (1997).

Jedná se o generický dotazník – World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL – 100) a dotazník WHOQOL – BREF (jeho zkrácená verze). Předpokládá, že na kvalitě života se podílí šest oblastí (domén), obsahujících různý počet indikátorů. Je o následující domény:

1. **tělesné zdraví** – indikátory: energie, únava, bolest a diskomfort, spánek a odpočinek
2. **psychické funkce** – indikátory: image vlastního těla a vzhledu, negativní a pozitivní emoce, sebehodnocení, myšlení, učení, paměť, pozornost
3. **úroveň nezávislosti** – indikátory: mobilita, aktivita v každodenním životě, závislost na lécích a zdravotních pomůckách, pracovní kapacita
4. **sociální vztahy** – indikátory: osobní vztahy, sociální podpora a sexuální aktivity
5. **prostředí** – indikátory: finanční zdroje, svoboda, fyzická bezpečnost, sociální a zdravotní péče, prostředí domova, možnost získání informací a kompetencí, fyzikální prostředí (hluk, klima, provoz, doprava)
6. **spiritualita** – osobní přesvědčení

Psychická kvalita života v rámci této koncepce je vyjádřena jako přežívání negativních a pozitivních emocí (Kováč, 2003).

Cílem hodnocení kvality života u chronicky nemocných je zajištění relativního komfortu, zmírnění symptomů a udržení funkčních kapacit především nezávislosti.

PSYCHOSOCIÁLNÍ ASPEKTY ONEMOCNĚNÍ

PSYCHICKÉ ASPEKTY ONEMOCNĚNÍ

„Kognitivní problémy se týkají onemocnění. Pacient na nemoc často myslí. Myslet na ní doslova musí. V jeho mysli se toto téma objevuje samovolně. Pacient jí pak dává do souvislosti jak s momentálním stavem, tak i s další perspektivou“ (Křivohlavý, 2002).

Fyzická stránka člověka je úzce spjata se stránkou psychickou, v důsledku čehož se mění přežití a jednání jednotlivce. Změněný postoj, ohnuté držení těla, porucha chůze a třes, jsou častou příčinou ztráty soběstačnosti, nezávislosti, schopnosti sebeobsluhy a s ní spojený:

- Handicap fyzické nezávislosti,

- handicap mobility,
- handicap zaměstnání,
- handicap společenské integrace,
- handicap ekonomické závislosti.

(Křivohlavý, 1985).

S narušením některé schopnosti pacienta úzce souvisí i vznik různých psychických poruch, kterými je onemocnění provázeno. Nemoc zasahuje zejména oblast emotivity, reaktivity, chování, myšlení a některé stránky osobnosti. Změny v emotivitě se vyskytují nejčastěji ve formě negativních emocí, depresí, apatie, lhostejnosti a strachu z bezmocnosti. V důsledku progresu onemocnění se zvyšuje pravděpodobnost depresivních stavů, citové lability a neurotických reakcí. Vzniká pocit odlišnosti, osamělosti a méněcennosti. Přirozený je i hněv k jiným osobám. Největší dopad v psychické oblasti má onemocnění na sebepoznání pacienta, na to jak sám sebe vidí, hodnotí, chápe. Jeho identita je postižená nejvíc, bojuje s myšlenkou – „Kdo jsem? Jak dál? Proč právě já?“ Ztrácí pocit schopnosti něco řešit, ale dokonce i osobní úctu a cenu. Tento stav popisuje Křivohlavý, jako „non person“ – nejsem osobnost. Naučit se s nemocí žít a bojovat proti tělesným a duševním těžkostem je stejně důležité, jako samotná léčba. To, jak bude pacient reagovat na svoji chorobu a jak ji přijme, do značné míry závisí od zdroje a způsobu poučení o jeho prognóze. Vzájemná interakce pacienta a jeho okolí je vážným činitelem, který působí na charakter prožívání onemocnění. Psychický postoj k onemocnění a jednání jsou faktorem, který může ovlivnit úspěch léčby a úspěšnou rehabilitaci.

Adaptace pacienta na chorobu

Člověk je jako adaptabilní systém,. Vyvíjí se působením různých okolností, podmínek, vlivů, vnitřního a vnějšího prostředí. Člověka chápeme jako „celek“, což je vyjádřené termíny holistický a holismus. Lidská bytost je „otevřený systém“, který je ve stále interakci s měnícím se prostředím, jinými slovy: individuum se podílí na dynamické vzájemné výměně mezi ním a prostředím, což je základem systému životnosti, reprodukční schopnosti, kontinuity a schopnosti překonávat změny (Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995).

Změna vztahu v rodině jako následek onemocnění

„Pojem intimní chápeme jako osobní, důvěrný, nebo citový. Intimní problémy zahrnují problémy, které se týkají osobních vztahů člověka – partnerské, manželské, rodičovské a také ty, které člověk prožívá, pociťuje uvnitř – pocit méněcennosti, poruchy sebeakceptace, strach z budoucnosti, atd.“ (Atkinsonová, 1995).

Aby se člověk stal adaptovanou a šťastnou osobností, potřebuje mít svoje místo v sociální skupině, potřebuje se v ní cítit dobře, touží po pozitivním hodnocení a podpoře. Takovou sociální skupinou je pro nemocného rodina. *„Rodina je základní sociální systém, který má svoje kulturní hodnoty, specifickou funkci, strukturu a prochází různými vývojovými stádii“ (Hanzlíková et al.).* Jednotlivci umožňuje, aby v ní našel oporu a svoje místo. Má ochrannou funkci, dává pocit bezpečí. Změna způsobu života vyvolaná nemocí se dotýká veškerých mezilidských vztahů, které si pacient vytvořil před onemocněním, se členy své rodiny, s přáteli a jinými. S rozvojem choroby se objevují nové požadavky často kladené vysoké nároky na rodinné příslušníky. V rodině vzniká statut nemocného s výraznou závislostí na členech rodiny, nemocný reaguje buď pasivitou a vyžaduje ochranu, nebo naopak agresivitou vůči blízkým. Často se setkáváme s fenoménem, kdy pacient začne zneužívat své onemocnění s cílem vydobýt si pozornost členů rodiny, zejména partnera. Staví se do role nemohoucího, bezvládného i v situacích, ve kterých by si uměl poradit sám. Prostřednictvím choroby se snaží připoutat si partnera, dokonce v něm vyprovokovat pocit viny, že za jeho nemoc může on sám (například po předcházejících partnerských neshodách v období před chorobou). Takovým způsobem tedy manipuluje se svým okolím, stává se v mnohých ohledech sobeckým, požadovačným, co do jisté míry vyplývá i ze samotné změny osobnosti pacienta v průběhu onemocnění. Na tom, jak se budou rodinné vztahy vlivem onemocnění vyvíjet, má podíl i sám pacient. Způsob, kterým přijme své onemocnění, určuje a z části usměrňuje odpověď jeho okolí. V mnoha rodinách lze pozorovat i určitý pozitivní dopad onemocnění, neboť dochází ke stmelení celé rodiny. Jedinci napomáhá akceptovat změněný zdravotní stav, přijmout ho, začlenit se do sociální skupiny a tak zvyšovat kvalitu jeho života. Péči o nemocného není možné nařídít, neboť je dána morálními kvalitami rodiny, hodnotovým řebříčkem jejích členů a morální situací v rodině. Často si vymůže kompromisy.

Sociální izolace

Každý člověk prožívá svůj život mezi lidmi, je jeho přirozenou potřebou žít v ustáleném sociálním rámci a být sociálně akceptovaný. Snaha po sociálním kontaktu je jedna ze základních potřeb člověka. „*Sociální izolace znamená stav, při kterém prožívá jedinec potřebu či touhu po kontaktu s jinými, leč takovýto kontakt není schopen navázat*“ (Kozierová, Erbová, Olivierová, 1995).

K sociálním potřebám můžeme zařadit potřebu jistoty, bezpečí, lidského kontaktu a komunikace. V důsledku progresse onemocnění u nemocných v pracovním procesu dochází k úpadku v sociální sféře, neboť nemohou vykonávat původní zaměstnání a většinou ho ztrácejí. Toto vede k poklesu standardu, k oslabení mezilidských vztahů, ztrátě přátel, vytržení ze společnosti a nastává ztráta společenského uplatnění. Mění se sociální statut jedince. Neschopnost navázat nové osobní vztahy je tedy podmíněna i nedostatkem společenských kontaktů a nejen sníženou sebedůvěrou. Je třeba si uvědomit, že nemoc sice pacienta omezuje v některých jeho plánech do budoucna, ale nečiní ho méněcenným a nesnižuje jeho lidskou důstojnost. Každý člověk prožívá svůj život mezi lidmi, je jeho přirozenou potřebou žít v ustáleném sociálním rámci a být sociálně akceptován.

2. Cíle práce a hypotézy

2.1 Cíle práce

- přínos pro speciálně – pedagogickou sféru – průkaznost jejího vlivu na vytváření podmínek pro zvyšování kvalifikace zrakově handicapovaných jedinců a jejich následnou uplatnitelnost
- prokázání pozitivního náhledu široké veřejnosti na pracovní uplatnitelnost zrakově znevýhodněných, vyplývající z úrovně jejich vzdělanosti
- práce si klade za cíl prokázat souvislost mezi mírou vzdělanosti a následné pracovní uplatnitelnosti i zrakově postiženého jedince a jeho možnostmi v oblasti oboustranné komunikace s okolím
- vytvoření vědeckého důkazu – vědecky sdělného dokumentu disponujícího dostatečnou sumou odborně objektivních dat
- prokázání pozitivního vlivu kvalifikace a následné pracovní uplatnitelnosti na kvalitu života i zrakově postižených

Konkrétním cílem a smyslem této práce je vytvoření objektivního, věcného a přístupného vědeckého důkazu.

Uplatnitelnost kteréhokoli jedince vzniká především prostřednictvím získání konkrétní kvalifikace dotyčného jedince, je předmětem daného výzkumu vliv kvalifikací navozené uplatnitelnosti na kvalitu života zrakově znevýhodněného jedince, tj. tyflopedického klienta, z toho apriori vyplývá cíl prokázat vliv zvyšování kvalifikace na uplatnitelnost zrakově handicapovaného jedince a následně z toho plynoucí vliv na kvalitu jeho života.

Práce vědecky zkoumá stav klientovi sebereflexe a jeho reflexe životní reality v kontextu míry jeho uplatnitelnosti v profesních, osobních a společenských aktivitách. Zvláštní důraz je též věnován klientovým snahám a konkrétním aktivitám, které mají za cíl míru této uplatnitelnosti zajistit, či navýšit.

Monitorovány a vyhodnocovány jsou tedy i klientovy reflexe, související s kvalifikacemi a rekvalifikacemi, které jeho uplatnitelnost umožňují, zajišťují, popřípadě navyšují.

Práce ve svém konceptu od ideje, přes výchozí hypotézu atd. předpokládá průkazné doložení kladné souvislosti klientových reflexí s mírou jeho všestranné uplatnitelnosti..

Předpokládaným výsledkem je vytvoření vědecky sdělného dokumentu, disponujícího dostatečnou sumou vědecky objektivních dat.

Za předpokladu potvrzení správnosti výchozí hypotézy bude takto vědecká veřejnost mít k dispozici věcný doklad opodstatněnosti co možná nejužšího propojení vědecko teoretických i prakticky činných sfér speciálně pedagogických a běžně pedagogických struktur.

Navozování a dosahování pozitivně účinkující kvalifikace a rekvalifikace zde bude již fyzicky doložitelným argumentem.

Práce navíc konfrontuje své závěry s útvarem tzv. kvalit života, jejichž multi-definovatelnost činí záležitost ještě dalekosáhlejší.

Jakkoli jsou ‚kvality života‘ vesměs závislé na subjektivní, lidské individualitě, kalkulují ve své nejobecnější rovině s lidským individuem v lidské společnosti – a zde opět pozitivně účinkuje fenomén všestranné uplatnitelnosti.

Speciálně pedagogická sféra vědeckých bádání zde tedy rovněž průkazně dokládá svůj nedílný vliv na celospolečensky všestranně přítomný jev, kvalit lidského života.

2.2 Hypotézy

- vyšší míra vzdělanosti zrakově postiženého jedince zvyšuje jeho šanci na kvalitní společenské vztahy, a to jak v oblasti profesního uplatnění a soběstačnosti, tak v oblastech osobního a soukromého života
- nedílnou součástí naší společnosti je všestranně (tedy i kvalifikačně a profesně rozmanitá skupina zrakově postižených spoluobčanů
- rozdílné životní situace zrakově postižených jsou v oblasti sociální interakce, tedy přístupu k okolí a přístupu okolí, často výrazně ovlivněny jejich možnostmi profesního uplatnění, které je samo o sobě významnou oblastí sociální komunikace

- tradičně propagovaný vztah k práci jedince i skupiny nalézají pozitivní odezvu i v současné společnosti a jedinec s tímto přístupem, navzdory ztíženým podmínkám, má reálnou šanci na nárůst osobní prestiže - a tím i zkvalitnění svého společenského statutu

Výchozí předpoklady, tvořící konceptuální základ této práce, vychází ze všeobecně uznávaných a objektivně platných faktů, vztahujících se k funkčním principům lidské společnosti.

Objektivní fakt bytostné společenskosti lidského druhu přímo předznamenává ten výchozí předpoklad, že totiž jakýkoli člověk, třeba vystavený životní realitě zrakově znevýhodněného klienta tyflopédické sféry speciální pedagogiky, permanentně touží po své specifické podobě kontaktu s ostatní lidskou společností.

Stejně objektivní fakt navozuje předpoklad, že totiž jakkoli kulturně vyhraněná lidská společnost pozitivně kvituje dobrou uplatnitelnost kteréhokoli jedince, a že s rostoucí uplatnitelností tohoto jedince stoupá tolerantnost dané společnosti vůči jedincovým specifikům.

Výchozí předpoklad a úvodní hypotéza této práce tedy konstatují, že kvalifikací navyšovaná profesní uplatnitelnost dopomáhá tyflopédické klientele ke vzájemnému zkvalitnění či zajištění jejího společenského kontaktu s okolím, což je jeden z nezákladnějších elementů veškerých definovatelných kvalit života.

Dalším výchozím předpokladem práce je vědecká průkaznost tohoto vztahu, i nezpochybnitelnost jeho přímé spojitosti s jakkoli definovatelnou skupinou výše uvedených kvalit života.

Průkazně dokládaná/vyvrácená hypotéza se konkrétně týká důkazu pozitivní souvislosti uplatnitelnosti zrakově znevýhodněného jedince s jeho tak zvanými kvalitami života.

3. Materiál, metodika a charakteristika respondentů

Práce vznikala na základě studia dostupných pramenů – literatury, odborných periodik a internetu. Dalšími podklady byly četné konzultace s odborníky zabývajícími se relevantní problematikou a samotnými zrakově handicapovanými občany a to formou dotazníkového šetření. V nemalé míře bylo využito osobní zkušenosti s vlastním zrakovým handicapem a zkušenostmi získanými v rámci profesního působení.

Sběr dat

Při volbě dotazníkové metody pro realizaci výzkumu bylo třeba řešit faktickou nepřítomnost adekvátního modelu. Z tohoto důvodu byl na základě konzultací s PhDr. Dragomireckou vytvořen model vlastní, přímo zaměřený na škálu zkoumaných problémů.

Pro dotazníkové šetření byly sestaveny dotazníky a to pro dvě základní skupiny respondentů – pro skupinu zrakově handicapovaných a dále pro skupinu zdravé populace.

V rámci dotazníků byly otázky orientovány dle stanovených cílů této práce a to tak, aby poskytly odpovědi na stanovené hypotézy a potvrdily je, eventuálně vyvrátily.

Byly využity celkem dva druhy dotazníků.

Pracovně byly pojmenovány „Dotazník pro zainteresovanou klientelu“ a „Dotazník pro zdravou veřejnost“.

Tyto v sobě obsahovaly jak informace exaktní, statistické (pohlaví respondentů, věk respondentů,...), tak informace humánní (Alternativní dotazy na klientovu sebe-reflexy jeho životní reality,...)

Konkrétně zazněly tyto otázky:

Dotazník pro zainteresovanou klientelu

1. Oftalmologická diagnóza členů skupiny respondentů
2. Věkový průměr členů skupiny respondentů
3. Diferenciace skupiny respondentů dle doby vzniku jejich znevýhodnění
4. Diferenciace skupiny respondentů podle pohlaví
5. Nejvyšší úroveň dosažené vzdělání jednotlivých respondentů
6. Profese respondentů
7. Soukromí respondentů, jejich zájmy a záliby
8. Vliv handicapu na profesi respondentů

9. Vliv handicapu na záliby respondentů
10. Vliv handicapu na společenské postavení respondenta
11. Vliv handicapu na dosažení respondentova životního cíle
12. Vliv handicapu na respondentovo postavení, spokojenost, štěstí
13. Vliv handicapu na kvalitu respondentova života
14. Postoj respondenta k religiozitě, spiritualitě, mystice, atd.
15. Vliv spirituality, mystiky atd. na respondentovo zvládnání handicapu
16. Aktuální postoj respondenta vůči handicapu
17. Oblast respondentových životních přání, cílů, ambicí
18. Vytýčení respondentova životního přání
19. Respondentovi aktivity pro zlepšení jeho životní situace
20. Představy respondentů o jejich hodnocení zdravou majoritou
21. Osobní postoj respondenta vůči zdravé majoritě

Výchozí koncept byl zpracován do následující podoby a statisticky vyhodnocen

1. Váš věk
2. Vaše věková kategorie
3. Vaše oftalmologická diagnóza a z ní pramenící druh handicapu
4. Doba vzniku vašeho zrakového handicapu
5. Vaše nejvyšší dosažené vzdělání
6. Vaše aktuální situace ohledně zaměstnanosti
7. Vliv vašeho handicapu na vaši profesi
8. Vliv handicapu na profesi ve vztahu k zaměstnanosti
9. Vliv handicapu na profesi v návaznosti na dosažené vzdělání
10. Vliv handicapu na profesi v návaznosti na víru
11. Vliv handicapu na profesi v návaznosti na současné postavení
12. Vliv handicapu na záliby v návaznosti na současné postavení
13. Vliv handicapu na společenské postavení v závislosti na vzdělání
14. Vliv postižení na společenské postavení v závislosti na profesních zájmech
15. Vliv postižení na společenské postavení v návaznosti na současné postavení
16. Dosažení vytýčeného životního cíle v návaznosti na vzdělání
17. Dosažení vytýčeného životního cíle v závislosti na profesní zájmy
18. Dosažení vytýčeného životního cíle v návaznosti na současné postavení

19. Vliv handicapu na dosažení životního cíle

Dotazník v principu zkoumal vztahy mezi klientovými reflexemi životní reality a mírou jeho vzdělání. Prokázána byla přímá úměra positivity reflexí s mírou dosaženého vzdělání.

Dotazník pro zdravou veřejnost

1. Typ respondentovi osobní zkušenosti se zrakově postiženými spoluobčany
2. Respondentovi konkrétní informace o tyfopedickém oboru speciální pedagogiky a jeho klientele
3. Respondentovi názory na vzdělavatelnost a vzdělávání zrakově znevýhodněných
4. Respondentovi postoje ke vzdělávání a kvalifikaci zrakově znevýhodněných
5. Respondentovi představy o nedílných podmínkách vzdělávání a kvalifikaci zrakově znevýhodněných
6. Respondentovi postoje k zaměstnávání a zaměstnanosti zrakově znevýhodněných
7. Respondentovo mínění o možnostech profesní uplatnitelnosti zrakově znevýhodněných
8. Vyjádření respondentova postoje vůči výše uvedeným aktivitám
9. Vyjádření respondenta vůči dalším akcím ve prospěch zrakově znevýhodněných (charita, atp.)
10. Příčiny respondentova postoje vůči všem výše uvedeným akcím
11. Emotivní postoj respondenta vůči fyzické přítomnosti zrakově znevýhodněného
12. Příčiny respondentova emotivního postoje vůči znevýhodněným
13. Postoj respondenta vůči profesním odborníkům se zrakovým handicapem
14. Příčiny respondentova postoje k interakci s profesně uplatněnými zrakově znevýhodněnými
15. Postoj respondenta k případné kolegiální spolupráci se zrakově znevýhodněným
16. Příčina respondentova postoje ke kolegialitě zrakově znevýhodněného
17. Postoj respondenta ke přátelským vztahům vůči zrakově postiženým
18. Postoj respondenta k životnímu partnerství se zrakově postiženými
19. Příčina respondentova postoje vůči partnerství zrakově znevýhodněných
20. Mínění respondenta o životních postojích zrakově postižených

21. Postoj respondenta vůči vzdělávacím, kvalifikačním a rekvalifikačním aktivitám samotných zrakově znevýhodněných
22. Obeznamenost respondenta se sociálními možnostmi zrakově znevýhodněných
23. Obeznamenost respondenta s pojmem ‚Chráněné dílny‘, ‚Chráněné bydlení‘

Tento výchozí koncept byl následně zpracován a vyhodnocen do finální podoby

1. Zkušenost se zrakovým handicapem
2. Dostupnost informací o zrakově postižených
3. Možnost vzdělání pro zrakově postižené
4. Postoj k vzdělávání zrakově postižených
5. Běžné povolání pro zrakově handicapované
6. Vnímání charity a podpůrných akcí
7. Reakce na přítomnost zrakově postiženého
8. Příjem služeb od zrakově handicapovaných
9. Postoj ke kolegiální s handicapovanými
10. Přátelství se zrakově znevýhodněným
11. Manželství se zrakově handicapovaným
12. Využívání/zneužívání handicapu jako přirozené chování postižených
13. Hodnocení snah zrakově postižených o vzdělávání a rekvalifikaci
14. Povědomí o pojmu „chráněné bydlení“
15. Povědomí o pojmu „chráněná dílna“

Dotazník zkoumal všeobecnou informovanost široké veřejnosti a především pak anonymně presentované postoje vůči tyflopeditcké klientele zrakově znevýhodněných

Zrakově postižení respondenti vyplňovali dotazníky formou řízených rozhovorů. Zdravá skupina dotazovaných pak odpovídala elektronicky a to zcela anonymně.

Při sběru dat byl kladen důraz na jednotnou administraci dotazníků. Na základě zpracovaných dotazníků byly statisticky zpracovány veškeré vstupní údaje a výsledky byly analyzovány a interpretovány.

Výsledky průzkumu byly hodnoceny též prostřednictvím mediánového testu a dále s cílem posouzení hladiny významnosti (dle stanovených hypotéz). Analyzována byla též hladina statistické významnosti, která poukazuje na pravdivost eventuelně nepravdivost zkoumaných tvrzení.

Charakteristika základního souboru

Základní soubor pro první dotazníkové šetření tvoří 50 zrakově handicapovaných jedinců. Pro druhé dotazníkové šetření byl zvolen soubor čítající 100 zdravých občanů.

Zrakově handicapovaní jedinci byli osloveni prostřednictvím spolupráce s tyflopedickými a společenskými organizacemi i v rámci mimoprofesionálních setkání a kontaktů.

Zdravá veřejnost pak byla spontánně oslovena prostřednictvím elektronické přímé výzvy on-line anonymním dotazníkem.

Věkové, vzdělanostní a jiné rozřídění šetřených skupin se nachází v části 4. Výsledky této práce.

Statistické zpracování dotazníků bylo provedeno v programu Excel a ve statistickém souboru SPSS verze 14.0. Pro hodnocení otázek byly použity dvě metody:

1. Chí – Kvadrát test v kontingenčních tabulkách pro data kvalitativně,
2. otázka 10 a 15 byla škálována od 0 do 5 a rozdíly byly testované Kruskal – Wallisovým testem a následně dvojvýběrovým Wilcoxonovým testem pro vzájemné porovnání.

Statistické zpracování bylo provedeno na Slovenské zdravotnické univerzitě v Bratislavě výzkumnou pracovnící (informatik) RNDr. S. Wimmerovou.

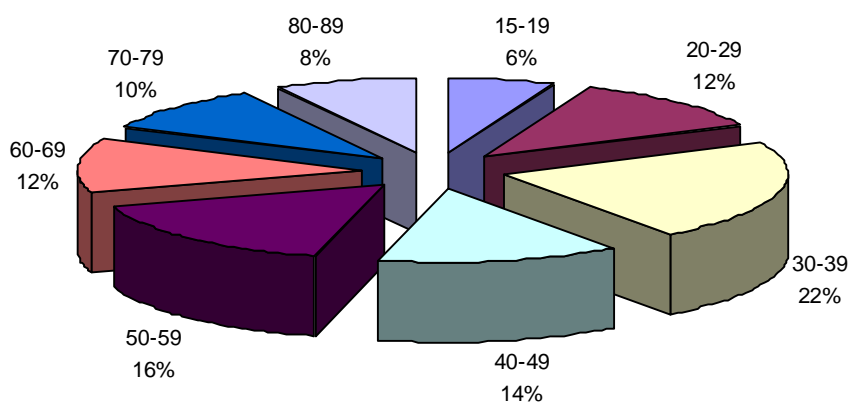
Na základě interpretace výsledků statistických šetření byla zpracována analytická část této práce, vytvořena diskuse pro potvrzení hypotéz a vyvozen logický závěr spolu s doporučením pro praxi.

4. Výsledky

4.1 Analýza dotazované skupiny respondentů se zrakovým postižením

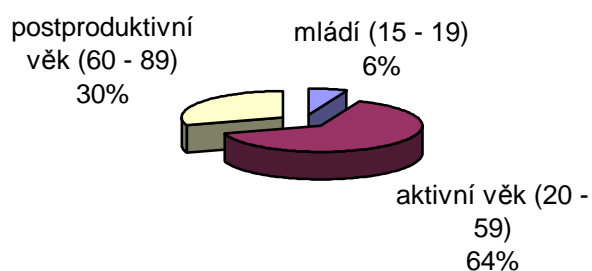
Tabulka 2 Rozdělení respondentů dle věku

Věková kategorie	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89
Počet respondentů	3	6	11	7	8	6	5	4
Procentní zastoupení věkové kategorie (%)	6	12	22	14	16	12	10	8



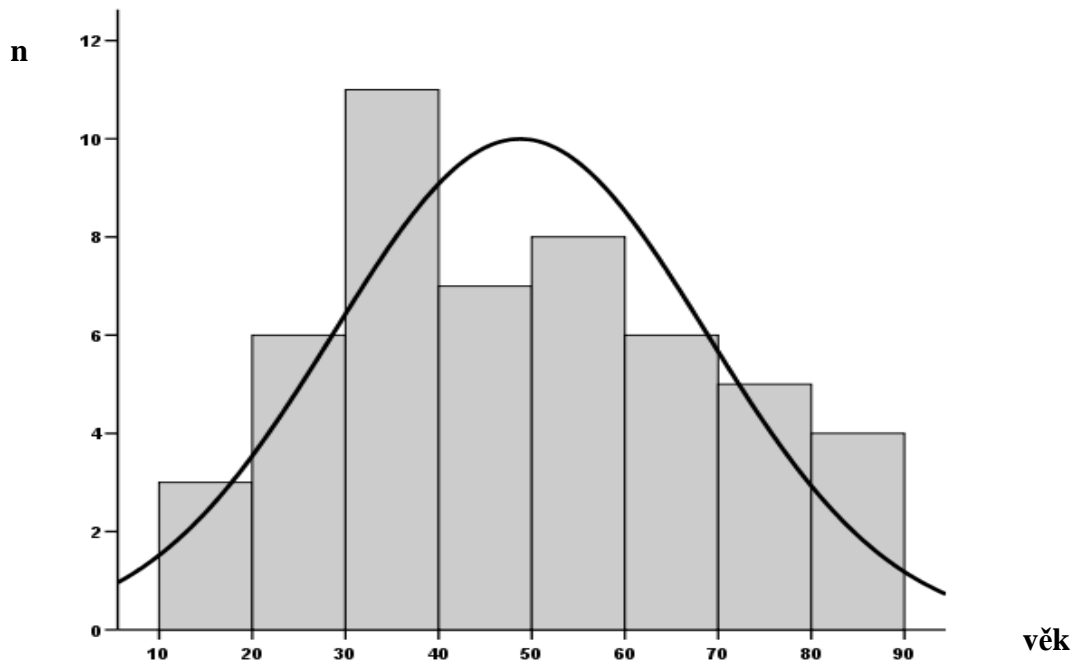
Graf 1 Rozdělení respondentů dle věkových skupin

Dotazovaní respondenti se pohybovali ve věkovém rozmezí od 15 – 89 let. Nejvíce respondentů obsahovala věková kategorie 30 až 39 let (22%)



Graf 2 Rozdělení respondentů dle životního stadia

Co se týče životních stádií, naprostá většina respondentů se vyskytovala v aktivní věkové kategorii – 20 až 59 let (64%). Hojně byla zastoupena i skupina postproduktivního věku (30%). Mladí respondenti byli zastoupeni ze 6%.



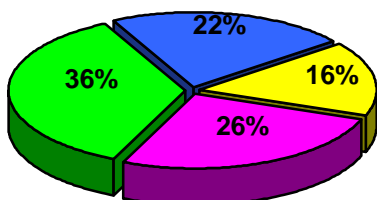
Graf 3 Věková osa respondentů
Osa se pohybuje v gausovském rozložení

Handicap – Diagnóza

Příčiny postižení u jednotlivých respondentů byly rozděleny do homogenních skupin. Rozdělení a zastoupení jednotlivých skupin postižení jsou znázorněny v následující tabulce a grafu.

Tabulka 3 Rozdělení postižených dle vzniku handicapu

Handicap - Diagnóza	Počet	%
Handicap přímo související se zrakem	13	26
Handicap nepřímo související se zrakem	18	36
Handicap související s následky úrazu, operace	11	22
Zrakový handicap související s věkem	8	16



Graf 4 Procentuelní zastoupení skupin dle diagnózy zrakového handicapu dotazovaných

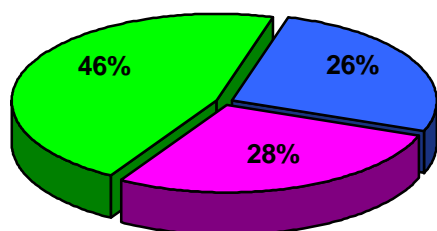
Handicap u dotazovaných respondentů v 36% nepřímo souvisel se zrakovým postižením. V ¼ případů (26%) byl handicap v přímé souvislosti se zrakovým postižením. Další necelou jednu

čtvrtinu (22%) tvořil zrakový handicap zapříčiněný úrazem v kombinaci s pooperačním stavem. Zbývající část případů souvisela s handicapem daným věkovým omezením (16%).

Doba vzniku zrakového postižení

Tabulka 4 Období vzniku zrakového handicapu

Vznik zrakového postižení	Počet	%
Vrozené postižení	14	28
Vznik v aktivním věku	23	46
Vznik v postproduktivním věku	13	26



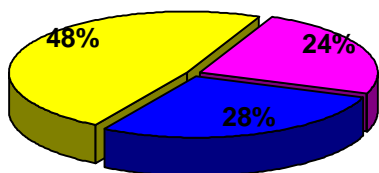
Graf 5 Procentuelní zastoupení skupin dle doby vzniku zrakového handicapu

Největší podíl (46%) dotázaných utrpělo zrakové postižení v období aktivního věku. Vrozeným postižením trpělo 28% respondentů a u 26% dotazovaných vznikl handicap v postproduktivním věku.

Úroveň dosaženého vzdělání respondentů

Tabulka 5 Nejvyšší dosažené vzdělání dotázaných

Vzdělání respondentů	Počet	%
Základní	14	28%
Středoškolské	24	48%
Vysokoškolské	12	24%



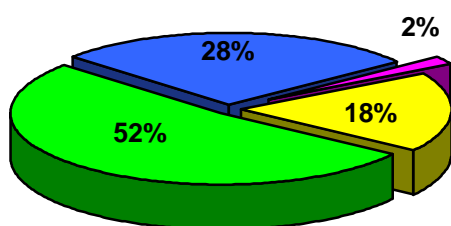
Graf 6 Procentuelní zastoupení skupin dle nejvyššího dosaženého vzdělání

Vysokoškolského vzdělání dosáhlo 24% respondentů. Téměř polovina (48%) dotázaných měla ukončené středoškolské vzdělání. Základní vzdělání získalo 28% dotázaných.

Zaměstnanost handicapovaných

Tabulka 6 Zaměstnanost dotázaných

Zaměstnanost handicapovaných		
nezaměstnaní	9	18%
zaměstnaní	26	52%
v důchodu	14	28%
neodpovědělo	1	2%



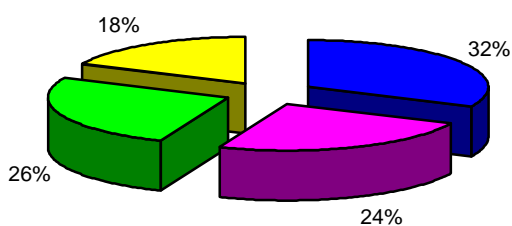
Graf 7 Procentuelní zastoupení skupin dle zaměstnanosti respondentů

Polovina z dotázaných (52%) je ve stálém pracovním poměru. 28% dotázaných dosáhlo důchodového věku (ve výslužbě). Pouze 18% respondentů tvoří nezaměstnaní v produktivním věku.

Vliv handicapu na profesi

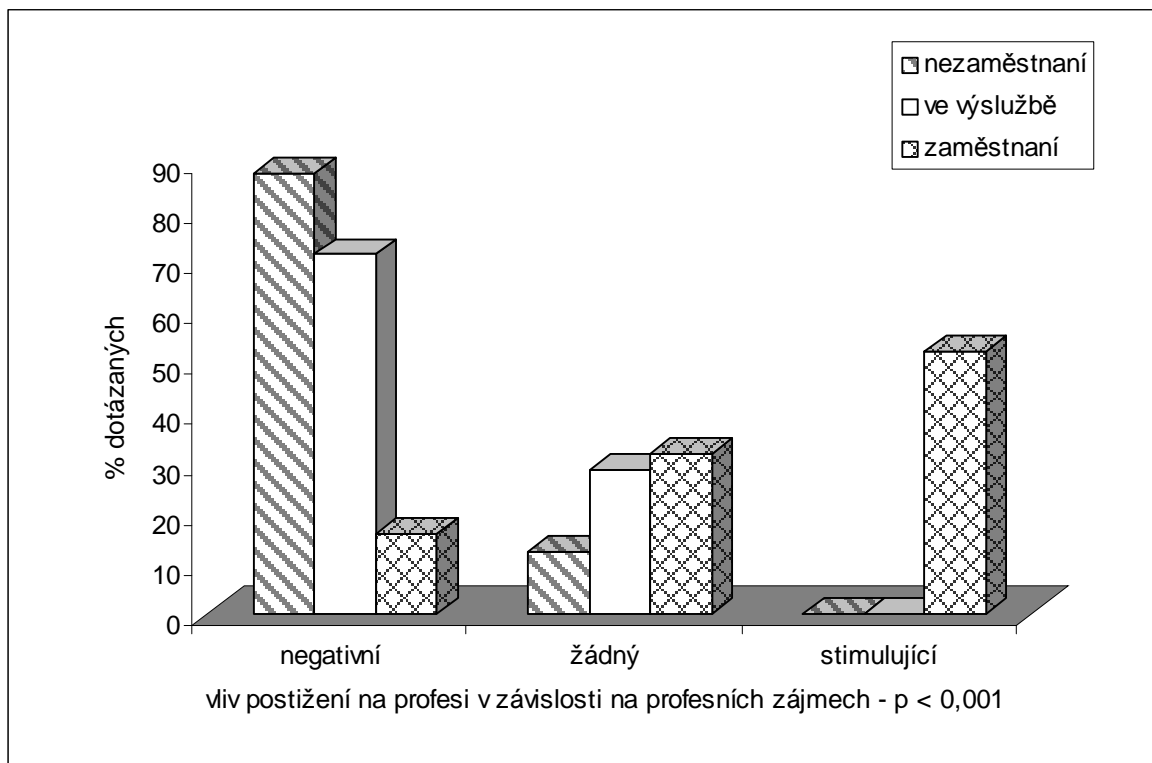
Tabulka 7 Vliv handicapu na profesní uplatnění

Vliv handicapu na profesi		
negativní	16	32%
žádný	12	24%
stimulující	13	26%
neodpovědělo	9	18%



Graf 8 Procentuelní zastoupení skupin dle vlivu handicapu na profesní uplatnění

Z celkového počtu dotázaných hodnotilo 32% působení svého handicapu jako negativní, naopak pro 26% měl handicap vliv stimulující. Téměř čtvrtina dotázaných (24%) nepokládá svůj handicap za bariéru profesního působení.

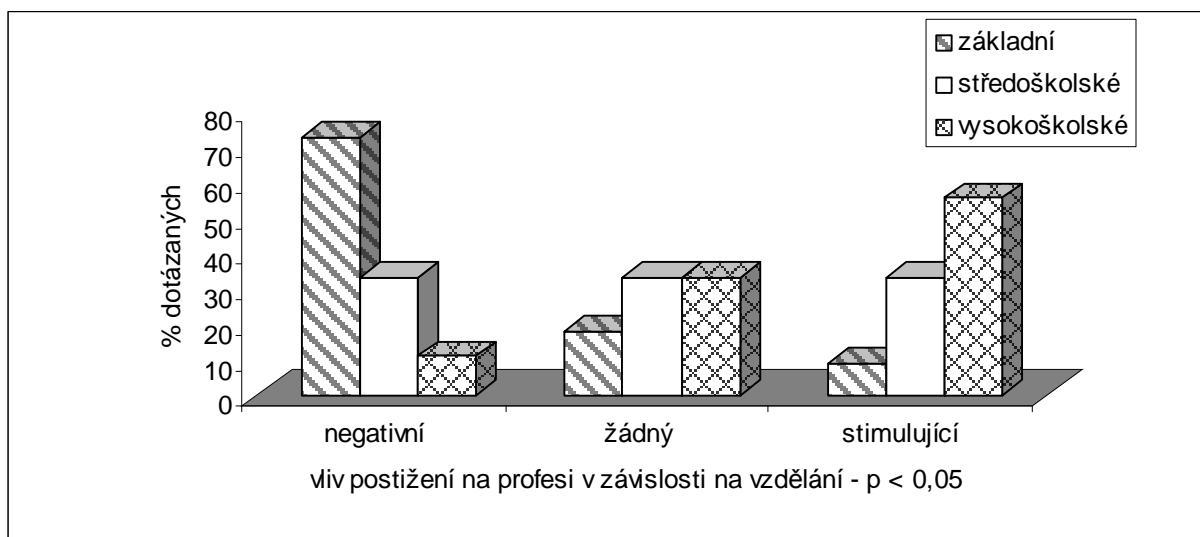


Graf 9 Vliv handicapu na profesi ve vztahu k zaměstnanosti

V rámci skupiny nezaměstnaných uvedla naprostá většina působení svého handicapu jako negativní vliv na jejich profesní uplatnění (88%).

70% respondentů v důchodovém věku (ve výslužbě) při hodnocení svého aktivního působení v zaměstnaneckém procesu hodnotilo svůj handicap též jako negativní bariéru. Zbylých 30% nepocítilo žádný vliv handicapu na profesní uplatnění.

V kategorii zaměstnaných pouze 14% dotázaných uvádí negativní vliv svého handicapu na profesní uplatnění; 30% dotázaných žádné omezení nepocítuje a více než polovina dotázaných (56%) vnímá svůj handicap coby stimul.

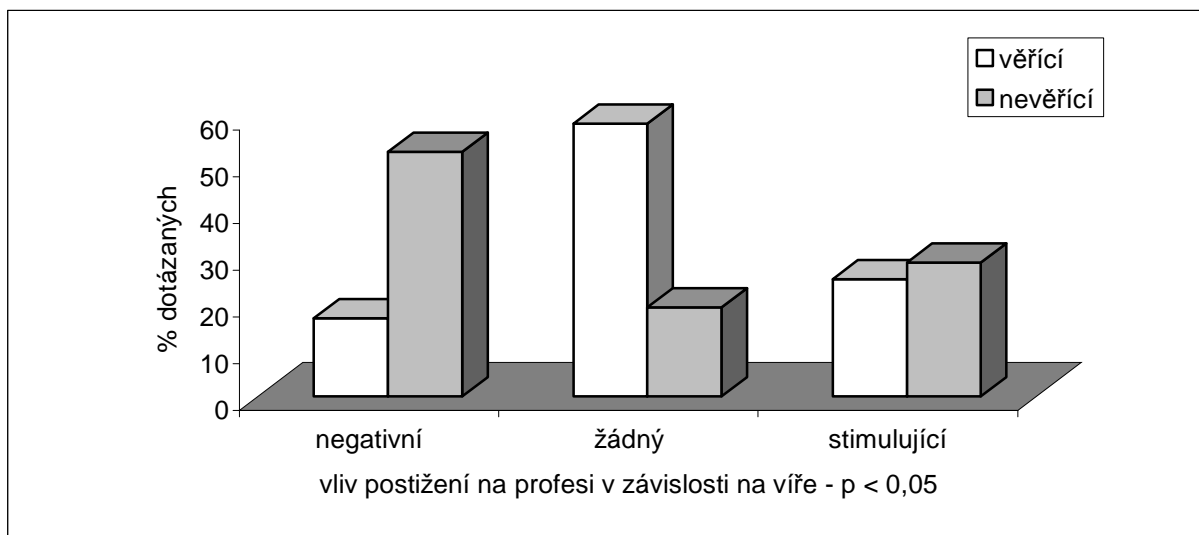


Graf 10 Vliv handicapu na profesi v návaznosti na dosažené vzdělání

V rámci skupiny s vysokoškolským vzděláním je handicap vnímán jako stimulující u 56% dotázaných a u 34% dotázaných jako žádný. Negativní vliv uvedlo pouze 10% dotázaných absolventů vysoké školy.

V kategorii středoškolsky vzdělaných respondentů se vliv handicapu rovným dílem rozdělil do skupin negativní(32%), žádný(34%) či stimulující (34%).

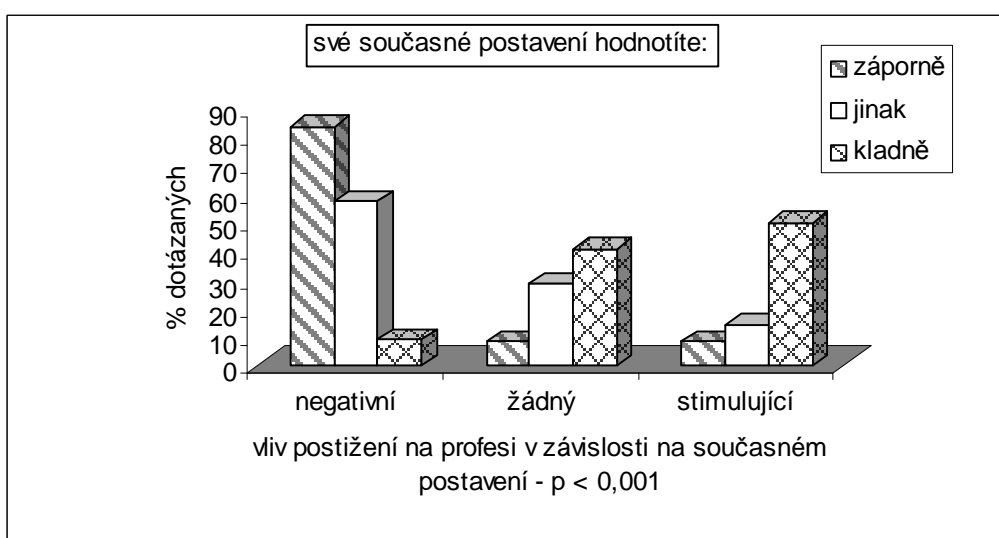
Převážná část respondentů s ukončeným základním vzděláním uvádí svůj handicap jako negativní ve vztahu ke své profesi (74%). Pouze 20% nepocítuje žádný vliv a 6% pak toto vnímá jako vliv stimulující.



Graf 11 Vliv handicapu na profesi v návaznosti na víru

Prostřednictvím dotazníkového šetření byla zkoumána i otázka vlivu postižení na profesi handicapovaného ve vztahu k jeho vyznání resp. víře. Respondenti, kteří uvedli, že jsou věřící, hodnotí vliv svého handicapu na profesi v 60% jako nulový, cca 24% jako stimulující a 16% hodnotí tento vliv jako negativní.

Osoby nevěřící pokládají z 54% vliv postižení na jejich profesi jako negativní. 20% z nich handicap nepovažuje za faktor ovlivňující jejich profesní uplatnění. Zbývajících 26% pak vnímá svůj stav jako stimul.

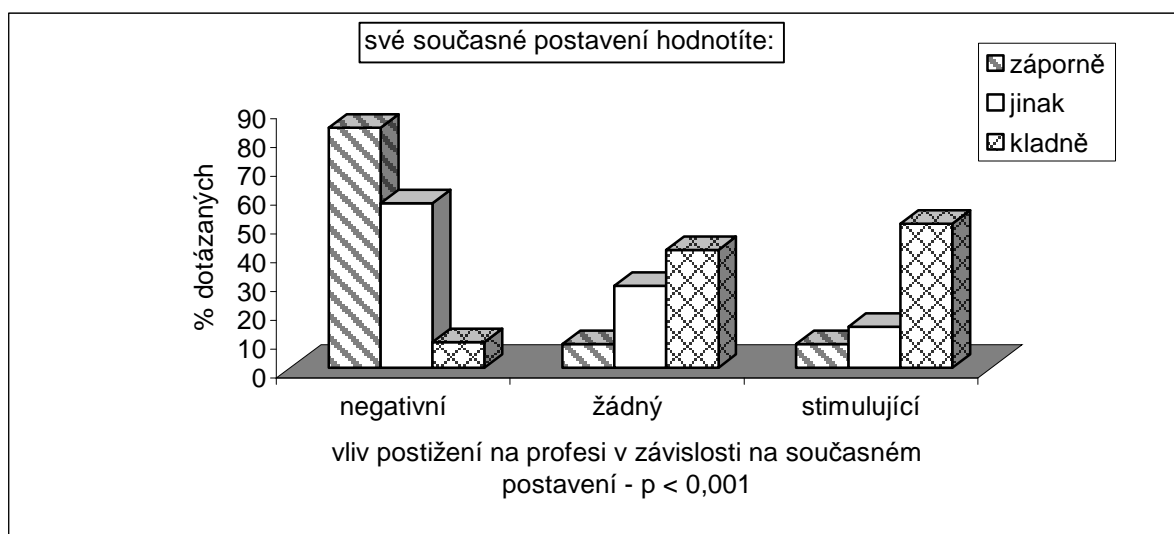


Graf 12 Vliv postižení na profesi v návaznosti na současné postavení

Negativní vliv postižení pociťuje 84% respondentů, kteří své postavení hodnotí záporně a pouze malé procento (8%) hodnotí vliv postižení jako stimulující nebo bez vlivu na své současné postavení.

Naopak 50% respondentů hodnotí své postavení kladně pociťuje vliv postižení jako stimulující a 42% dotazovaných nepociťuje vliv svého postižení. Pouze 8% respondentů pociťuje negativní vliv svého postižení.

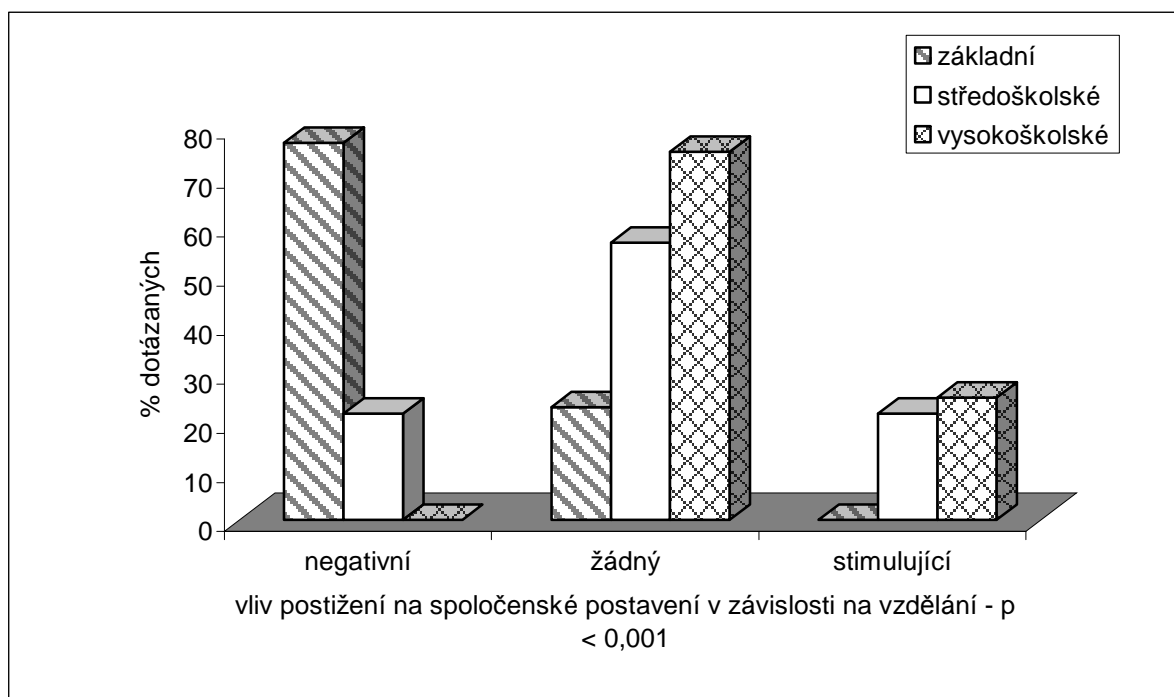
Ostatní hodnotí vliv svého postižení v 58% jako negativní, 30% bez vlivu a 12% jako stimulující.



Graf 13 Vliv handicapu na záliby v návaznosti na současné postavení

Respondenti hodnotící své současné postavení záporně pociťují v 72% i negativní vliv postižení na své záliby. 22% se domnívá, že postižení nemá vliv na jejich záliby a 6% hodnotí vliv postižení jako stimulující.

Respondenti hodnotící kladně své současné postavení se domnívají z 52%, že postižení nemá vliv na jejich záliby. 24% pak hodnotí vliv postižení jako stimulující a stejně početná skupina (24%) jako negativní.



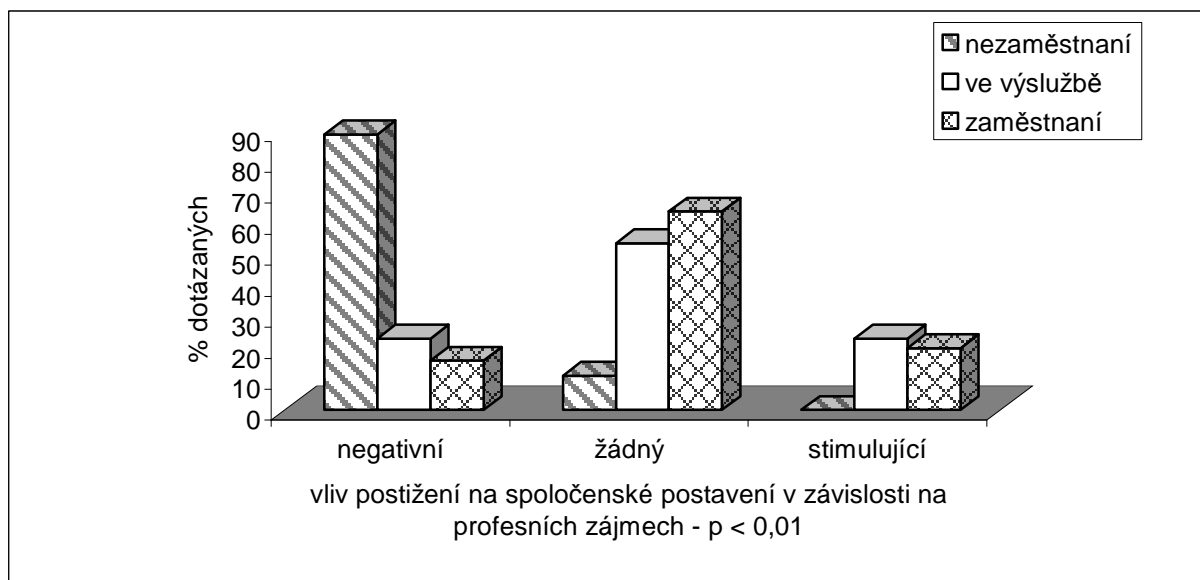
Graf 14 Vliv postižení na společenské postavení v závislosti na vzdělání

Dotazovaní, kteří dosáhli vysokoškolského vzdělání a to více jak $\frac{3}{4}$ (76%) uvádí, že jejich handicap nemá žádný vliv na jejich společenské postavení a 24% hodnotí vliv postižení jako stimulační. Žádný z respondentů neoznačil vliv postižení na své společenské postavení jako negativní.

Téměř přesně opačně vyznívá hodnocení respondentů se základním vzděláním. Tito hodnotí vliv handicapu na své společenské postavení jako negativní ze 78% a bez vlivu pak 22%.

Žádný z respondentů neoznačil vliv handicapu na své společenské postavení jako stimulační.

Respondenti, kteří získali středoškolskou kvalifikaci, hodnotí rovným dílem (20%) vliv svého handicapu jako negativní a pozitivní. 60% dotázaných nepocítuje vliv svého handicapu na společenské postavení.

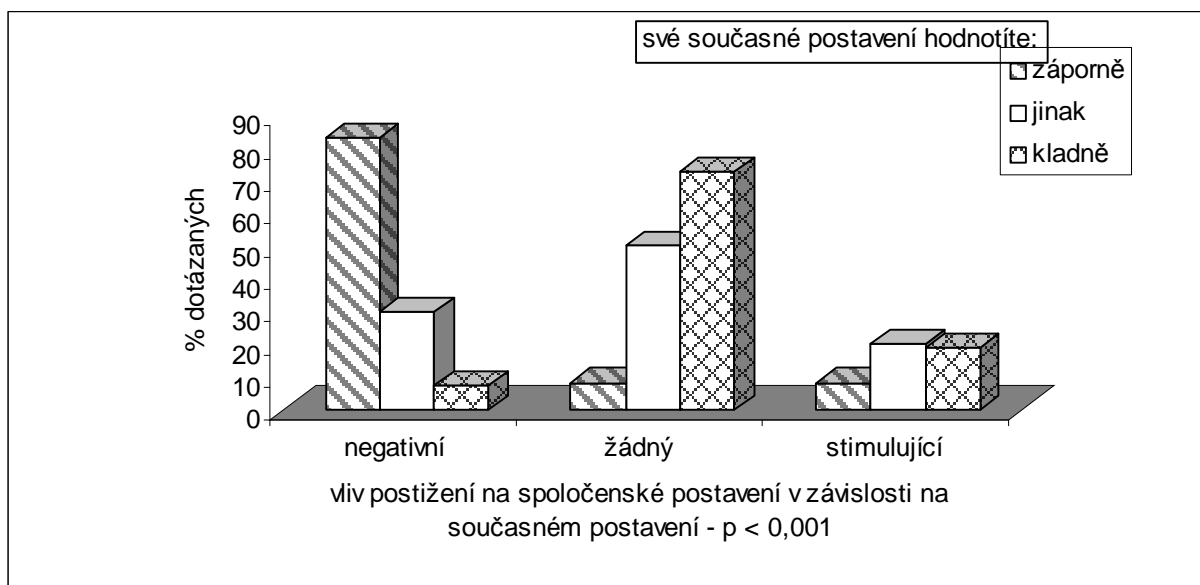


Graf 15 Vliv postizení na společenské postavení v závislosti na profesních zájmech

90% nezaměstnaných pocítuje negativní vliv svého postizení, 10% nepocítuje žádný vliv a nikdo neuvedl vliv stimulující.

Respondenti ve výslužbě hodnotí vliv svého postizení rovným dílem jako negativní i stimulující (22%). 56% těchto respondentů nepocítují vliv postizení na své postavení.

Skupina zaměstnaných respondentů hodnotí vliv postizení v 18% jako negativní, 22% jako stimulující. Největší skupina 60% zaměstnaných respondentů hodnotí vliv postizení jako žádný.

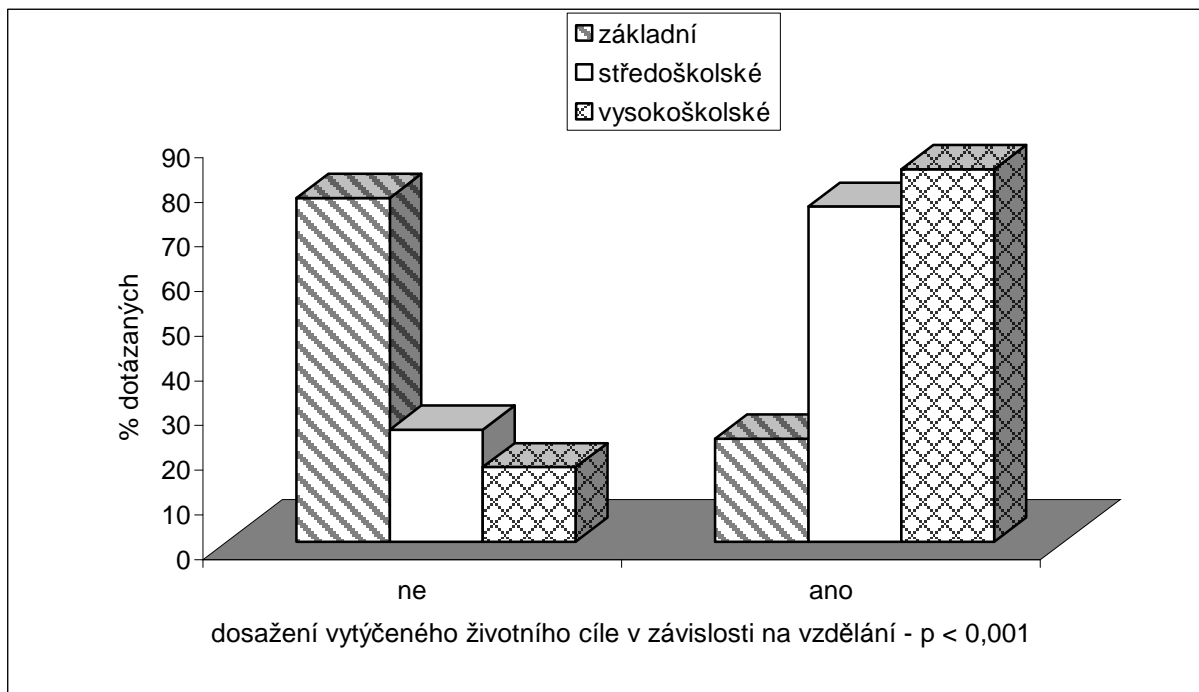


Graf 16 Vliv postížení na společenské postavení v návaznosti na současné postavení

84% dotázaných, kteří hodnotí své současné společenské postavení záporně, pociťuje své postížení jako negativní vliv na tuto skutečnost. Rovným dílem (8%) je pak hodnocení stimulující postížení, resp. bez vlivu.

Respondenti, kteří své současné společenské postavení hodnotí kladně, se většinou domnívají, že postížení nemá na jejich postavení žádný vliv (74%). 18% respondentů hodnotí vliv jako stimulující a 8% respondentů jako negativní.

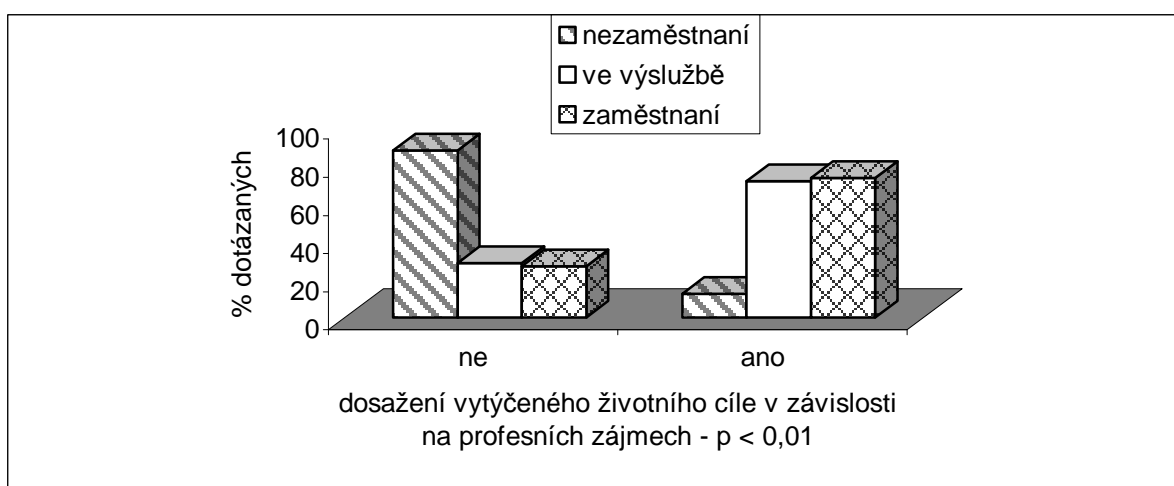
Ostatní pak hodnotí vliv postížení jako stimulující - 20%, negativní – 30%, bez vlivu – 50%.



Graf 17 Dosažení vytýčeného životního cíle v návaznosti na vzdělání

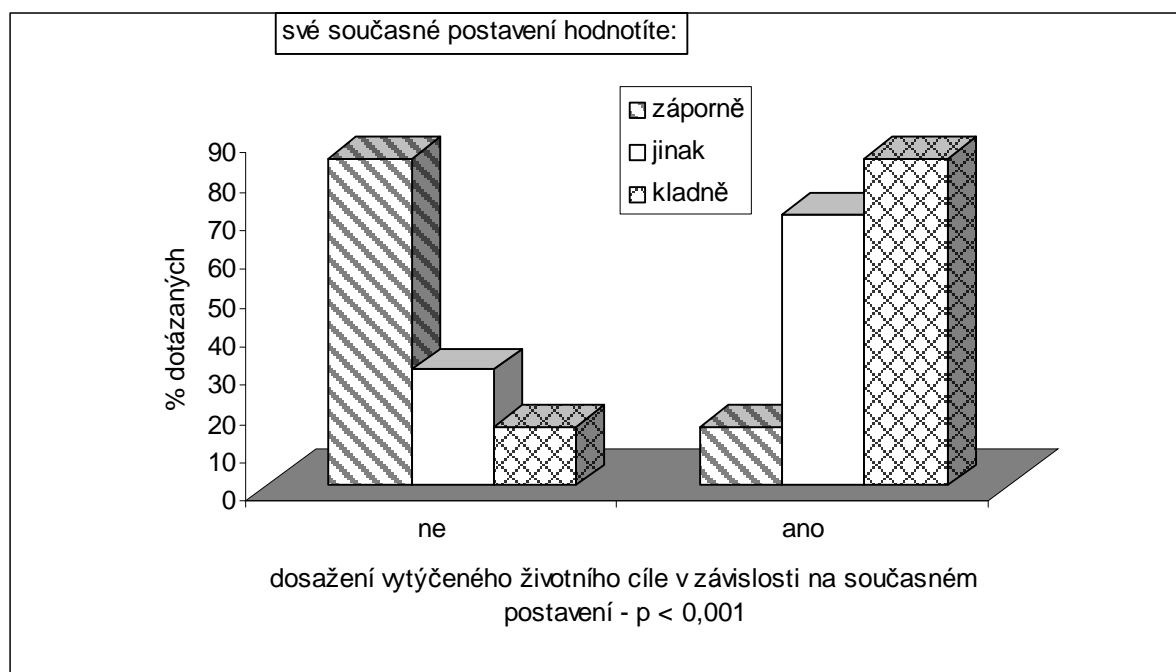
80% respondentů se základním vzděláním uvedlo, že vytýčeného životního cíle se jim nepodařilo dosáhnout. 20% uvádí že ano. Prakticky stejné procento středoškolsky vzdělaných tazatelů (78%) uvádí, že se jim podařilo svého životního cíle dosáhnout a pouze 22% uvádí že nikoliv.

Ještě markantněji se vliv vzdělání projevuje u vysokoškolsky vzdělaných respondentů – 86% uvádí dosažení životního cíle a pouze 14% že nikoliv.



Graf 18 Dosažení vytýčeného životního cíle v závislosti na profesní zájmy

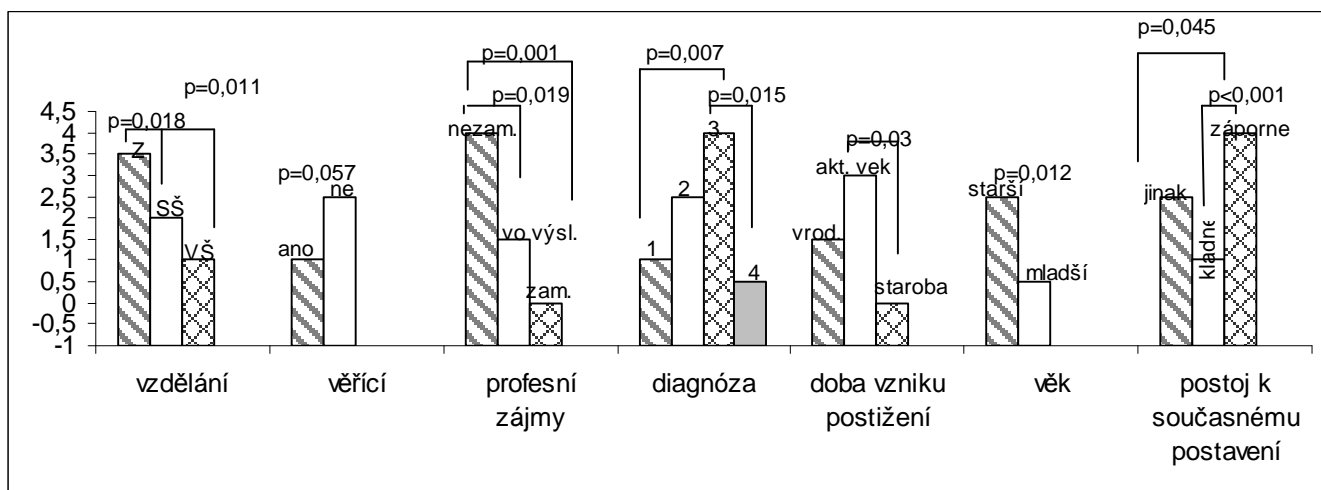
V závislosti na profesních zájmech je přirozené, že 90% nezaměstnaných uvádí, že svého životního cíle nedosáhli, zatímco cca. ¾ zaměstnaných uvádí naplnění svého životního cíle. Obdobná zjištění se ukázaly i ve skupině respondentů ve výslužbě.



Graf 19 Dosažení vytýčeného životního cíle v návaznosti na současné postavení

90% respondentů hodnotících záporně své současné postavení nedosáhlo svého životního cíle. Obdobně 90% respondentů, kteří hodnotí své současné postavení kladně, dosáhlo svého životního cíle.

Ostatní se domnívají, že dosáhli svého životního cíle a to v 70% případů.



Graf 20 Vliv handicapu na dosažení životního cíle (odpovědi kódované od 0 = žádný do 5 = zásadní; mediány)

Graf 20 vyjadřuje mediánové škály. Za statisticky významný rozdíl je nutné považovat, jestliže p hodnota je výrazně menší než 0,05 ($p \leq 0,05$), čím nižší je p hodnota, tím vyšší je statistická významnost. V grafu jsou vyznačené jen významné rozdíly mezi skupinami s výjimkou věřících, kde $p=0,057$, kde statistická významnost je hraniční.

Popis jednotlivých skupin:

Vzdělání: nejvýznamnější vliv handicapu na dosažení cíle byl ve skupině se základním vzděláním, nejmenší ve skupině s VŠ vzděláním. Statisticky významný rozdíl byl mezi Z a SŠ vzděláním ($p = 0,018$) a mezi Z a VŠ ($p = 0,011$). Mezi skupinami Z a SŠ nebyl rozdíl statisticky významný.

Věřící: ve skupině věřících byl vliv handicapu nižší než ve skupině nevěřících, rozdíl však nebyl statisticky významný a pohyboval se na hranici ($p = 0,057$).

Profesní zájmy: statisticky významný rozdíl byl zjištěn mezi skupinou zaměstnaných a nezaměstnaných ($p = 0,001$) a mezi skupinou nezaměstnaných a ve výslužbě ($p = 0,019$).

Diagnóza: statisticky významný rozdíl zjištěn mezi skupinou 1 a 3 ($p = 0,007$) a skupinou 3 a 4 ($p = 0,015$).

Doba vzniku postižení: statisticky významný rozdíl zjištěn mezi vznikem choroby v aktivním věku a ve stáří ($p = 0,03$).

Věk: významný rozdíl zjištěn mezi staršími a mladšími ($p = 0,012$).

Postoj k současnému postavení: významný rozdíl mezi kladným a záporným postojem ($p < 0,001$) a mezi záporným a jinak definovaným postojem ($p = 0,045$).

Pohlaví: mezi muži a ženami nebyl statisticky významný rozdíl vlivu handicapu na dosažení životního cíle ($p = 0,013$).

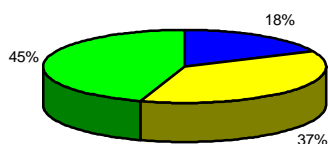
4.2 Analýza dotazované skupiny zdravých respondentů

V rámci druhého dotazníkového šetření byla prozkoumána skupina zdravých respondentů a byl posuzován jejich vztah vůči zrakově handicapovaným. Výběrový vzorek obsahoval 100 respondentů.

Zkušenost se zrakovým handicapem

Tabulka 8 Zkušenost se zrakovým handicapem

Zkušenost se zrakovým postižením	Počet (%)
Negativní	18
Neutrální	37
Kladná	45



Graf 21 Procentuelní zastoupení skupin dle zkušenosti se zrakovým handicapem

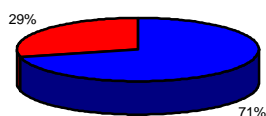
Co se týče posouzení zkušeností se zrakovým handicapem, hodnotila téměř polovina respondentů (45%) svůj vztah k handicapu tohoto rázu jako kladný.

Neurčitý resp. neutrální vztah avizovalo 37% dotázaných. Zbývajících 18% cílové skupiny respondentů se netajilo svým negativním vztahem získaným na základě zkušenosti se zrakovým postižením.

Dostupnost informací o zrakově postižených

Tabulka 9 Dostupnost informací o zrakově postižených

Dostupnost informací o zrak.handicapu	Počet (%)
Ano	71
Ne	29



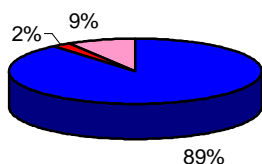
Graf 22 Procentuelní zastoupení skupin dle dostupnosti informací o zrakově postižených

Absence jakýchkoliv relevantních informací o zrakově postižených byla zjištěna u více než $\frac{1}{4}$ respondentů (29%). Ostatní (71%) uvedli dostatek informací o handicapovaných s vadami zraku.

Možnost vzdělání pro zrakově postižené

Tabulka 10 Možnost vzdělání pro zrakově postižené

Možnost poskytnout handicapovaným vzdělání	Počet (%)
Ano	89
Ne	2
Nevím	9



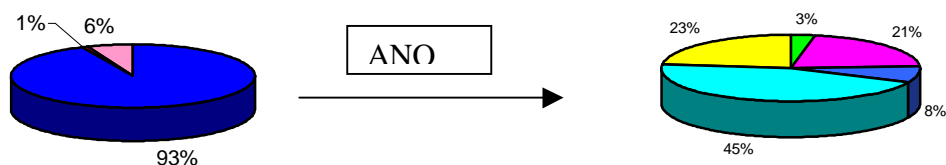
Graf 23 Procentuelní zastoupení skupin dle možnosti vzdělání pro zrakově postižené

Možnost poskytnout zrakově postiženým občanům vzdělání považuje za reálné 89% respondentů. Pouhé 2% (2 lidé) si vzdělávání zrakově handicapovaných nedokáže představit. 9% lidí svůj názor nezařadilo.

Postoj k vzdělávání zrakově postižených

Tabulka 11 Postoj k vzdělávání zrakově postižených

Poskytnout handicapovaným vzdělání	Počet (%)
Ano	93
Ne	1
Nevím	6
A to za podmínek	Počet (%)
Hmotných	3
Citových	21
Společenských	8
Jiných	45
Neodpovědělo	23



Graf 24 Procentuelní zastoupení skupin dle názoru na poskytnutí vzdělání handicapovaným a podmínek tohoto poskytnutí

93% respondentů jednoznačně souhlasí se vzděláváním a zvyšováním kvalifikace postižených s vadou zraku. 6% si nebylo jistých svým postojem a pouhý jeden respondent (1%) by zvyšování kvalifikace zrakově handicapovaným neumožnil.

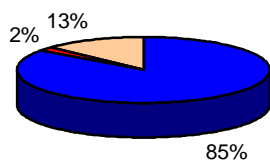
Coby nadstavba této otázka byl položen doplňující dotaz, za jakých podmínek by respondent souhlasil s dalším vzděláváním zrakově postižených. Podmínky a okolnosti hmotné byly upřednostněny 3 respondenty. 21% respondentů se v této otázce rozhoduje

na základě citových faktorů. Společenské okolnosti ovlivňují názor u 8% dotázaných. Jiné podmínky a okolnosti jsou vůdčími pro zbývajících 45% respondentů. 23% dotázaných nebylo schopných osvětlit podmínky za kterých by souhlasili s dalším vzděláváním zrakově postižených spoluobčanů.

Běžné povolání pro zrakově handicapované

Tabulka 12 Běžné povolání pro zrakově handicapované

Způsobilost postižených k některým běžným povoláním	Počet (%)
Ano	85
Ne	2
Nevím	13



Graf 25 Procentuelní zastoupení skupin dle způsobilosti postižených k běžným povoláním

Běžné pracovní zařazení postižených s vadami zraku je 85% dotázaných považováno za reálnou možnost uplatnění nevidomých a osob s vadami zraku. 2% dotázaných by si zrakově handicapovanou osobu nedokázaly představit v klasickém povolání. 13% respondentů se nevyjádřilo.

Vnímání charity a podpůrných akcí

Tabulka 13 Vnímání charity a podpůrných akcí

Postoj k charitě a podpůrným akcím	Počet (%)
Kladný	80
Záporný	2
Neurčitý	18

Příčina postoje k charitě	Počet (%)
Pragmatická	5
Emotivní	47
Jiná	48



Graf 26 Procentuelní zastoupení skupin dle postoje k charitě a příčin tohoto vztahu

Kladný vztah k charitě a obdobně laděným aktivitám projevilo 80% respondentů. Minimum dotázaných (2%) vyjádřilo negativní postoj vůči charitativně zaměřeným aktivitám.

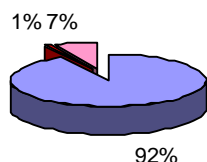
Zbývajících 18 respondentů svůj postoj nezařadilo.

Coby příčinu těchto postojů uvedlo 47% respondentů emoce, 5% dotázaných v této oblasti uvažuje pragmaticky. 48% respondentů svůj postoj podřídily jiným kritériím.

Reakce na přítomnost zrakově postiženého

Tabulka 14 Reakce na přítomnost zrakově postiženého

Přítomnost zrakově postiženého	Počet (%)
Strpím	92
Nestrpím	1
Nemám zkušenost	7



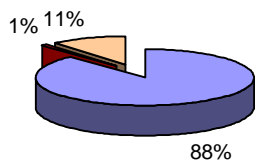
Graf 27 Procentuelní rozložení skupin dle reakce na přítomnost zrakově postiženého

V 92% případech respondentům nikterak nevadí přítomnost zrakově postiženého. Pouhá jedna osoba uvedla negativní postoj k přítomnosti zrakově postiženého. 7% lidí nemá zkušenost s přítomností zrakově handicapovaného spoluobčana.

Příjem služeb od zrakově handicapovaných

Tabulka 15 Příjem služeb od zrakově handicapovaných

Příjem služeb od zrakově postižených	Počet (%)
Ano	88
Ne	1
Nemám zkušenost	11

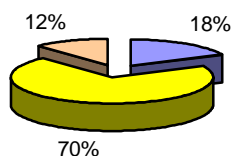


Graf 28 Procentuelní zastoupení skupin dle postoje k přijímání služeb od zrakově handicapovaných

Nechat se obsloužit v rámci poskytování služeb zrakově postiženou osobou by nevadilo 88% dotázaných. S přijmutím služby by měl problém 1 respondent (1%). 11% dotázaných nemá zkušenost v této oblasti.

Tabulka 16 Příčiny postoje k přijímání služeb od zrakově handicapovaných

Příčiny tohoto postoje	Počet (%)
Pragmatické	18
Etické	70
Jiné	12



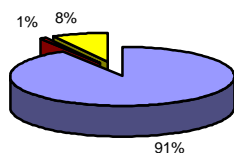
Graf 29 Procentuelní zastoupení skupin dle příčin postoje k přijímání služeb od zrakově handicapovaných

Příčiny výše avizovaných postojů jsou podloženy u 18% dotázaných pragmatičností, v převážné většině (70%) jsou na bázi etické. 12% respondentů má jiné příčiny.

Postoj ke kolegalitě s handicapovanými

Tabulka 17 Postoj ke kolegalitě s handicapovanými

Postoj ke spolupráci s handicapovaným	Počet (%)
Kladný	91
Záporný	1
Nemám zkušenost	8



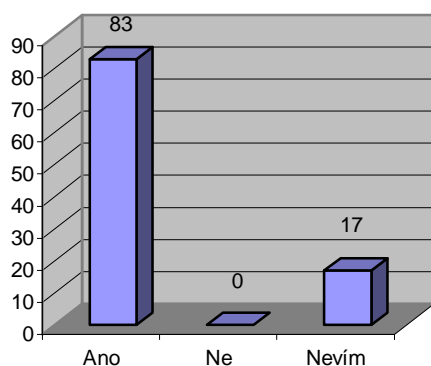
Graf 30 Procentuelní zastoupení skupin dle postoje ke kolegalitě s handicapovanými

Jako kolegu v zaměstnání by 91% respondentů uvítalo kladně . Jeden respondent se k této otázce postavil negativně a 8% nemá z této oblasti žádné zkušenosti či nedokázalo posoudit své reakce, kdyby tato situace nastala.

Přátelství se zrakově postiženým

Tabulka 18 Přátelství se zrakově postiženým

Přátelství s handicapovaným	Počet (%)
Ano	83
Ne	0
Nevím	17



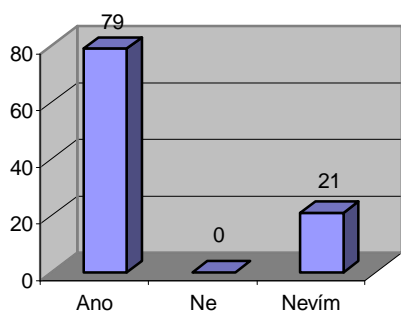
Graf 31 Procentuelní zastoupení skupin dle názoru na přátelství se zrakově handicapovaným

Přátelství se zrakově handicapovaným člověkem by se nebránilo 83% respondentů. 17% dotázaných pak nedokázalo posoudit zda by takové přátelství dokázali udržovat.

Manželství se zrakově handicapovaným

Tabulka 19 Manželství se zrakově handicapovaným

Manželství s handicapovaným	Počet (%)
Ano	79
Ne	0
Nevím	21



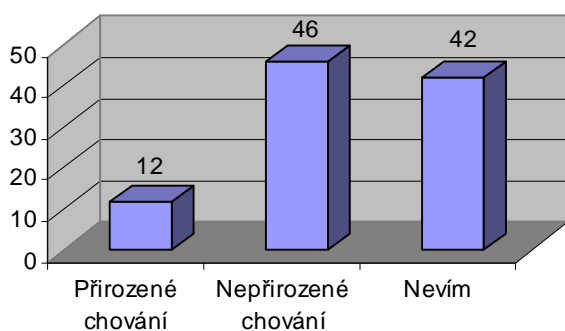
Graf 32 Procentuelní zastoupení skupin dle názoru na manželství s handicapovaným

Coby životního partnera si 79% dotázaných dokáže představit zrakově handicapovanou osobu. Zbýlých 21% nebylo schopno adekvátně zodpovědět tuto otázku.

Využívání/zneužívání handicapu jako přirozené chování postižených

Tabulka 20 Využívání/zneužívání handicapu jako přirozené chování postižených

Názor na chování postiženého v případě sebelítosti, zneužívání situace...	Počet (%)
Přirozené chování	12
Nepřirozené chování	46
Nevím	42



Graf 33 Procentuelní zastoupení skupin dle názoru na chování postiženého v rámci využívání/zneužívání jeho handicapu

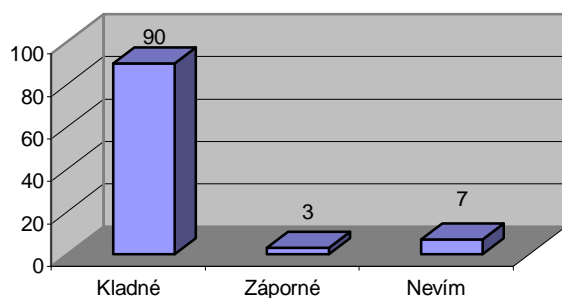
12% dotázaných by eventuelní bolestícnství, alibismus, odvolávání se na svůj handicap, vymáhání pozornosti a trvání na výhodách považovalo za přirozené chování zrakově

postiženého. 46% by obdobné chování nepokládalo za přirozené. 42% nedokázalo označit takové chování jako přirozené či naopak.

Hodnocení snah zrakově postižených o vzdělávání a rekvalifikaci

Tabulka 21 Hodnocení snah zrakově postižených o vzdělávání a rekvalifikaci

Hodnocení vzdělávání postižených	Počet (%)
Kladné	90
Záporné	3
Nevím	7



Graf 34 Procentuelní zastoupení skupin dle názoru na vzdělávání handicapovaných

Snahu o další vzdělávání či rekvalifikaci postižených vidí 90% respondentů kladně. 3% nahlíží na tuto snahu negativně. 7% dotázaných nevědělo, jak odpovědět.

Povědomí o pojmu „chráněné bydlení“

Tabulka 22 Povědomí o pojmu „chráněné bydlení“

Znalost pojmu CHRÁNĚNÉ BYDLENÍ	Počet (%)
Ano	73
Ne	27

S výrazem „chráněné bydlení“ se v průběhu svého života setkalo 73% respondentů. Zbytek nemá ponětí o významu tohoto pojmu. Povědomí o pojmu „chráněná dílna“

Povědomí o pojmu „chráněná dílna“

Tabulka 23 Povědomí o pojmu „chráněná dílna“

Znalost pojmu CHRÁNĚNÁ DÍLNA	Počet (%)
Ano	86
Ne	14

86% respondentů dokáže vysvětlit výraz „chráněná dílna“ na rozdíl od 14% dotázaných, kteří neznali správný význam tohoto označení.

5. Diskuse

Kvalita života zrakově znevýhodněných.

Kvalita života zrakově znevýhodněných a její pozitivní ovlivnitelnost profesní kvalifikací.

Kvalita života zrakově znevýhodněných a její pozitivní ovlivnitelnost profesní uplatnitelností dotyčného, pramenící z jeho kvalifikace.

Pozitivní náhled většinové společnosti na profesní uplatnitelnost jakkoli specifického jedince, se kterou narůstá i společenská tolerance k jeho specifickým.

Toto jsou klíčové otázky části životní orientace v realitě zrakově znevýhodněných. Takto situovaný člověk je stejnou měrou podřízen své subjektivní individualitě jako i obecně lidským rysům své bytostné podstaty. Zatímco subjektivní individualita otevírá bránu jakékoliv diskusi nad kterýmkoliv tématem této práce, obecné lidské rysy vytváří pevný rámec objektivním konstatováním a závěrům. Tyto závěry pak prověřil rozbor názorů reprezentativního vzorku zrakově znevýhodněných občanů.

Naprostá většina respondentů se vyskytovala ve věkové kategorii 20 – 59 let 64 %, tedy plně aktivním věku. Významně byla zastoupena i skupina seniorů – občanů v postproduktivním věku 30 %. Je tedy zřejmé, že výběrová skupina je dostatečně reprezentativním vzorkem zrakově znevýhodněných spoluobčanů. Lze tedy objektivně předpokládat, že výše zmíněná část zkoumané skupiny – aktivní věk, bude vykazovat zájem o tyfopedickou rekvalifikaci. U juniorů lze na základě praktických poznatků a skutečností předpokládat stěžejní zájem o profesní kvalifikaci v již navozeném tyfopedickém kontextu. Konečně u skupiny seniorů lze předpokládat zájem o specifickou sumu vědomostí a dovedností, která umožní udržení – navození stávajícího nebo žádoucího společenského statutu.

Z hlediska doby vzniku zrakového postižení bylo 28 % respondentů s vrozeným zrakovým znevýhodněním. Ve 46 % došlo ke zrakovému poškození v aktivním věku a ve 26 % v postproduktivním věku. Byla tedy potvrzena významnost tyfopedické rekvalifikace, současně však i význam ranné a seniorské péče tyfopedického typu.

Přibližně $\frac{1}{4}$ respondentů (28 %) získala základní vzdělání, téměř polovina (48 %) získala středoškolskou kvalifikaci a $\frac{1}{4}$ respondentů dosáhla vysokoškolského vzdělání. Na základě provedeného výzkumu se podařilo prokázat, že aktivně působící zrakově znevýhodnění vnímají zvládání svých tyfopedických problémů jako formu emotivního stimulu – 56 %, popřípadě nepocítují svůj stav jako negativní – 30 %. Pouze 14 % uvádí negativní vliv svého handicapu. Diametrálně odlišný náhled má skupina nezaměstnaných – 88 % uvádí negativní vliv handicapu na své profesní uplatnění a nikdo neuvedl stimulační vliv.

Provedený výzkum jednoznačně prokázal pozitivní vliv kvalifikace a pracovní uplatnitelnosti na veškeré respondentní reflexe jeho životní reality. 56 % vysokoškolsky vzdělaných respondentů vnímá svůj zrakový handicap jako stimulační a 34 % jako nevýznamný. Pouze 10 % dotázaných uvedlo negativní vliv handicapu. Naopak ve skupině respondentů s ukončeným základním vzděláním uvedlo 74 % vliv handicapu ve vztahu ke své profesi jako negativní a pouze 6 % jako vliv stimulační. Skupina středoškolsky vzdělaných dotázaných vliv handicapu uvedla rovným dílem jako stimulační (34 %), žádný (34 %) a negativní (32 %).

Zvláště výrazně se projevila souvislost mezi dosaženou mírou respondentova vzdělání a vliv postižení na jeho společenské postavení. Více jak $\frac{3}{4}$ (76 %) vysokoškolsky vzdělaných respondentů uvedlo, že jejich handicap nemá žádný vliv na jejich společenské postavení a 24 % hodnotí vliv postižení jako stimulační. Žádný z respondentů neoznačil vliv postižení jako negativní.

Zcela opačně vyznělo hodnocení handicapu ve skupině se základním vzděláním. 78 % označilo vliv handicapu jako negativní a 22 % bez vlivu. Respondenti se středoškolským vzděláním hodnotí rovným dílem 20 % vliv svého handicapu jako negativní a pozitivní. 60 % dotázaných nepocítuje vliv svého handicapu na společenské postavení.

Velmi podobně vyznívá i hodnocení vlivu postižení na profesi v návaznosti na současné postavení. Ti zrakově znevýhodnění, kteří hodnotí své postavení kladně, pocítuje vliv svého postižení jako stimulační (50 %), nebo nepocítuje vliv svého postižení (42 %). Respondenti, kteří hodnotí své současné postavení záporně, pocítují v 84 % i negativní vliv svého postižení.

Obdobně vyznívá i hodnocení vlivu handicapu na záliby v návaznosti na současné postavení. Ti respondenti, kteří hodnotí své postavení kladně se domnívají, že postižení nemá vliv na jejich záliby (52 %), respektive má vliv stimulační (24 %).

Ti, kteří hodnotí své postavení záporně, pocítují v 72 % negativní vliv a ve 22 % žádný vliv.

Některé části použitých dotazníků sloužily především k potvrzení a prohloubení získaných informací. Tímto způsobem potvrdily výzkumy i dotazy na vliv postižení na společenském postavení respondenta v závislosti na profesních zájmech, respektive v návaznosti na současné postavení.

Důležitou roli v jedincových lidských reflexích své životní reality vytváří fenomén tzv. životního cíle a jeho dosažení (v tyflopédii se s tímto úkazem setkáváme velmi často). V této souvislosti byla zkoumána závislost respondentova vzdělání na jeho přístupu k fenoménu dosažení životního cíle.

V případě respondentů se středním a vysokoškolským vzděláním zřetelně převládalo stanovisko dosažení aktivního dosahování životního cíle (vysokoškoláci 86 %, středoškoláci 78 %). 80 % respondentů se základním vzděláním uvedlo, že dosažení vytýčeného životního cíle jim bylo znemožněno přítomností handicapu. I zde se ovšem objevila skupina (20 %), které se životního cíle dosáhnout podařilo.

I v souvislosti s fenoménem dosahování životních cílů bylo použito praktiky prohlubujících a upřesňujících dotazů. Jmenovitě jde o dotazy vztahující se k problémům dosažení vytýčených životních cílů v závislosti na respondentových profesních zájmech a též v závislosti na aktuální podobě jeho současného postavení.

Výzkum zahrnoval také orientační informaci o postojích zdravé veřejnosti k dané problematice. Výzkum byl proveden se záměrem zjistit převažující tendence zdravé populace ke kvalifikaci, kvalifikovatelnosti a profesní uplatnitelnosti zrakově znevýhodněných občanů.

Předmětný výzkum měl dvě základní části:

- 1) Zjistit míru informovanosti dotazovaného respondenta ve vztahu k běžné speciálně-pedagogické praxi
- 2) Přesvědčit se o podobě jeho postojů k praktickému uplatnění speciálně-pedagogických aktivit orientovaných na zrakově znevýhodněnou populaci

Zatímco první skupina dotazů sloužila v zásadě k rozpoznání profesních odborníků v řadách respondentů a její role pro celkový výzkum byla spíše dílčí, druhá skupina dotazů hledala přímou odpověď na otázku míry praktického efektu profesní

uplatnitelnosti zrakově znevýhodněných. Je nutné vzít v úvahu, že odmítavý postoj většinového okolí zcela znehodnocuje sebevyšší uplatnitelnost jakéhokoliv jedince.

Provedený výzkum se skládal s celkem 16ti dotazů. Na základě jejich vyhodnocení lze objektivně konstatovat, že zdravá veřejnost při jakékoliv míře své informovanosti o dané problematice vyslovuje v naprosté většině svůj vstřícný postoj ke kvalifikaci a kvalifikovanosti zrakově znevýhodněných spoluobčanů, i k jejich profesní uplatnitelnosti.

Tento postoj byl zaregistrován u všech respondentů, bez ohledu na míru jejich osobní zaangažovanosti v dané problematice (naprostá neznalost problému i například zrakově znevýhodněný příbuzný).

Obecně lze konstatovat, že výzkum proběhl po praktické stránce velmi úspěšně.

5.1 Zhodnocení pracovních hypotéz

Vyšší míra vzdělanosti zrakově postiženého jedince zvyšuje jeho šanci na kvalitní společenské vztahy, a to jak v oblasti profesního uplatnění a soběstačnosti, tak v oblastech osobního a soukromého života.

Tento výchozí předpoklad úvodní hypotézy se prostřednictvím realizovaného výzkumu potvrdil v plném svém rozsahu.

Výzkum prokázal i kladný vztah klientovi pozitivní sebereflexe s mírou jeho vzdělání, kvalifikace a pracovní uplatnitelnosti.

Nedílnou součástí naší společnosti je všestranně (tedy i kvalifikačně a profesně) rozmanitá skupina zrakově postižených spoluobčanů.

Tato hypotéza je sama o sobě objektivním faktem, volně a spolehlivě ověřitelným prostřednictvím kteréhokoli informačního média.

Existence takto situované skupiny spoluobčanů je pevně zakotvena a zohledněna ve veškerých útvarech státní legislativy, praktické projevy kontakty s ní jsou volně dostupné na každém kroku každodenní reality.

Rozdílné životní situace zrakově postižených jsou v oblasti sociální interakce, tedy přístupu k okolí a přístupu okolí, často výrazně ovlivněny jejich možnostmi profesního uplatnění, které je samo o sobě významnou oblastí sociální komunikace.

Empirie výzkumu, ověřujícího tuto hypotézu, vycházela v zásadě z hypotézy první, kterou konkretizuje, upřesňuje a potvrzuje. Lidská interakce, nadčasově ovlivněna normami etickými i racionálními, vždy pozitivně reaguje na akt kvalitní uplatnitelnosti, což zpětně zkvalitňuje mezilidské vztahy, vrcholnou hodnotu všech kvalit života.

Statistika výzkumu znevýhodněné i široké veřejnosti průkazně potvrdila závěry uvedené teorie.

Tradičně propagovaný vztah k práci jedince i skupiny nalézají pozitivní odezvu i v současné společnosti a jedinec s tímto přístupem, navzdory ztíženým podmínkám, má reálnou šanci na nárůst osobní prestiže - a tím i zkvalitnění svého společenského statutu

Výzkum prověřující platnost této teorie se zřetelně provazuje s nadčasovými hodnotami, akceptovanými veškerou lidskou společností.

Vytváření pozitivní uplatnitelnosti jedince je vždy a za všech okolností kladným krokem mezilidských vztahů, tvořících základ kvalit života.

6. Závěr a doporučení pro praxi

Kvalifikace resp. úroveň kvalifikace a pracovní uplatnitelnost zrakově znevýhodněného jedince objektivně má velmi významný vliv na situace a stavy obecně definované jako tzv. kvality života. Tento vliv je pak vlivem pozitivním, přinášejícím životu jedince kladné efekty a důsledky. V případě realizování profesní kvalifikace a následně takto navozené pracovní uplatnitelnosti zrakově postiženého jedince se jedná o aktivitu přínosnou. Prospěchu tak dochází jak jedinec konkrétně, tak celá lidská společnost všeobecně a jedná se tudíž o podpory hodnou záležitost.

Vědecky podložené závěry, jakkoli se zdají být přirozené až na úroveň samozřejmosti, zaplňují svou existencí ve struktuře speciálně pedagogické faktografie „mezeru“, vytvořenou právě absencí hmatatelného důkazu této skutečnosti.

Výzkum je ve své celistvosti důkazem, podporujícím a prokazujícím opodstatněnost jak samotné speciální pedagogiky, tak její provázanosti s pedagogikou běžnou a konečně i kladný postoj široké veřejnosti k praktickým projevům jejich aktivit. Průkazně staví kladné rovnítko mezi pedagogikou dosažitelnou mírou kvalifikace a jakost clientských reflexí vlastních kvalit života. Jednoznačně dokazuje i pozitivní náhled široké veřejnosti na takto handicapované jedince.

Vědecká práce, vypracovaná na základě regulérně zvoleného tématu, je ve své podstatě souborem informací, sumarizovaných i vyhodnocených dle určitých oficiálních norem.

Byl podán vědecký důkaz o praktické účelnosti jednoho ze speciálně pedagogických oborů a náplní jeho činnosti.

Výsledky jednoznačně ukázaly pro zrakově znevýhodněné občany možnou perspektivu.

Tělesné obtíže se tak nemění v lidské neštěstí, což je všestranně a mimořádně důležité. Veškeré i sebevětší zdravotní problémy jsou pro člověka, alespoň relativně akceptovatelnější, snesitelnější a ze speciálně-pedagogického hlediska zvládnutelnější. Pro kteréhokoli člověka je v neblahé životní situaci lepší dělat

cokoli, než nedělat nic a stávat se přitom ještě uplatnitelným pro druhé, znamená prokazovat vůči nim kladný postoj.

A dobrý postoj člověka k lidem je první, největší a jediná opravdová kvalita života.

Praktické využití a přínos pro praxi

Výsledky výzkumu poslouží jako základní orientace v této problematice a jsou i silným argumentem pro podporu vzdělávání a rekvalifikace osob s postižením zraku.

Jsou současně výzvou pro veškeré sféry sociální struktury, aby neustávaly ve vytváření a prohlubování všestranného kontaktu společenského života s veškerými formami speciálně pedagogických aktivit.

Doporučení pro praxi

Vznik „tyflopeditického centra“ v rámci ZSF JU ČB s cílem vytvoření základny pro systémovou kooperaci v rámci všestranného tyflopeditického vzdělávání společnosti.

Vytvoření koordinační základny pro tyflopeditické organizace (SONS, Tyflokabinet apod.) s dopadem do:

- poskytování odborných informací
- školení zaměstnanců těchto organizací
- pořádání konferencí, seminářů, školení, workshopů atd.
- poradenství pro zaměstnavatele s cílem vytvoření pracovních míst pro zrakově handicapované
- koordinace PR aktivit zaměřených na širokou veřejnost s cílem eliminovat potencionální negativní pohledy na zaměstnávání zrakově postižených
- poskytování poradenských služeb v oblasti čerpání z krajských, státních a evropských zdrojů zaměřených na začleňování handicapovaných osob do běžného života

7. Seznam použité literatury

1. ABELN, R.A. 1995. *Jak se vyrovnat se stárím?* 1. vydání. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1995. 74s. ISBN 80-7192-005-3
2. ANTALOVÁ, M. 2000. Sociálny vek a aktivity generácie seniorov. In: *Obohacovanie života starších ľudí edukačnými aktivitami II: Zborník príspevkov z vedeckej konferencie*. Bratislava: Národné osvetové centrum. 2000. s. 113 – 118 ISSN - neuvedeno
3. ATKINSONOVÁ, R. et al. 1995. *Psychologie*. Praha: Victória Publishing, 1995. ISBN 80-5414-249-9
4. Autorský kol. : *Kvalita života*, Sborník příspěvků z konference, konané dne 25.10.2004 v Třeboni. Kostelec nad Černými lesy: INSTITUT ZDRAVOTNÍ POLITIKY A EKONOMIKY. 2004
5. Autorský kol. : *Malá československá encyklopedie*. Praha: Encyklopedický institut, Academia. 1984, ISBN 21-118-84
6. Autorský kol. : *Universum všeobecná encyklopedie*. Praha: Odeon, 2000. ISBN 80-207-1060-4
7. Autorský kol. : *Všeobecná encyklopedie ve čtyřech svazcích, Encyklopedie DIDEROT*. Praha: Nakladatelský dům OP, 1996. ISBN 80-85841-17-7
8. AUSTAD, S.N. 1999. *Proč stárneme*. 1. vydání. Praha: Mladá Fronta, 1999. 205 s. ISBN 80-204-0804-5
9. BAČOVÁ, V. *Kvalita života, hodnotové systémy v spoločnosti a sociálny kapitál. K vymedzeniu psychologických dimenzií kvality života*. [online]. 2004. [citované 15. februára 2005] Dostupné z.: <http://www.publ.sk/elpub/Dzuka3/index.htm>
10. BALOGOVÁ, B. 2005 *Seniori*. 1. vydanie. Prešov: AKCENT PRINT. 2005. 158 s. ISBN 80-969274-4-9-3
11. BARANCOVÁ, H. 2002. *Sociálnoprávne následky globalizácie svetovej ekonomiky*. 1. vydanie. Bratislava: IURA EDITION, 2002. 79 s. ISBN 80-89047-33-5
12. BAŠOVSKÝ, O. – MLÁDEK, J. 1989. *Geografia obyvateľstva a sídiel*. 2. vydanie. Bratislava: PF UK, 1989. 221 s. ISBN 80-223-0026-8
13. BAŠTECKÝ, J. a kolektív. 1994. *Gerontopsychiatrie*. 1. vydanie. Praha: GRADA Publishing, 1994. 317 s. ISBN 80-7169-070-8
14. BAUMAN, Z. 1995. *Úvahy o postmoderní době*. 1. vydání. Praha: Slon, 1995. 165 s. ISBN 80-85850-12-5
15. BEDNÁRIK, R. et al. 1999. *Postavenie starších ľudí v spoločnosti. Závěry sociologického prieskumu. Výskumná úloha Výskumného ústavu práce, sociálnych vecí a rodiny v Bratislave*
16. BENGSTON, U.L. & KUYPERS, J. 1986. *The family support cycle: Psychosocial issues in the aging family*. In.: J.M.A. Munnichs, P. Mussen & E. : Olbrich (eds) *Life Span and Change in Gerontological Perspective*. New York: Academic Press. 1986 ISBN 80-6789-985-4
17. BERGMAN, C.S. 1997. *Genetic and Environmental Influences*. London, New Delhi, Sage Publication, USA-Thousand Oaks, 1997. p.147. ISBN 08039-73772
18. BODNÁROVÁ, B. – FILADELFIOVÁ, J. – GURÁŇ, P. 2001. *Reflexia súčasnej demografickej situácie v rodinných a sociálnych politikách krajín strednej a východnej Európy*. Záverečná správa Časť II. Bratislava : Medzinárodné stredisko pre štúdium rodiny. 2001
19. BOROŠ, J. 2001. *Základy sociálnej psychológie* (pre študujúcich humánne, sociálne a ekonomické vedy). Bratislava: IRIS, 2001. 227 s. ISBN 80-89018-20-3

20. BORTZ, W.M. 1995. *Zdravě a úspěšně až do přirozené stovky*. 1. vydání. Praha : Alternativa, 1995. 257 s. ISBN 80-4147-254-6
21. BROMLEY, D. 1974. *Psychológia ľudského starnutia*. 1. vydanie. Bratislava: Smena, 1974. 341 s. ISBN 80-1452-364-2
22. CARNEGIE, D.: *Jak se zbavit starostí a začít žít*. Talpress: Praha, 1993. 316 s. ISBN 80-85609-32-0
23. CARNEGIE, D.: *Jak získávat přátele a působit na lidi*. Bratislava: BRADLO, 1991. 169 s. ISBN 80-7127-026-1
24. CARNEGIE, D.: *Rychlá a snadná cesta k efektivnímu vyjadřování*. Talpress: Praha, 1994. 203 s.
25. CARNEGIE, D., et al.: *Bud'te vůdčí osobnost*. Talpress: Praha, 1995. 200 s.
26. COSTA, P.T.Jr. – McCREA, R.R. – ZONDERMANN, A.B.. 1987. *Environmental and dispositional influences on Well-being: Longitudinal follow-up of an American National Sample*. British Journal of Psychology, 1987, s. 299 – 306. ISSN 0007-1269
27. ČORNANIČOVÁ, R. 1998. *Edukácia seniorov*. 1. vydanie. Bratislava: Univerzita Komenského, 1998. 156 s. ISBN 80-223-1206-1
28. DESSAINTOVÁ, M.P. 1999. *Nezačínajte stárnout. Jak žít co možná nejdéle příjemně, samostatně a důstojně*. 1. vydání. Praha: Portál, 1999. 232 s. ISBN 80-7178-255-6
29. DISMAN, M. 2002. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. 3. vydání. Praha. Karolinum, 2002. 374 s. ISBN 80-246-0139-7
30. DODDS, p. – MORTON, I. – PROUTY, G. 2004. *Using Pre-therapy techniques in Dementia Care. The Journal of Dementia Care*. 12, č. 2, p. 25 – 28
31. DISMAN, M. : *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: UK Karolinum, 2002. 361 s.
32. DRLÍKOVÁ, E. a kol. 1992. *Učitel'ská psychologie*. 1. vydanie. Bratislava: SPN, 1992. 374 s. ISBN 80-08-00433-9
33. DŽUKA, J. 2002. *Vývoj a overenie validity škál emocionálnej habituálnej subjektívnej spokojnosti*. Československá psychologie. Roč. 2002, 46, č. 3, s. 234 – 250. ISSN 0009-062X
34. ERIKSON, E. H. 2002. *Dětství a společnost*. 2. vydání. Praha: AGRO, 2002. 387 s. ISBN 80-7203-380-8
35. ERIKSON, E.H. 1999. *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. Praha: Lidové noviny, 1999. 128 s. ISBN 80_7106-291-X
36. FAY, B. : *Současná filosofie sociálních věd Multikulturní přístup*. Praha: SLON, 2002. 324 s. ISBN 80-86429-10-5
37. FARKAŠOVÁ, D. et al. 2001. *Ošetrovatelstvo teória*. Martin: Osveta, 2001. ISBN 80-8063-086-0.
38. FELCE, D. & PERRY, J. 1995. *Quality of life: Its definition and measurment. Research in Developmental disabilities*, 1995, 16 s. 51-74
39. FIŠER, Z.C. 1999. *Plný život ve stáří*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 1999. 191 s. ISBN 80-7192-831-8
40. FREUND, A.M. – BALTES, P.B. 1998. *Selection, optimalization and compenzation as strategies od life managment: correlations with subjective of seccessful aging*. Psychology and Aging, 13, 513 – 543 s.
41. FROM, E. : *Psychoanalýza a náboženství*. Praha: AURORA, 2003, 124 s.
42. GAVORA, P. 2001. *Úvod do pedagogického výskumu*. 3. opravené vydanie. Bratislava: Vydavateľstvo Univerzity Komenského. 2001. 236 s. ISBN 80-223-1628-8

43. GEIST, B. 1992. Sociologický slovník. Praha: Victoria Publishing, 1992. 647 s. ISBN 80-85605-28-7
44. GREGOR, O. 1998. *Muži nestárnou? Ale ženy žijí déle*. Kladno: Delta Macek, 1998. 125 s. ISBN 80-86091-07-4
45. GREGOR, O. 1990. *Stárnout je kumšt*. 2. vydání. Praha: Olympia, 1990. 139 s. ISBN 80-7033-040-6
46. GIORGI, A. 1970. *Psychology as a Human Science*. New York, Harper and Row. 1970
47. GROFÍK, R. – CABADAJOVÁ, M. Štatistika. Nitra: VŠP, 1986.
48. HALEČKA, T. 2001. *Kvalita života jako pojem a problém sociálnej politiky a sociálnej práce*.: Práca a sociálna politika 2001, roč. 9, č. 12, s. 2 – 6. ISSN 1210 – 5643
49. HALL, C.S. – LINDZEY, G. 1997. *Psychológia osobnosti*. 1. vydanie. Bratislava: SPN, 1997. 510 s. ISBN 80-08-00994-2
50. HARINEKOVÁ, M. *Stará mama v rodine*.: Rodinné spoločenstvo. roč. 1999, č. 1, s. 22 – 23. ISSN 1335-8731
51. HARTL, P. – HARTLOVÁ, H. 2000. Psychologický slovník. 1. vydání. Praha: Portál, 2000. 774 s. ISBN 80-7178-303-X
52. HAŠKOVCOVÁ, H. 1989. *Fenomén stáří*. 1. vydání. Praha: Panorama, 1989. 407 s. ISBN 80-7038-158-2
53. HAŠKOVCOVÁ, H. 2002. *Manuálek sociální gerontologie*. České ošetrovatelství 10. Ediční řada – Praktické příručky pro sestry. 2002. ISBN 80-7013-363-5
54. HEGYI, L. 1993. *Zlyhanie adaptácie vo vyššom veku*. 1. vydanie. Bratislava: Asklepios, 1993. 103 s. ISBN 80-7167-004-9
55. HEGYI, L. 1996. *Vybrané kapitoly zo sociálnej gerontológie a geriatric*. 1. vydanie. Bratislava: IVZ, 1996. 72 s. ISBN 80-7163-005-5
56. HEGYI, L. 1997 a. *Sociálna gerontológia jako klíč k celostnému chápaniu starého pacienta*.: Geriatria, 1997, č. 2, s. 3 – 5, ISSN 1335-1850
57. HEGYI, L. 1997 b. *Sociálna gerontológia jako interdisciplinárny vedný odbor*. : Geriatria 1997, č. 1, s. 3 – 10, ISSN 1335-1850
58. HEGYI, L. 2001. *Klinické a sociálne aspekty ošetrovania starších ľudí*. Trnava: Slovak Academic Press, 2001. 127 s. ISBN 80-88908-80-9
59. HOLÚBKOVÁ, S. 1999. *Kvalita života občanov vo vzťahu k formám poskytovaných služieb* (Transformácia služieb od inštitucionálnych ku komunitným formám). Tréningové a informačné centrum MPSVaR SR projekt PHARE č. 9518-03-01/3-pilotný kurz Sociálny manažment, Bratislava
60. HOLÚBKOVÁ, S. et al. 2003. *Kvalitné sociálne služby II*. 1. vydanie. Bratislava: Rada pre poradenstvo v sociálnej práci, 2003. 136 s. ISBN 80-968586-5-3
61. HORSKÁ a kol. 1990. *Dětství, rodina a stáří v dějinách Evropy*. Praha: Panorama, 1990. 474 s. ISBN 80-7038-011-X
62. HROZENSKÁ, M. 2004. *Analýza sociálnych služieb pre seniorov v meste Nitra a prognóza ich rozvoja*. Rigorózná práca, FSVaZ UKF v Nitre
Infostat – Inštitút informatiky a štatistiky: Prognóza vývoja obyvateľstva SR do roku 2050, (online)2002(citované 05. februára 2004) Bratislava,,: Akty, s. 8, 2002.
Dostupné z: <http://www.infostat.sk/vdc/pdf/prognoza2050vdc2.pdf>
http://www.mia.sk/DE_TL/ZDRAV/DT_200206/14_06_10.htm, [online], [citované 07.01.2005]
63. JANDOUREK, J. Sociologický slovník. Praha: Portál, 2001. 282 s. ISBN 80-7178-535-0

64. JUNG, C.G. *Duše moderního člověka*. 1. vydání. Brno: Atlantis, 1994, 378 s. ISBN 80-7108-087-X
65. KÁBRT, J. – VALACH, V. 1968. *Stručný lékařský slovník*. 1. vydanie. Martin: Osveta, 1968. 537 s. ISBN - nevedeno
66. KALVACH, Z. a kol. 2004. *Geriatric a gerontologie*. 1. vydání. Praha: GRADA Publishing, 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6
67. KERSCHEN, N. et al. 2005. *Long-term care for older people. Report for Member States of the European Union*. Súkromný materiál doc. JUDr. V. Tkáča, CSc., poslancu NR SR, použitý s jeho súhlasom.
68. KLIMEŠ, L. : *Slovník cizích slov*. Praha: SPN, 2002. 862 s. ISBN 80-72-35-023-4
69. KOMENSKÝ, J.A. 1992. *Vševýchova*. 1. vydání. Bratislava: Obzor, 1992. 263 s. ISBN 80-215-0216-9
70. KOVÁČ, D. 2000. *K pojmo-logike kvality života*. : Československá psychologie. Praha: Academia, 2004. roč. XLVIII, č. 5. 158 s. ISSN 009-0623
71. KOVÁČ, D. 2000. *Kvalita života seniorov a spiritualita*. : Obohacovanie života starších ľudí edukačnými aktivitami II: Zborník príspevkov z vedeckej konferencie, ktorá sa konala 16. – 17.09.1999., 2000. 147 s. ISBN 80-88910-15-3
72. KOVÁČ, D. 2003a. *Osobnosť – leitmotiv psychologického finále*. : Ruisel, I., Inteligencia v rôznych kontextoch, Ústav experimentálnej psychológie SAV, 2003, s. 8 – 20, 2003. 100 s. ISBN 80-88910-15-3
73. KOVÁČ, D. 2003b. *Quality of life: A paradigmatic challenge to psychologists*. *Studia psychologica*, 45, 2003, 2, p. 81 – 101, ISSN 0039-3320
74. KOVÁČ, D. 2001. *Kvalita života – naliehavá výzva pre vedu nového storočia*. Československá psychologie, 2001, roč. XLV, č. 1. 16 s.
75. KRAJČÍK, Š. 2000. *Geriatrica*. Trnava: SAP 2000. 82 s. ISBN 80-88908-68-X
76. KRÁSNÍK, P. 1986. *To najdôležitejšie o starobe*. Bratislava: ÚZV, 1986
77. KRUPA, S. et al. 2000. *Kvalitné sociálne služby I*. 1. vydanie. Košice: Vienala, 2000. 120 s. ISBN 80-88922-17-8
78. KŘIVOHLAVÝ, J. : *Konflikty mezi lidmi*. Praha: Portál, 2002. 189 s. ISBN 80-7178-642-X
79. KŘIVOHLAVÝ, J. : *Rozhovor lékaře s pacientem*. Brno: Institut pro další vzdělávání pracovníků v Brně, 1995. 155 s. ISBN 80-7013-187-X
80. KŘIVOHLAVÝ, J. : *Psychologie zdraví*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-774-4
81. KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0
82. KŘIVOHLAVÝ, J. : *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2003. 279 s. ISBN 80-7178-835-X
83. KŘIVOHLAVÝ, J. 1985. *Psychologická rehabilitace zdravotně postižených*, Praha: Avicenum, 1989.
84. KURIC, J. a kol. 1986. *Ontogenetická psychologie*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1986. 286 s.
85. KURIC, J. 1997. *Kompendium ontogenetické psychologie*. Nitra: Univerzita Konštantína Filozofa, Pedagogická fakulta, 1997. 197 s. ISBN 80-50-144-0
86. Medzinárodný zborník vedeckých štúdií grantovej úlohy VEGA č. 1/0457/02 *Kvalita života – kvalitou sociálnej práce a vzdelávania dospelých*, Katedra vzdelávania dospelých a sociálnej práce, Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, ISBN 80-968367-7-3
87. LAŠEK, J. 2004. *Subjektivní životní spokojenost u tří věkových skupin respondentů*. : Československá psychologie, Academia, roč. 2004 / č. 3, 90 s. ISSN 0009-062X

87. LEKÁRSKY OBZOR, 2002, roč.5, č. 12, s. 375 – 378. ISSN 0457-4214
88. LEVICKÁ, J. 2002. *Metódy sociálnej práce*. 1. vydanie. Trnava: VeV, 2003. 122 s. ISBN 80-89074-38-3
89. LIBIGEROVÁ, D., MULLEROVÁ, H. 2001. *Posuzování kvality života v medicíne*. Česká a Slovenská psychiatria, 2001, č. 4. ISSN 1212-0383
90. LINHART, J. a kol.: *Velký sociologický slovník I. II*. Praha: Karolinum, 1996.
91. LIPOVECKÝ, G. 1998. *Éra prázdnoty*. 1. vydání. Praha: Prostor, 1998. 269 s. ISBN 80-85190-74-5
92. LIŠKA, V.: *Doktorandus (průvodce budoucích Ph.D.)*. Praha: Professional publishing, 2004. 149 s. ISBN 80-86419-60-6
93. LITOMERICKÝ, Š. – KRAJČÍK, Š. 1991. *Starý člověk v rodině*. 2.vydanie. Bratislava: ÚZV, Zdravotnicke aktuality, 138. zväzok. 1991. 48 s.
94. MAHONEY, D. – RESTAK, R. 2000. *Moderní příručka dlouhověkosti*. 1. vydání. Praha: Academia, 2000. 183 s. ISBN 80-200-0260-X
95. MACHOVÁ, J., HAMANOVÁ, J. : *Reprodukční zdraví v dospívání*. Praha: H&H, 2002. 197 s. ISBN 80-58612-52-4
96. MAREŠ, P. 1999. *Sociologie nerovnosti a chudoby*. 1. vydání. Praha: Slon, 1999. 248 s. ISBN 80-85850-61-3
97. MÁTEJ, J. 1976. *Dejiny českej a slovenskej pedagogiky*. 1. vydanie. Bratislava: SPN, 1976. 501 s.
98. MATOUŠEK, O. 1999. *Ústavní péče*. 2. vydání. Praha: Slon, 1999. 159 s. ISBN 80-85850-76-1
99. MATOUŠEK, O. a kol. 2001. *Základy sociální práce*. 1. vydání. Praha: Portál, 2001
100. MATOUŠEK, O. a kol. 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. 1. vydání. 384 s. ISBN 80-7178-548-2
101. MATOUŠEK, O. , KOLÁČOVÁ, J., KODYMOVÁ, P. 2005. *Sociální práce v praxi: Specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. 1. vydání. Praha: Portál, 2005. 352 s. ISBN 80-7367-002-X
104. MAZALÁNOVÁ, A. 2004. *Starostlivost' o hospitalizovaných chorých z hľadiska kvality života*. 2004, roč. 10, č. 1 ISSN 1335-5090.
105. MEDERLY, P., TOPEREER, J., NOVÁČEK, P. : *Indikátory kvality života a udržitelného rozvoje kvantitativní, vícerozměrný a variantní přístup*. Praha: UK FSF CECES, 2004, 65 s.
106. MEŠKO, D., - KATUŠČÁK, D. – a kol. 2004. *Akademická příručka*. 1. vydanie. Martin: Osveta, 2004. 316 s. ISBN 80-8063-150-6
107. MOŽNY, I., *Česká společnost. Nejdůležitější fakta o kvalitě našeho života*. Praha: Portál, 2002. 207 s. ISBN 80-7178-624-1
108. MULLAN, P. 2002. *The Imaginary Time Nomb: Why an Ageing Population is not Social Problem*. London: I.B. Taurus
109. MÜHLPACHR, P. 2004. *K problematice vzdělávání seniorů*. : Řehulka, Řehulková: *Učitelé a zdraví* 4. 1.vydání. Brno: Nakl. P.Křepelka, 2002. 203 s. ISBN 80-210-3345-2
110. NÁKONEČNÝ, M. 2000. *Sociální psychologie*. 2. vydání. Praha: Academia, 2000. ISBN 80-200-0690-7
111. OAKLEYOVÁ, A., *Pohlaví, gender a společnost*. Ostrava: Portál, 2000. 171 s. ISBN 80-7178-403-6
112. ODLEROVÁ, E. 1997. *Etika ľudského času a ekológia*. Geriatria 3/1997, č.2, s. 49 – 52, ISSN 1335-1850
113. OLIVER, J. et al. 1996. *Quality of Life and Mental Health Services*. London: New

- Fetter Lane., EC4P 4EE. 1996. ISBN 0-415-16151-7
114. ONDREJKA, I., ADAMCOVÁ, K., 2003. *Komplexně o kvalitě života pacienta*. Sestra. 2003, roč. II, č. 3, 8-9 s. ISSN 1335-9444.
 115. ONDREJKOVIČ, P., 2005. Úvod do metodologie sociálních věd. *Základy metodologie výskumu*. 1. vydanie. Bratislava: Regent, 2005. 174 s. ISBN 80-88904-35-8
 116. Ôsme stredo európske sympóziium o sociálnej gerontológii, starostlivosť o seniorov z aspektu verejného zdravotníctva. Bratislava, 1999, Zborník príspevkov z vedeckej konferencie. ISSN – 8056 - 9820
 117. PÁCOVSKÝ, V. – HEŘMANOVÁ, H. 1981. *Gerontologie*, Praha Avicenum, 1981. 298 s.
 118. PAYNE, J. a kol. *Kvalita života a zdraví*. Praha, Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0
 119. PECK, M. S., *Nevyšlapanou cestou*. Praha: Argo, 2003, 274 s.
 120. PIAGET, J. – INHELDEROVÁ, V. *Psychologie dítěte*. Praha: Portál, 2000. 144 s.
 121. PICHAUD, C. – THAREAUOVÁ, I., 1998. *Soužití se staršími lidmi*. 1. vydání. Praha: Portál, 1998. 156 s. ISBN 80-7178-184-3
 122. POPELOVÁ, J. 1985. *Filozofia J.A.Komenského*. 1. vydanie. Bratislava: Pravda, 1985. 231 s.
 123. POLÁKOVÁ, M. 2002. *Kvalita života v seniú – výsledok sociálnej adaptácie a rehabilitácie*. Diplomová práca, FSV UKF v Nitre.
 124. POTAŠOVÁ, A. 2002. *Quality of life: specific problems od seniors citizens*. *Studia psychologica*, 44, 305-309, ISSN 0039-3320
 125. POTAŠOVÁ, A. 2004. *Kvalita života: úskalía výskumu seniorského veku*. [online] [citované 07.02.2004]. Dostupné z: <http://www.pulib.sk/elpub/FF/Dzuka3/index.htm>
 126. PROFIL ZDRAVIA MĚSTA NITRY. 1999. Nitra: ENGIMA, 1999. 53 s. ISBN 80-85471-64-7
 127. PŘÍHODA, V. 1974. *Ontogeneze lidské psychiky IV*. Praha: SPN, 1974. 495 s.
 128. PROVAZNÍK, D. a kol. *Aktuálne problémy sociologie rodiny*. Bratislava: Vydavateľstvo Slovenskej akadémie vied, 1989.
 129. *Psychická redukácia a edukácia mravného správania*. Trnava: 1999. Zborník katedry psychológie fakulty humanistiky Trnavskej Univerzity.
 130. RAVI, Z., *Lotos a kříž rozhovor Ježíše s Budhou*. Praha: Návrat domů, 2003. 77 s. ISBN 80-7255-064-0
 131. ŘÍČAN, P. 1990. *Cesta životem*. 1. vydání. Praha: Panorama, 1990. 439 s. ISBN 80-7038-078-0.
 132. SADOVSKÁ, O. 1997. *Kvalita života nevylicitelně chorých a terminálních pacientov*. *Revue ošetrovateľstva a laboratórnych metodík*, 1997, č. 1, 3 s.
 133. SCHERPNER, M. 1999. *Sprevádzanie v praxi, poradenstvo a učenie: princípy sociálnej práce: podnety na sprevádzanie v praxi a poradenstvo pracovníkov*. Dolný Kubín: P.Huba, 1999. ISBN 80-88803-28-4
 134. SHEEHY, G. 1999. *Průvodce dospělostí. Šance a úskalí druhé poloviny života*. 1. vydání. Praha: Portál, 1999. 454 s. ISBN 80-7178-185-1
 135. *Sociálna pomoc*. 2002. s. 3 [online] [citované 2.3.2002] Dostupné z: <http://www.employment.gov.sk/socialnapomoc/nposslovesnkaverzia>. Sociologický časopis, Sociologický ústav Akademie věd České

- republiky, roč. 38, č.5, říjen 2002, ISSN 0038-0288
136. SLANINKOVÁ, E. 2005. Úlohy sestry v procese adaptácie pacienta na zmenený zdravotný stav, na prijatie choroby. Revue ošetrovateľstva a laboratórných metodík, 2005, roč. XI., ISSN 1335-5090
 137. STRIEŽENEC, Š. 1996. Slovník sociálneho pracovníka. 1. vydanie. Trnava: AD, 1996, 255 s. ISBN 80-967589-0-X
 138. STRIEŽENEC, Š. 1999. Úvod do sociálnej práce. 1. vydanie. Trnava: AD, 1999. 215 s. ISBN 80-967589-6-9
 139. STRIEŽENEC, Š. – BEDNÁRIK, R. 2000. Písomné študijnokvalifikačné prejavy v odbore sociálna práca. Bratislava: AMOS Pdf UK, 2000. 113 s. ISBN 80-88868-61-0
 140. STRÍŽENEC, M. 2001. Súčasná psychológia náboženstva. 1. vydanie. Bratislava: Iris, 2001. 237 s. ISBN 80-88778-33-6
 141. STUART–HAMILTON, I. 1999. *Psychologie stárnutí*. 1. vydání. Praha: Portál, 1999. 319 s. ISBN 80-7178-274-2
 142. STUCKELBERGER, A. – HÖPFLINGER, F. Späte und nachberufliche Familienphasen-intergenerationelle Leistungen moderner Familien. Dostupné z: <http://www.mypage.bluewin.ch/hoepf/fhtop/fhfamillg.html>
 143. Súčasný populačný vývoj na Slovensku v európskom kontexte. 2001. Zborník príspevkov z 8. demografickej konferencie. Rajecké Teplice
 144. ŠVEC, Š. 1998. Metodológia vied o výchove: Kvalitatívno-scientické a kvalitatívno-humanitné prístupy v edukačnom výskume. Bratislava: Iris, 1998. 303 s. ISBN 80-88778-73-5
 145. SVENSSON, T. *The need and Right to learn and study over the Life Span*. : Seniors in higher education: Decelopment Opportunities A.I.U.T.A. 1990. Procedings Université du Quebec, Hull, 1999, p.209-220
 146. TIŠANSKÁ, L. – KOŽENÝ, J. Osobnosť, anticipovaná sociálna opora a adaptácia senierek na stárnutie: test modelu životnej spokojenosti. In: Československá psychologie, 2004, roč. XLVIII., č. 1 95 s. ISSN 0009-0628
 147. TOPINKOVÁ, E. – NEUWIRTH, J. 1995. Geriatrie pro praktického lékaře. 1. vydání. Praha: GRADA Publishing, 1995. 299 s. ISBN 80-7169-099-6
 148. TOŠNEROVÁ, T. 2002. Ageismus. Průvodce stereotypy a mýty o stáří. 1. vydání. Praha: Ambulance pro poruchy paměti Ústav lékařské etiky 3. LF UK Praha a FNKV Praha 10, 2002. 45 s. ISBN 80-238-9506-0
 149. TVAROH, F. 1983. *Všichni stárneme*. 2. vydání. Praha: Avicenum, 1983. 248 s.
 150. Ústav pro jazyk český AV ČR. Slovník spisovné češtiny pro školu a veřejnost. Praha: ACADEMIA, 1994. 647 s. ISBN 80-200-0493-9
 151. VÁGNEROVÁ, M. – HADJ-MOUSSOVÁ, Z. – ŠTECH, S.: Psychologie handicapu. Praha: Karolinum, 2001. 230 s. ISBN 0-7184-929-4
 152. VALNÁ, S. 1999. Životné ciele a individuálny vývoj starších ľudí. : Práca a sociálna politika, 1999, roč. VII, č. 12. s. 5-6 ISSN 1210-5643
 153. VANDERVOOT, D. 1999. Quality of Social Support in Mental and Physical Health. Current Psychology, 1999, roč. 18. č. 2, 205-223 s.
 154. Velký sociologický slovník. Díl I: A/O. 1996. 1. vydání. Praha: Karolinum, 1996. 747 s. ISBN 80-7184-164-1
 155. Velký sociologický slovník. Díl II.: P/Ž. 1996. 1. vydání. Praha:

- Karolinum, 1996. 1627 s. ISBN 80-7184-310-5
156. VEENHOVEN, R. 2000. The four Qualitis of Life. Ordering Concepts and Measures of the good Live. Journal of Happineness Studies, 2000, roč. 10, č. 1, s. 1-39
 157. Zdravá rodína – základ demokratického štátu v Európe. 2000. Zborník referátov, Slevenská spoločnosť pre rodinu a zodpovedné rodičovstvo, Bratislava, 2000. 146 s. ISBN 80-968318-6-0
 158. ŽÍLOVÁ, A. 2001. Sociálne minority – predmät záujmu a cieľové skupiny sociálnej práce. Práca a sociálna politika, 2001, roč. IX, č.5, s.10-14 ISSN 1210-5643

8. Klíčová slova

důkaz

kvalita

kvalita života

profese

profesní uplatnitelnost

reflexe

sebe-reflexe

souvislost / spojitost

společenský statut

vzdělávání / kvalifikace

zrakové znevýhodnění / zrakový handicap

9. Seznam zkratek

aj.	a jiné
apod.	a podobně
atd.	a tak dále
č.	číslo
čl.	článek
ed.	editor
et. al.	a jiní
HDP	hrubý domácí produkt
HRQoL	Health Related Quality of Life
kol.	kolektiv
např.	například
odst.	Odstavec
p	hladina statistické významnosti
PGWS	Psychological General Well Being
PWB	Psychological Well Being
s.	strana
Sb.	Sbírka zákonů ČR
SH	Subjective Health
SRH	Self-Rated Health
SŠ	středoškolské vzdělání
SWB	Subjective Well Being
SWLS	Satisfaction With Life Scale
tab.	tabulka
tj.	to jest
tzn.	to znamená
VŠ	vysokoškolské vzdělání
vyd.	vydání
WHO	World Health Organisation – Světová zdravotnická organizace
WHOQOL	World Health Organisation Quality of Life
z.	zákon
Z	základní vzdělání