

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav speciálněpedagogických studií

**Analýza subjektivního zdraví a životní spokojenosti u osob
s mozkovou obrnou**

Disertační práce

Mgr. NAĎA PETROVÁ

Doktorský studijní program, Speciální pedagogika

Školitelka: prof. PaedDr. Libuše Ludíková, CSc.

Olomouc

2020

Disertační práce byla vypracována v prezenční formě doktorského studijního programu
Speciální pedagogika realizovaného na Pedagogické fakultě Univerzity Palackého v
Olomouci.

Školitelka: prof. PaedDr. Libuše Ludíková, CSc.

Pracoviště: Ústav speciálněpedagogických studií

Email: libuse.ludikova@upol.cz

Prohlašuji, že jsem disertační práci s názvem *Analýza subjektivního zdraví a životní spokojenosti u osob s mozkovou obrnou* vypracovala samostatně a výhradně s použitím bibliografických a elektronických zdrojů uvedených v seznamu v závěru práce.

V Olomouci dne

Mgr. Nad'a Petrová

Děkuji prof. PaedDr. Libuši Ludíkové, CSc. za vedení práce, doc. Jiřímu Kantorovi, Ph.D., Mgr. Kateřině Langové, Ph.D. a Ing. Václavu Steigerovi za odborné konzultace. Děkuji všem respondentům, kteří se zúčastnili výzkumu.

OBSAH

ÚVOD	8
1 ZDRAVÍ A ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST	10
1.1 Zdraví.....	10
1.1.1 Subjektivní zdraví.....	11
1.1.2 Determinanty zdraví.....	12
1.2 Životní spokojenost.....	13
1.2.1 Měření životní spokojenosti.....	14
1.2.2 Determinanty životní spokojenosti.....	15
1.2.3 Hodnocení životní spokojenosti.....	17
2 JEDINEC S MOZKOVOU OBRNOU	19
2.1 Vymezení mozkové obrny.....	19
2.2 Příčiny vzniku a klasifikace mozkové obrny.....	20
2.3 Prognóza mozkové obrny.....	24
2.4 Přidružené postižení.....	26
2.5 Prevence.....	27
2.6 Dopad disability na život a MKF.....	28
3 POPIS DOSAVADNÍHO STAVU	32
4 CÍL, METODIKA A PRŮBĚH VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ	38
4.1 Pracovní postup a metody sběru dat.....	39
4.1.1 Dotazník WHODAS 2.0.....	40
4.1.2 Dotazník životní spokojenosti SWLS.....	43
4.2 Provedení dotazníkového šetření.....	45
4.3 Výzkumný soubor.....	46
4.3.1 Charakteristika výzkumného souboru osob s mozkovou obrnou.....	46
4.3.2 Charakteristika kontrolního výzkumného souboru.....	47
4.4 Zpracování dat.....	48
4.5 Etické hledisko výzkumu.....	49
5 VÝSLEDKY VÝZKUMU	51
6 DISKUZE	66
7 ZÁVĚR	74
8 SEZNAM LITERATURY A ODKAZŮ	76

Seznam použitých zkratk

CR α = Cronbachova alfa

CS = Celkový soubor

DMO = Dětská mozková obrna

DŽS = Dotazník životní spokojenosti

HDP = Hrubý domácí produkt

ICF = International Classification of Functioning, Disability and Health

ICF-CY = International Classification of Functioning, Disability and Health – Children & Youth version

JBİ = Joanna Briggs Institute

KS = Kontrolní soubor

MKF = Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví

MO = Mozková obrna

NIAAA = Národní úřad pro zneužívání alkoholu

NIDA = Národní úřad pro zneužívání drog

NIMH = Národní úřad duševního zdraví

SD = Směrodatná odchylka

SWLS = Satisfaction with Life Scale

WHO = Světová zdravotnická organizace

WHODAS 2.0 = WHO Disability Assessment Schedule

Seznam tabulek, grafů a obrázků

Seznam tabulek:

Tabulka 1: Klasifikace dle MKN-10

Tabulka 2: Přehled výsledků rešerše

Tabulka 3: Úroveň vědeckého důkazu účinnosti/efektivity dle JBI

Tabulka 4: Kontingenční tabulka: demografická komparace základního a kontrolního výzkumného souboru

Tabulka 5: Reliabilita celkového souboru

Tabulka 6: Demografické porovnání obou souborů

Tabulka 7: Rozpětí absolutní hodnoty Cohenova d

Tabulka 8: Věcná významnost

Tabulka 9: Výsledky t-testu subjektivního zdraví

Tabulka 10: Výsledky t-testu životní spokojenosti

Tabulka 11: Popisná statistika položek WHODAS 2.0

Tabulka 12: Statistika vztahu položka - celkové skóre WHODAS 2.0

Tabulka 13: Položková analýza a reliabilita dotazníku SWLS pro celý soubor

Tabulka 14: Statistika vztahu položka - celkové skóre SWLS

Seznam grafů:

Graf 1: Krabicový graf dotazníku WHODAS 2.0

Graf 2: Histogram četností WHODAS 2.0

Graf 3: Krabicový graf dotazníku SWLS

Graf 4: Histogram četností SWLS

Graf 5: Porovnání skóre dotazníku WHODAS 2.0 a SWLS

Graf 6: Krabicový graf rozložení hodnot jednotlivých položek dotazníku WHODAS 2.0

Graf 7: Krabicový graf rozložení hodnot jednotlivých položek dotazníku SWLS

Seznam obrázků:

Obrázek 1: Flow diagram

ÚVOD

Důvodem k vypracování této práce je, že téma vnímání subjektivního zdraví a životní spokojenosti v českém prostředí na vybrané cílové skupině osob s mozkovou obrnou chybí. Podnětem k zaměření se na danou cílovou skupinou bylo dlouhodobé působení v organizaci Trend vozíčkářů na pozici pracovního asistenta.

Problematika životní spokojenosti je rozsáhlým fenoménem, podobně jako problematika subjektivního zdraví. Oba pojmy jsou vymezovány široce a nejednotně. Životní spokojenost stejně jako subjektivní zdraví jsou tématem nejen oboru psychologie, ale také sociologie a ekonomie.

Tyto fenomény zkoumáme a porovnáváme u jedinců s mozkovou obrnou a u zdravé populace. Věnujeme se analýze souvislostí mezi subjektivním zdravím a životní spokojeností za použití standardizovaných dotazníků, a to dotazníku WHODAS 2.0 a Dotazníku životní spokojenosti SWLS. Právě toto subjektivní hodnocení bývá v koloběhu péče o osobu s disabilitou opomíjeno.

Předkládaná disertační práce je tvořena kapitolami, které vymezují teoretický rámec, který shrnuje důležité poznatky z odborné literatury. Na něj pak navazuje výzkum disertační práce. V kapitolách teoretické části se nejprve věnujeme teoretickému vymezení pojmů životní spokojenost a subjektivní zdraví. Subjektivní zdraví je vymezováno jako pocitový vjem pohledu na své zdraví. Životní spokojenost je definována jako subjektivní hodnocení života člověka v aktuálním období. Zaměřujeme se především na determinanty, které pohled na subjektivní zdraví a životní spokojenost ovlivňují.

Ve druhé kapitole jsme se zaměřili na jedince s mozkovou obrnou, dopad disability na život a hodnocením disability dle Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví a aktuální situací v České republice s komentáři od prof. MUDr. Olgy Švestkové, Ph.D. a MUDr. Miroslava Zvolského. Mozková obrna je vymezována jako raně vzniklé postižení centrální nervové soustavy, kdy dominantním příznakem je narušení hybnosti. Popisujeme také etiologii, klasifikaci a prevenci mozkové obrny. Třetí část teoretického rámce se zabývá popisem současného stavu skrze literární review.

Výzkumná část představuje prospektivní observačně-analytickou studii. Nejprve vymezuje cíl, kterým je zjistit, jak osoby s mozkovou obrnou vnímají své subjektivní zdraví a životní spokojenost a porovnat vnímání těchto fenoménů u osob s mozkovou obrnou s jejich vnímáním u kontrolní skupiny získané u běžné populace. Dále jsou položeny výzkumné otázky, na základě teoretického rámce jsou vymezeny hypotézy, je popsána metodika a průběh výzkumného

šetření. Získaná data byla analyzována prostřednictvím deskriptivní a indukční statistiky. Samotný závěr práce je věnován diskuzi, kde se zamýšlíme nad zjištěnými poznatky, přínosy a zároveň limity práce a doporučením pro další výzkum.

Výzkum disertační práce byl podpořen projektem vnitřní grantové soutěže Univerzity Palackého v Olomouci a její Pedagogické fakulty „Kvalita života osob se speciálními potřebami v aktuálním výzkumném kontextu“, hlavní řešitel prof. PaedDr. Libuše Ludíková, CSc. (IGA_PdF_2017_013).

1 ZDRAVÍ A ŽIVOTNÍ SPOKOJENOST

V této kapitole se zaměříme na klíčové pojmy **subjektivní zdraví a životní spokojenost** z různých pohledů. Uvádíme řadu determinantů, které ovlivňují vnímání subjektivního zdraví a životní spokojenosti, podložených současnými výzkumy.

Studii na téma životní spokojenost a subjektivní zdraví přibývá a rozšiřuje se také množství odborníků, kteří se tématy zabývají na poli sociologie, psychologie, ekonomie a v dalších oblastech. Většina výzkumů využívá kvantitativní metodologii. Sociologové sledují vztahy očima jedince či celé společnosti s ohledem na sociální kontakty (např. Hamplová, 2006; Kapteyn, 2009; Pedersen – Schmidt, 2011), či na souvislosti s věkem (např. Easterlin, 2006; Hamplová, 2004). Psychologové se věnují rozdílům v životní spokojenosti z pohledu osobnostních charakteristik (např. Diener, 1985; Kačmárová, 2007; Lucas, 2007). Ekonomové zdůrazňují faktory, které mohou vnímání ovlivňovat, jako je příjem a životní podmínky (např. Bjørnskov, 2008; Fischer, 2008; MacKerron, 2012; Večerník, 2012).

1.1 Zdraví

Zdraví¹ patří k nejdůležitějším lidským hodnotám. Je to hodnota, která je předpokladem kvality života, plnění sociálních rolí a seberealizace. Některá pojetí chápou zdraví pouze jako fyzický stav člověka (např. Parsons, 1981; Williams, 1983; Machová, 2009), jiná jako schopnost zapojení do společnosti (např. World Health Organization; Astl, 2009) nebo jako subjektivní pocit (např. Nováková, 2011; Velemínský, 2011).

Zdraví výrazně ovlivňuje kvalitu života (např. Čevela, 2009; Nováková, 2011; Strejčková, 2007). Při vymezení termínu zdraví záleží na mnoha aspektech, které se stále s vývojem společnosti mění. Nejvíce citovanou definici zdraví (nezměněnou již od roku 1948) uvádí Světová zdravotnická organizace: „*Zdraví je stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody a nejen nepřítomnost nemoci nebo vady.*” (World Health Organization, 2003).

Křivohlavý (2001, s. 40) vymezuje zdraví jako: „*celkový (tělesný, psychický, sociální a duchovní) stav člověka, který mu umožňuje dosahovat optimální kvality života a není překážkou obdobnému snažení druhých lidí*”.

¹ Tato část práce byla publikována v: LUDÍKOVÁ, L. & kol. (2017). *Vybrané faktory ovlivňující kvalitu života osob se speciálními potřebami*. Olomouc: VUP.

Seedhouse (1995, s. 2; srov. s Parsons, 1981; Antonovsky, 1985; Holčík, 2010) uvádí: „Optimální stav zdraví určité osoby závisí na stavu souboru podmínek, které umožňují žít a pracovat tak, aby byly splněny její realisticky zvolené a biologické možnosti (potenciály).”

Antonovsky (1985) zdůrazňuje aktivní úlohu a zodpovědnost jedince v prevenci a podpoře zdraví. Zaměřuje se na faktory, které podporují subjektivní pohodu a zdraví člověka. Antonovsky (1987) se také zabývá salutogenetickou koncepcí zdraví, kdy jsou zkoumány podmínky pevného zdraví vzhledem k nepříznivým vlivům prostředí. Klade důraz na člověka v nemoci proti důrazu na etiologii disability/nemoci, zaměřuje se na možnosti zvládnání situace (tzv. coping strategie), zdůrazňuje etický rozměr zdraví a popisuje, že zdraví není nejvyšší hodnotou. Od patogenetického přístupu se salutogenetická koncepce liší v hledání faktorů, které udržují jedince v dobré zdravotní kondici a faktorů, které celkový zdravotní stav zlepšují a pozitivně ovlivňují.

Seedhouse (1995) rozděluje teorie zdraví do následujících skupin:

- Teorie, které považují zdraví za ideální stav člověka, jemuž je dobře (wellness).
- Teorie, které chápou zdraví jako „fitness“, normální dobré fungování.
- Teorie, které se dívají na zdraví jako na zboží.
- Teorie, které chápou zdraví jako určitý druh „síly“.

Všechny koncepce zdraví chápou a vymezují jej nejen v tělesné rovině, ale také psychické, sociální a duchovní. Každý člověk vnímá své zdraví jinak, proto jej často také odlišně popisujeme. Lidé do procesu hodnocení vlastního zdraví zahrnují kromě fyzického zdraví, také kondici, chování či osobní pohodu. Holčík (2010) uvádí, že zdraví vzniká v rodinách, školách a na pracovištích, tedy všude, kde lidé žijí, pracují, odpočívají a stárnou. V těchto místech by měla být nejvyšší snaha o ochranu, udržení a rozvoj zdraví. Vymezuje také tzv. škálu zdraví od naprostého zdraví k malému narušení zdraví, přes větší poruchu zdraví, až po umístění na lůžko, bezvědomí či smrt. Lechta (2010; srov. s Mandincová, 2011) se zamýšlí nad otázkou zdraví v souvislosti s osobami s postižením a uvádí, že i lidé s postižením se mohou cítit zdraví. Zdraví je totiž založeno na subjektivním vnímání.

1.1.1 Subjektivní zdraví

Křivohlavý (2001) uvádí **dvě složky zdraví**, a to složku subjektivní a objektivní. **Subjektivní složku** popisuje jako vlastní pohled na své zdraví (fyzické i duševní) a vyjadřuje pocitovou složku. Subjektivní zdraví vychází z hodnocení vlastního zdravotního stavu, je obsáhlejší, rozmanitější a zachycuje různě zbarvené tělesné pocity a psychické stavy (Paulík, 2013).

Subjektivním zdravím se zabývá také Šolcová a Kebza (2006), uvádějí, že proces hodnocení zdraví je součástí identity jedince. Nazývají jej složitou psychologickou kategorií. Kreidl (2008) vnímá subjektivní zdraví jako postoj ke zdraví, porozumění zdravotnímu stavu a ochotě spolupracovat s lékařem.

Tichá (2012) uvádí, že nejrozšířenějším pohledem na **objektivní zdraví** je biomedicínský model, který se zabývá pouze fyzickou stránkou člověka. Lékař se zaměřuje na nejužší možnou oblast a časovou linii tak, aby se co možná nejrychleji překonala daná nemoc (Šolcová, Kebza, 2006). Užší hodnocení zdravotního stavu člověka, musí být podloženo výsledky diagnostiky tak, aby byly uspokojeny praktické medicínské potřeby, díky kterým lze oddělit normu od abnormality (Orel, 2012).

Vztah mezi objektivním a subjektivním zdravím není přímočarý. Tyto pohledy vnímání se vzájemně prolínají a ovlivňují. Jedinec se může cítit fyzicky, duševně i mentálně v pořádku a subjektivní vnímání, které je ovlivňováno naší psychickou kondicí, se mění až po sdělení diagnózy. Nikoliv však vinou nemoci jako takové, ale uvědoměním si svého stavu a průběhem terapie. Subjektivní zdraví může však působit na proces léčby a může ovlivnit objektivní zdraví a naopak. Vnímání zdraví však můžeme ovlivnit pomocí různých kompenzačních pomůcek. Jiným příkladem je stav, kdy jedinec subjektivně pociťuje zhoršení svého zdravotního stavu, které ovšem lékařské vyšetření vyvrátí. Pakliže se druhý typ děje opakovaně, můžeme hovořit o tzv. hypochondrii (Křivohlavý, 2002).

1.1.2 Determinanty zdraví

Vnímání zdraví může být významně ovlivněno působením nejrůznějších faktorů (od dědičnosti, funkčního stavu, životního stylu jedince, po sociální zázemí). Kebza (srov. s Machová, 2015; Nutbeam, 1998; Wilkinson, Marmot, 2005; Šťastný, 2006) rozděluje faktory/**determinanty zdraví** na vnitřní a zevní. *Vnitřní determinanty* zahrnují osobnostní charakteristiky (jako je typ osobnosti, schopnost zvládat stres, psychická odolnost, atd.). *Zevní determinanty* tvoří sociální, environmentální (klimatické podmínky), ekonomické, politické (nárůst civilizačních chorob) a kulturní faktory.

Podle Šťastného (2006; srov. s Strejčková, 2007; Klescht, 2006) vnímání zdraví nejvíce ovlivňuje z 60 % životní styl člověka (pohyb, stres, sexuální chování, užívání drog, kouření, alkohol, strava). **Životní prostředí** má na zdraví vliv přibližně z 25 %. Vnímání vlastního zdraví ovlivňují i **genetické předpoklady** jako je pohlaví a věk.

Podle Českého statistického úřadu (2014) svůj zdravotní stav hodnotí lépe muži než ženy. Ovšem tato diference může být způsobena věkovým složením obyvatel České republiky. Ve

vyšších věkových kategoriích totiž převládají ženy. Také obecně platí, že se vzrůstajícím věkem se postupně zhoršuje hodnocení subjektivního zdravotního stavu.

Vnímání zdraví ovlivňuje i **vzdělání** jedince. Osoby se základním vzděláním vnímají zdraví hůře, vysokoškoláci lépe. Obecně můžeme konstatovat, že čím vyšší vzdělání, tím pozitivnější hodnocení zdravotního stavu (Český statistický úřad, srov. s Šolcová, Kebza, 2007).

Šolcová, Kebza (2007) na základě svých výzkumů uvádí, že mezi nejvýznamnější determinanty ovlivňující vnímání subjektivního zdraví v oblasti demografických údajů patří **věk** a **socioekonomický status** (místo a úroveň bydlení, zaměstnanost). V oblasti behaviorální se jedná o pohybovou aktivitu, celkově životní styl a v osobnostních údajích se jedná o neuroticismus/negativní afektivitu a faktory resilience. Důležitým determinantem zdraví je také **genetický základ** (dispozice ke vzniku nemoci, intelekt, vrozené vady a nemoci). Vliv mohou mít i protektivní faktory zdraví jako je komunikace a vztahy v rodině, pozitivní sociální podpora okolí a pozitivní perspektiva.

Mareš (2005) se **zabývá proměnou vnímání kvality života v čase**. Srovnává dva typy popisu zdravotního stavu, kdy vymezuje vnímání zdravotního stavu vůči idealizovanému stavu a vůči stavu před onemocněním/disabilitou. Autor vymezuje složky, které mohou měnit vnímání subjektivního zdraví a životní spokojenosti, jako je změna zdravotního stavu, změna hierarchie hodnot, změna vnímání v oblasti sociální, psychologické či spirituální.

1.2 Životní spokojenost

Životní spokojenost² neboli subjektivní osobní pohoda je komplexní, multidimenzionální fenomén. Existuje velké množství termínů, kterými odborníci životní spokojenost popisují. Mezi nejčastější z nich patří „well-being“ neboli osobní pohoda, dále štěstí, blaho, kvalita života, duševní zdraví, duševní pohoda, životní pohoda, subjektivní pohoda nebo pouze pohoda. V odborné literatuře se lze setkat s mnoha různými definicemi. Světová zdravotnická organizace (WHO, 2014) vymezuje „well-being“ jako „stav úplného tělesného, duševního a sociálního blahobytu a ne pouze absence choroby nebo nemoci“. Křivohlavý (2013) uvádí, že se jedná o subjektivní pohled každého člověka, který hodnotí podle svých vlastních měřítek, tedy že hodnocení podléhá aktuální situaci jedince. MacMahan a Estes (2011, s. 93) popisují osobní pohodu jako „kognitivní reprezentaci zakoušené osobní pohody a její povahy“. Šolcová a Kebza (2006) vymezují well-being jako dlouhodobý emoční stav, který reflektuje spokojenost

² Tato část práce byla publikována v: LUDÍKOVÁ, L. & kol. (2017). *Problematika kvality života osob se speciálními potřebami*. Olomouc: UPOL.

se životem. Podle Veenhovena (1996) záleží na tom, jak radostný život člověk žije, životní spokojenost tedy charakterizuje jako sebehodnocení života. Diener (1999) vymezuje životní spokojenost jako jednu z nejdůležitějších oblastí lidského života a chápe ji jako jednu ze tří složek subjektivní pohody:

- 1) emocionální odpovědi – emoční komponenta,
- 2) spokojenost v různých oblastech života – kognitivní komponenta,
- 3) celkové posouzení životní spokojenosti – kognitivní komponenta.

Životní spokojenost je vědomý kognitivní úsudek o životě, kdy o kritériích rozhoduje sám člověk. Podle Blatného (2005) je životní spokojenost vědomé a globální hodnocení vlastního života jako celku. Důležitým ukazatelem životní spokojenosti je pozitivní hodnocení vlastní osoby a také temperament jedince. Podle Sirgyho (2012) životní spokojenost zahrnuje nejen psychologické štěstí, ale také pocit uspokojení a naplnění, který vede k dobrému životu. Podle autorů Oishi, Diener, Suh, Lucas, Smith (1999) je životní spokojenost globální hodnotící doménou subjektivní spokojenosti. Životní spokojenost se podle Fahrenberga (2001) ztotožňuje se subjektivním zdravotním stavem. Rodný, Rodná (2001) rozeznávají čtyři dimenze životní spokojenosti: jako kognitivní hodnocení subjektivního zdravotního stavu, štěstí jako dlouhodobý pozitivní afektivní stav, pozitivní přechodný afekt a přechodný negativní afekt. Kosenko, Sirgy a Efraty (1990) vymezili na základě Maslowovy teorie životních potřeb tři dimenze životní spokojenosti: radostný život, angažovaný život a smysluplný život. Podle jejich pojetí je životní spokojenost spojena s aktivním naplňováním životních cílů.

I přes pluraritu pojmů a přístupů k definování životní spokojenosti se odborníci shodují v pojetí, že se jedná o dlouhotrvající emoční stav, ve kterém je odrážena subjektivní spokojenost se životem. Životní spokojenost je tedy způsob, jak člověk hodnotí svůj život a jak je s ním spokojen.

1.2.1 Měření životní spokojenosti

Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (OECD, 2011) uvádí, že životní spokojenost měří, jak lidé hodnotí svůj život jako celek spíše než jejich současné pocity. OECD (tamtéž) vytvořila *Index lepšího života (Better Life Index)* a porovnává kvalitu života mezi jednotlivými členskými zeměmi. Životní spokojenost se tak měří ve vztahu k ekonomickému postavení, dosaženému vzdělání, bydlení, osobní bezpečnosti, životnímu prostředí a dalším tématům. Každý si může ke všem jedenácti ukazatelům přidělit váhy podle toho, jak je pro něj daný aspekt důležitý. Na základě oficiálních výsledků a těchto vah si poté může na webových stránkách organizace vypočítat, ve které zemi OECD je pro něj nejhodnější žít.

Průměrné hodnocení životní spokojenosti na stupnici 0 až 10 je 6,5. Nízkou úroveň životní spokojenosti OECD zaznamenala v Maďarsku, Portugalsku, Turecku. Naopak vyšší úroveň byla zaznamenána v Norsku, Švýcarsku, Dánsku. V České republice byla spokojenost se životem hodnocena stupněm 6,6 (21. pořadí), což je vyšší než průměr OECD.

Podobných výsledků dosáhl dlouhodobý výzkumný projekt Word Values Survey (2014), kdy se nejvyšší úroveň spokojenosti zjistila v Dánsku, Česká republika byla v dolní polovině z 97 měřených států.

Podle Veenhovena (1996) životní spokojenost koresponduje s hrubým domácím produktem (HDP) daného státu. Čím vyšší HDP stát vykazuje, tím vyšší je životní spokojenost občanů.

Předchůdcem metody měření životní spokojenosti byly tzv. *HS/Health State – Rejstříky zdravotního stavu pacienta*. Dokonalejší formou pak byly tzv. *HSP/Health State Profiles – Profily zdravotního stavu pacienta*, kde šlo o pokus nastínit zdravotní stav pacienta z lékařského hlediska. Zavedení slovně formulovaných kritérií je považováno za krok vpřed. Příkladem je *Index kvality života pacienta ILF* (Křivohlavý, 2001). V tomto systému byla stanovena kritéria (sebeobsluha, bolest, zvládání těžkostí, apod.), která byla dána souhlasem většího počtu lidí (lékařů, psychologů) a bylo možné hodnotit pacienta v různých situacích a časových úsecích. Dalším způsobem je měření, kdy je hodnotitelem sama daná osoba. Příkladem je *Škála spokojenosti se životem SWLS* (Diener, 1985), která byla použita pro účely této práce a jde v ní o široké pojetí životní spokojenosti jako celku. Autor uvádí, že je možné tento subjektivní pocit vědecky měřit. Další metodou je například *Systém individuálního hodnocení kvality života SEIQoL* (O'Boyle, McGee, Joyce, 1994), který vychází z osobních představ o tom, co je pro jedince v danou chvíli podstatné. Neexistuje jednotný názor, z jakých dílčích oblastí se hodnocení životní spokojenosti každého člověka skládá. Objevují se ale následující oblasti jako zdraví, duševní a tělesný stav, povahové vlastnosti, tělesný vzhled, manželství, přátelství, děti, práce a vztah na pracovišti, finance, bydlení, zájmy, sexualita a další.

1.2.2 Determinanty životní spokojenosti

Životní spokojenost ovlivňuje celá řada faktorů, jako jsou osobnostní, sociální a demografické faktory (Kebza, Šolcová, 2003) a také specifické aspekty člověka jako je věk a pohlaví. Níže se věnujeme vybraným faktorům.

Věk

Hamplová (2004) ve svém výzkumu zjistila, že s rostoucím věkem klesá celková životní spokojenost a spokojenost s rodinou, naopak spokojenost s prací po pětáctyřicátém roku začíná

stoupat. Fahrenberg (2001) naopak uvádí, že ze třinácti studií, které zkoumaly souvislost mezi věkem a životní spokojeností, čtyři nevykázaly žádnou souvislost, pět z nich udávalo vyšší spokojenost ve vyšším věku a dvě nižší spokojenost s rostoucím věkem, dvě měly smíšené výsledky. Diener (1999) došel ke zjištění, že s věkem dochází k mírnému vzrůstání životní spokojenosti, tato skutečnost může svědčit o schopnosti se přizpůsobit měnícím se podmínkám. Životní spokojenost se tedy vyvíjí rozdílně dle aktuálního období života. S rostoucím věkem se bude pravděpodobně snižovat spokojenost se zdravím, ale může růst spokojenost s financemi. Celkově se ovšem zdá, že s přibývajícím věkem roste spokojenost.

Pohlaví

Výsledky různých výzkumů věnujících se souvislosti s pohlavím a životní spokojeností se různí. Rozsáhlý sociologický průzkum v Evropské unii jednoznačně potvrdil, že ve všech zemích EU mají muži signifikantně větší míru životní spokojenosti (Výrost, 2008). Fahrenberg (2001) i Hamplová (2004) se ovšem shodují, že rozdíly mezi pohlavími v hodnocení celkové životní spokojenosti jsou nepatrné. Eaten a Kessler (in Diener, 1999) naopak zjistili, že ženy jsou ve srovnání s muži více náchylné k depresím a vykazují vyšší negativní emocionalitu. Ženy obecně projevují své emoce snadněji než muži. Autoři se přiklání tedy k tomu, že pohlaví může mít vliv na životní spokojenost.

Socioekonomický status

Spokojenost se vzděláním, zaměstnáním a příjmem ovlivňuje celkovou životní spokojenost. Hamplová (2004) zjistila, že spokojenost se zaměstnáním se snižuje do středního věku, ale po pětáctyřicátém roce opět stoupá. Těsná souvislost existuje také mezi příjmem a pracovní spokojeností (Fahrenberg, 2001). Křivohlavý (2013) uvádí, že spokojenost se zaměstnáním má velice silný a trvalý vztah k životní spokojenosti, tedy že se spokojenost s prací přelévá do celkové spokojenosti se životem a celková spokojenost se životem ovlivňuje spokojenost se zaměstnáním. Podle Dienera (2008) souvisí pracovní spokojenost s druhem práce, podmínkami na straně zaměstnavatele a postojem (motivací) k práci.

Rodinný stav a mezilidské vztahy

Fahrenberg (2001) uvádí, že všechny studie zjistily vyšší spokojenost s životem u osob žijících v partnerském vztahu a obklopujících se přáteli a rodinou. Ve spokojeném manželství se lidé dožívají vyššího věku a mají lepší zdravotní stav (Křivohlavý, 2013). Hamplová (2004) popisuje, že úroveň životní spokojenosti se neliší u lidí žijících v manželství a nesezdaných párů, ovšem u jedinců, kteří jsou dlouhodobě bez partnera se objevuje nižší celková spokojenost se životem.

Hodnoty

Hodnoty tvoří základní komponenty životní motivace. Podle Lukasové (1997) vnitřní hodnotová orientace člověka rozhodující mírou koreluje s duševním zdravím. Individuální hodnoty (jako je vzdělání, zájmy, pracovní kariéra) mají kladný vztah s životní spokojeností. Materialistické hodnoty (jako je úspěch, moc, kvalita živobytí) mohou mít negativní vztah k životní spokojenosti.

Osobnost

Halama a Dědová (2006) se mimo jiné zabývali životní spokojeností a osobnostními charakteristikami. Zjistili, že na predikci životní spokojenosti se z 26 % podílí osobnostní rysy. To potvrzuje i Diener (2000), který došel k závěrům, že osobnostní znaky jako je sebehodnocení, optimismus, svědomitost a přívětivost vykazují spolehlivé korelace s mírou životní spokojenosti. Fahrenberg (2001) uvádí, že osobnostní rys extroverze souvisí s životní spokojeností. Podstatná souvislost se vyskytuje mezi nespokojeností s životem a neuroticismem.

Zdraví

Jedním z nejvýznamnějších faktorů životní spokojenosti je zdraví, které je předpokladem pro naplnění životních tužeb. Existuje úzká souvislost mezi subjektivním zdravím a životní spokojeností (Fahrenberg, 2001). Osoby s tělesným postižením jsou ve srovnání se zdravými jedinci méně spokojeni. Výzkumem bylo zjištěno, že zdraví je důležitým faktorem pro vlastní štěstí jedince, ovšem spokojenost se zdravím se ukázala až jako osmý důležitý ukazatel životní spokojenosti (Campbell in Diener, 1999).

Náboženství

Výzkumy prokazují pozitivní souvislost s životní spokojeností a vírou. Baštecká (2001) toto potvrzuje u osob mladších 65 let. Křivohlavý (2001) je stejného názoru, uvádí, že lidé s hlubším náboženským přesvědčením mají vyšší míru životní spokojenosti. Víra může člověku pomoci překonávat těžké životní okamžiky.

1.2.3 Hodnocení životní spokojenosti

Při **hodnocení životní spokojenosti** se posuzuje spokojenost v dílčích oblastech života. Například Knobloch (in Svoboda, Humpolíček, Šnorek, 2013) zvolil následující oblasti: zdravotní stav duševní a tělesný, povahové vlastnosti, tělesný vzhled, manželství, druh práce, děti, vztah s lidmi na pracovišti, finanční otázky, byt, mimopracovní zájmy. Fahrenberg (2001) měří následující dimenze životní spokojenosti: zdraví, práce a zaměstnání, finanční situace,

volný čas, manželství a partneství, vztah k vlastním dětem, vlastní osoba, sexualita, přátelé, známí, příbuzní a bydlení.

Spokojenost se zdravím (subjektivní zdraví) je nejdůležitějším faktorem všeobecné životní spokojenosti. Na mnohých studiích se prokázala úzká souvislost mezi životní spokojeností a subjektivním zdravím. Osoby s objektivním tělesným postižením či funkčním omezením bývají v porovnání s osobami zdravými méně spokojené (Fahrenberg, 2001). Nespokojení lidé častěji vyhledávají lékaře a podrobují se psychoterapeutické léčbě. Gana (2013) uskutečnil rozsáhlý osmiletý výzkum na vzorku 899 účastníků ve věku od 64 do 97 let. Výsledkem bylo zjištění, že slabé zdraví bylo signifikantním predikátorem úrovně životní nespokojenosti. Počítáme s vysokou korelací subjektivního a objektivního zdraví. Na druhé straně životní spokojenost nebyla spolehlivým indikátorem úrovně zdraví.

Subjektivní zdraví je nutným, ne však postačujícím předpokladem životní spokojenosti. Subjektivní spokojenost se zdravím není úplně „oddělitelná“ od objektivního zdraví, avšak výraznou mírou ji ovlivňují faktory v samotném člověku (trvalé rysy nebo proměnlivé psychické charakteristiky).

2 JEDINEC S MOZKOVOU OBRNOU

V této části se věnujeme **jedincům s mozkovou obrnou** a jejich specifickým, klasifikaci, etiologii a dopadu disability na život. Pojem disability nabývá na stále větším významu s rozvojem moderní medicíny, která dokáže překonávat klinickou smrt, léčit i velmi těžké a dříve smrtelné poruchy (Švestková, 2009). Pojem má individuální charakter a jeho projevem je neschopnost provádět určité činnosti, které před vznikem disability prováděl (Seidl, 2008). Disability je snížení funkčních schopností na úrovni těla, jedince nebo společnosti, které vzniká, když se jedinec se svým zdravotním stavem setkává s bariérami prostředí (Pfeiffer, Švestková, 2008). Disability se odehrává na úrovni subjektu, člověka jako celku, který vzhledem k poruše některého orgánu nemůže vykonávat potřebné činnosti (Pfeiffer, 2014). Problematika klasifikace, hodnocení disability a vyjádření jeho stupně není pouze odbornou, ale i politickou otázkou. Patří k těm, které se na evropské i celosvětové politické scéně objevují již od roku 1918 stále znovu a stále naléhavěji (Švestková, 2009).

2.1 Vymezení mozkové obrny

Mozková obrna jedince ovlivňuje ve všech aspektech jeho života. Dle výzkumu Českého statistického úřadu z roku 2013 žije v České republice 10 % lidí se zdravotním postižením. Osob s tělesným postižením je 29 %. Mezi nejpočetnější vrozená tělesná postižení patří právě mozkové obrny, zároveň patří k nejzávažnějším postižením. Odborná literatura uvádí 2–5 případů na 1000 narozených dětí a díky pokroku medicíny, udržování vysoce rizikových těhotenství, zlepšení porodní a zejména neonatologické péče jejich počet stále roste (srov. s Andersen, 2008; Himmelmann, 2010). Roční přírůstek je téměř 2 promile (2 děti na 1000 narozených, v ČR kolem 200 dětí ročně). Soubor respondentů výzkumu je důkazem četnosti mozkové obrny. Další místo zaujímají rozštěpové vady, skoliózy.

Dětská mozková obrna je původní český název, začal se používat v roce 1959 a jeho autorem je český neurolog Ivan Lesný (Lesný, 1972). Aktualizací MKN-10 I. dílu českého překladu došlo ke změně názvu. Nově se používá termín mozková obrna, místo dětská mozková obrna. Ovšem odborná literatura i pole české rehabilitace a neurologie dále používá také termín dětská mozková obrna (DMO), jelikož je z klinického pohledu jasnější. Mozkovou obrnou různí autoři vymezují jako patologický stav na základě mozkové léze, která může vzniknout v jakémkoliv věku (srov. s Kraus, 2011; Pipeková, 2006). Mozková obrna je dle MKN-10 značena kódem G80. V zahraničí se používá termín cerebal palsy, který se objevuje také v MKN-10.

Definice mozkové obrny je v odborné literatuře mnoho a u různých autorů jsou v mnohem odlišné. Po krátké rešerši na poli české odborné literatury, můžeme vymezit společné znaky. **Mozková obrna vzniká v raném věku, hlavní příčina je v centrální nervové soustavě a dominantním příznakem je narušení hybnosti.** Například Komárek (2008) definuje mozkovou obrnu jako neurovývojové neprogresivní postižení motorického vývoje vzniklé na podkladě poškození nebo dysfunkce. Lesný (1972) popisuje, že se jedná o raně vzniklé postižení CNS, které se projevuje převážně v poruchách hybnosti a vývojem hybnosti. Šlapal (2002) uvádí, že používané označení dětská mozková obrna je nepřesné, protože některé projevy nemají charakter obrny, ale dochází k postižení míšních a periferních nervů. Renotiérová (2002) vymezuje mozkovou obrnu (MO) jako poruchu hybnosti a vývoje hybnosti na základě poškození mozku v době před porodem, během porodu a v raném dětství do 1 roku. Mozková obrna má vliv na celkový rozvoj jedince. Omezenou hybností je snižována životní spokojenost i psychický vývoj. Charakteristický je opožděný motorický vývoj, odlišnosti svalového tonu, odlišný vývoj hybnosti, růstové poruchy, ortopedické deformity, snížené možnosti orientace v prostoru, snížené možnosti získávání informací zrakem, hmatem, narušená jemná i hrubá motorika, snížená pozornost, poruchy paměti, zvýšená unavitelnost, vyskytují se problémy se sebeobsluhou, příjmem potravy. Nezbytnou součástí rehabilitace je saturace potřeb člověka a prevence vzniku psychické deprivace.

2.2 Příčiny vzniku a klasifikace mozkové obrny

Škála možných příčin vzniku mozkových obrn je poměrně pestrá a ne vždy zcela prokazatelná (srov. s Lesný, 1972; Kraus, 2005; Štembera, 2014). Mozková obrna vzniká jako následek poškození centrální nervové soustavy v prenatálním, perinatálním a postnatálním období. Obvykle tedy rozlišujeme příčiny dle jejich období vzniku. Mozková obrna může být **vrozená**, vzniklá v době těhotenství matky, během porodu či krátce po něm, nebo **získaná** v prvních měsících nebo letech života v důsledku infekce či úrazu. Současné studie ukazují, že až u 25 % diagnóz není možné určit přesnou příčinu (Hay, 2011). Mezi nejčastější etiologické faktory patří prenatální infekce a hemodynamické faktory (Kraus, 2005).

- **Příčiny v prenatálním období (před porodem)** představují širokou skupinu faktorů jako je dědičnost, infekce (mezi nejčastější patří toxoplazmóza, rubeola, herpes, HIV), virová onemocnění plodu nebo matky, nezralost novorozence, environmentální faktory, krvácení matky během těhotenství, Rh inkompabilita, negativní vliv škodlivých látek – alkohol, léky, drogy, působení RTG, duševní traumata, stres, poranění matky,

nedonošenost a přenošenost. V pozdější fázi těhotenství může být mozek poškozen poruchami krevního oběhu, které mohou způsobit hypoxii, tj. nedostatek kyslíku v těle plodu, či ledvinové poruchy matky. Prenatální etiologie se vyskytuje u 50–75 % jedinců (Kraus, 2005; Holm, 1982).

- **Příčiny v perinatálním období** představují skupinu komplikací, které ovlivňují jedince během porodu. Jedná se o protrahovaný porod, překotný porod, porod koncem pánevním, klešťový porod, dále těžká novorozenecká žloutenka, mateřské infekce, abnormality placenty, krvácení do mozku, nedonošenost, přenošenost, hypoxicko-ischemické postižení mozku, tedy nedostatek kyslíku a výživy mozkové tkáně (Kraus, 2005). Za nejčastější perinatální příčinu je považována nedonošenost a nízká porodní váha (pod 2 500 g). Perinatální etiologie bývá identifikována v 10–15 % případů (Nelson, 2008).
- **Příčiny v postnatálním období** jsou spojeny s obdobím krátce po porodu a zahrnují infekce (encefalitida, meningitida, černý kašel, záněty mozku a mozkových blan, záněty středouší, hnisavé infekce kůže) a úrazy dítěte prodělané v průběhu 1. roku života (v důsledku pádů a autonehod). Příčinou můžou být také týrání dítěte, chemické vlivy a kyslíkové deprivace. Postnatální etiologie je známa u 10 % případů (Bigge, Best, Heller, 2010; Holm, 1982).

Literatura uvádí mnoho škál **klasifikace**. Jednou z možných klasifikací je rozdělení na spastické a nespastické formy (Lesný, 1989). U spastických forem se objevuje zvýšené svalové napětí, nespastické formy se projevují trvale sníženým svalovým napětím. Klasifikovat lze mozkovou obrnu také podle lokalizace, tedy podle postižené části těla na hemiparézu, diparézu, triparézu a kvadruparézu. Dalším hlediskem možné klasifikace je převažující typ tonusové symptomatologie, na níž se autoři shodují (Kraus, 2005; srov s. Vágnerová, 2008; Komárek, 2008). Zde je řazena spastická forma, hypotická, dyskinetická a cerebelární. Mezi nejčastější formu patří spastická diparéza. Lesný (1989) klasifikuje mozkovou obrnu na formy spastické, kde řadí diparetickou, hemiparetickou, kvadruparetickou formu. A nespastické formy, zde řadí hypotonickou, dyskinetickou a akineticko-rigidní formu. Tichý (1998) rozlišuje formy mozkové obrny na spastickou, dyskineticko-dystonickou, hypotonickou, cerebelární a smíšenou. Kotagal (1996) vymezuje spastickou a nespastickou formu. K spastickým formám řadí diparetickou, hemiparetickou a kvadruparetickou. Mezi nespastické řadí dyskineticko-dystonickou, cerebelární a smíšené formy. Obdobné rozlišení uvádí také Šlapal (1996).

Aktuální verze Mezinárodní klasifikace nemocí a souvisejících zdravotních problémů (MKN-10) klasifikuje mozkovou obrnu kódem G80, v tabulce 1 uvádíme jednotlivé formy (ÚZIS).

Tabulka 1: Klasifikace dle MKN-10

G80	Mozková obrna
G80.0	Spastická kvadrupegická mozková obrna Spastická tetraplegická mozková obrna Vrozená spastická obrna (mozková)
G80.1	Spastická diplegická mozková obrna Spastická mozková obrna NS
G80.2	Spastická hemiplegická mozková obrna
G80.3	Dyskinetická mozková obrna Dystonická mozková obrna Atetoidní mozková obrna
G80.4	Ataktická mozková obrna
G80.8	Jiná mozková obrna Smíšené syndromy mozkové obrny
G80.9	Mozková obrna NS

Spastická forma je vymezena zvýšeným svalovým odporem, tj. hypertonií, při pasivním pohybu. Rozlišuje se na parézu (oslabení) a plegii (ochrnutí). Podle lokalizace se dělí na spastickou diparézu/plegii, která se projevuje postižením dolních končetin; spastickou hemiparézu/plegii, kde je závažněji postižena ruka a jedná se o jednostranné postižení horní a dolní končetiny; spastickou kvadraparézu/plegii, v této formě jsou postiženy všechny čtyři končetiny, často bývá přidružena hybnost svalů úst, jazyka a měkkého patra, což se může projevit dysartrií, objevuje se i mentální retardace. Spastická forma mozkové obrny postihuje zhruba 70–80 % osob (Štembera, 2014).

- **Diparetická forma** je nejčastější formou mozkové obrny u nedonošených dětí. Postihuje převážně obě dolní končetiny, rozlišuje se diparetická forma s pravostrannou a levostrannou orientací. Charakteristické je zvýšené svalové napětí, svaly a šlachy se tak zkracují. Lehčí projevy spasticity mohou být přítomny i na horních končetinách. Narušena je však jemná motorika. Charakteristická je flexe v kyčlích a kolenou. Typická je tzv. nůžkovitá chůze, jedinec není schopen vzpřímené polohy. U těžkých

forem může být člověk imobilní. Často bývá přidružen strabismus a další poruchy zraku (Seidl, 2004).

- **Hemiparetická forma** je druhou nejčastější formou mozkové obrny a vyskytuje se častěji u donošených dětí. Příčinou může být malformace mozku, krvácení nebo cévní uzávěr. Je charakteristická postižením jedné poloviny těla, více je postižena horní končetina. Postižené končetiny bývají slabší a kratší. Charakteristické je zatětí ruky v pěst s addukovaným palce do dlaně. Ve stoji je patrné šikmé postavení pánve, trup je vychýlen k postižené straně. Při chůzi jedinec došlapuje na špičku, horní končetinu drží strnule bez pohybu. Hemiparetická forma může být vrozená i získaná. Získaná forma může být následkem cévního onemocnění či traumatu. Bývá provázena epileptickými záchvaty a mentálním postižením (Štembera, 2014; Kraus, 2005).
- **Kvadruparetická forma** je nejtěžší forma mozkové obrny a postihuje všechny končetiny. Vzniká na základě postižení mozku v oblasti kmene. Kolena jsou ohnutá, postoj je nestabilní, vyskytuje se mnoho ortopedických komplikací. Jedinci jsou imobilní a mají omezenou pohyblivost horních končetin. U většiny jedinců se objevuje mentální retardace a epilepsie. Kvadruparetická forma postihuje 5 % jedinců (Kraus, 2005).
- **Další formy.** Dále se rozlišuje monoparéza, kdy se jedná o poškození jedné končetiny a triparéza, kdy dochází k narušení dolních končetin a jedné horní končetiny. Někteří autoři však uvádí, že se jedná o chybně diagnostikovanou kvadruparézu (Bigge, Best, Heller, 2010).

Nespastické formy jsou charakteristické sníženým svalovým tonem.

- **Dyskinetická forma** vzniká následkem novorozenecké asfyxie (Muntau, 2014). Je definována dominujícími abnormálními mimovolnými, krouživými nebo záškubovitými pohyby svalových skupin, obvykle postihují ruce, nohy či celé horní nebo dolní končetiny. Jedná se o pohyby atetické (pomalé, krouivé, nepotlačitelné), choreatické (rychlé, prudké, trhavé), balistické (rychlé, nepotlačitelné) či myoklonické (trhavé svalové záškuby). Charakteristické je opistotonické držení hlavy (obloukovité prohnutí dozadu). Objevuje se také postižení svalstva tváře a jazyka, které vede ke grimasování, dýchání je proto nepravdělné (Dort, 2018). Základní poruchou je neschopnost správně provést volní pohyb a koordinovat pohyby a udržovat postoj (Švestková, 2017; Vágnerová, 2008). Řeč je těžko srozumitelná, pomalá. Klinicky se rozlišují dva podtypy

dyskinetické formy, a to hyperkinetická a dystonická. U hypertonické formy jsou charakteristické masivní, mimovolní pohyby. Dystonická forma se projevuje tonickou kontrakcí celé končetiny nebo trupu, objevuje se také třes (Kraus, 2005). Tato forma postihuje 10–20 % jedinců.

- **Cerebelární (ataktická) forma** je charakteristická obtížemi v udržení rovnováhy, převládá hypotonický syndrom, tj. snížení svalového napětí, opožděný pohybový vývoj, často se objevuje porucha inteligence a koordinace očních bulbů (strabismus, abnormální rychlé oční pohyby) (Komárek, Zumrová, 2000; Kraus, 2005).
- **Hypotonická forma** postihuje dolní končetiny. Projevuje se oslabením a ochabnutím svalů dolních končetin a trupu. Stoj je nejistý, pokud je jedinec schopen chůze, pak je chůze velmi nejistá. Během vývoje může tato forma přejít v některou spastickou nebo dyskinetickou formu. Často bývá přidružena mentální retardace (Kraus, 2005).

Diagnóza mozkové obrny se opírá o anamnézu těhotenství, porodu a neuromotorického vývoje novorozence. Stanovení definitivní diagnózy mozkové obrny je po novorozeneckém a kojeneckém věku až na základě opakovaných vyšetření, obvykle kolem 3 let. Rizikové novorozenci s nízkou porodní váhou pod 1500 g nebo novorozenci narození před 32. gestačním týdnem jsou sledováni. Kromě nich jsou monitorováni také novorozenci s komplikacemi v perinatálním období (Štembera, 2014). Při neurologickém vyšetření je hodnocen neurologický nález dle Vlacha a motorický vývoj dítěte dle Vojty.

2.3 Prognóza mozkové obrny

Prognóza je závislá na řadě faktorů, jako je typ mozkové obrny a další přidružená postižení. A stejně tak na časně a správně vedené rehabilitaci. Dopad mozkové obrny na životní spokojenost jedince je však patrný ve všech oblastech života. Lékařské kongresy a odborná literatura postupně stále častěji zmiňují zásadní důležitost včasného zachytu mozkové obrny v co možná nejnižším věku. Včasné rozpoznání má význam pro prognózu jedince, pokud je ihned po stanovení diagnózy započata intenzivní fyzioterapie. To se promítá do nižší potřeby institucionální péče, vyšší zaměstnanosti lidí s mozkovou obrnou, snížené potřeby operačních výkonů zamezujících vzniku sekundárních změn jako je luxace kyčelního kloubu, deformity nohou atd. Promítá se do snížení nepřímých nákladů spojených s péčí o tyto děti, ale především se zvyšuje kvalita života postižených i celé rodiny (Kolář, 2005).

Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně vydala *Doporučené postupy pro praktické lékaře* (Komárek, 2005) v gesci odborné společnosti dětské neurologie. V tomto doporučení je uveden diagnostický postup a zdůrazněna důležitost identifikace rizikových dětí, kam patří děti s rodinnou zátěží, rizikovým průběhem těhotenství a stejně tak porodem. Identifikovat počínající poruchy hybnosti a postury je možné na základě screeningu psychomotorického vývoje dítěte podle Vlacha (1972), postup vyšetření se stal součástí preventivních prohlídek a provádí jej praktický lékař pro děti a dorost. Severa (2011) popisuje, že dětské pediatrii i neurologové Vlachuův screening využívají, pomocí něj se však včasný záchyt mozkové obrny děje až ve druhé polovině prvního roku dítěte (srov. s Kraus, 2005). Pro možnost vylepšení stavu je to však příliš pozdě. Na druhou stranu je to stále výborný výsledek v porovnání s výsledky z celého světa. Další možností identifikace poruchy je screening posturálního vývoje podle Vojty, který se provádí u všech rizikových dětí. Vyšetření doporučuje praktický lékař pro děti a dorost a provádí jej dětské neurologové, pediatrii specializovaní na diagnostiku časných poruch hybnosti, případně rehabilitační lékaři a fyzioterapeuti. Severa (2011) komentuje, že pediatrii, dětské neurologové, rehabilitační lékaři i fyzioterapeuti Vojtův screening nepoužívají, ale ani jej neovládají. Přitom právě pomocí Vojtova screeningu je možné dětskou mozkovou obrnu odhalit již v novorozeneckém věku.

Většina dětí s mozkovou obrnou a podobnými hybnými poruchami u nás uniká včasnému rozpoznání (do půl roku věku). Nejpozději do konce 9. měsíce věku dítěte musí být provedena diferenciální diagnostika případných poruch hybnosti, postury a psychomotorického vývoje, zaměřená k vyloučení jiné etiologie. Nejpozději do 15. měsíce věku je nutné u všech dětí stanovit či vyloučit definitivní formu mozkové obrny. Při stanovení diagnózy je pak nezbytné posoudit stupeň závažnosti a sestavit vhodný krátkodobý (na dny až týdny) a dlouhodobý (na měsíce a roky) léčebný program. Součástí diagnostiky by mělo být také vyšetření dětským oftalmologem a ORL vyšetření. Severa (2011) komentuje, že věk 9 a 15 měsíců je také pozdě, pokud by se teprve v tomto období indikovala fyzioterapie.

Léčebný postup dle *Doporučených postupů pro praktické lékaře* (Komárek, 2005):

Základní metodou léčby je **rehabilitace** hybné poruchy, která musí být indikována dětským neurologem, a to co nejdříve po vyslovení podezření na riziko rozvoje mozkové obrny. V současné době v ČR převládá metoda reflexní lokomoce podle profesora Vojty. Dětské neurologové ve spolupráci s fyzioterapeuty a rehabilitačními lékaři sledují efektivnost metody a rozhodují o modifikaci léčby. V prvním roce života dítěte jsou kontroly vhodné po 3 měsících, ve druhém roce po 6 měsících a dále přibližně po 1 roce. Součástí komplexního rehabilitačního

programu u dětí s mozkovou obrnou jsou kromě **fyzioterapie i ostatní metody, jako je ergoterapie, logoterapie, augmentativní komunikace, sociální rehabilitace a jiné**. U všech dětí je indikována opakovaná **lázeňská léčba**. Návrh na lázně podává dětský lékař na základě aktuálního odborného nálezu dětského neurologa. U spastických forem mozkové obrny musí být součástí dlouhodobého léčebného plánu i včasná **úvaha o ortopedickém zákroku**, vycházející ze zhodnocení úrovně vertikalizace, opakovaného vyšetření vývoje postavení kyčelních kloubů a dalších ukazatelů. Indikaci provádí společně dětský neurolog, dětský ortoped, fyzioterapeut a rehabilitační lékař. **Farmakoterapie** je v léčbě mozkové obrny indikována pouze dětským neurologem ve spolupráci s ostatními odborníky. Specializované postupy (např. aplikace botulotoxinu, kontinuální aplikace baklofenu apod.) musí být indikovány na základě společného rozhodnutí týmu odborníků na specializovaném pracovišti. **Selektivní zadní rhizotomie** k léčbě těžké spasticity se provádí na specializovaných pracovištích. **Prognóza mozkové obrny** závisí na její formě. Děti by měly být zařazovány do běžných základních i středních škol v souladu s doporučením klinického psychologa a dětského neurologa. Samozřejmostí by mělo být zajištění bezbariérového přístupu. Dětský lékař nebo dětský neurolog by měl upozornit rodiče dětí s mozkovou obrnou, že již v roce věku dítěte vzniká nárok na **finanční podporu** při péči o chronicky nemocné dítě, nárok na prodloužení mateřského příspěvku do 7 let věku a lze získat průkazku ZTP. Pacienty s mozkovou obrnou je třeba dispenzarizovat i v dospělém věku, a to vzhledem k celoživotní potřebě rehabilitace a lázeňské péče, častému výskytu epileptických záchvatů i jiných komplikací vyžadujících trvalou odbornou péči.

2.4 Přidružené postižení

Přidružené postižení se může vyskytovat u všech forem mozkové obrny v různé míře. Především se jedná o poškození mentální, sensorická, epileptická. Mezi časté příznaky všech forem mozkové obrny patří narušená komunikační schopnost (zejména dysartrie, hypersalivace, dysfagie a další). V různé míře pozorujeme, že řeč bývá pomalá, namáhavá, méně srozumitelná (Bendová, 2011). Až u dvou třetin jedinců se objevuje mentální retardace, jedná se o nejčastější a nejzávažnější přidružující faktor stejně jako epilepsie, která doprovází mozkovou obrnu velmi často a je velkou překážkou v životní spokojenosti člověka (Kraus, 2005). Dalšími přidruženými symptomy bývají poruchy pozornosti a specifické poruchy učení (zahrnující vývojové formy jako je dyslexie, dysgrafie, dysortografie, dyskalkulie atd., i získané formy jako je alexie, agrafie, aortografie, akalkulie atd.) (Zelinková, 2003). U středně těžkých a těžkých forem mozkové obrny se vyskytují růstové problémy. U dospívajících je typický

opožděný vývoj sekundárních pohlavních znaků. Objevují se také ortopedické problémy jako jsou deformity dolních končetin, vadné držení těla (nejčastěji se objevuje skolióza), vadné postavení kyčlí (Kraus, 2005).

Negativní dopad na životní spokojenost mohou mít také smyslové vady. V souvislosti s mozkovou obrnou se nejčastěji jedná o zrakovou vadu vzniklou jako následek krvácení do mozku. Častou zrakovou vadou je strabismus, retinopatie nedonošených, amblyopie či nystagmus (Švestková, 2017). Sluchové vady nejsou tak jednoznačné a jsou vázány na motorické projevy (Klenková, 2006). Všechna přidružená postižení nepříznivě zasahují do psychomotorického vývoje jedince a stejně tak do jeho životní spokojenosti. V rámci ucelené rehabilitace je nutné se zabývat i těmito přidruženými vadami.

2.5 Prevence

Prevence spočívá v komplexní a pravidelné péči o těhotnou ženu. Primární prevenci zajišťuje gynekolog, porodník a neonatolog v rámci perinatologických a neonatologických program. Z hlediska prenatální péče se jedná hlavně o prevenci hypoxie, včasný záchyt hrozícího předčasného porodu, nitroděložní retardace růstu plodu a mateřské a fetální infekce. Důležitá je důsledná péče o novorozence a předcházení úrazům (Kraus, 2005). Sekundární prevence se zaměřuje na předcházení komplikacím v důsledku pozdní nebo chybné diagnostiky nebo nesprávně vedeného léčebného postupu (Komárek, 2005). Spolehlivá prevence není známa. Štembera (2014) rozlišuje prevenci na porodnickou a neonatologickou. Porodnická primární prevence asfyxie se člení na prenatální a intrapartální. Náplní je předcházení těhotenským komplikacím, kterou vedou k chronické hypoxii plodu a počínající hypoxii plodu včas diagnostikovat. Náplní intrapartální prevence je důsledné monitorování plodu. Sekundární prevencí při zjištění hypoxie plodu je ukončení těhotenství indukci porodu. Porodnickou primární prevencí prematurity je předcházení rizikům. Sekundární prevencí je aplikace tokolytik. Přejedem mezi porodnickou a neonatologickou prevencí je aplikace kortikosteroidů při riziku předčasného porodu jako prevence syndromu dechové tísně novorozence. K neonatologické primární prevenci patří poporodní resuscitace asfyktického novorozence a jeho další monitorování. Sekundární prevencí je udržení jejich ventilační a oběhové stability. Při poškození centrální nervové soustavy a vysoké pravděpodobnosti mozkové obrny je důležité rodinu citlivě a srozumitelně informovat.

2.6 Dopad disability na život a MKF

Kompenzovat disability je s přibývajícím věkem obtížnější. Objevuje se stále více oblastí, které je nutné vyrovnávat. Vliv disability na život tak stále narůstá. Omezení hybnosti ovlivňuje a narušuje jedince ve vnímání, řeči, myšlení, hmatovém vnímání, omezuje jej při vykonávání běžných činností (problémy při hygieně, oblékání, stravování, zvládání domácnosti), v sociálních vztazích (sociální vyčlenění, ztížený proces osamostatňování, komunikační bariéry, izolovanost, obtížné zvládání sociálních rolí), narušena je prostorová orientace (problémy v bariérovosti budov, nedostupnost kompenzačních pomůcek, závislost na druhé osobě) a vliv disability je viděn i na psychické stránce jedince (obtížné vyrovnání se s disability je z velké míry ovlivněno postojem majoritní společnosti, psychické deprivace vlivem separace, neurotické potíže, emoční labilita, poruchy sebepojetí). Jedinec s disability může pociťovat nedostatečnou sociální ochranu, uzavřenost vzdělávacího systému a trhu práce.

Rozhodující pro hodnocení životní spokojenosti je celková úroveň samostatnosti jedince s tělesným postižením. Mozková obrna je onemocnění centrální nervové soustavy a je pro něj typické, že jako disability dále nepokračuje, ale naopak může dojít ke zlepšení stavu pomocí rehabilitace a dalších forem podpory, jako jsou například poradenské služby. Cílem je minimalizovat dopad disability na život jedince, a to zaměřením se na zlepšení funkčního omezení v podmínkách prostředí, ve kterých jedinec žije. Ideální stav je zvládání důsledků disability a vyrovnání se s disability. Úspěch léčby je však závislý na včasné diagnostice, rehabilitaci a s tím související kvalitní spolupráci rodičů, lékařů, ergoterapeutů, učitelů a dalších (Seidl, 2008). Opomíjen je však sociální rozměr disability a v důsledku toho je podceňováno zapojení nezdravotnických orgánů do eliminace vlivu disability na život člověka. Převládá orientace na dysfunkci a léčebná péče je poskytována bez ohledu na individuální potřeby jedince (Smart, 2009). Přízpůsobení se disability je vnímáno jako úkol jedince s disability, nikoli vnějšího prostředí (Oliver, Sapey, 2006). Na základě toho se objevuje diskriminace a předsudky.

Míra disability jedince je posuzována Mezinárodní klasifikací funkčních schopností, disability a zdraví (dále jen MKF)³ v originálním znění *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF). MKF je víceúčelová klasifikace a slouží různým disciplínám a různým sektorům. Popisuje situaci každé osoby v řadě domén vztahujících se k funkčnímu

³ MKF je revizí Mezinárodní klasifikace poruch, disability a handicapů (ICIDH), která byla poprvé publikována WHO ke zkušebnímu použití v roce 1980. Tato verze byla vyvinuta po systematickém zkoušení a mezinárodních konzultacích v posledních pěti letech a vedení WHO ji chápe jako schválenou pro mezinárodní užívání.

stavu pacienta. MKF byla schválena a doporučena k praktickému používání Světovým zdravotnickým shromážděním (WHA) v květnu 2001. Hlavním smyslem klasifikace MKF je poskytnout vědecké podklady pro porozumění a výzkum zdraví a stavů se zdravím souvisejících z různých oblastí a zemí. Lze ji použít pro zlepšení komunikace mezi zdravotníky, vědci, veřejností a osobami s disabilitou po celém světě. Poskytuje společný a univerzální jazyk, který usnadňuje dokumentaci a měření zdravotního stavu a zdravotního postižení. Cílem používání MKF je klasifikovat pacienty jak z hlediska disability, tak z pohledu funkčního zdraví a řešit situace, ve kterých se projevuje omezení jejich funkčních schopností pomocí facilitátoru prostředí s cílem dosažení maximálně možné kvality života. MKF organizuje informace ve dvou částech. První část se věnuje funkční schopnosti a disabilitě, druhá část se zabývá spolupůsobícími faktory. MKF je určena širokému spektru různých aplikací, jako jsou například sociální zabezpečení či vyhodnocování organizace zdravotní péče (Debrouwere et al., 2016). Jedinci s totožnou diagnózou mohou mít rozdílný stupeň schopností, obdobně jako není pravidlem, že jedinci se stejným stupněm schopností mají stejnou diagnózu. MKF v sobě obsahuje všechny aspekty lidského zdraví a některé složky životní pohody a popisuje je jako *zdravotní domény a ke zdraví se vztahující domény*. Klasifikace však nezahrnuje socioekonomické charakteristiky, které mohou být omezující při provádění různých úkonů v jejich běžném prostředí (jako je pohlaví, rasa, náboženství). MKF zdůrazňuje, že nehodnotí člověka, ale situace, ve kterých se nachází a které mohou být disabilitující. Disability tak není trvalá, ale nastává v určitých situacích, kde se projeví porucha tělesných funkcí a struktur nebo limitovaná aktivita a participace (Švestková, 2017).

Český překlad MKF vydala Národní rada osob se zdravotním postižením ČR v roce 2008 a přeložili ji prof. MUDr. Jan Pfeiffer, DrSc. a doc. MUDr. Olga Švestková, Ph.D. ve spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví ČR a s Ministerstvem práce a sociálních věcí ČR. Dle Českého statistického úřadu bylo od roku 2010 povinné používání MKF (podle §19 odst. 2 Zákona č. 89/1995 Sb.). Ošetřující lékaři měli povinnost využít tuto klasifikaci u každého svého pacienta s disabilitou. Povinné používání však bylo ukončeno na žádost Ministerstva zdravotnictví Předpisem č. 97/2013 ke dni 30. dubna 2013. Využívání MKF je však ve státech EU naprosto běžné.

V mezinárodních klasifikacích WHO jsou zdravotní problémy (nemoci, postižení, úrazy atd.) nejprve klasifikovány v MKN-10 (Mezinárodní klasifikaci nemocí 10. revize), která poskytuje etiologický rámec. Funkční schopnosti a disability spojené se zdravotními problémy, jsou klasifikovány v MKF. MKN-10 a MKF se tedy navzájem doplňují a je vhodné je používat společně. MKN-10 poskytuje diagnózy nemocí, vad nebo jiných zdravotních problémů, a

informace je obohacena doplňující informací z MKF o funkční schopnosti. MKN je u nás běžně používána. V České republice se metodickým centrem pro aplikaci MKF stala Klinika rehabilitačního lékařství 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, Všeobecná fakultní nemocnice v Praze a Oddělení klinických klasifikací DRG na Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky. Garantem tohoto metodického centra byla doc. MUDr. Olga Švestková, Ph.D. (pozn. † 13. 12. 2018). V ČR dosud neexistoval systém, který by dokázal rehabilitantům objektivně stanovit např. míru rehabilitace nebo výši finančních příspěvků, za které si jedinec může pořídit služby, které sám nezvládá vykonávat.

V roce 2007 vyšla ICF-CY (*International Classification of Functioning, Disability and Health – Children & Youth version*), klasifikace zaměřená na děti a mládež. Klasifikace vychází z koncepčního rámce ICF a používá společný jazyk a terminologii pro zaznamenávání problémů týkajících se funkcí a struktur těla, omezení činnosti a omezení účasti v dětství a dospívání a příslušné faktory životního prostředí. ICF-CY může pomáhat lékařům, pedagogům, výzkumníkům, politikům a rodičům dokumentovat charakteristiky dětí a mládeže, které jsou důležité pro podporu jejich růstu, zdraví a vývoje. Výskyty zdravotního postižení a zdravotních stavů u dětí a dospívajících jsou odlišné povahy, intenzity a dopadu od dospělých. Tyto rozdíly je třeba vzít v úvahu, aby obsah klasifikace byl citlivý na změny spojené s vývojem a zahrnoval charakteristiky různých věkových skupin a prostředí (WHO, 2007).

Aktuální situace v ČR (říjen 2018, † prof. Švestková): Dle emailové komunikace s profesorkou Švestkovou by měla být ICF-CY přeložena na Jihočeské univerzitě, Zdravotně sociální fakultě, pod vedením prof. Velemínského. Profesor Velemínský však na dotaz, zda se ICF-CY překládá, odpověděl, že o plánech přeložení od smrti paní profesorky neví (emailová komunikace, červen 2019). MUDr. Zvolský, vedoucí Oddělení klinických klasifikací DRG na Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky, komentoval situaci: „*Překlad ICF-CY skutečně měla paní profesorka v plánu, my s ním, bohužel, v tuto chvíli nepočítáme. Mimo jiné proto, že i na úrovni Světové zdravotnické organizace se předpokládá, že ICF-CY nebude dále rozvíjena, ale spíš se sloučí do univerzální klasifikace s verzí pro dospělé.*“ (emailová komunikace, červen 2019). Profesorka Švestková v říjnu 2018 dále sdělila, že se na ÚZISu připravuje dodatek k ICF překladu a bude se podávat žádost pro Český statistický úřad, aby vydal doporučení ji používat. MUDr. Zvolský informace potvrdil: „*Skutečně se připravuje Sdělení Českého statistického úřadu, které by mělo oficializovat používání ICF v ČR.*“

Do povědomí se dostává Mezinárodní výukový portál ICF Education v anglickém jazyce založený WHO FDRG (Functioning and Disability Reference Group), kde jsou sdíleny edukační materiály napříč profesemi, které ICF využívají (zdravotnický personál, sociální

pracovníci, apod.). Jedná se o jednoduchý výukový nástroj, který snadno popisuje MKF klasifikaci a její použití a všechny potřebné informace. Do budoucna by měla být vytvořena také česká verze e-learningového nástroje pro edukaci osob pracujících s MKF.

Cílem je zamezení duplikování úsilí pro rozvoj kvalitních vzdělávacích materiálů. ICF Education obsahuje výukové materiály pro výuku praktické aplikace ICF v jednotlivých zemích, odborné články, proběhlé výzkumy využívající ICF jako hodnotící nástroj, podpůrné nástroje (jako e-learning tool, mobilní aplikace), fóra, databázi poradců a ICF lektorů (Zvolský, 2019).

3 POPIS DOSAVADNÍHO STAVU

Cílem disertační práce je analýza vztahu mezi subjektivním zdravím a životní spokojeností u dospělých jedinců s mozkovou obrnou. Existují studie zaměřené jen na životní spokojenost (např. Diener, 1995) nebo jen na subjektivní zdraví (např. Federici, 2009). Pro doložení prázdného místa v současné teorii bylo realizováno **literární review** se systematickou vyhledávací strategií. Dle doporučení Joanna Briggs Institutu (Klugar, 2015a) byly použity dostupné vědecké databáze i zdroje šedé literatury.

Použili jsme následující **rešeršní strategii**: byl stanoven cíl rešerše, rešeršní otázka, vymezili jsme kritéria vyhledávání, pro vyhledávání byla použita klíčová slova *životní spokojenost*, *subjektivní zdraví* a *mozková obrna*, vyhledávali jsme v databázích Scopus, PubMed, Medvik, EBSCO discovery a ProQuest.

Cílem rešerše bylo zjistit, jak vzájemně souvisejí koncepty subjektivního zdraví (měřený škálou WHODAS 2.0) a životní spokojenosti (měřený škálou SWLS, Diener, 1985) u osob s mozkovou obrnou.

Rešeršní otázka: Jaký je ve výzkumné literatuře evidence dokládající vztah mezi koncepty subjektivního zdraví a životní spokojenosti u osob mozkovou obrnou?

Stanovili jsme **inkluzivní kritéria**:

1. Osoby s raně vzniklou mozkovou obrnou (přibližně do tří let) jakéhokoliv věku.
2. Studie s kvantitativním designem (studie experimentální, kvazi-experimentální, observačně-analytické a observačně-deskriptivní studie), minimální úroveň 4b z hlediska JBI úrovní evidence pro kvantitativní studie (viz tabulka 3).
3. Životní spokojenost je měřena škálou SWLS „Satisfaction with Life Scale“ (Diener, 1985).

Exkluzivní kritéria:

1. Osoby s mozkovou obrnou, která vznikla postnatálně (přibližně po třech letech věku) v důsledku úrazu či primárního onemocnění, např. cévní mozkové příhody.
2. Texty nevýzkumného charakteru, názory expertů, všechny typy review, konferenční abstrakta, bakalářské a diplomové práce.
3. Hodnotící nástroje životní spokojenosti s výjimkou škály SWLS.

Dodržovali jsme následující rešeršní strategii:

Cílem rešeršní strategie bylo nalézt publikované i nepublikované studie (ve zdrojích šedé literatury). Samostatná vstupní vyhledávání (preliminary search) pro jednotlivé primární termíny byla podniknuta za účelem identifikace relevantních klíčových slov pro označení primárních termínů, popř. synonym a příbuzných pojmů. V této fázi byly prohledávány názvy studií, jejich abstrakta a klíčové pojmy. Předběžné vyhledávání bylo realizováno v databázi EBSCO discovery a MEDLINE complete. Na základě předběžného vyhledávání byla vytvořena plná rešeršní strategie, která byla adaptována pro každou databázi/zdroj informací dle specifik jednotlivých vyhledávačů. Součástí bylo také procházení referenčních seznamů všech relevantních studií.

Informační zdroje /databáze:

- PubMed/MEDLINE complete
- Bibliographia Medica Čechoslovaca (Medvik)
- EBSCO discovery
- Scopus
- ProQuest

Výběr studií:

Po sumarizaci všech nalezených výsledků budou odstraněny duplicity. Poté budou analyzovány názvy studií a jejich abstrakta vůči inkluzivním kritériím. Potenciální relevantní studie budou opět hodnoceny vůči inkluzivním kritériím na úrovni plnotextů a důvod pro jejich vyřazení bude zaznamenán. Proces výběru studií na jednotlivých úrovních hodnocení bude zaznamenán prostřednictvím PRISMA flow diagramu (Moher, 2009).

Extrakce a prezentace dat:

Z relevantních studií budou extrahována následující data:

- Autor a rok realizace studie.
- Geografické údaje o realizaci studie.
- Velikost souboru osob s mozkovou obrnou, popř. velikost kontrolní skupiny.
- Použité nástroje pro měření.
- Data týkající se subjektivního zdraví, životní spokojenosti a statistické výsledky týkající se vztahu mezi těmito koncepty u osob s mozkovou obrnou.

Rešeršní strategie v angličtině:

- „Subjective health“ OR WHODAS OR „WHO Disability Assessment Schedule“
- „Life satisfaction“ OR SWLS OR „Satisfaction with Life Scale“
- „Cerebral palsy“

Rešeršní strategie v češtině pro Bibliographia Medica Čechoslovaca (Medvik):

- „Subjektivní zdraví“ OR WHODAS OR „WHO Disability Assessment Schedule“
- „Životní spokojenost“ OR SWLS OR „Satisfaction with Life Scale“ OR „Dotazník životní spokojenosti“
- „Dětská mozková obrna“ OR „mozková obrna“

Tabulka 2: Přehled výsledků rešerše

	Population	Intervention	Comparator	Results
Omezení: abstrakt	„cerebral palsy“	„Subjective health“ OR WHODAS OR „WHO Disability Assessment Schedule“	„Life satisfaction“ OR SWLS OR „Satisfaction with life scale“	„cerebral palsy“ AND „Subjective health“ OR WHODAS OR „WHO Disability Assessment Schedule“ AND „Life satisfaction“ OR SWLS OR „Satisfaction with life scale“
MEDLINE COMPLETE	17218	2499	8820	1 ⁴
Medvik	25	47	101	0
EBSCO Discovery	103767	15952	102623	1 ⁵
Scopus	22724	3174	17926	1 ⁶⁷
ProQuest	66775	1905	14002	0

⁴ Hurvitz, 2013.

⁵ Hurvitz, 2013

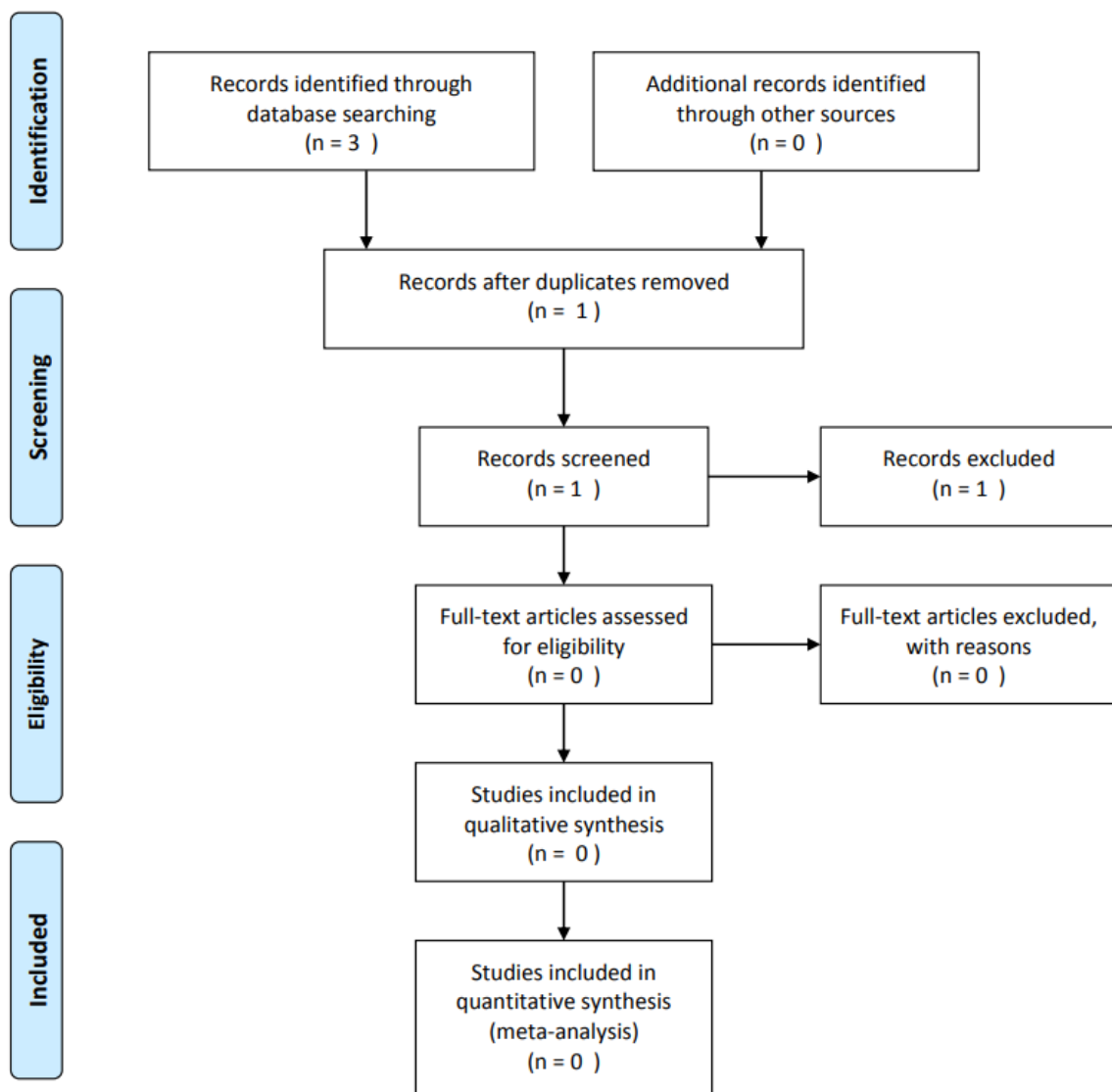
⁶ Hurvitz, 2013.

⁷ ABS ("cerebral palsy") AND ABS ("subjective health" OR WHODAS OR "WHO Disability Assessment Schedule") AND ABS ("life satisfaction" OR SWLS OR "Satisfaction with life scale")

Dle výsledků rešerše zmiňujeme studii (Hurvitz, 2013), která byla provedena u celkem 88 starších adolescentů (ve věku 16–20 let) s mozkovou obrnou, kteří se v dětství účastnili selektivní dorzální rhizotomie. Tato studie však nezjišťovala vztah mezi koncepty subjektivního zdraví a životní spokojeností, proto byla vyřazena na úrovni posuzování relevance abstraktů.

Flow diagram (viz obrázek 1) znázorňuje jednotlivé kroky procesu rešeršní strategie.

Obrázek 1: Flow diagram



Systematická review jsou považována za studie s největší vědeckou robustností, zejména pokud se jedná o studie z randomizovaných kontrolovaných studií nebo ze samotných systematických review (viz tabulka 3).

Tabulka 3: Úroveň vědeckého důkazu účinnosti/efektivity dle JBI

Úroveň 1: Experimentální designy	Úroveň 1.a – Systematické review z randomizovaných kontrolovaných studií
	Úroveň 1.b – Systematické review z RCTs a dalších designů studií
	Úroveň 1.c – RCT
	Úroveň 1.d – Pseudo RCT
Úroveň 2: Kvazi-experimentální designy	Úroveň 2.a – Systematická review z kvazi-experimentálních studií
	Úroveň 2.b – Systematická review z kvazi-experimentálních a dalších studií s nižší úrovní designu
	Úroveň 2.c – Kvazi-experimentální prospektivní kontrolované studie
	Úroveň 2.d – Pre-test – post-test nebo retrospektivní kontrolované skupiny
Úroveň 3: Observační - analytické designy	Úroveň 3.a – Systematická review porovnatelných kohortových studií
	Úroveň 3.b – Systematická review porovnatelných kohortových a nebo dalších studií s nižší úrovní designu
	Úroveň 3.c – Kohortové studie s kontrolní skupinou
	Úroveň 3.d – Případové – kontrolované studie
	Úroveň 3.e – Observační studie bez kontrolní skupiny
	Úroveň 4.a – Systematické review z deskriptivních studií
	Úroveň 4.b – Průřezové studie

Úroveň 4: Observační - deskriptivní designy	Úroveň 4.c – Série případů
	Úroveň 4.d – Případové studie
Úroveň 5: Názory expertů výzkum na zvířecích modelech	Úroveň 5.a – Systematické review z názoru expertů
	Úroveň 5.b – Konsensus expertů
	Úroveň 5.c – Názor jednoho experta/výzkum na zvířecích modelech

Zdroj: Klugar, 2015b

4 CÍL, METODIKA A PRŮBĚH VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Záměrem disertační práce je prozkoumat vztah mezi fenomény **subjektivního zdraví a životní spokojenosti** u souboru osob s mozkovou obrnou a srovnat získané výsledky s analýzou obou jevů u kontrolní skupiny sestavené z respondentů běžné populace. **Výzkumným problémem** je zjistit, jak osoby s mozkovou obrnou hodnotí vlastní zdraví a životní spokojenost, a zda mezi subjektivním zdravím a životní spokojeností existuje významný vztah.

Cílem výzkumného šetření je:

- Zjistit, jak osoby s mozkovou obrnou vnímají své subjektivní zdraví.
- Zjistit, jak osoby s mozkovou obrnou vnímají životní spokojenost.
- Zjistit, zda existuje vztah mezi subjektivním zdravím a životní spokojeností u osob s mozkovou obrnou.

Volba hypotéz se odvíjí od výše uvedených cílů výzkumu a odráží prostudované výsledky dosavadních výzkumů. Byly stanoveny následující **hypotézy** (nulovou hypotézu, o níž statistický test rozhodne, zda bude zamítnuta či nikoliv a alternativní hypotézu, která bude přijata, jestliže zamítneme hypotézu nulovou (Budíková, 2010)):

Nejprve nás zajímaly hodnoty týkající se subjektivního zdraví.

H₀: Respondenti s mozkovou obrnou mají stejnou míru subjektivně vnímaného zdraví jako respondenti bez tělesného postižení.

H₁: Respondenti s mozkovou obrnou mají statisticky významně nižší míru subjektivně vnímaného zdraví než respondenti bez tělesného postižení.

Dále jsme se zaměřili na fenomén životní spokojenosti.

H₀: Respondenti s mozkovou obrnou mají stejnou míru životní spokojenosti jako respondenti bez postižení.

H₂: Respondenti s mozkovou obrnou mají statisticky významně nižší míru životní spokojenosti než respondenti bez postižení.

Dále nás zajímal vztah mezi životní spokojeností a subjektivním zdravím u obou souborů.

H₀: U respondentů s mozkovou obrnou neexistuje vztah mezi subjektivně vnímaným zdravím a životní spokojeností.

H₃: U respondentů s mozkovou obrnou existuje vztah mezi subjektivně vnímaným zdravím a životní spokojeností.

H₀: U respondentů bez tělesného postižení neexistuje vztah mezi subjektivně vnímaným zdravím a životní spokojeností.

H₄: U respondentů bez tělesného postižení existuje vztah mezi subjektivně vnímaným zdravím a životní spokojeností.

H₀: Síla závislosti mezi subjektivně vnímaným zdravím a životní spokojeností měřená pomocí Pearsonova korelačního koeficientu je u respondentů s mozkovou obrnou stejná jako u respondentů bez tělesného postižení.

H₅: Síla závislosti mezi subjektivně vnímaným zdravím a životní spokojeností měřená pomocí Pearsonova korelačního koeficientu u respondentů s mozkovou obrnou není stejná jako u respondentů bez tělesného postižení.

4.1 Pracovní postup a metody sběru dat

Před samotným začátkem výzkumu proběhl předvýzkum na souboru 10 respondentů. Předvýzkum byl prováděn z důvodu ověření srozumitelnosti a formy dotazování pro vybranou cílovou skupinu. V předvýzkumu byly použity totožné nástroje a postup měření jako v samotném výzkumném šetření. Do předvýzkumu bylo zapojeno 10 respondentů s mozkovou obrnou. Respondenti byli získáni záměrným výběrem. Byla provedena dílčí analýza dat, na základě které došlo k úpravě demografické části dotazníku. Výsledky předvýzkumu jsou zahrnuty do výzkumného šetření a jsou vyhodnocovány společně.

Výzkumné šetření má charakter **kvantitativního charakteru** s designem observační průřezové studie s dotazníkem. Průřezové studie nemohou zjišťovat závislosti s jevy prostřednictvím manipulace s proměnnými, avšak mohou zjišťovat vztahy mezi jednotlivými proměnnými. Úkolem kvantitativního výzkumu je statisticky popsat závislosti mezi proměnnými. Ve výzkumném šetření byly použity následující testové metody: Dotazník subjektivního vnímání

zdraví WHODAS 2.0 (WHO Disability Assessment Schedule) a Dotazník životní spokojenosti SWLS (Satisfaction with Life Scale). Oba nástroje jsou standardizované, tzn. že jsou systematicky konstruovány, validita a reliabilita je ověřena na reprezentativním vzorku populace, mají specifikovanou a otestovanou formu distribuce i způsob vyhodnocení (Chrásková, 2015). Dotazník patří mezi nejčastěji využívané metody sběru dat v pedagogickém výzkumu. Data byla sbírána při osobních setkáních s respondenty a elektronicky prostřednictvím internetového nástroje survio.com. Dotazníky byly anonymní, o respondentech máme pouze vybrané demografické charakteristiky (pohlaví, věk, nejvyšší dosažené vzdělání, apod.). Data byla zpracovávána a vyhodnocována statistickými metodami (viz kapitola 4.4).

Za subjektivní zdraví budeme považovat ty výsledky, které získáme z Dotazníku WHODAS 2.0 (12položkové verze), tedy průměr součtu bodů všech otázek dotazníku z daného podsouboru. Za životní spokojenost budeme považovat to, co měří Dotazník SWLS, tedy průměr součtu bodů všech tvrzení z daného podsouboru. Pojmy životní spokojenost a subjektivní zdraví jsou vymezeny v kapitole 1.1 a 1.2.

První část dotazování se týkala obecné identifikace respondentů (viz příloha 1), zjišťovala fakta jako:

- věk, přičemž jsme rozdělili věkové kategorie následovně: do 20 let, 20–29 let, 30–39 let, 40–49 let, 50–59 let a 60 a více let,
- pohlaví,
- nejvyšší dosažené vzdělání, kdy jsme nabízeli následující možnosti: základní vzdělání, středoškolské vzdělání, vysokoškolské vzdělání, aktuálně studující střední školu nebo aktuálně studující vysokou školu,
- místo bydliště, zda respondent bydlí ve městě nebo na vesnici,
- zda má respondent partnerský vztah,
- zda má respondent dítě v péči.

4.1.1 Dotazník WHODAS 2.0

Dotazník WHODAS 2.0 vznikl ve spolupráci Světové zdravotnické organizace (WHO), Národního úřadu duševního zdraví (NIMH), Národního úřadu pro zneužívání alkoholu (NIAAA) a Národního úřadu pro zneužívání drog (NIDA). Projekt měl název WHO/NIH Joint Project on Assessment and Classification of Disablement. Jedná se o dotazník hodnotící

subjektivní percepci osob s disabilitou. WHODAS 2.0 byl vyvinut k určení limitu aktivity a snížení participace pocíťované člověkem, přičemž se nebere v úvahu lékařská diagnóza. Respondenti určují míru obtíží, které zažívají při obvyklém provádění činností, a to při použití zdravotních pomůcek i využití pomoci druhých osob. Dotazník WHODAS 2.0 je konstruován tak, aby jej bylo možno použít jak pro intaktní populaci, tak pro klinickou praxi. Dotazník je používán v širokém poli oborů, od počátku však převládá obor psychiatrie (dále pak neurologie, rehabilitace a další). Výhodou použití dotazníku WHODAS 2.0 je jeho vhodnost použití na hodnocení zdraví a disability u různých onemocnění a postižení, podrobný vypracovaný manuál, statisticky zpracovatelná data, klinické zkušenosti s aplikací.

Dotazník je k dispozici v následujících verzích:

- 36 otázek, verze pro odborného testujícího (tato verze byla přeložena do českého jazyka v roce 2016, aktuálně je dostupná upravená verze z 29. 8. 2018, jedná se o základní doporučenou verzi, existuje i elektronická verze)
- 36 otázek, verze pro samostatné vyplnění tázaným (tato verze byla přeložena do českého jazyka, 29. 8. 2018)
- 36 otázek, verze pro vyplnění prostředníkem (příbuzným, známým nebo ošetřující osobou)
- 12 otázek, verze pro odborného testujícího
- 12 otázek, verze pro samostatné vyplnění tázaným
- 12 otázek, verze pro vyplnění prostředníkem (příbuzným, známým nebo ošetřující osobou)
- 12 + 24 otázek, verze pro odborného testujícího

V současné verzi dotazníku WHODAS 2.0 není zařazena problematika životního prostředí. Autoři uznávají, že pro plné posouzení funkčnosti jedince se jedná o důležitý faktor, nicméně systém kódování je založen na míře funkčnosti a disability (Üstün et al., 2010).

Diagnostika úrovně funkční schopnosti je důležitá, neboť lékařská diagnóza často nestačí k odhadu potřebných služeb, úrovně péče, nároku na sociální dávky, pracovní schopnosti, sociální integrace. Určení disability je důležité pro identifikaci potřeb, určení priorit, přidělování prostředků, stanovení intervence, měření výsledků a efektivity, a to pro lékaře, výzkumné pracovníky a pracovníky ve státní sféře.

Respondenti v dotazníku určují míru těžkostí/obtíží na 5 stupňové hodnotící škále (žádné těžkosti - mírné těžkosti - středně těžké těžkosti - závažné těžkosti - extrémní těžkosti/nemohl(a) jsem to udělat), které zažívají při provádění různých činností. Míra obtíží se

hodnotí včetně použití kompenzačních pomůcek či využití druhých osob (asistenta). Otázky jsou zaměřeny na míru funkčnosti v šesti oblastech/doménách života v obecném pojetí. První oblast je **porozumění a komunikace**, kde se posuzuje paměť, schopnost řešení problémů, komunikace. V oblasti **mobility** se hodnotí pohyblivost v domácím prostředí i v terénu na delší vzdálenost. **Sebeobsluha** hodnotí schopnost jedince zvládnout samostatně každodenní aktivity, jako je hygiena, oblékání a stravování. Doména **vztahy mezi lidmi** zahrnuje vztahy, které mohou být komplikovány vlivem zdravotního stavu. Oblast **životní aktivity** posuzuje činnosti jako je práce, škola, a domácnost. **Participace** jako doména hodnotí překážky v zapojení do společenských aktivit a sociálního života, které mohou mít dopad na důstojnost jedince.

Pro potřeby našeho výzkumu jsme zvolili 12položkovou verzi dotazníku WHODAS 2.0. (verze pro samostatné vyplnění tázaným). Český překlad byl se souhlasem převzat od kolegyně Adamové (2016), která podepsala smlouvu o používání dotazníku. Tato zkrácená verze dotazníku nevyhodnocuje jednotlivé domény, z každé domény jsou v dotazníku zastoupeny dvě otázky. Dotazník WHODAS 2.0 je dostupný na webových stránkách WHO. Následně byl dotazník přeložen v překladatelské agentuře z anglického jazyka do českého, jiný nezávislý překladatel pak přeložil českou verzi zpět do anglického jazyka. Třetí nezávislý překladatel posoudil shodu obou verzí a na základě vyjasňování a dohody byly některé položky upravené.

Porovnávali jsme český překlad 36položkové verze, který byl přeložen Ústavem zdravotnických informací a statistiky s 12položkovou verzí dotazníku, jehož překlad zajistila Adamová. Jednotlivé položky se neliší.

Druhá část výzkumného šetření zahrnovala dotazník WHODAS 2.0 (viz příloha 2), který zkoumal názory respondentů. Zjišťovali jsme, jak velké těžkosti/obtíže mají respondenti s následujícími činnostmi v době za posledních 30 dnů:

- stát 30 minut,
- dělat běžné práce v domácnosti,
- naučit se novou úlohu (jak se dostat na nové místo),
- účast na společenské akci,
- koncentrovat se na něco 10 minut,
- ujít 1 kilometr,
- umýt si celé tělo,
- obléknout si oblečení,
- jednat s neznámými lidmi,

- udržovat přátelství.
- dělat každodenní činnosti

V dotazníku WHODAS 2.0 znamenají **těžkosti/obtíže** při jednotlivých činnostech zvýšenou námahu, nepříjemné pocity nebo bolest, pomalost, změnu způsobu, kterým vykonává jedinec jednotlivé činnosti. Podle výzkumů jsou odpovědi, založené na paměti testovaného, nejpřesnější v intervalu posledních **30 dnů**. Proto byl časový interval 30 dnů vybrán jako základ pro WHODAS 2.0. Součet skóre dotazníku představuje stupeň funkčních omezení. Maximální možný počet bodů je 60, minimální počet je 12 bodů. Čím více bodů, tím větší těžkosti jedinec má.

Standardizace dotazníku zaručuje, že provedení s každým respondentem bude zcela stejné. Případné rozdíly v odpovědích jednotlivých respondentů nejsou dány způsobem, jakým je dotazník veden. Rozdíly mohou vzniknout, pokud například použijeme dotazník zčásti skupinově a zčásti individuálně, nebo pokud bude jeden tazatel přátelský a druhý odtažitý. Důležité je zajistit, aby byl dotazník WHODAS 2.0 aplikován pokaždé toutéž formou. K tomu také slouží *Manuál k českému překladu WHODAS 2.0* (2016).

Hodnoty dotazníku se sčítají a výsledek ukazuje subjektivní míru vnímané disability. Světová zdravotnická organizace vytvořila na základě studie v letech 2000–2001 v 61 zemích populační normy. Výzkumu se účastnilo 200 000 osob z celého světa. Vzorek obsahoval 5 700 adres z celé České republiky (nebyl vydán žádný maximální počet adres na jednotlivé země) a byl získán z Centrálního registru populace České republiky. Zahrnoval městské i venkovské oblasti. Respondenti byli starší 18 let a byli narozeni mezi lety 1922–1982. Dotazník vyplnilo a zaslalo poštou celkem 2 020 respondentů. Dále bylo vylosováno 100 vzorkovacích míst s pravděpodobností úměrnou velikosti obyvatelstva. V každém z vybraných vzorkovacích míst byla vybrána náhodně jedna adresa. Tato počáteční adresa tvořila první adresu skupiny s maximálně 20 adresami. Zbývající část byla vybrána náhodným výběrem. Postupy pro náhodný výběr domácností a výběr náhodných respondentů byly nezávislé na rozhodnutí tazatele a byly kontrolovány odpovědným institutem. Na každou adresu byla snaha o rozhovor realizována maximálně čtyřikrát. V jedné domácnosti byl proveden pouze jeden rozhovor. Konečná velikost vzorku byla 1 090 dokončených rozhovorů (Üstün et al., 2001).

4.1.2 Dotazník životní spokojenosti SWLS

Škála spokojenosti se životem (Satisfaction With Life Scale) byla vytvořena autory Dienerem a jeho spolupracovníky Emmonsem, Larsenem a Griffinem v roce 1985 (autorem české adaptace je Blatný, 2004). Původní verze měla 48 položek, které odrážely životní spokojenost

a byly vytvořeny na principu, že životní spokojenost je úsudek člověka v porovnání s normami. Po analýze došlo ke snížení na 10 a nakonec na 5 položek (Pavot & Diener, 1993). Tato standardizovaná metoda je jednou z nejčastěji používaných metod, které umožňuje hodnocení subjektivní životní spokojenosti jako celku (Šolcová, Kebza, 2005). K použití dotazníku SWLS není třeba oprávnění (Pavot & Diener, 1993). Škála SWLS byla přeložena do několika jazyků a použita v různých, vzájemně odlišných kulturních prostředích (Kanada, Holandsko, Izrael, Korea, Čína a další). Dotazník je konstruován k měření kognitivního aspektu životní spokojenosti, jehož výsledek udává míru spokojenosti se životem.

Dotazník má dobré psychometrické vlastnosti a může být užitečný také v klinických podmínkách (Diener, 1985). Na rozdíl od jiných dotazníků (např. Life Satisfactin Index), které měří spokojenost v jednotlivých oblastech, jako například zdravotní stav či finance, SWLS se zaměřuje na celek podle vlastních kritérií. Metoda je určena k měření obecného, dlouhodobějšího hodnocení životní spokojenosti. Studie autorů prokazují dobrou vnitřní konzistenci i prediktivní validitu. Metoda obsahuje 5 položek, na které respondent odpovídá na základě svých vlastních hodnot a standardů pomocí Likertovy sedmistupňové hodnotící stupnice: 1 = minimum, výrazně s tím nesouhlasím, 7 = maximum, výrazně s tím souhlasím. Součet bodů představuje spokojenost respondenta se životem. Vysoké skóre značí vysokou úroveň osobní pohody. Skóre do 9 bodů reprezentuje extrémní nespokojenost, do 14 bodů nespokojenost, 15–20 bodů značí mírnou nespokojenost, do 25 bodů znamená mírnou spokojenost, skóre 26–30 bodů představuje spokojenost se životem a nad 31 bodů se jedná o vysokou spokojenost (Pavot & Diener, 1993; srov. s Allman & Diener, 1990; Chwalisz, Diener & Gallagher, 1988). Lze pozorovat značnou variabilitu v životní spokojenosti. Metoda SWLS vychází z Dienerovy teorie, jež dělí osobní pohodu na dvě složky, na afektivní, která je rozdělena na pozitivní a negativní vliv, a kognitivní složku, označovanou jako životní spokojenost.

Třetí část dotazování zahrnovala dotazník SWLS (viz příloha 3), který zkoumá, nakolik respondenti souhlasí s následujícími výroky:

- Můj život je v mnoha směrech blízky ideálu mého života.
- Podmínky mého života jsou výtečné.
- Jsem spokojen(a) se svým životem.
- Doposud dostávám od života to podstatné, co od něho očekávám.
- Kdybych mohl(a) žít svůj život ještě jednou, nic bych na něm neměnil(a).

Hodnocení životní spokojenosti v jednotlivých položkách je závislé na osobním a samostatném porovnání podmínek jednotlivců a jeho vlastní představě o životním standardu. To, jak každý člověk hodnotí svou vlastní životní spokojenost, záleží na osobních kritériích člověka. Při zpracování sečteme číselné hodnoty odpovědí a uvedeme výslednou hodnotu. Součet bodů se rovná spokojenost jedince se životem. Maximální možný počet bodů je 35, minimální 5 bodů.

4.2 Provedení dotazníkového šetření

V rámci předvýzkumu byla oslovena desítka respondentů, získaná záměrným výběrem pro ověření pochopení dotazníku a způsobu vyplňování. Dále byl dotazník vyplněn při osobních setkáních s respondenty a také distribuován elektronickou formou, a to pomocí internetového nástroje pro tvorbu dotazníků survio.com. Z tohoto důvodu jsme zvolili verzi WHODAS 2.0 - 12 otázek k vyplnění samotným respondentem, dotazník SWLS obsahuje 5 položek, celkem se tedy jednalo o 17 položek. Do výzkumného vzorku jsme se snažili získat co nejpestřejší vzorek respondentů, především v oblasti věkové struktury a vzdělání. Respondenti byli získáni prostřednictvím: pracovní zkušenosti autorky, studijního působení na Univerzitě Palackého v Olomouci, oslovení ústavů a škol (jejichž klienty/studenty jsou osoby s mozkovou obrnou), neziskových organizací pracujících s lidmi s mozkovou obrnou, oslovením uzavřené facebookové skupiny (jejichž členové mají mozkovou obrnu). Sběr dat souboru respondentů s mozkovou obrnou probíhal od března 2016 do února 2019. Respondenti kontrolního souboru byli vyhledáváni elektronicky prostřednictvím: přátel a známých, zveřejněním výzvy na Facebooku, studijního působení na Univerzitě Palackého v Olomouci a další metodou sněhové koule, kdy další kontakty byly získávány od samotných respondentů. Sběr dat kontrolního souboru probíhal průběžně do února 2019.

Doba vyplňování online dotazníku se u obou souborů pohybovala v rozmezí 5–60 minut. Doba vyplnění dotazníku autorka sama testovala.

Respondenti souboru s mozkovou obrnou, kteří dotazník přijali a vyplnili byli z následujících organizací (respondenti byli osloveni přes vedení organizace, kterou jsme písemně, telefonicky či osobně kontaktovali):

- Spolek Trend vozíčkářů Olomouc
- Akademická poradna a centrum podpory Technická univerzita v Liberci
- Komunitní portál Vozejkov
- Sanatorium Klimkovice

- facebooková stránka Rozpouštíme bariéry (pouze ověřené kontakty)
- další respondenti získaní metodou sněhové koule.

Ústní dotazování proběhlo s 22 % respondentů souboru s mozkovou obrnou v těchto institucích:

- Jedličkově ústavu v Liberci
- Ústavu sociální péče pro tělesně postižené v Hořicích
- Obchodní akademii, odborné škole a praktické škole Olgy Havlové v Janských Lázních.

Všem respondentům u kterých jsme prováděli ústní dotazníkové šetření, bylo zajištěno dostatečné soukromí. Dle Manuálu k českému překladu WHODAS 2.0 jsme dodržovali vymezené zásady jako – představit se, vysvětlit smysl výzkumu, projevit zájem, být si vědom, že každý respondent může potřebovat jiný přístup, být zdvořilý, vstřícný a mluvit pomalu a zřetelně. Doba vyplňování dotazníků s klienty se pohybovala v rozmezí 20–45 minut. Při realizaci výzkumného šetření jsme dbali na dobrovolnou a anonymní účast respondentů. Data jsou archivována v osobním notebooku autorky.

4.3 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor tvoří celkový soubor (300 respondentů), který zahrnuje soubor respondentů s mozkovou obrnou (150 respondentů s MO) a kontrolní soubor (150 osob bez disability). V této části popisujeme oba soubory.

4.3.1 Charakteristika výzkumného souboru osob s mozkovou obrnou

Respondenti byli získáni metodou kriteriálního výběru. Jako vstupní kritérium byla stanovena **mozková obrna**, bez ohledu na typ a stupeň. Do výzkumu byli zařazeni respondenti, kteří byli ochotni a schopni dotazníky vyplnit. Celkem 872 návštěv dotazníku dle online nástroje survio.com výzkum nedokončilo, důvodem mohlo být nepochopení, délka dotazníku či opakované otevření dotazníku. Z výzkumu byly vyřazeny dotazníky respondentů, kteří měli jiné diagnózy, jednalo se o 110 respondentů.

Výzkumný soubor tvoří 150 osob z České republiky (největší zastoupení z Olomouckého, Libereckého a Královéhradeckého kraje) s mozkovou obrnou. Celkem se jedná o 79 žen a 71 mužů. Při rozdělení do věkových kategorií je v kategorii do 20 let 46 osob, v kategorii 20–29 let 89 účastníků, ve věkovém rozmezí 30–39 let 9 osob, v kategorii 40–49 let 3 účastníci, ve

věku 50–59 let 2 osoby a nad 60 let 1 respondent. Nejstarší respondent má 61 let, nejmladší účastník výzkumu má 18 let. Základní vzdělání má 17 % zúčastněných, 38 % má středoškolské vzdělání, 30 % osob v současné době studuje střední školu, 10 % dotázaných má vysokoškolské vzdělání a 5 % aktuálně vysokou školu studuje. Ve městě žije většina jedinců (69 %). Partnerský vztah má 23 % a 2 % respondentů má dítě ve své péči. Dále 5 % respondentů také uvedlo kombinaci mozkové obrny s epilepsií, zrakovým či sluchovým postižením (předpokládáme, že se nejedná o konečné číslo, vzhledem k tomu, že toto doplnění nebylo povinné).

Průměrným respondentem je svobodná žena ve věku 23 let žijící ve městě se středoškolským vzděláním s diagnózou mozková obrna.

4.3.2 Charakteristika kontrolního výzkumného souboru

Kontrolní soubor intaktních respondentů byl získán záměrným výběrem tak, aby charakteristiky co nejvíce odpovídali souboru osob s MO. Jako vstupní kritérium bylo stanovena **nepřítomnost disability**. Respondenti byli vyhledáváni a oslovováni až do chvíle, kdy jsme získali potřebné množství dat. Sběr těchto dat probíhal pouze elektronicky, prostřednictvím nástroje pro tvorbu dotazníků survio.com. Kontrolní výzkumný soubor tvoří 150 osob z České republiky (největší zastoupení z Olomouckého a Libereckého kraje). Celkem 82 žen a 68 mužů. Nejmladší respondent má 18 let, nejstarší 61 let. Ve věkové kategorii do 20 let je 21 osob, v kategorii 20–29 let 109 účastníků, ve věkovém rozmezí 30–39 let 13 respondentů, v kategorii 40–49 let 3 účastníci, do 60 let také 3 účastníci a jeden respondent ve věku 61 let. Základní vzdělání mají 3 % účastníků výzkumu, 38 % osob má středoškolské vzdělání (necelé 1 % momentálně střední školu studuje), vysokoškolské vzdělání má 25 % oslovených, 33 % jedinců momentálně studuje vysokou školu. Ve městě žije 57 % respondentů, 72 % dotázaných má partnerský vztah a 8 % jedinců má dítě ve své péči.

Průměrným respondentem kontrolního souboru je zadaná žena žijící ve městě, ve věku 24 let s vysokoškolským vzděláním.

Tabulka 4: Kontingenční tabulky: demografická komparace výzkumných souborů

Pohlaví	Soubor osob s MO	Kontrolní soubor
Ženy	53 %	55 %
Muži	47 %	45 %

Věkové kategorie	Soubor osob s MO	Kontrolní soubor
do 20 let	31 %	14 %
20–29 let	59 %	72 %
30–39 let	6 %	9 %
40–49 let	2 %	2 %
50–59 let	1 %	2 %
60 let a více	1 %	1 %

Vzdělání	Soubor osob s MO	Kontrolní soubor
Základní vzdělání	17 %	3 %
Středoškolské vzdělání	38 %	38 %
Vysokoškolské vzdělání	10 %	25 %
Aktuálně studující SŠ	30 %	1 %
Aktuálně studující VŠ	5 %	33 %

Bydlení	Soubor osob s MO	Kontrolní soubor
Ve městě	69 %	57 %
Na vesnici	31 %	43 %

Partnerský vztah	Soubor osob s MO	Kontrolní soubor
Ano	23 %	72 %
Ne	77 %	28 %

Dítě v péči	Soubor osob s MO	Kontrolní soubor
Ano	2 %	8 %
Ne	98 %	92 %

4.4 Zpracování dat

Veškerá data byla přepsána do tabulky v programu Excel. K charakteristice souboru byla použita **deskriptivní statistika**, která se zabývá popisem, sumarizací a prezentací dat. Pro testování hypotéz byla aplikována metoda **Studentova dvouvýbětového t-testu**, která zkoumá, zda existuje statisticky významný rozdíl mezi jednotlivými skupinami. Pro měření závislosti je použita **korelační analýza**. Úkolem korelační analýzy je posoudit těsnost vztahu mezi proměnnými, mezi nimiž je lineární statistická závislost. Těsnost vztahu vyjádříme pomocí **koefficientu korelace** (Chráska, 2006). Pomocí **Pearsonova korelačního koeficientu** vymežeme poměr kovariance (tj. statistická míra lineární závislosti dvou veličin) a součinu směrodatných odchylek obou proměnných. Budeme zjišťovat souvislosti mezi životní

spokojeností a subjektivním zdravím (tamt.). **Studentovým t-testem** rozhodneme, zda mají soubory dat stejný aritmetický průměr, zjistíme tak rozdíl mezi soubory a vypočítáme úroveň signifikance (Chráška, 2016). **Aritmetický průměr** ukáže střední hodnoty, které byly v dotaznících dosaženy. **F-testem** zjistíme, zda je v souborech dat stejně velký rozptyl. Míru variability změříme pomocí **směrodatné odchylky**. Rozptyl udává, jaké jsou mezi jednotlivými respondenty rozdíly. Směrodatná odchylka vypočítá odchylky jednotlivých hodnot od aritmetického průměru a udává rozptýlenost dat. Rozdíly mezi skupinami v ordinálních datech budou ověřeny pomocí neparametrického **Mannova-Whitneyova U-testu** a závislosti mezi kvalitativními daty budou zkoumány pomocí **chí-kvadrát testu**. Pomocí koeficientu **Cronbachova alfa** ověříme reliabilitu použitých nástrojů. Cronbachův koeficient vychází z pojetí reliability jako vnitřní konzistence položek a je sestaven na základě dvojnásobné analýzy rozptylu. Předpokládá se, že položky jsou stejně významově zaměřené a je možné sledovat jejich vnitřní konzistenci (Chráška, 2015). Tato reliabilita vychází z předpokladu, že by všechny položky měřící jednu vlastnost měly mít mezi sebou kladné, dostatečně vysoké korelace. Věcnou významnost posoudíme pomocí **Cohenovo d**. Cohenovo d udává rozdíl průměrů ve dvou skupinách, tzn. dělí směrodatnou odchylku průměrů. Věcná významnost se zabývá tím, zda je výsledek užitečný v reálném světě (Kirk, 1996). **Hladina statistické významnosti** byla stanovena na $\alpha = 0,05$. Validita výzkumu byla zajištěna použitím metody **triangulace získávání dat** (vyplňování online dotazníku a osobní vyplňování). Rozložení dat bylo graficky znázorněno pomocí **histogramů a krabicových grafů** (boxploty). Boxploty zobrazují numerická data pomocí kvartilů. Histogram znázorňuje škály výsledků v jednotlivých kategoriích (Walker, 2013). Vodorovná čára v krabici znázorňuje hodnotu **mediánu** (která se nachází uprostřed všech hodnot), dolní hrana krabice hodnotu 1. kvartilu (25. percentilu), horní hrana hodnotu 3. kvartilu (75. percentilu). Svorky ukazují maximální a minimální naměřené hodnoty, pokud budou v souboru nalezeny odlehlé a extrémní hodnoty, budou zakresleny kroužky a hvězdičkami.

Ke statistickému zpracování byl použit statistický software IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0 Armonk, NY: IBM Corp.

4.5 Etické hledisko výzkumu

Ve výzkumu jsme dodržovali následující etická pravidla. Z důvodu dodržení anonymity nejsou ve výzkumu uvedena jména respondentů, není možné je tedy identifikovat, dle Zákona č. 110/2019 Sb. *Zákon o zpracování osobních údajů*. Zároveň je podpořena ochrana jejich soukromí a otevřenost odpovídat. Respondenti byli ubezpečeni o zachování důvěrnosti, která

byla důsledně dodržována. Všichni respondenti byli v úvodní části dotazníku informováni o účelech a cíli výzkumu. Respondenti měli právo odstoupit od účasti výzkumu bez udání důvodu (např. odeslání nekompletně vyplněného dotazníku). Zúčastnili se jej dobrovolně a odesláním, vyplněním a odpovězením na otázky dotazníku dali souhlas s účastí a zpracováním údajů. Data jsou archivována v osobním notebooku a domácím archivu autorky. Po ukončení výzkumu budou data smazána/zkartována. Dodržovali jsme empatickou neutralitu dle Miovského (2006), tzn. že jsme projevovali zájem a porozumění respondentům.

5 VÝSLEDKY VÝZKUMU

Následující kapitola představuje výsledky výzkumného šetření, které byly zpracovány příslušnými metodami (viz kapitola 4.4). Uvádíme výpočty reliability použitých nástrojů, výpočty variability, věcnou významnost rozdílů a další.

V rámci celkového souboru 300 respondentů jsme vymezili dílčí soubory:

- Celkový soubor (n = 300)
- Soubor respondentů s mozkovou obrnou (n = 150)
- Kontrolní soubor - respondenti bez postižení (n = 150)

Za subjektivní zdraví se považují výsledky získané z dotazníku WHODAS 2.0. Maximální možný počet bodů je 60, minimální 12. Čím nižší počet bodů, tím vyšší pocit subjektivně vnímaného zdraví.

Za životní spokojenost se považují výsledky, získané dotazníkem SWLS. Nejvyšší možný počet bodů je 35, minimální počet 7. Zde platí, čím vyšší počet bodů, tím vyšší míra vnímání životní spokojenosti.

Korelační analýzy určují sílu závislosti mezi použitými nástroji (WHODAS 2.0 X SWLS). Čím vyšší míra souhlasu v jednom dotazníku, tím vyšší je také míra souhlasu v korelovaném dotazníku (nebo také: čím nižší míra souhlasu s jedním výrokiem, tím nižší je míra souhlasu s druhým výrokiem).

U obou dotazníků byla zjišťována reliability tzv. vnitřní konzistence (tabulka 5). Naměřené hodnoty dosahují vysoké míry konzistence, Cronbachova alfa $< 0,80$ indikuje vysokou spolehlivost vnitřní konzistence (Dušek, 2011.).

Tabulka 5: Reliabilita celkového souboru

Cronbachovo alfa	WHODAS 2.0	SWLS
Celkový soubor soubor	0,858	0,704

Koeficient reliability dotazníku SWLS dosáhl hodnoty 0,704, což je hodnota srovnatelná s reliability tohoto nástroje použitého v mnoha jiných studiích (srov. s Galanakis, 2017). Reliabilita dotazníku WHODAS 2.0 z hlediska vnitřní konzistence je dobrá, dosahuje hodnoty 0,858. Tuto hodnotu můžeme porovnat s naměřenou reliability dalších výzkumů, kdy byla použita stejná verze dotazníku (např. Carlozzi, 2015). U dotazníků je doporučováno, aby hodnota Cronbachova alfa byla vyšší než 0,7, což je u obou dotazníků splněno.

Pozitivní vnímání subjektivního zdraví a stejně tak životní spokojenosti může být ovlivněno faktory týkajícími se charakteristik respondenta (jako je bydliště, věk, vzdělání a další). Případný zjištěný vliv faktorů je vymezen v tabulce 6 níže.

Tabulka 6: Demografické porovnání obou souborů

Proměnná		Soubor						p
		MO (n = 150)		kontrolní (n = 150)		Celkem (n = 300)		
		Počet	%	Počet	%	Počet	%	
Pohlaví	ženy	79	52,7%	82	54,7%	161	53,7%	0,728
	muži	71	47,3%	68	45,3%	139	46,3%	
Věk	do 20 let	46	30,7%	21	14,0%	67	22,3%	0,002
	20-29 let	89	59,3%	109	72,7%	198	66,0%	
	30-39 let	9	6,0%	13	8,7%	22	7,3%	
	40-49 let	3	2,0%	3	2,0%	6	2,0%	
	50-59 let	2	1,3%	3	2,0%	5	1,7%	
	60 let a více	1	0,7%	1	0,7%	2	0,7%	
Vzdělání	ZŠ	25	16,7%	4	2,7%	29	9,7%	<0,0001
	SŠ	57	38,0%	57	38,0%	114	38,0%	
	VŠ	15	10,0%	38	25,3%	53	17,7%	
	aktuálně SŠ	45	30,0%	1	0,7%	46	15,3%	
	aktuálně VŠ	8	5,3%	50	33,3%	58	19,3%	
Bydlení	město	104	69,3%	86	57,3%	190	63,3%	0,031
	vesnice	46	30,7%	64	42,7%	110	36,7%	
Partner	ano	34	22,7%	108	72,0%	142	47,3%	<0,0001
	ne	116	77,3%	42	28,0%	158	52,7%	
Dítě v péči	ano	3	2,0%	12	8,0%	15	5,0%	0,017
	ne	147	98,0%	138	92,0%	285	95,0%	

^achí-kvadrát test; ^bMannův-Whitneyův U-test

Soubory se liší statisticky významně ve věku, vzdělání, bydlení, v partnerství a v péči o dítě. Neliší se ve složení z hlediska pohlaví, $p = 0,728$. Respondenti s mozkovou obrnou mají průměrný věk se směrodatnou odchylkou $23,1 \pm 6,9$ let. Respondenti kontrolní skupiny jsou starší, průměrný věk je $24,2 \pm 7,5$ let. Respondenti kontrolního souboru dosahují vyššího vzdělání ($p < 0,0001$), častěji bydlí na vesnici ($p = 0,031$), častěji mají partnera ($p < 0,0001$) a dítě ve své péči. Přesné četnostní rozdělení proměnných je uvedeno v tabulce 6. Rozpětí absolutní hodnoty věcné významnosti rozdílů dle Cohena udává tabulka 7. Věcná významnost

rozdílů ve věku, bydlení a v péči o dítě je malá. Ve vzdělání a v partnerství jsou věcné rozdíly mezi skupinami středně velké, viz tabulka 8.

Tabulka 7: Rozpětí absolutní hodnoty Cohenova d

Interval	Slovní označení
$< (0,2-0,5)$	malé
$< (0,5-0,8)$	střední
0,8 a vyšší	velké

Zdroj: Cohen, 1988

Tabulka 8: Věcná významnost

Proměnná	Cohenovo d^a /koeficient r^b (effect size)	Interpretace
Věk	0,16 ^a	malá
Vzdělání	0,57 ^b	střední
Bydlení	0,12 ^b	malá
Partner	0,49 ^b	střední
Dítě v péči	0,14 ^b	malá

Ženy s mozkovou obrnou hodnotí své zdraví průměrně body 28,83, muži s MO hodnotí své zdraví o trochu lépe 26,7, oba výsledky však můžeme interpretovat jako mírnou spokojenost se svým zdravím. Kontrolní soubor hodnotí své zdraví velmi pozitivně (ženy 17,18, muži 17,7). Životní spokojenost je hodnocena velmi podobně u respondentů s mozkovou obrnou, konstatujeme, že obě pohlaví jsou se svým životem mírně spokojeni (ženy 21,3, muži 21,4). V kontrolním souboru respondentů je poměrně vyšší životní spokojenost, u žen 24,1, u mužů 23,93.

- **Testování hypotéz**

H₀: Respondenti s mozkovou obrnou mají stejnou míru subjektivně vnímaného zdraví jako respondenti bez tělesného postižení.

H₁: Respondenti s mozkovou obrnou mají statisticky významně nižší míru subjektivně vnímaného zdraví než respondenti bez tělesného postižení.

Dvouvýběrovým *t*-testem bylo prokázáno, že respondenti s tělesným postižením mají statisticky významně vyšší průměrnou hodnotu skóre dotazníku WHODAS (průměr = 26,7) než respondenti bez tělesného postižení (průměr = 17,7), $p < 0,0001$. Svě zdraví hodnotí pozitivněji respondenti bez disability. Zde platí, čím méně bodů, tím pozitivněji vnímání subjektivního zdraví. Nulovou hypotézu H_0 můžeme zamítnout ve prospěch alternativní hypotézy H_1 .

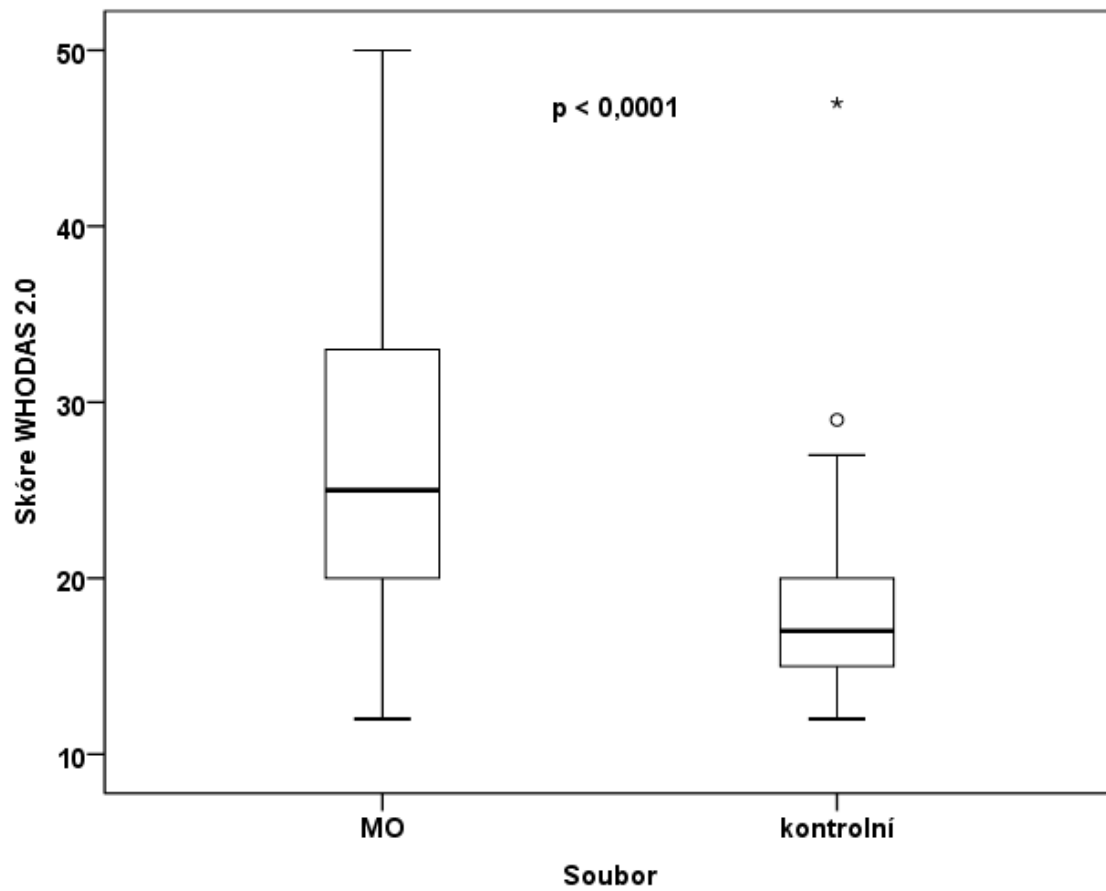
Tabulka 9: Výsledky t-testu subjektivního zdraví

Soubor	Popisné statistiky			Test rovnosti rozptylů		t-test rovnosti průměrů		
	<i>N</i>	<i>Průměr</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
MO	150	26,7	9,3	104,991	<0,0001	10,852	205,06	<0,0001
kontrolní	150	17,7	4,1					

Cohenovo $d = 1,52$ – věcná významnost rozdílu je velká.

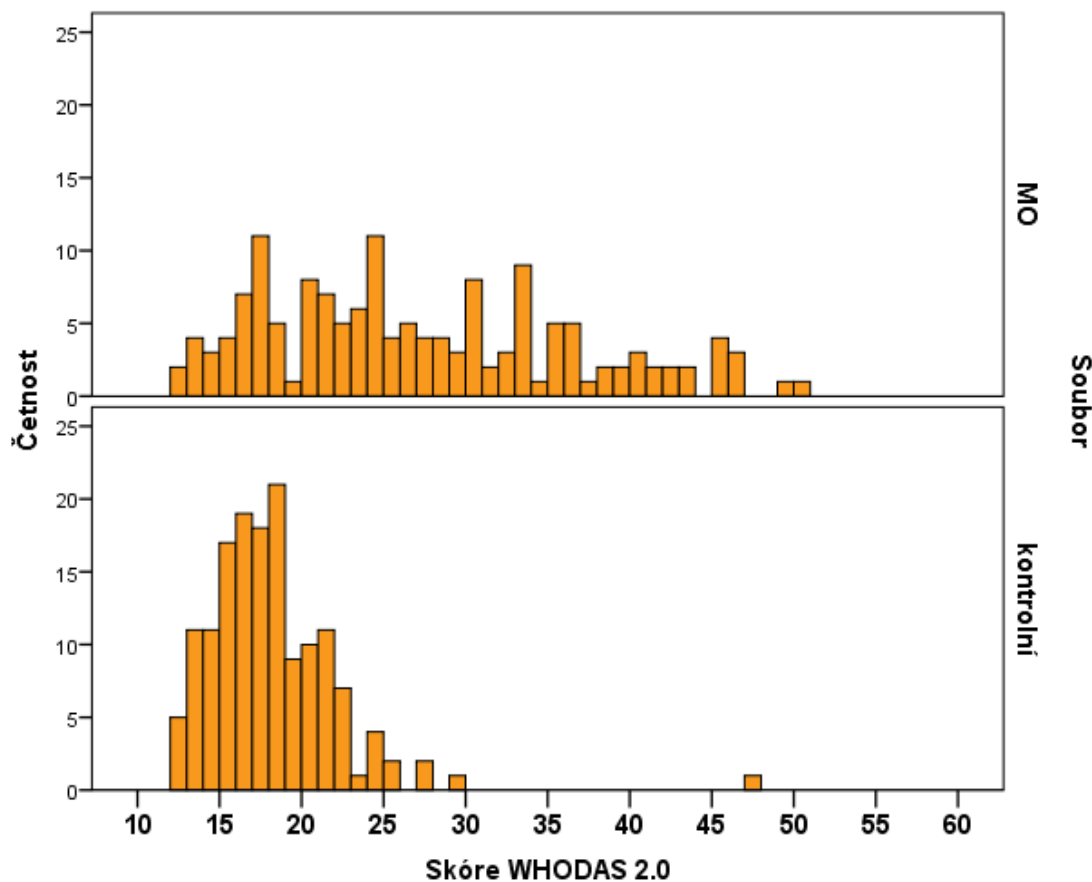
Rozložení naměřených hodnot bylo znázorněno box grafy (viz graf 1). Vodorovná čára v krabici znázorňuje hodnotu mediánu, dolní hrana krabice hodnotu 1. kvartilu (25. percentilu), horní hrana hodnotu 3. kvartilu (75. percentilu). Svorky ukazují maximální a minimální naměřené hodnoty, pokud byly v souboru nalezeny odlehlé a extrémní hodnoty jsou zakresleny kroužky a hvězdičkami.

Graf 1: Krabicový graf dotazníku WHODAS 2.0



Distribuce hodnot celkového skóre dotazníku WHODAS 2.0 v souboru respondentů s mozkovou obrnou a v kontrolním souboru je zobrazená pomocí histogramu četností.

Graf 2: Histogram četností WHODAS 2.0



Zamítáme hypotézu H_0 a přijímáme hypotézu H_1 .

Analýza jednotlivých položek, u kterých pozorujeme největší zastoupení, shodu mezi soubory či naopak rozdíl:

V oblasti mobility dotazníku WHODAS 2.0, kdy jsme se respondentů dotazovali, jak velké těžkosti jim dělá stát delší dobu (položka č. 1), odpovědělo 35 %, že nemohli tuto aktivitu udělat nebo se potýkali s extrémními těžkostmi. Pro 21 % respondentů tato aktivita nepředstavovala žádné potíže, stejně jako u 61 % respondentů kontrolního souboru. Kontrastem však je odpověď na položku (č. 6), zda ujdou respondenti 1 kilometr, kdy 51 % uvedlo, že jim to nečiní potíže, u kontrolního souboru tuto činnost bez potíží vykoná 83 % osob.

Doména životních aktivit, posuzující činnosti v domácnosti ukazuje, že 33 % respondentům s MO nepůsobí žádné potíže dělat běžné práce v domácnosti (položka č. 2), v kontrolním souboru s touto aktivitou nemá potíže 70 %. Dělat každodenní činnosti (položka č. 11) zvládá bez potíží 68 % lidí s MO (65 % osob z kontrolního souboru).

V doméně porozumění a komunikace, kde je posuzována paměť a schopnost řešení problémů, 33 % jedincům s MO (49 % jedinců kontrolního souboru) nečiní žádné potíže naučit se něco

nového (položka č. 3). Střední těžkosti se objevují u 33 % osob s MO při koncentraci na něco nového (položka č. 5), naopak u 47 % intaktních jedinců se neobjevují žádné potíže.

V doméně participace se respondenti obou souborů shodují. Účast na společenských akcích (položka č. 4) jim nečiní žádné těžkosti (59 % respondenti s MO, 61 % kontrolní soubor).

Naopak velké rozdíly jsou v oblasti sebeobsluhy. Vlastní hygienu (položka č. 7) zvládá 20 % respondentů s MO a 88 % kontrolního souboru. Extrémní potíže s umytím má 42 % respondentů s MO (a 1 respondent intaktní populace). Obléknout si oblečení bez potíží (položka č. 8) zvládne 49 % osob s MO (96 % kontrolního souboru). Extrémní potíže či nemožnost se obléct má 13 % respondentů s MO.

V doméně vztahy mezi lidmi se respondenti obou souborů nejvíce shodují, že jim nedělá potíže udržovat přátelství (položka č. 10, 48 % osob s MO, 57 % osob z kontrolního souboru). Obdobná shoda se objevuje u položky, která zjišťuje jak velké těžkosti dělá respondentům jednání s lidmi, které neznají (položka č. 9). Žádné potíže to nečiní 41 % osob s MO a 59 % osob intaktní populace. Extrémní potíže má pak 11 % jedinců s MO.

H₀: Respondenti s mozkovou obrnou mají stejnou míru životní spokojenosti jako respondenti bez postižení.

H₂: Respondenti s mozkovou obrnou mají statisticky významně nižší míru životní spokojenosti než respondenti bez postižení.

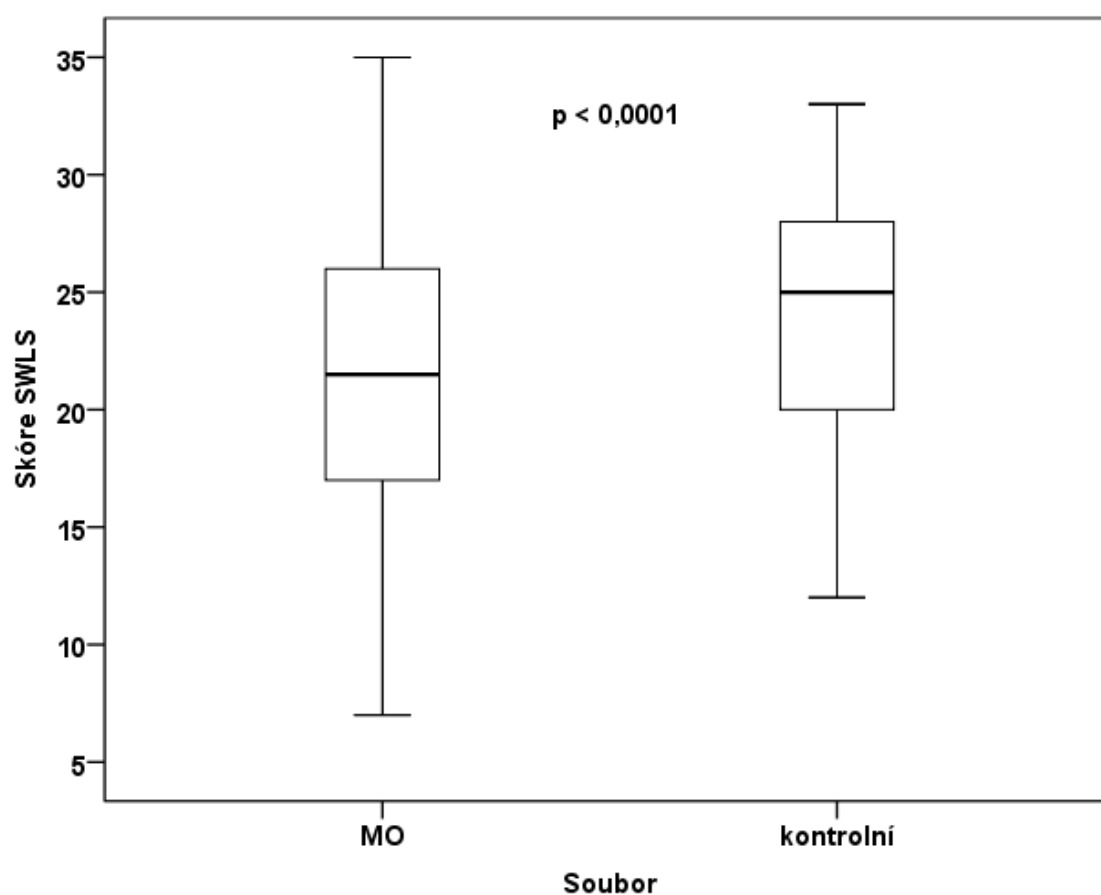
Dvouvýběrovým t-testem bylo prokázáno, že respondenti s tělesným postižením mají statisticky významně nižší průměrnou hodnotu skóre dotazníku SWLS (průměr = 21,3, tento výsledek můžeme interpretovat jako mírnou nespokojenost) než respondenti bez tělesného postižení (průměr = 24,0, značící mírnou spokojenost), $p < 0,0001$. Dotazník SWLS je sestaven tak, že čím vyšší počet bodů respondent má, tím je vyšší míra jeho vnímání životní spokojenosti. Na základě všech výpočtů můžeme nulovou hypotézu H₀ zamítnout ve prospěch alternativní hypotézy H₂.

Tabulka 10: Výsledky t-testu životní spokojenosti

Soubor	Popisné statistiky			Test rovnosti rozptylů		t-test rovnosti průměrů		
	<i>N</i>	<i>Průměr</i>	<i>SD</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	<i>t</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
MO	150	21,3	6,3	9,590	0,002	-4,075	279,86	<0,0001
kontrolní	150	24,0	4,9					

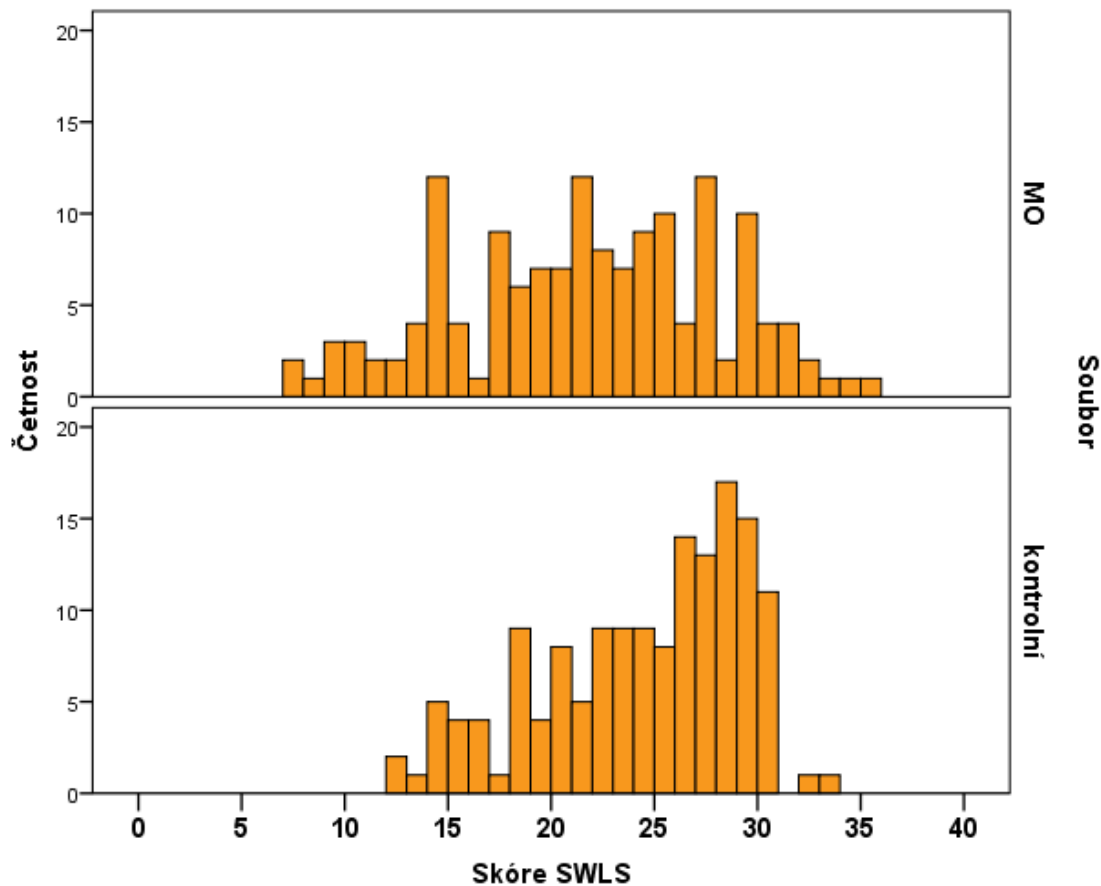
Hodnota Cohenova *d* je 0,49 – věcná významnost rozdílu je malá (na horní hranici mezi malá a střední).

Graf 3: Krabicový graf dotazníku SWLS



Distribuce hodnot celkového skóre dotazníku SWLS v souboru respondentů s mozkovou obrnou a v kontrolním souboru zobrazená pomocí histogramu četností.

Graf 4: Histogram četností SWLS



Zamítáme hypotézu H_0 a přijímáme hypotézu H_2 .

Analýza položek, u kterých pozorujeme shodu mezi soubory:

Respondenti obou souborů se v dotazníku SWLS shodují u výroku *Jsem spokojen(a) se svým životem* (položka č. 3). Výrazně souhlasí 19 % osob s MO a 20 % kontrolního souboru. Při rozdělení hodnotící stupnice na polovinu, 67 % jedinců s MO a 75 % jedinců intaktní populace s daným výrokiem spíše souhlasí. S výrokiem *Kdybych mohl(a) žít svůj život ještě jednou, nic bych na něm neměnil(a)* (položka č. 5) výrazně nesouhlasí 25 % lidí s MO (11 % kontrolního souboru). S výrokiem spíše souhlasí až výrazně souhlasí 29 % respondentů s MO a 43 % osob z kontrolního souboru.

H_0 : U respondentů s mozkovou obrnou neexistuje vztah mezi subjektivně vnímaným zdravím a životní spokojeností.

H_3 : U respondentů s mozkovou obrnou existuje vztah mezi subjektivně vnímaným zdravím a životní spokojeností.

Korelační analýzou bylo prokázáno, že u respondentů s mozkovou obrnou existuje statisticky významný vztah mezi subjektivně vnímaným zdravím a životní spokojeností, hodnota Pearsonova korelačního koeficientu $r = -0,172$, $p = 0,035$. Dosažená hodnota signifikance je podstatně menší než stanovená hladina významnosti a proto můžeme zamítnout nulovou hypotézu a můžeme konstatovat statisticky významný výsledek. Soubor vykazuje, že s rostoucím vnímáním subjektivního zdraví, roste životní spokojenost (a obráceně).

Zamítáme hypotézu H_0 a přijímáme hypotézu H_3 .

H_0 : U respondentů bez tělesného postižení neexistuje vztah mezi subjektivně vnímaným zdravím a životní spokojeností.

H_4 : U respondentů bez tělesného postižení existuje vztah mezi subjektivně vnímaným zdravím a životní spokojeností.

Hypotézu H_4 jsme ověřovali taktéž pomocí Pearsonova korelačního koeficientu na stejné zvolené hladině významnosti. Bylo prokázáno, že u respondentů bez tělesného postižení existuje statisticky významný vztah mezi subjektivně vnímaným zdravím a životní spokojeností, hodnota Pearsonova korelačního koeficientu $r = -0,351$, $p < 0,0001$. Výsledky naznačují vzájemný vliv životní spokojenosti a subjektivně vnímaného zdraví. Nulovou hypotézu H_0 můžeme zamítnout ve prospěch alternativní hypotézy H_4 .

Zamítáme hypotézu H_0 a přijímáme hypotézu H_4 .

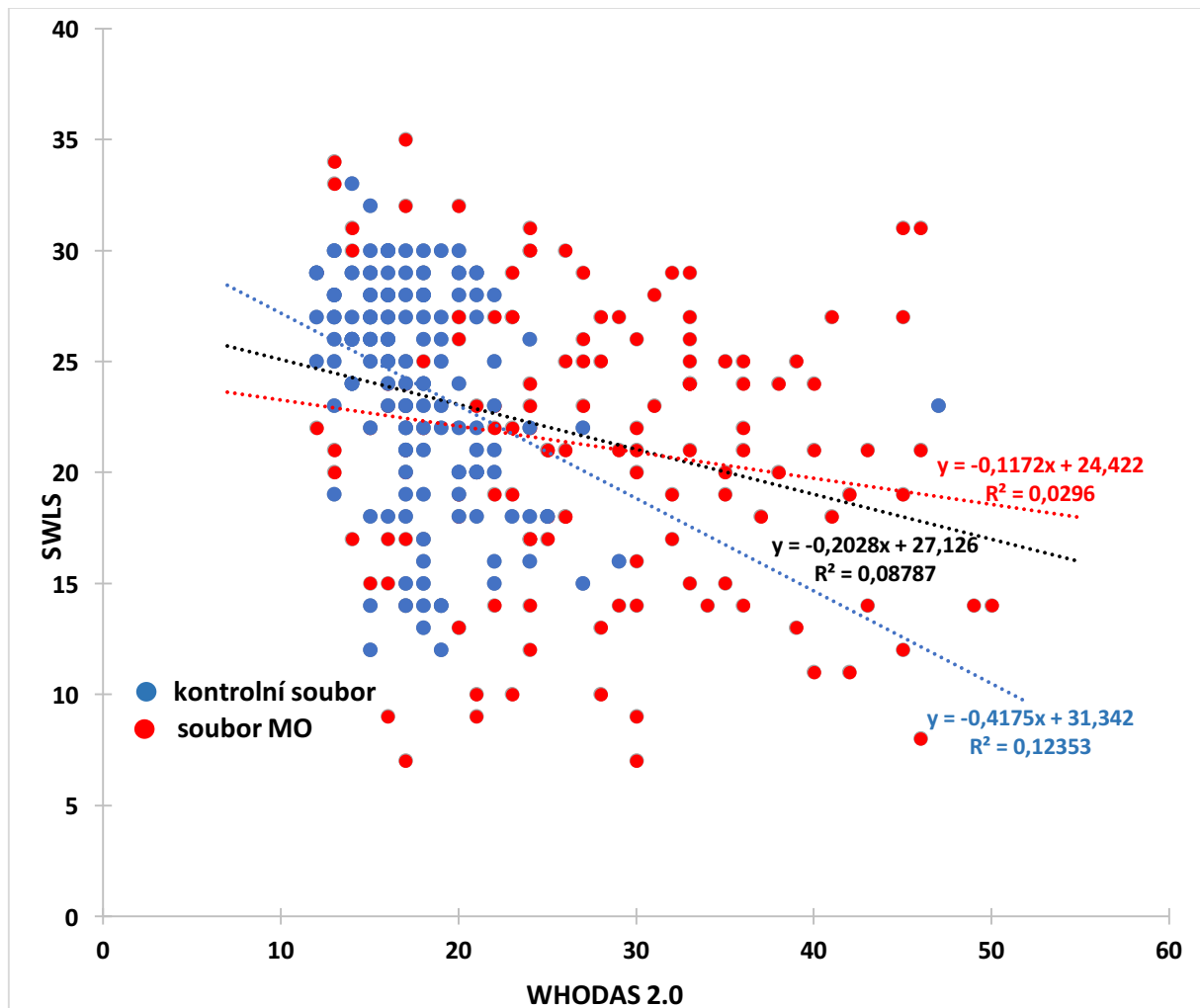
H_0 : Síla závislosti mezi subjektivně vnímaným zdravím a životní spokojeností měřená pomocí Pearsonova korelačního koeficientu je u respondentů s mozkovou obrnou stejná jako u respondentů bez tělesného postižení.

H_5 : Síla závislosti mezi subjektivně vnímaným zdravím a životní spokojeností měřená pomocí Pearsonova korelačního koeficientu u respondentů s mozkovou obrnou není stejná jako u respondentů bez tělesného postižení.

Testem rovnosti dvou korelačních koeficientů ($r_1 = -0,172$, $n_1 = 150$; $r_2 = -0,351$, $n_2 = 150$, $p = 0,0993$) nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi nimi. Nulovou hypotézu H_0 nemůžeme zamítnout ve prospěch alternativní hypotézy H_5 .

Bodový graf (graf 5) s regresními přímkami a regresními rovnicemi ukazuje sílu závislosti mezi hodnotami celkových skóre dotazníků WHODAS a SWLS.

Graf 5: Porovnání skóre dotazníku WHODAS 2.0 a SWLS



Položková analýza a reliabilita dotazníků

V tabulkách níže (tabulky 11 až 14) se zabýváme položkovou analýzou obou dotazníků.

Uvádíme aritmetický průměr položek, míru variability a reliabilitu.

Tabulka 11: Popisná statistika položek WHODAS 2.0

Popisná statistika položek WHODAS 2.0		
Položka	Průměr	SD
whodas2.0 - 1	2,32	1,48
whodas2.0 - 2	1,93	1,22
whodas2.0 - 3	1,95	1,04
whodas2.0 - 4	1,59	0,87
whodas2.0 - 5	2,09	1,03
whodas2.0 - 6	1,48	0,82
whodas2.0 - 7	2,25	1,64
whodas2.0 - 8	1,63	1,20
whodas2.0 - 9	1,84	1,11
whodas2.0 -10	1,72	0,95
whodas2.0 - 11	1,48	0,80
whodas2.0 - 12	1,92	1,12

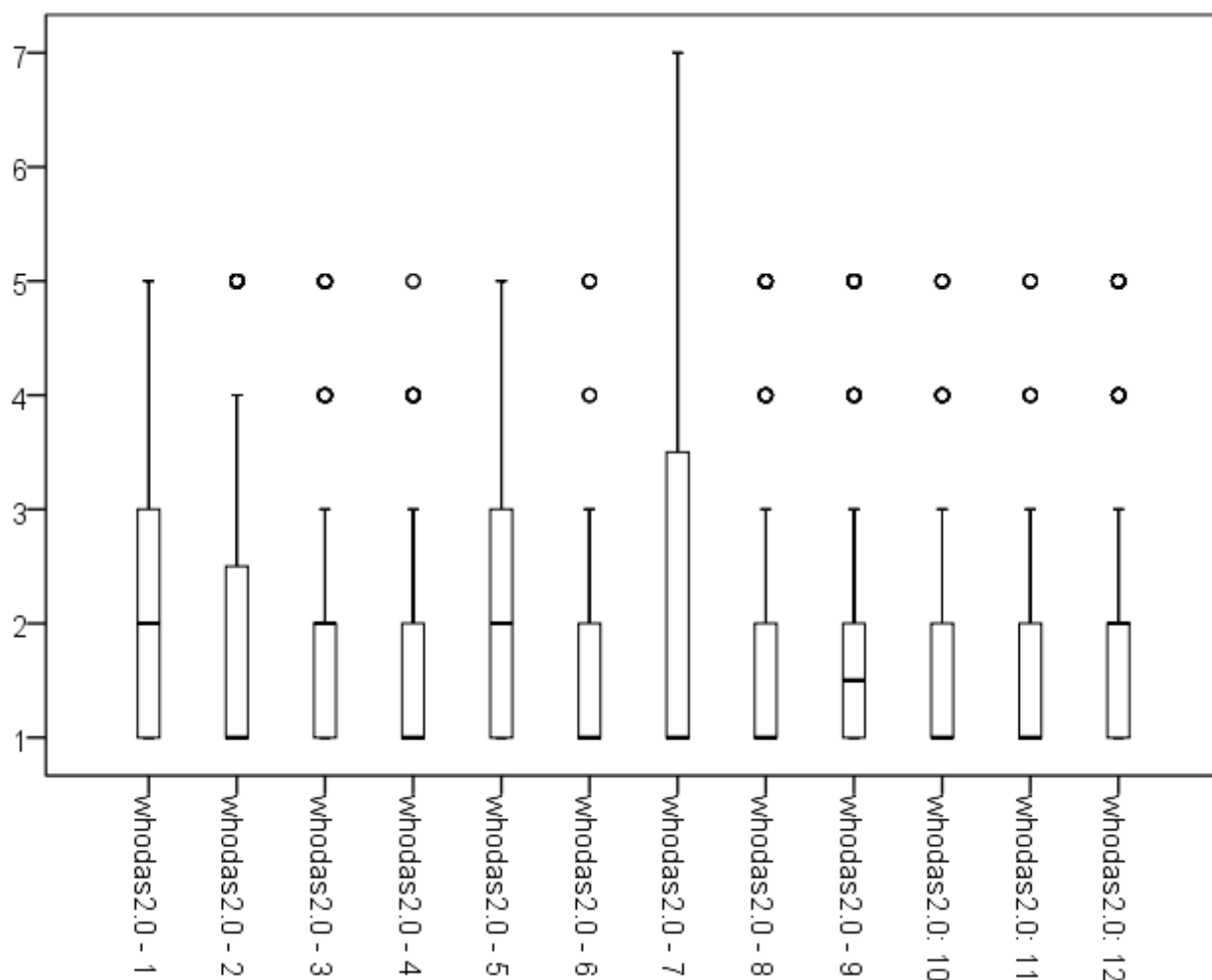
Nejnižší průměr (1,48) byl u položek 6 a 11, nejvyšší průměrná hodnota (2,32) u položky 1. Nejmenší variabilita odpovědí byla u položky 11 (SD = 0,80) - *Jak velké těžkosti jste měl(a) za posledních 30 dnů při této činnosti: DĚLAT KAŽDODENNÍ ČINNOSTI*. Nejvyšší variabilita byla u položky 7 (SD = 1,64) - *Jak velké těžkosti jste měl(a) za posledních 30 dnů při této činnosti: UMÝT SI CELÉ TĚLO*.

Tabulka 12: Statistika vztahu položka - celkové skóre WHODAS 2.0

Statistika vztahu položka - celkové skóre		
Položka	Korelace položka - celek	Cronbachovo a jestliže je položka odstraněna
whodas2.0 - 1	0,703	0,833
whodas2.0 - 2	0,711	0,833
whodas2.0 - 3	0,601	0,842
whodas2.0 - 4	0,480	0,850
whodas2.0 - 5	0,457	0,851
whodas2.0 - 6	0,263	0,861
whodas2.0 - 7	0,704	0,834
whodas2.0 - 8	0,787	0,827
whodas2.0 - 9	0,548	0,845
whodas2.0 - 10	0,416	0,854
whodas2.0 - 11	0,161	0,865
whodas2.0 - 12	0,463	0,851

Nejslabší korelace mezi položkou a celkovou škálou je u položky 11 ($r = 0,161$), nejsilnější u položky 8 ($r = 0,787$). Cronbachovo alfa je nejvyšší (0,865) pokud odstraníme položku 11.

Graf 6: Krabicový graf rozložení hodnot jednotlivých položek dotazníku WHODAS 2.0



Tabulka 13: Položková analýza a reliabilita dotazníku SWLS pro celý soubor

Popisná statistika položek SWLS		
Položka	Průměr	SD
SWLS - 1	4,17	1,77
SWLS - 2	4,79	1,58
SWLS - 3	5,04	1,61
SWLS - 4	4,93	1,52
SWLS - 5	3,69	2,03

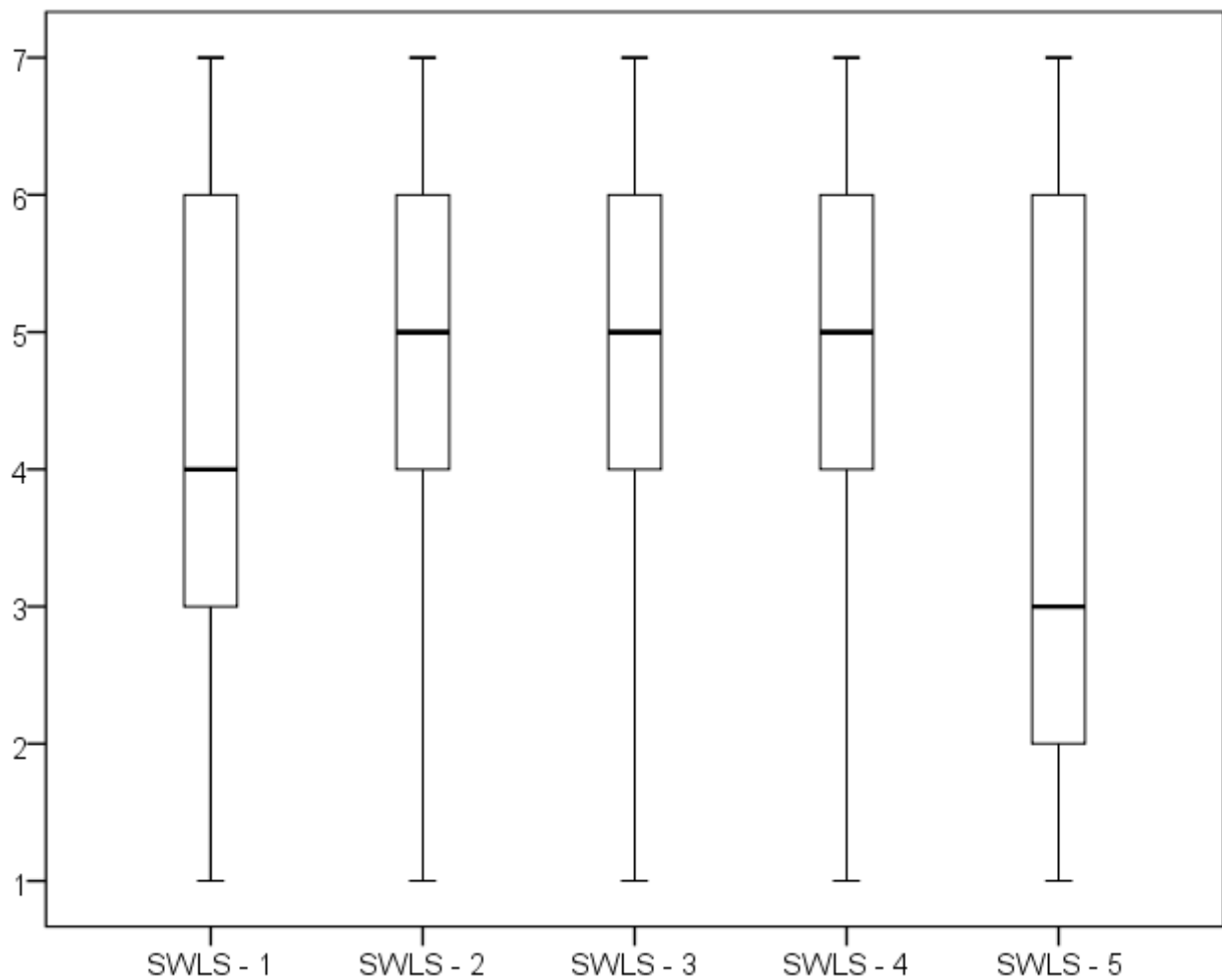
Nejnižší průměr (3,69) byl u položky 5, nejvyšší průměrná hodnota (5,04) u položky 3. Nejmenší variabilita odpovědí byla u položky 4 (SD = 1,52) – *Doposud dostávám od života to podstatné, co od něho očekávám*. Nejvyšší rozptýlenost byla naměřena u položky 5 (SD = 2,03) – *Kdybych mohl(a) žít svůj život ještě jednou, nic bych na něm neměnil(a)*.

Tabulka 14: Statistika vztahu položka - celkové skóre SWLS

Statistika vztahu položka - celkové skóre		
Položka	Korelace položka - celek	Cronbachovo a jestliže je položka odstraněna
SWLS - 1	0,272	0,732
SWLS - 2	0,586	0,606
SWLS - 3	0,609	0,596
SWLS - 4	0,534	0,630
SWLS - 5	0,374	0,702

Nejslabší korelace mezi položkou a celkovou škálou je u položky 1 ($r = 0,272$), nejsilnější u položky 3 ($r = 0,609$). Cronbachovo alfa je nejvyšší (0,732) pokud odstraníme položku 1.

Graf 7: Krabicový graf rozložení hodnot jednotlivých položek dotazníku SWLS



6 DISKUZE

V této části porovnááme výsledky výzkumného šetření vůči doposud realizovaným studiím, jsou uvedeny silné stránky i limity výzkumného šetření a navrhuje doporučení pro další výzkum.

Cílem disertační práce bylo prozkoumat vztah subjektivního zdraví a životní spokojenosti u osob s mozkovou obrnou a u běžné populace. Taktéž byla provedena analýza dílčích kategorií obou použitých dotazníků (WHODAS 2.0 i SWLS) na souboru osob s mozkovou obrnou a tyto výsledky byly porovnány s výsledky souboru běžné populace.

H₁: Respondenti s mozkovou obrnou mají statisticky významně nižší míru subjektivně vnímaného zdraví než respondenti bez tělesného postižení.

Hypotéza H₁ byla potvrzena ($p < 0,0001$), což znamená, že můžeme zamítnout nulovou hypotézu. Jedinci s tělesným postižením mají statisticky nižší úroveň subjektivně vnímaného zdraví než jedinci bez tělesného postižení. Počet respondentů obou souborů byl vyvážený. Průměrným výsledkem dotazníku hodnotící subjektivní zdraví je u souboru osob s mozkovou obrnou 26,7. Oproti tomu kontrolní soubor dosahuje průměru 17,7 bodů.

Respondenti se shodují v oblasti participace, 59 % osob s MO a 61 % intaktním jedincům nedělá žádné těžkosti účast na společenských akcích. Rozdíly mezi respondenty obou souborů se objevují v oblasti sebeobsluhy. Vlastní hygienu zvládá 20 % respondentů s MO a 88 % respondentů kontrolního souboru. Extrémní potíže s hygienou má 42 % respondentů s MO (a 1 respondent intaktní populace). Obléknout si oblečení bez potíží zvládne 49 % osob s MO (96 % kontrolního souboru). Extrémní potíže při oblékání má 13 % respondentů s MO.

H₂: Respondenti s mozkovou obrnou mají statisticky významně nižší míru životní spokojenosti než respondenti bez postižení.

Respondenti s mozkovou obrnou prokázali nižší míru životní spokojenosti, hypotéza H₂ tak byla potvrzena ($p < 0,0001$). Průměrným hodnocením dotazníku životní spokojenosti je 21,29 bodů, výsledek můžeme interpretovat jako mírnou nespokojenost. Respondenti kontrolního souboru dosahují 23,95 bodů, což značí mírnou spokojenost.

Soubory se shodují (19 % osob s MO, 20 % respondentů kontrolního souboru), že jsou se svým životem výrazně spokojeni. S výrokem nesouhlasí 27 % jedinců s MO (11 % osob kontrolního souboru).

H3: U respondentů s mozkovou obrnou existuje vztah mezi subjektivně vnímaným zdravím a životní spokojeností.

Hodnota signifikance je menší ($p = 0,035$) než stanovená hladina významnosti, proto zamítáme hypotézu H_0 . Mezi subjektivně vnímaným zdravím a životní spokojeností existuje statisticky významný vztah. Platí, pokud jsou respondenti se svým životem spokojeni, jsou také spokojeni se svým zdravím.

H4: U respondentů bez tělesného postižení existuje vztah mezi subjektivně vnímaným zdravím a životní spokojeností.

Hypotéza H_4 na hladině významnosti $p < 0,0001$ byla potvrzena. Prokázali jsme, že u respondentů bez tělesného postižení existuje statisticky významný vztah mezi subjektivně vnímaným zdravím a životní spokojeností. I zde tedy platí vzájemný vliv životní spokojenosti a subjektivně vnímaného zdraví.

H5: Síla závislosti mezi subjektivně vnímaným zdravím a životní spokojeností měřená pomocí Pearsonova korelačního koeficientu u respondentů s mozkovou obrnou není stejná jako u respondentů bez tělesného postižení.

Nulovou hypotézu H_0 nemůžeme zamítnout ve prospěch hypotézy H_5 ($p = 0,0993$). Nebyl prokázán rozdíl mezi subjektivně vnímaným zdravím a životní spokojeností u respondentů s mozkovou obrnou a u respondentů bez tělesného postižení.

Výzkumným problémem bylo zjistit, jak osoby s mozkovou obrnou hodnotí vlastní zdraví a životní spokojenost. Vztah fenoménů životní spokojenost a subjektivního zdraví byl zkoumán pouze prostřednictvím studie Adamové (2016). Autorka srovnávala tyto fenomény na vzorku 110 dospělých s tělesným postižením a dospělých bez disability s použitím dotazníku SWLS a WHODAS 2.0. Bylo zjištěno, že u osob s tělesným postižením existuje silnější vztah životní spokojenosti a subjektivního zdraví, oproti respondentům bez disability. Výsledky našeho výzkumu se shodují. Diener (1995) zkoumal životní spokojenost v 55 zemích a uvádí silnou korelaci s příjmem, svobodou a lidskými právy a sociální rovností. Na vzorku 500 respondentů (229 osob se zdravotním postižením a 271 osob bez zdravotního postižení) byl také realizován dotazník WHODAS 2.0 v Itálii (Federici, 2009). Výzkumníci zjistili, že osoby bez zdravotního postižení jsou se svým subjektivním zdravím velmi spokojeni. U respondentů s tělesným postižením se zjistila nespokojenost. Průměrným skóre u osob se zdravotním postižením bylo 23 bodů, respondenti s tělesným postižením měli průměrný počet bodů 29. U kontrolního

souboru lidí bez postižení byl zjištěn průměrný výsledek 13. Průměrným skóre dotazníku WHODAS 2.0 v našem výzkumném šetření je 27, což lze interpretovat jako spokojenost se subjektivním zdravím. Průměrným skóre dotazníku SWLS je 21, což znamená mírnou spokojenost. Interpretace výsledků je zde jednoznačná, jedinci s mozkovou obrnou jsou spokojeni se svým zdravím a vykazují i životní spokojenost.

Níže se věnujeme diskuzi v jednotlivých kategoriích. Při interpretaci závěrů je však nutné zohlednit fakt, že soubory respondentů v dílčích kategoriích, jako například věk, byly malé.

Pro životní spokojenost je vliv zdraví důležitý, zejména v oblasti sebeobsluhy, nezávislosti a samostatnosti (Hunt, 2003). Míra životní spokojenosti je ovlivňována vnímáním subjektivního zdravotního stavu (Schindler a kol. in Fahrenberg, 2001). To také potvrzuje výzkum Willitse a Cridera (1988), kteří zjistili nejsilnější korelaci mezi subjektivním zdravotním stavem a životní spokojeností. Šolcová, Kebza (2006) popisují, že subjektivní zdraví může být syceno životní spokojeností a mezi těmito proměnnými je vzájemný vztah.

Ve faktoru **pohlaví** byla dle dosavadních výzkumů zjištěna větší míra životní spokojenosti a stejně tak subjektivního zdraví u mužů (srov. s Český statistický úřad; Výrost). V našem výzkumu se u respondentů s MO vnímání životní spokojenosti téměř neliší. Ve vnímání subjektivního zdraví jsou na tom lépe muži s MO (skóre 24), ženy s MO dosahují skóre 29.

Výzkumy se přiklánějí k tomu, že pohlaví může mít vliv na to, jak člověk vnímá a hodnotí své zdraví a životní spokojenost. Ženy obecně projevují své emoce otevřeněji než muži. Eaten a Kessler (1999) potvrzují, že ženy ve srovnání s muži vykazují vyšší negativní emocionalitu a ke svému zdraví jsou vnímavější. Blatný, Dosedlová, Kebza, Šolcová (2005) uvádí, že ženy jsou šťastnější než muži v mladším věku a muži jsou šťastnější po 40. věku života. Výsledky výzkumu potvrzují, že k větším potížím se přiznávají ženy. Hamplová (2006) však na základě výzkumu ve 21 zemích popisuje, že míra pocitu štěstí u mužů a žen se podstatně neodlišuje.

Šolcová, Kebza (2007) na základě svých výzkumů uvádí, že determinant **bydlení** (místo a úroveň) patří k nejvýznamnějším faktorům, které mají vliv na vnímání subjektivního zdraví. Dle našeho zjištění má místo bydliště na životní spokojenost a subjektivní zdraví vliv. I přes nižší počet respondentů žijících na vesnici, můžeme prokázat lepší výsledky než u respondentů bydlících ve městě. V našem výzkumu jsme se dotazovali pouze na místo bydlení (ve městě vs. na vesnici), nebyly specifikovány další faktory (jako typ stavby, rozloha, vlastnictví). Zajímavým rozdělením by také bylo do výzkumu zařadit detailnější hledisko jako je bydlení s další osobou, samostatné, v zařízeních sociálních péče apod.

Dle studie (Rodný a Rodná, 2001) je **partnerství** jedním z nejdůležitějších faktorů korelujících se životní spokojeností. Pozitivní vliv partnerství na vnímání subjektivního zdraví potvrzuje např. Hnilica (2006) a Hamplová (2006). Sezdané páry prokazují ve srovnání s nesezdanými vztahy vyšší životní spokojenost (Coombs, 1991). Myers (1999) také zkoumal vliv partnerského vztahu na životní spokojenost. Došel ke zjištění, že lidé v manželských svazcích jsou šťastnější a spokojenější s životem. Další výzkumy uvádějí, že lidé žijící v partnerském vztahu mají vyšší životní spokojenost (srov. s Fahrenberg, 2001; Kebza & Šolcová, 2003; Hamplová, 2006; Gröpel, 2006) a lidé bez partnerského vztahu naopak prokazují nižší životní spokojenost (Hamplová, 2004). Výsledky našeho výzkumu ukazují stejné vnímání životní spokojenosti jedinců s MO, ať už mají partnerský vztah či nikoliv (nutno však brát v potaz nerovnoměrné rozložení respondentů v této kategorii, 23 % jedinců s MO má partnerský vztah, 77 % uvedlo, že nejsou v partnerském vztahu). Subjektivní zdraví je mnohem pozitivněji hodnoceno u jedinců, kteří mají partnerský vztah, lidé bez partnera hodnotí své zdraví poněkud hůře. Novosad (2006) uvádí specifické osobnostní rysy lidí s disabilitou, kterými jsou zejména komplex méněcennosti, egocentrické sklony a negativní sebehodnocení, ty pak spolu s omezením, které mozková obrna přináší, stěžují navázání a udržení partnerských vztahů. Mimo zdravotní a psychické překážky dále Novosad (2006) uvádí bariéry, které jsou vytvářené sociálním prostředím. Vyloučit navázání partnerského vztahu podle Kubičkové (1996) mohou specifické projevy tělesných postižení jako jsou mimovolní pohyby, grimasování či pohybové problémy. Pro mnoho lidí s disabilitou je získání partnera/partnerky obtížné, protože nemají mnoho vhodných příležitostí k seznámení kvůli svému zdravotnímu omezení. Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že čím mají lidé větší těžkosti, tím těžší je pro ně najít si partnerský vztah. S partnerstvím souvisí také péče o dítě.

Významnou oblastí, která vymezuje kvalitu života a životní spokojenost je rodičovství. Z našich výsledků vyplývá, že lidé, kteří mají **dítě ve své péči**, hodnotí své zdraví a životní spokojenost stejně, pokud jsou se svým životem spokojeni, tak je jejich spokojenost stejná i v oblasti zdraví a to platí i naopak. Subjektivní zdraví u osob pečujících o dítě lze interpretovat jako mírnou spokojenost (27 bodů), průměrným hodnocením životní spokojenosti je skóre 21, tyto výsledky ukazují mírnou životní spokojenost. Kategorie respondentů, kteří nemají dítě v péči je příliš malá. Mírně pozitivní vliv rodičovství na životní spokojenost byl prokázán u osob nad 32 let ve výzkumném programu European Values Study z roku 2008, jejichž data respondentů z České republiky pro svůj výzkum použila Hamplová a Nešporová (2014). Touha po plném začlenění do společnosti zahrnuje také právě rodičovství. Dítě ve vztahu osob s

postižením může rodiče ujišťovat o společenské důležitosti a rovnocenném postavení (Novosad, 2006).

Faktor **vzdělání** se ukázal jako ovlivňující vnímání subjektivního zdraví a životní spokojenosti. Zjistili jsme, že úroveň vzdělání má na vnímání zdraví vliv. Čím vyšší stupeň dosaženého vzdělání jedinec má, tím pozitivněji hodnotí svůj zdravotní stav (srov. s Český statistický úřad; Šolcová, Kebza). Kebza a Šolcová (2005) ve svém výzkumu zjistili, že vysokoškolské vzdělání zvyšuje 1,5krát životní spokojenost. Autoři (2003) dodávají, že vliv vzdělání působí pouze zprostředkovaně, v souvislosti s druhem zaměstnání a platovým ohodnocením. Respondenti se středoškolským a vysokoškolským vzděláním hodnotí svůj život a své zdraví lépe. Výsledky našeho výzkumu souhlasí s výše uvedeným. Subjektivní zdraví hodnotí o něco lépe lidé se středoškolským vzděláním. Životní spokojenost je pozitivněji hodnocena u vysokoškoláků.

Porovnáním **věkových kategorií** vyšlo najevo, že existují významné rozdíly ve vnímání životní spokojenosti a subjektivního zdraví. V průběhu života se však míra spokojenosti mění. Nejpočetnější skupinou našeho výzkumu jsou lidé ve věku 20–29 let (59 % s MO). Průměrným výsledkem dotazníku hodnotící subjektivní zdraví je skóre 28 (mírná spokojenost), průměrným hodnocením životní spokojenosti je 22, což značí relativní spokojenost se životem. Druhou nejpočetnější skupinou jsou respondenti do 20 let (31 %). Svě zdraví vnímají o něco lépe, průměrné skóre je 25 (srov. s Hraba, 1995). Výsledky ukazující vnímání životní spokojenosti jsou podobné jako u předchozí kategorie (skóre 21). Dosavadní výzkumy ukazují, že s rostoucím věkem vzrůstá životní spokojenost, ale naopak klesá spokojenost se zdravím (srov. s Diener, 2000; Addobbo, 2015). Takovou souvislost potvrzují i Rodný a Rodná (2001), kdy uvádí, že čím vyšší věk, tím pozitivnější vnímání životní spokojenosti. Mareš (2005) popisuje, že vnímání subjektivního zdraví je stabilní do 50 let a následně klesá. Svě zdraví nejlépe hodnotí jedinci do 20 let. S přibývajícím věkem dochází ke zhoršení subjektivního zdraví a lidé jsou méně spokojeni se svými životy (Hraba, 1995).

Přínosy výzkumu

Disertační práce přináší výzkumná zjištění, a zejména poukazuje na důležitost subjektivního pohledu na své zdraví, které můžeme rozvíjet jak pozitivními a psychologickými prostředky, tak je zároveň nutná stálá kooperace medicínských prostředků a spolupráce napříč celým spektrem oborů. Předpokládáme, že pohled na vlastní zdraví a stejně tak životní spokojenost se s přibývajícím věkem, změnou zdravotního stavu, změnách v osobním životě a dalšími faktory mění. Můžeme konstatovat, že existuje vliv objektivního zdraví na subjektivní zdraví. Dotazník WHODAS 2.0 je vhodný nástroj k zachycení subjektivního vnímání stavu jedince a ne pouze

pohlížení na samotnou diagnózu. Dotazník může pomoci sestavit plán ať už terapeutické nebo rehabilitační péče a hodnotit jeho efektivitu. Přínosem z hlediska metodologie je použití vybraných dotazníků a zároveň jejich kombinace v českém prostředí na vybraný vzorek respondentů. Patrně se jedná o první výzkum zkoumající vztah subjektivního zdraví a životní spokojenosti u osob s mozkovou obrnou, kromě pilotní studie Adamové (2016). Prokázali jsme, že zdraví a životní spokojenost spolu úzce souvisí. Tento fakt je dalším argumentem pro realizaci myšlenky koordinované rehabilitace v České republice, která má silné mezery. Poukazujeme také na nezbytnost úzkého provázání léčebné rehabilitace se službami sociální, pracovní a pedagogické rehabilitace. Pro budoucí výzkum je potřeba zkoumat fenomény typické pro různé oblasti rehabilitace. U osob s těžkým stupněm mozkové obrny, u kterých předpokládáme nižší úroveň subjektivního zdraví lze predikovat také nižší životní spokojenost. V oblasti aplikovaného výzkumu se tak můžeme zaměřit na hledání možností kompenzace tohoto deficitu, aby se co nejvíce posílila životní spokojenost (např. podpora rozvoje aktivit zaměřených na všední denní činnosti).

Téma práce má výrazný **přínos pro speciálněpedagogickou teorii a praxi v následujících směrech**. Více než objektivní zdraví, které je doménou lékařů (jejich prostředků, zdravotnických pomůcek a spolupráce ucelené rehabilitace), zajímá speciální pedagogiku (zejména speciální pedagogiku andragogickou) subjektivní pohled na zdraví, který je úzce spojen s koncepty kvality života nebo životní spokojenost. Speciálněpedagogickým působením ovlivňujeme spíše kvalitu života jedince než jeho objektivní zdraví. To znamená, že speciální pedagogové mají možnost kompenzovat nižší úroveň životní spokojenosti, která je způsobena nižší úrovní subjektivního zdraví. Pedagogická rehabilitace je významnou složkou v rámci ucelené rehabilitace mimo jiné díky délce a frekvenci působení na osoby s MO. Speciální pedagog je součástí rehabilitačního týmu. Proto je zde důležité znímit spolupráci s celým týmem ucelené rehabilitace. Pedagogická rehabilitace obsahuje možnost časově nejdelšího, nejintenzivnějšího a také individuálně zacíleného působení na jedince s MO. Speciální pedagog je aktivně přítomen ve většině oblastí, které má člověk s disabilitou narušené a podílí se na jejich edukaci, reedukaci, kompenzaci a stimulaci. Speciální pedagog může přispět vymezením a zařazením terapeutických metod a přístupů, díky kurzům, výcvikům a praxím, které absolvuje. Může se také zabývat dalšími možnostmi, jak vyvážit nepříznivé faktory vyplývající z důsledku zdravotního stavu jedince. Osobnost speciálního pedagoga je důležitým faktorem k pozitivnímu vnímání životní spokojenosti a zdraví. Speciální pedagogové mohou tudíž navázat mnohem delší a „intimnější“ vztah s jedincem s MO, mají možnost lépe poznat jejich osobnost,

potenciál a potřeby. To může přinést významná zjištění, která je nutné komunikovat v rámci interdisciplinárního rehabilitačního týmu. Vzhledem k tomu, že byl v této práci potvrzen vztah mezi životní spokojeností a subjektivním zdravím, znamená znalost faktorů, které ovlivňují životní spokojenost jedince s MO a které může speciální pedagog dobře poznat, možnost mnohem efektivnějšího a účelnějšího zacílení zdravotnických i jiných nástrojů ucelené rehabilitace. Tento závěr je jedním z důvodů, proč může mít speciální pedagog tak důležitou roli v interdisciplinárním rehabilitačním týmu. Znalost výsledků výzkumu může být speciálnímu pedagogovi dále přínosná pro samotnou speciálněpedagogickou podporu, a to určením priorit při práci s osobou s disabilitou. Prioritním cílem speciálněpedagogické intervence může být zaměření se především na psychické a sociální potřeby, sociální podporu a s tím související také rozvoj sebeobsluhy a komunikace.

Limity a rizika výzkumu

Mezi silné stránky výzkumu patří následující:

- Doložení tzv. „knowledge gap“, tedy skutečnost, že cíl disertační práce doposud nebyl dostatečně prozkoumán v žádné předchozí studii a výsledky práce přinášejí mezinárodně využitelné závěry (zejména závěr týkající se prokázání vztahu mezi fenomény subjektivního zdraví a životní spokojenosti).
- Použití standardizovaných dotazníků s dobrými psychometrickými vlastnostmi, zejména dotazníku WHODAS 2.0, který je významnou součástí mezinárodní politiky Světové zdravotnické organizace v oblasti měření různých aspektů zdraví populace.
- Zjištěná vnitřní konzistence u obou podsouborů, která dosáhla velmi dobrých hodnot a je porovnatelná s vnitřní konzistencí u mezinárodně publikovaných výzkumů.

K limitům práce patří fakt, že výzkumný soubor není reprezentativní vůči souboru osob s mozkovou obrnou v České republice, protože soubor vznikl na základě dostupnosti. Ovlivňujícím faktorem mohlo být přizpůsobení odpovědi respondenta, tedy záměrné zkreslení a záměr po zanechání dobrého dojmu. Získaná data mohou být také ovlivněna zdravotním stavem a náladou respondentů v době vyplňování dotazníků. Pro výzkum byl použit dotazník subjektivního zdraví WHODAS 2.0, kde původní verze dotazníku byla standardizována na vzorku respondentů z celého světa. Vzhledem ke kombinaci dvou dotazníků jsme použili zkrácenou verzi dotazníku WHODAS 2.0 pro samostatné vyplňování respondentem. Druhým nástrojem byl dotazník životní spokojenosti SWLS, standardizovaný v mnoha zemích i kulturních prostředích na různých skupinách respondentů. Dotazník WHODAS 2.0 se dotazuje na činnosti za posledních 30 dní, výsledky mohou být tímto časovým omezením ovlivněny.

Dotazník SWLS neudává časový limit. Výhodou těchto dotazníků byly uzavřené otázky a jednoduchost vyplňování. Nevýhodou mohla být délka vyplňování, přičemž nejdelší doba vyplňování byla 60 minut a nejkratší 5 minut. Řada potenciálních respondentů nedokončila vyplňování dotazníku, tento fakt snížil počet respondentů zahrnutých do výzkumu. Bylo využito on-line sběru dat, který snižuje možnost kontroly nežádoucích vlivů a pravdivost údajů. Faktem, který je nutné brát v potaz, je skutečnost, že 22 % respondentů s mozkovou obrnou vyplňovalo dotazník s autorkou. Odpovědi tedy nemusely být upřímné. Mohla se objevit např. snaha vypadat lépe, že zvládnou více, nebo naopak. K lokálním limitům patří nižší počet respondentů, což snižuje přenositelnost dat z České republiky na jiná území (nižší externí validita).

Doporučení pro další výzkum

Pro další výzkum by bylo užitečné provést výzkumné šetření s použitím dotazníku WHODAS 2.0 a jeho nezkrácené 36položkové verze pro samostatné vyplnění tázaným či použití verze pro odborného testujícího. Hlavním tématem našeho výzkumu bylo zjistit vztah mezi subjektivním zdravím a životní spokojeností, ovšem použitá verze dotazníku WHODAS 2.0 neumožňuje hloubkovou analýzu subjektivního zdraví jako samostatného fenoménu. Mohly by tak být porovnávány jednotlivé domény jako kognice, mobilita, sebeobsluha, vztahy s lidmi, životní aktivity a účast ve společnosti. Podnětné by také mohlo být realizovat výzkumné šetření u jiných skupin osob s disabilitou a jejich následná komparace. Výsledky by mohly být srovnávány jen v určitých věkových kategoriích. Determinanty, které mohou ovlivnit vnímání subjektivního zdraví a životní spokojenosti by mohly být rozšířeny zejména o povahové rysy, pracovní postavení a rodinný stav. Tyto návrhy výzkumu by mohli využívat především speciální pedagogové, sociální pracovníci, zdravotnický personál nebo pracovníci jiných pomáhajících profesí.

Bylo by také přínosné sledovat proměnu výsledků v delším časovém horizontu s jedinci, se kterými by bylo cíleně pracováno na zlepšení jejich kvality života. Kooperací mezi pečujícími personálem (přičemž máme na mysli ošetřující lékaře, speciálního pedagoga, sociálního pracovníka a další) by mohlo dojít k zefektivnění péče a dosažení lepších výsledků.

7 ZÁVĚR

Disertační práce Analýza subjektivního zdraví a životní spokojenosti u osob s mozkovou obrnou se věnovala analýze životní spokojenosti a subjektivního zdraví na vzorku 150 respondentů s mozkovou obrnou a 150 respondentů vykazující nepřítomnost disability. Cílem této práce bylo prozkoumat vztah subjektivního zdraví a životní spokojenosti porovnáním těchto dvou souborů respondentů. Mezi fenomény subjektivní zdraví a životní spokojenost se prokázala přímá souvislost. Výzkumem se ukázalo, že mozková obrna má na vnímání subjektivního zdraví a životní spokojenosti velmi podstatný vliv. Dalšími determinanty, které ovlivňují subjektivní zdraví a životní spokojenost, jsou pohlaví, vzdělání a věk.

Výzkumnými nástroji byl dotazník WHODAS 2.0, měřící subjektivní zdraví, a dotazník SWLS, měřící životní spokojenost. Pro potřeby našeho výzkumu jsme zvolili 12položkovou verzi dotazníku WHODAS 2.0 (verze pro samostatné vyplnění tázaným). Dotazník WHODAS 2.0 hodnotil míru potíží za posledních 30 dní při obvykle prováděných činnostech v šesti doménách jako je porozumění a komunikace, mobilita, sebeobsluha, vztahy mezi lidmi, životní aktivity a participace ve společnosti. Tato zkrácená verze dotazníku nevyhodnocovala jednotlivé domény, z každé domény jsou v dotazníku zastoupeny dvě otázky. Dotazník životní spokojenosti SWLS zjišťoval, nakolik respondenti souhlasí s 5 výroky týkajících se životních postojů.

V úvodu práce je pro přehlednost uveden seznam tabulek, grafů, obrázků a seznam použitých zkratk. První kapitola disertační práce představila fenomén životní spokojenosti a subjektivního zdraví, zaměřili jsme se především na vymezení a determinanty ovlivňující tyto fenomény. Ve druhé kapitole jsme se zabývali jedincem s mozkovou obrnou, jeho definicí, klasifikací, etiologií, prognózou a dopadem disability na život člověka. Třetí kapitola je přechodem mezi teoretickou a výzkumnou rovinou a představuje výsledky rešerše. Výzkumná část disertační práce začíná čtvrtou kapitolou a stanovuje záměr, cíle práce, popisuje metodiku a způsob zpracování dat. Zaměřujeme se také na popis dotazníků, výběr a charakteristiku výběrového vzorku a etické hledisko výzkumu. Pátá kapitola prezentuje výsledky výzkumného šetření. Kapitola představuje výsledky statistických analýz, odpovídá na výzkumné otázky a ověřuje platnost hypotéz. V šesté kapitole se věnujeme diskuzi nad jednotlivými závěry, zamýšlíme se nad přínosy a limity disertační práce a prezentujeme doporučení pro další výzkum. V přílohách v závěru práce jsou předloženy dotazníky, se kterými jsme pracovali.

Lidé s mozkovou obrnou jsou se svým životem mírně nespokojeni, naopak se svým zdravím jsou mírně spokojeni. Podle našich výsledků jsou se svým životem spokojenější muži než ženy,

a to co se týká zkoumaného vzorku zdravých i nemocných. Místo bydliště má na vnímání subjektivního zdraví a životní spokojenosti značný vliv. Lépe se hodnotí lidé žijící ve městech. V partnerských vztazích se ukazuje, že lidé s pozitivnějším hodnocením vlastního zdraví a spokojenosti se životem mají partnerské vztahy a lidé, u kterých se objevují subjektivně náročnější životní těžkosti, mají méně často partnerský vztah. Pozitivnější výsledky v oblasti zdraví a spokojenosti mají lidé, kteří mají ve své péči dítě. U faktoru vzdělání platí přímá úměra, čím se jedná o vzdělanější osobu, tím pozitivnější je hodnocení jejího zdravotní stavu. Nejlépe hodnotí svůj život a zdravotní stav lidé se středoškolským a vysokoškolským vzděláním. Spokojenost s životem je nejvyšší v produktivním věku. Pozitivní hodnocení zdraví se objevuje v mladším věku. V průběhu života se však spokojenost velmi mění, kolísá v souvislosti s různými faktory.

Z výzkumu této disertační práce vyplývá, že lidem s disabilitou je nutné věnovat pozornost nejen v oblasti rehabilitace či uplatnění na trhu práce, ale také neopomíjet jejich osobní život a rozvíjet jejich vnímání subjektivního zdraví. Subjektivní zdraví má značný vztah k životní spokojenosti. Významným uvědoměním je fakt, že je nutné se zamyslet nad oporou pečujících osob, pomahajících profesí a dalším ošetřujícím personálem, který s jedincem s mozkovou obrnou přicházejí do kontaktu. Ti všichni mohou svým přístupem, empatií a dalšími mechanismy, přičemž budou respektovány jejich specifika, přispívat k podpoře a rozvoji pozitivního vnímání subjektivního zdraví a stejně tak životní spokojenosti.

8 SEZNAM LITERATURY A ODKAZŮ

1. ADAMOVE, J. (2016). *Subjektívne zdravie a životná spokojnosť*. (Diplomová práca). Olomouc: Univerzita Palackého.
2. ADDABBO, T., SARTI, E., & SCIULLI, D. (2015). Disability and Life Satisfaction in Italy. *Applied Research in Quality of Life*, 11(3), 925-954.
3. ALLMAN, A., & DIENER, E. (1990). *Measurement issues and the subjective well-being of people with disabilities*. Manuscript submitted for publication.
4. ANDERSEN, G. L., IRGENS, L. M., HAAGAAS, I., SKRANES, J. S., & kol. (2008). Cerebral palsy in Norway: prevalence, subtypes and severity. *European Journal of Paediatric Neurology*, 12(1), 4–13.
5. ANTONOVSKY, A. (1985). *Health, Stress and Coping*. Jossey Bass, San Francisco, CA.
6. ANTONOVSKY, A. (1987). *Unraveling the Mystery of Health*. Jossey Bass, San Francisco, CA.
7. ASTL, J., ASTLOVÁ, E., & MARKOVÁ, E. (2009). *Jak jíst a udržet si zdraví, aneb, Vyvážený zdravý životní styl pro každý den: příručka poradce*. Praha: Maxdorf.
8. BENDOVIČ, P. (2011). *Dítě s narušenou komunikační schopností ve škole*. Praha: Grada.
9. BIGGE, J., BEST, J. S., & HELLER, K. W. (2010). *Teaching Individuals with Physical or Multiple Disabilities*. New York: Macmillan Publishing Company.
10. BJØRNSKOV, CH., GUPTA, N. D., & PEDERSEN, P. J. (2008). Analysing trends in subjective well-being in 15 European countries, 1973–2002. *Journal of Happiness Studies*, 9, 317–330.
11. BLATNÝ, M., DOSEDLOVÁ, J., KEBZA, V., & ŠOLCOVÁ, I. (2005). *Psychosociální souvislosti osobní pohody*. Brno: Vydavatelství MSD.
12. BLATNÝ, M., JELÍNEK, M., BLÍŽKOVSKÁ, J., & KLIMUSOVÁ, H. (2004). Personality correlates of self-esteem and life satisfaction. *Studia psychologica*, 46(2), 97-104.
13. BUDÍKOVÁ, M., KRÁLOVÁ, M., & MAROŠ, B. (2010). *Průvodce základními statistickými metodami*. Praha: Grada.
14. CARLOZZI, N., KRATZ, A., & kol. (2015). Validity of the 12-item World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0) in individuals with Huntington disease (HD). *Quality of Life Research*, 24(8), 1963-71.

15. COHEN, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
16. COOMBS, R. H. (1991). Marital status and personal well-being: A literature review. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 40(1), 97-102.
17. Český statistický úřad. (2014). Dostupné z https://www.czso.cz/csu/czso/se_zdravotnim_postizenim_zije_kazdy_desaty_obcan_cr_20140416
18. ČEVELA, R., ČELEDOVÁ, L. & DOLANSKÝ, H. (2009). *Výchova ke zdraví pro střední zdravotnické školy*. Praha: Grada.
19. DEBROUWERE, I., LEBEER, J., & PRINZIE, P. (2016). The use of the international classification of functioning, disability and health in primary care: Findings of exploratory implementation throughout life. *Asia Pacific Disability Rehabilitation Journal*, 27(2), 57-76.
20. DIENER, E. (1999). Subjective Well-Being: Three Decades of Progress Article· Literature Review. *Psychological Bulletin*, 2, 276-302.
21. DIENER, E., DIENER, M., & DIENER, C. (1995). Factors predicting the subjective well-being of nation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(5), 851-864.
22. DIENER, E., DIENER, M., & DIENER, C. (2000). Subjective Well-Being: The Science of Happiness and a Proposal for a National Index Article. *American Psychologist*, 55(1), 34-43.
23. DIENER, E., EMMONS, R. A., LARSEN, R. J., & GRIFFIN, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
24. DORT, J., DORTOVÁ, E., & JEHLIČKA, P. (2018). *Neonatologie*. Praha: Karolinum.
25. DUŠEK, L., PAVLÍK, T., JARKOVSKÝ, J., & KOPTÍKOVÁ, J. (2011). Analýza dat v neurologii: Spolehlivost (reliabilita) klinických testů. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie: časopis českých a slovenských neurologů a neurochirurgů*, 74/107(5), 594-599.
26. EASTERLIN, R. A. (2006). Life cycle happiness and its sources: Intersections of psychology, economics, and demography. *Journal of Economic Psychology*, 27, 463–482.
27. FAHRENBERG, J., MYRTEK, M., SCHUMACHER, J., & BRÄHLER, E. (2001). *Dotazník životní spokojenosti*. Praha: Testcentrum.

28. FEDERICI, S., MELONI, F., MANCINI, A., LAURIOLA, M., & BELARDINELLI, M. O. (2009). World Health Organisation Disability Assessment Schedule II: Contribution to the Italian validation. *Disability And Rehabilitation*, 31(7).
29. FISCHER, C. S. (2008). What wealth-happiness paradox? A short note on the American case. *Journal of Happiness Studies*, 9, 219–226.
30. GALANAKIS, M., LAKIOTI, A., PEZIRKIANIDIS, CH., KARAKASIDOU, E., & STALIKAS, A. (2017). Reliability and validity of the Satisfaction with Life Scale (SWLS) in a Greek sample. *THE INTERNATIONAL JOURNAL OF HUMANITIES & SOCIAL STUDIES*, 5, 120-127.
31. GANA, K., BAILLY, N., SAADA, Y., JOULAIN, M., TROUILLET, R., HERVE, C., & ALAPHILIPPE, D. (2013). Relationship Between Life Satisfaction and Physical Health in Older Adults: A Longitudinal Test of Cross-Lagged and Simultaneous Effects. *Health Psychology*, 32(8), 896-904.
32. GRÖPEL, P. (2006). Rovnováha životných oblastí vo vzťahu k naplnenosti potrieb a spokojnosti so životom. *Československá psychologie*, 50(1), 71–82.
33. HAMPLOVÁ, D. (2004). Životní spokojenost: rodina, práce a další faktory. *Sociologické studie/Sociological studies*, 04(06). Praha: Sociologický ústav AV ČR.
34. HAMPLOVÁ, D. (2006). Životní spokojenost, štěstí a rodinný stav v 21 evropských zemích. *Sociologický časopis/Czech Sociological Review*, 42(1), 35–55.
35. HAMPLOVÁ, D., & NEŠPOROVÁ, O. (2014). Souvislosti mezi rodičovstvím a životní spokojeností v České republice a zemích Evropské Unie. *Demografie*, 56(3), 185–202.
36. HAY, W., & kol. (2011). *Current Diagnosis and Treatment*. Colorado: Mc Graw Hill.
37. HENRIQUES, G., KLEINMAN, K., & ASSELIN, C. (2014). The Nested Model of well-being: A unified approach. *Review of General Psychology*, 18(1), 7-18.
38. HIMMELMANN, K., HAGBERG, G., & UVEBRANT, P. (2010). The changing panorama of cerebral palsy in Sweden. X. Prevalence and origin in birth-year period 1999–2002. *Acta Paediatrica*, 99(9), 1337–1343.
39. HNILICA, K. (2006). Vlivy socioekonomického statusu a přírodní katastrofy na zdraví a spokojenost se životem. *Československá psychologie*, 50(1), 16–34.
40. HOLČÍK, J. (2010). *Systém péče o zdraví a zdravotní gramotnost*. Brno: Masarykova univerzita.

41. HOLM, V. A. (1982). The causes of cerebral palsy. *Journal of the American Medical Association*, 247, 1473–1475.
42. HRABA, J. (1995). Životní pohoda u mužů a žen v České republice. *Československá psychologie*, 39, 300–314.
43. HUNT, CH. K. (2003). Concepts in caregiver research. *Journal of Nursing Scholarship*, 35, 27–32.
44. HURVITZ, E. A., MARCINIAK, C. M., DAUNTER, A. K., & kol. (2013). Functional outcomes of childhood dorsal rhizotomy in adults and adolescents with cerebral palsy. *Journal of Neurosurgery. Pediatrics*, 11(4), 380–8.
45. CHRÁSKA, M. (2006). *Úvod do výzkumu v pedagogice*. Olomouc: Univerzita Palackého.
46. CHRÁSKA, M. (2015). *Kvantitativní metody sběru dat v pedagogickém výzkumu*. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně.
47. CHRÁSKA, M. (2016). *Metody pedagogického výzkumu: základy kvantitativního výzkumu*. Praha: Grada.
48. CHWALISZ, K., DIENER, E., & GALLAGHER, D. (1988). Autonomic arousal feedback and emotional experience: Evidence from the spinal cord injured. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 820–828.
49. KAČMÁROVÁ, M. (2007). Osobnost, manželský stav a subjektivní pohoda seniorův. *Československá psychologie*, 51, 530–541.
50. KAPTEYN, A., SMITH, J. P., & VAN SOEST, A. (2009). *Life satisfaction. Discussion Paper Series 4015*. Bonn: Institute for the Study of Labour (IZA).
51. KEBZA, V., & ŠOLCOVÁ, I. (2003). Well-being jako psychologický a zároveň mezioborově založený pojem. *Československá psychologie*, 47(4), 333–345.
52. KEBZA, V., & ŠOLCOVÁ, I. (2005). Koncept osobní pohody (well-being) a jeho psychologické a interdisciplinární souvislosti. In M. BLATNÝ, J. DOSEDLOVÁ, V. KEBZA, V. & I. ŠOLCOVÁ: *Psychosociální souvislosti duševní pohody*, (s. 11–35). Brno: Masarykova universita a nakladatelství MSD.
53. KIRK, R. (1996). „Practical significance: A concept whose time has come.“ *Educational and Psychological Measurement*, 6(5), 746–759.
54. KLČOVANSKÁ, E. (2004). Hodnotová orientácia súčasnej mládeže a jej význam v pedagogickom procese. *Radosť a nádej*, 7(1), 15–25.
55. KLENKOVÁ, J. (2006). *Logopedie*. Praha: Grada.
56. KLESCHT, V. (2006). *Přirozené zdraví, aneb, Jak si nevyrobět nemoci*. Brno: V.

Klescht.

57. KLUGAR, M. (2015a). *Systematická review ve zdravotnictví*. Univerzita Palackého v Olomouci: Olomouc. Dostupné z <https://cebhckt-jbi.med.muni.cz/res/file/publications/monographs/klugar-2015-systematicka-review-ve-zdravotnictvi.pdf>
58. KLUGAR, M. (2015b). Kritické hodnocení vědeckých důkazů ve zdravotnictví. In J. Klugarová & J. Marečková (eds.), *Evidence Based Healthcare: Zdravotnictví Založené na Vědeckých Důkazech*, (s. 34–61). Univerzita Palackého v Olomouci: Olomouc.
59. KLUGAROVÁ, J. (2015). Vyhledávání nejlepších dostupných vědeckých důkazů. In J. Klugarová & J. Marečková (eds.), *Evidence Based Healthcare: Zdravotnictví Založené na Vědeckých Důkazech*, (s. 17–33). Univerzita Palackého v Olomouci: Olomouc.
60. KOLÁŘ, P. (2005). Význam posturální aktivity pro včasný záchyt pacientů s dětskou mozkovou obrnou. *Pediatric pro praxi*, 2(4), 190–194.
61. KOMÁREK, V. (2005). *Dětská mozková obrna*. DOPORUČENÉ POSTUPY PRO PRAKTICKÉ LÉKAŘE. Česká lékařská společnost Jana Evangelisty Purkyně.
62. KOMÁREK, V., & ZUMROVÁ, A. (2000). *Dětská neurologie: vybrané kapitoly*. Praha: Galén.
63. KOSENKO, R., SIRGY, M. J., & EFRATY, D. (1990). A life satisfaction measure based on need hierarchy theory. *Quality-of-life studies in marketing and management*, 657–667.
64. KOTAGAL, S. (1996). *Základy dětské neurologie*. Praha: Triton.
65. KRAUS, J. (2005). *Dětská mozková obrna*. Praha: Grada.
66. KRAUS, J. (2011). Dětská mozková obrna. *Neurologie pro praxi*, 12(4), 222–224.
67. KREIDL, M. (2008) Mohou rozdíly v laickém chápání zdraví vysvětlit rozdíly v subjektivním zdravotním stavu mezi statusovými skupinami? *Sociologický časopis*, 44, 5585.
68. KŘIVOHLAVÝ, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
69. KUBÍČOVÁ, Z. (1996). Obtížné životní situace zdravotně a zejména tělesně postižených dětí a mladistvých. *Kritické životní situace dětí a mladistvých s tělesným a zdravotním postižením*, 7–15. Sborník z konference somatopedické společnosti k 50. výročí založení Pedagogické fakulty Masarykovy univerzity. Brno: Paido.
70. LECHTA, V. (2010). *Základy inkluzivní pedagogiky: dítě s postižením, narušením a*

- ohrožením ve škole*. Praha: Portál.
71. LESNÝ, I. (1972). *Dětská mozková obrna*. Avicenum: Praha.
 72. LESNÝ, I. (1989). *Neurologie a psychiatrie pro speciální pedagogy*. Státní pedagogické nakladatelství.
 73. LUCAS, R. E. (2007). Personality and the Pursuit of Happiness. *Social and Personality Psychology Compass*, 1(1), 168–182.
 74. LUDÍKOVÁ, L., & kol. (2017). *Problematika kvality života osob se speciálními potřebami*. Olomouc: UPOL.
 75. LUDÍKOVÁ, L., & kol. (2017). *Vybrané faktory ovlivňující kvalitu života osob se speciálními potřebami*. Olomouc: VUP.
 76. LUKASOVÁ, E. S. (1997). *Logoterapie ve výchově*. Praha: Portál.
 77. MacKERRON, G. (2012). Happiness economics from 35,000 feet. *Journal of Economic Surveys*, 26, 705–735.
 78. MACHOVÁ, J., & KUBÁTOVÁ, D. (2015). *Výchova ke zdraví*. Praha: Grada.
 79. MANDINCOVÁ, P. (2011). *Psychosociální aspekty péče o nemocného: onemocnění štítné žlázy*. Praha: Grada.
 80. MAREŠ, J. (2005). Kvalita života a její proměny v čase u téhož jedince. *Československá psychologie*, 49, 19–33.
 81. MAREŠOVÁ, E., JOUDOVÁ, P., & SEVERA, S. (2011). *Dětská mozková obrna: Možnosti a hranice včasné diagnostiky a terapie*. Praha: Galén.
 82. Measuring Health and Disability. (2010). Dostupné z http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43974/1/9789241547598_eng.pdf?ua=1&ua=1
 83. MIOVSKÝ, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
 84. MOHER, D., LIBERATI, A., TETZLAFF J., & ALTMAN, DG., The PRISMA Group. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7).
 85. MUNTAU, A. C. (2014). *Pediatric*. Praha: Grada.
 86. MYERS, D. G. (1999). Close relationships and quality of life. In D. Kahneman, E. Diener & N. Schwarz (eds.), *Well-Being: The foundation of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation.

87. Národní rada osob se zdravotním postižením ČR, Zpravodaj Disability Awareness in Action. (1993). *Standardní pravidla pro vyrovnání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením*. Dostupné z nrzp.cz/dokumenty/zahranicni/pravidla.doc
88. NELSON, K. B. (2008). Causative factors in cerebral palsy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 51, 749–762.
89. NOVÁKOVÁ, I. (2011-2012). *Zdravotní nauka: učebnice pro obor sociální činnost*. Praha: Grada.
90. NOVOSAD, L. (2006). *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál.
91. NUTBEAM, D. (1998). *Health promotion glossary*. Health Promotion International.
92. OECD. (2011). *Better Life Index*. Dostupné z <http://www.oecdbetterlifeindex.org>
93. OISHI, S., DIENER, E. F., LUCAS, R. E., & SUH, E. M. (1999). Cross-cultural variations in predictors of life satisfaction: Perspectives from needs and values. *Personality and social psychology bulletin*, 25(8), 980–990.
94. OLIVER, M., & SAPEY, B. (2006). *Social Work with Disabled People*. New York: Palgrave Macmillan.
95. OREL, M., & kol. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada.
96. PARSONS, T. (1981). Definitions of health and illness in the light of American values and social structure. In A. L. Caplan (et al). *Concepts of Health and Disease: Interdisciplinary Perspectives* (s. 57–82). Londýn: Addison-Wesley.
97. PAULÍK, K. (2013). Big Five, percepce zátěže a subjektivní zdraví. *Psychologie a její kontexty*, 4(1), 3–11.
98. PAVOT, W., & DIENER, D. (1993). „Review of the Satisfaction With Life Scale“. *Psychological Assessment*, 2(5), 164–172.
99. PEDERSEN, P. J., & SCHMIDT, T. D. (2011). Happiness in Europe. Cross-country differences in the determinants of satisfaction with main activity. *The Journal of Socio-Economics*, 40, 480–489.
100. PFEIFFER, J., & kol. (2014). Rehabilitace, fyzioterapie a ergoterapie. In O. Müller, *Terapie ve speciální pedagogice* (s. 400–448). Praha: Grada.
101. PFEIFFER, J., & ŠVESTKOVÁ, O. (2008). *Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví: MKF*. Praha: Grada.
102. PIPEKOVÁ, J. (2006). *Kapitoly ze speciální pedagogiky*. Brno: Paido.

103. RENOTIÉROVÁ, M. (2002). *Somatopedické minimum*. Olomouc: Univerzita Palackého.
104. RODNÝ, T., & RODNÁ, K. (2001). *Dotazník životní spokojenosti*. Praha: Testcentrum.
105. SEEDHOUSE, D. (1995). *Health: The foundation of achievement*. New York, John Wiley.
106. SEIDL, Z. (2004). *Neurologie - Pro studium i praxi*. Grada: Praha.
107. SEIDL, Z. (2008). *Neurologie - Pro nelékařské zdravotnické obory*. Grada: Praha.
108. SIRGY, J. (2012). *The psychology of quality of life: Hedonic well-being, life satisfaction, and eudaimonia*. Virginia: Speinger Science & Business Media.
109. SLÁDKOVÁ, P. (2016). *Manuál k českému překladu WHODAS 2.0*. Dostupné z <https://www.uzis.cz/system/files/u44/WHODAS-Manual-k-ceskemu-prekladu-WHODAS-2-0.pdf>
110. SMART, J. F. (2009). The power of models of disability. *The Journal of Rehabilitation*, 75(2).
111. STREJČKOVÁ, A. (2007). *Veřejné zdravotnictví a výchova ke zdraví: pro SZŠ obor zdravotnický asistent*. Praha: Fortuna.
112. SVOBODA, M., HUMPOLÍČEK, P., & ŠNOREK, V. (2013). *Psychodiagnostika dospělých*. Praha: Portál.
113. ŠLAPAL, R. (1996). *Dětská neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido.
114. ŠLAPAL, R. (2002). *Vybrané kapitoly z dětské neurologie pro speciální pedagogy*. Brno: Paido.
115. ŠOLCOVÁ, I., & KEBZA, V. (2007). *Subjektivní zdraví: Současný stav poznatků a výsledky dvou českých studií*. Československá psychologie.
116. ŠŤASTNÝ, J. (2006). *Zdraví a nemoc*. Hradec Králové: Gaudeamus.
117. ŠTEMBERA, Z. (2014). *Perinatální neuropsychická morbidita dítěte*. Praha: Karolinum.
118. ŠVESTKOVÁ, O., ANGEROVÁ, Y., & kol. (2017). *Rehabilitace motoriky člověka*. Praha: Grada.
119. ŠVESTKOVÁ, O., ANGEROVÁ, Y., & SLÁDKOVÁ, P. (2009). Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví (ICF) – kvantitativní měření kapacity a výkonu. *Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie*, 72/105(6), 580–586.
120. TICHÁ, I. (2012). *Psychologie zdraví 2*. Olomouc: Univerzita Palackého.

121. TICHÝ, J., & kol. (1998). *Neurologie*. Praha: Karolinum.
122. Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. (2005). *Celopopulační studie o zdravotním stavu a životním stylu obyvatel v České republice - subjektivní pocit zdraví*. Dostupné z www.uzis.cz/system/files/16_05.pdf
123. ÜSTÜN, T. B., & kol. (2000 - 2001). *WHO Multi-country Survey Study on Health and Responsiveness*. Dostupné z <http://www.who.int/responsiveness/papers/gpediscpaper37.pdf>
124. ÜSTÜN, T. B., KOSTANJSEK, N., CHATTERJI, S., & REHM, J. (2010). *Measuring Health And Disability. Manual for WHO Disability Assessment Schedule WHODAS 2.0*. Geneva: World Health Organization.
125. VÁGNEROVÁ, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
126. VÁGNEROVÁ, M., & HADJ-MOUSSOVÁ, Z. (2003). *Psychologie handicapu*. Liberec: Technická univerzita v Liberci.
127. VEČERNÍK, J. (2012). Subjektivní indikátory měření blahobytu: přístupy, měření a data. *Politická ekonomie*, 2, 291–308.
128. VEENHOVEN, R. (1996). The study of life satisfaction. In W. E. Saris, R. Veenhoven, A. C. Scherpenzeel, & B. Bunting, *A comparative study of satisfaction with life in Europe* (s. 11–48). Budapest: EÖtvös University Press.
129. VELEMÍNSKÝ, M. (2011). *Zdraví a nemoc*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích.
130. VÝROST, J., & kol. (2008). *Európska sociálna sonda (ESS). 3. kolo na Slovensku*. Prešov: UNIVERSUM.
131. WALKER, I. (2013). *Výzkumné metody a statistika*. Praha: Grada.
132. WILKINSON, R. G., & MARMOT, M. (2005). *Social Determinants of Health*. World Health Organization.
133. WILLIAMS, R. (1983). *Concepts of Health: An analysis of lay logic*. Sociology.
134. WILLITS, F. K., & CRIDER, D. M. (1988). Health rating and life satisfaction in the later middle years. *Journal of Gerontology*, 43, 172–176.
135. World Health Organisation. (2007). *International Classification of Functioning, Disability and Health, Children & Youth Version*. Dostupné z http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43737/9789241547321_eng.pdf?sequence=1
136. World Health Organization. (2003). Dostupné z <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

137. World Values Survey. (2014). Dostupné z <http://www.worldvaluessurvey.org>
138. Zákon č. 110/2019 Sb., o zpracování osobních údajů.
139. ZELINKOVÁ, O. (2003). *Poruchy učení*. Praha: Portál.
140. ZVOLSKÝ, M. (2019). ICF Education, výukový portál. In *Klasifikon 2019: Konference o klinických klasifikačních a terminologických systémech a jejich použití v českém zdravotnictví, Praha 22. – 23.10.2019*. Dostupné z <https://www.uzis.cz/res/file/akce/20191022-klasifikon/09-zvolsky.pdf>
141. ZYKMUNDOVÁ, E. (2013). Jak hodnotíme své zdraví. *Statistika & my*, 4, měsíčník Českého statistického úřadu. Dostupné z www.statistikaamy.cz/2015/03/jak-hodnotime-sve-zdravi/

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Mgr. Nad' a Petrová
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Prof. PaedDr. Libuše Ludíková, CSc.
Rok:	2020
Název práce:	Analýza subjektivního zdraví a životní spokojenosti u osob s mozkovou obrnou
Obor:	Doktorský studijní program Speciální pedagogika
Anotace práce:	<p>Disertační práce s názvem Analýza subjektivního zdraví a životní spokojenosti u osob s mozkovou obrnou se zabývá fenomény životní spokojenosti a subjektivního zdraví u osob s mozkovou obrnou. Subjektivní zdraví vychází z hodnocení vlastního zdravotního stavu a zachycuje různé tělesné pocity a psychické stavy. Životní spokojenost je subjektivní pohled každého člověka, který jej hodnotí podle svých vlastních měřítek a podle své aktuální situace. Tyto fenomény zkoumáme a porovnáváme u 150 jedinců s mozkovou obrnou a u 150 jedinců zdravé populace. Věnujeme se analýze souvislostí mezi subjektivním zdravím a životní spokojeností za použití standardizovaných dotazníků, a to dotazníku WHODAS 2.0 (WHO Disability Assessment Schedule) 12položková verze a Dotazníku životní spokojenosti SWLS (Satisfaction with Life Scale; Diener, 1985). Cílem je zjistit, jak osoby s mozkovou obrnou vnímají své subjektivní zdraví a jak vnímají životní spokojenost, a ověřit, zda existuje vztah mezi subjektivním zdravím a životní spokojeností u osob s mozkovou obrnou.</p>
Klíčová slova:	Mozková obrna, dětská mozková obrna, subjektivní zdraví, životní spokojenost
Počet příloh:	3
Počet stran:	85

ANNOTATION

Name and surname:	Mgr. Naďa Petrová
Institute:	Institute of Special Education Studies
Supervisor:	Prof. PaedDr. Libuše Ludíková, CSc.
Year:	2020
Title:	Analysis of subjective health and life satisfaction of people with cerebral palsy
Specialization:	Doctoral degree program Special Education
Annotation:	<p>The dissertation Analysis of subjective health and life satisfaction of people with cerebral palsy deals with the phenomena of life satisfaction and subjective health of people with cerebral palsy. Subjective health is based on the evaluation of one's own state of health and captures different feelings and mental states. Life satisfaction is the subjective view of each person, who evaluates it according to their own standards and according to their current situation. We investigated and compared these phenomena in 150 individuals with cerebral palsy and in 150 individuals in a health population. We also analyzed the relationship between subjective health and life satisfaction using standardized questionnaires, the WHODAS 2.0 questionnaire (WHO Disability Assessment Schedule) 12-item version and the SWLS (Satisfaction with Life Scale; Diener, 1985). The aim is to find out how people with cerebral palsy perceive their subjective health and how they perceive life satisfaction, and whether there is a relationship between subjective health and life satisfaction of people with cerebral palsy.</p>
Keywords:	cerebral palsy, subjective health, life satisfaction
Attachments:	3
Pages:	85

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Demografické údaje respondentů

Příloha 2: Dotazník WHODAS 2.0

Příloha 3: Dotazník životní spokojenosti SWLS

Příloha 1: Demografické údaje respondentů

- 1) Pohlaví:
 - Žena
 - Muž
- 2) Věk:
- 3) Nejvyšší dosažené vzdělání:
 - Základní vzdělání
 - Středoškolské vzdělání
 - Vysokoškolské vzdělání
 - Aktuálně studuji střední školu
 - Aktuálně studuji vysokou školu
- 4) Bydlím:
 - Ve městě
 - Na vesnici
- 5) Mám partnerský vztah:
 - Ano
 - Ne
- 6) Mám v péči dítě:
 - Ano
 - Ne

Příloha 2: Dotazník WHODAS 2.0

1 = žádné těžkosti 2 = mírné těžkosti 3 = středně těžké těžkosti 4 = závažné těžkosti 5 = extrémní těžkosti/nemohl(a) jsem to udělat
1) Jak velké těžkosti jste měl(a) za posledních 30 dnů při této aktivitě: STÁT DELŠÍ DOBU (30 minut)
2) Jak velké těžkosti jste měl(a) za posledních 30 dnů při této aktivitě: DĚLAT BĚŽNÉ PRÁCE V DOMÁCNOSTI
3) Jak velké těžkosti jste měl(a) za posledních 30 dnů při této aktivitě: NAUČIT SE NOVOU ÚLOHU (jak se dostat na nové/neznámé místo)
4) Jak velké těžkosti jste měl(a) při: ÚČASTI NA SPOLEČENSKÉ AKCI (např. svátků, náboženských aktivit a jiných)
5) Jak velké těžkosti jste měl(a) za posledních 30 dnů při této činnosti: KONCENTROVAT SE NA NĚCO 10 MINUT
6) Jak velké těžkosti jste měl(a) za posledních 30 dnů při této činnosti: JÍT PĚŠKY DELŠÍ VZDÁLENOST NAD JEDEN KILOMETR
7) Jak velké těžkosti jste měl(a) za posledních 30 dnů při této činnosti: UMYT SI CELÉ TĚLO
8) Jak velké těžkosti jste měl(a) za posledních 30 dnů při této činnosti: OBLÉKNOUT SI OBLEČENÍ
9) Jak velké těžkosti jste měl(a) za posledních 30 dnů při této činnosti: JEDNAT S LIDMI, KTERÉ NEZNÁTE
10) Jak velké těžkosti jste měl(a) za posledních 30 dnů při této aktivitě: UDRŽOVAT PŘÁTELSTVÍ
11) Jak velké těžkosti jste měl(a) za posledních 30 dnů při této činnosti: DĚLAT KAŽDODENNÍ ČINNOSTI
12) Do jaké míry Vás citově zasáhly Vaše zdravotní problémy?

Zdroj: Adamove, 2016

Příloha 3: Dotazník životní spokojenosti SWLS

<p>1 = Výrazně s tím nesouhlasím</p> <p>2 = Nesouhlasím s tím</p> <p>3 = Spíše s tím nesouhlasím, než souhlasím</p> <p>4 = Ani s tím nesouhlasím, ani souhlasím</p> <p>5 = Spíše s tím souhlasím, než nesouhlasím</p> <p>6 = Souhlasím s tím</p> <p>7 = Výrazně s tím souhlasím</p>
1. Můj život je v mnoha směrech blízký ideálu mého života.
2. Podmínky mého života jsou výtečné.
3. Jsem spokojen(a) se svým životem.
4. Doposud dostávám od života to podstatné, co od něho očekávám.
5. Kdybych mohl(a) žít svůj život ještě jednou, nic bych na něm neměnil(a).

Zdroj: Adamove, 2016