

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI
Pedagogická fakulta

DIPLOMOVÁ PRÁCE

2013

Jan Chrastina

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Ústav speciálněpedagogických studií

Jan CHRASTINA

**SQUALA dotazník pro posouzení kvality života
osob s chronickým onemocněním
a zdravotním postižením**

Diplomová práce

Studijní obor: Speciální pedagogika

Vedoucí práce: doc. PhDr. PaedDr. Olga KREJČÍŘOVÁ, Ph.D.

Olomouc 2013

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracoval samostatně a použil jen uvedené bibliografické a elektronické zdroje.

Olomouc, 12. duben 2013

podpis autora práce

Děkuji doc. PhDr. PaedDr. Olze KREJČÍŘOVÉ, Ph.D. za odborné vedení diplomové práce a za to, že jsem mohl poznat takto velkou duši. Velké poděkování patří doc. et doc. PhDr. et Mgr. Kateřině IVANOVÉ, Ph.D., a to za podporu, čas a životní a metodologické obohacení. V neposlední řadě děkuji také všem těm, které mám kolem sebe a dodávají mi potřebnou podporu a opravdový, lidský zájem.

OBSAH

ÚVOD	6
1 TEORETICKÁ ČÁST	9
1.1 „Kvalita života“ a její specifika.....	9
1.2 Objektivní a subjektivní dimenze kvality života	11
1.3 Konceptuální oblasti kvality života.....	16
2 CHRONICKÉ ONEMOCNĚNÍ, ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ A ZDRAVOTNÍ ZNEVÝHODNĚNÍ	19
2.1 Chronické onemocnění a kvalita života	19
2.2 Zdravotní znevýhodnění / zdravotní postižení	21
3 PROBLEMATIKA MĚŘENÍ (POSUZOVÁNÍ) KVALITY ŽIVOTA	27
3.1 Měření (posuzování) kvality života nástroji dle kriteriálního členění	27
3.2 Výběr nástroje pro měření (posouzení) kvality života	30
4 PRAKTICKÁ ČÁST	32
4.1 SQUALA standardizovaný dotazník pro posouzení (měření) kvality života	32
4.2 Strukturalizace SQUALA – standardizovaného dotazníku kvality života pro jeho užívání.....	33
4.3 Metodika systematické empirické činnosti	38
4.4 Rešeršní strategie	40
4.5 Sumarizace dohledaných relevantních výstupů z databází	42
4.6 Zhodnocení studií a prací zařazených do sumarizace informací	54
4.7 Analytická fáze obsahu hledání k cílům práce	61
ZÁVĚR	65
BIBLIOGRAFICKÉ CITACE ODKAZOVANÉ LITERATURY, PRAMENŮ A ZDROJŮ	67
SOUPIS ANALYZOVANÝCH TEXTŮ A PRACÍ	76

ÚVOD

Kvalita života je velmi složitý fenomén postmoderní společnosti. Jde o značně koncepčně i profesně rozsáhlou oblast, která zasluhuje patřičnou pozornost, preciznost metodických přístupů, stejně tak vhodnou implementaci do oblasti každodenní podpory a péče nejen v ošetrovatelských vědách (Gurková, Žiaková, 2009). V době asi posledních dvaceti let lze zaznamenat nárůst vědeckého zaměření (a fokusace na samostatné vědecké bádání) kvality života v tzv. pomáhajících profesích, včetně samostatné vědní disciplíny speciální pedagogika. V této oblasti je (pohledem nejen speciálních pedagogů – andragogů) spatřována také jako nedílná součást kvalitní péče či jedním z mnoha výstupů či cílenosti speciálněpedagogické péče. Hodnocení kvality života se stává nedílnou součástí jak plánování, tak provádění a zejména vyhodnocování efektivity zdravotních a sociálních intervencí (Kalová et al., 2004, s. 1).

Jak uvádí Čorňačičová (2005), kvalita života je totiž pojímána ve třech samostatných přístupech – psychologickém, aplikačním a syntetizujícím. Tím je také podpořeno holistické nazírání a chápání člověka jako klienta – příjemce poskytované péče.

Předkládaná diplomová **práce si neklade za cíl** vytvořit komplexní konceptualizaci pojmu „kvalita života“ (např. skrze úplnou konceptuální analýzu), ale vycházet z konkrétních výsledků publikovaných výzkumů (a jejich výsledků), které využívají cíleně zvolený měřicí (hodnotící, posuzovací) nástroj užívaný pro posouzení subjektivní kvality života. Tím je **SQUALA (Subjective Quality of Life Analysis) – standardizovaný dotazník kvality života. Jednotlivými cíli předkládané práce je:**

- a) předložit dosavadní aktuální poznatky o používání SQUALA standardizovaného dotazníku v České republice a v zahraničí,
- b) zjistit, u jakého spektra cílových skupin byl (je) SQUALA standardizovaný dotazník při posuzování kvality života využit (využíván) v sociokulturním kontextu České republiky a v zahraničí,

- c) zjistit, u kterých konkrétních chronických onemocnění, typů zdravotního postižení či zdravotního znevýhodnění byl (je) SQUALA standardizovaný dotazník užíván,
- d) vymezit „-pedie“ z oblasti speciální pedagogiky, do kterých cílové skupiny, u kterých byl SQUALA standardizovaný dotazník užít, směřovaly pro možnou komplexní péči a podporu cílovým skupinám.

Výše uvedené cíle se odvíjejí od primárně **stanoveného zkoumaného problému**: *„Kvalita života (a její posuzování) jedinců s chronickým onemocněním a/nebo zdravotním postižením/znevýhodněním skrze SQUALA standardizovaný dotazník“*, který po převedení do **výzkumné otázky** *„Jak je posuzována kvalita života jedinců s chronickým onemocněním a/nebo zdravotním postižením/znevýhodněním skrze SQUALA standardizovaný dotazník?“* odpoví na výše uvedené cíle předkládané práce.

Budeme-li respektovat samostatnost profesního i vědního ukotvení speciálního pedagoga – andragoga, který může uplatnit své dovednosti, vědomosti i znalosti v oblasti individuální sociální práce (což mu současná legislativa umožňuje). Pak můžeme konstatovat, že předkládaná práce může speciálnímu pedagogu napomoci při tvorbě teoretických východisek, tvorbě projektových či grantových přihlášek nebo při realizaci (či koncepci) vlastního výzkumného záměru. V neposlední řadě je cílem práce přinést přehled publikovaných studií (vědecko-výzkumných článků, fulltextů či závěrečných kvalifikačních prací), které svým metodickým přístupem využívaly právě SQUALA standardizovaný dotazník.

Teoretická část práce popisuje složitý fenomén kvality života, její obsah a ukotvení. Vzhledem k cílové skupině, u které lze uplatnit SQUALA standardizovaný dotazník, je taktéž důležité vymezit pojmy chronického onemocnění, zdravotního postižení či zdravotního znevýhodnění. Taktéž návaznou a propoující kapitolou práce je oblast volby a výběru adekvátního měřicího nástroje pro posouzení (nejen) subjektivní kvality života.

Praktická část práce obsahuje dva dílčí celky. První z nich prezentuje rešeršní strategii užitou pro dohledání patřičných relevantních publikačních výstupů. Ty jsou následně analyzovány (s užitím techniky „akceptace/odmítnutí“ dle kritéria) a komparovány. Součástí prvního celku je

sumarizace dohledaných výsledků. Druhý celek této části již přináší odpovědi na práci sledované cíle.

Předkládaná práce nese charakter tzv. *přehledové kvalifikační práce*. Výstupy práce lze uplatnit nejen při plánování individuálně koncipované speciálněpedagogické péče (uživatelů sociálních služeb, osob se zdravotním postižením), ale také v rámci dalšího vědního zaměření pracovníků v podobě relevantních teoretických východisek.

Tato práce byla během své tvorby a realizace empirické části podpořena projektem Studentské grantové soutěže na Univerzitě Palackého v Olomouci (soutěž Fakulty zdravotnických věd UP v Olomouci) – **Výzkumy kvality života pomocí SQUALA standardizovaného dotazníku (FZV_2013_002)** řešitelského složení CHRASTINA, J. a IVANOVÁ, K.

1 TEORETICKÁ ČÁST

Cílem a obsahovým zaměřením této části předkládané práce je popsat složitý fenomén kvality života, její obsahové části a teoretické ukotvení. Vzhledem k cílové skupině, u které lze uplatnit SQUALA standardizovaný dotazník, je taktéž důležité vymezit pojmy chronického onemocnění, zdravotního postižení či zdravotního znevýhodnění. Pokusím se čtenáře obeznámit s chápáním a koncipováním pojmu „kvalita života“ („quality of life“), s náročností jejího vymezování či definování a poukázat na možná úskalí, která konstrukt kvality života může přinést. Pasáž textu nemá za cíl přinést zcela vyčerpávající a zejména filozoficky, eticky či právně koncipované a orientované informace, ale předat informace v podobě teoretických východisek práce, o které se lze v části empirické (praktické) zpětně opírat.

1.1 „Kvalita života“ a její specifika

Kvalita života je častým předmětem zkoumání v mnoha oborech. Obsah pojmu „kvalita života“ však není stále jednoznačně vymezen, stejně chápán a užíván. Autoři Cohen et al. (2006, p. 625) a Peters (2004, p. 525) chápou kvalitu života jako **„dynamický a subjektivní ukazatel hodnocení života jednotlivce“**. Prvek dynamičnosti a multidimenzionality konstatuje také autorka Davidová et al. (2008, s. 165), která hovoří o kvalitě života jako o výsledku vzájemného působení sociálních, zdravotních, ekonomických a ekologických podmínek týkajících se individuálně lidského i společenského života.

Pohledem holistického chápání jedince lze taktéž kvalitu života vymezit jako „multidimenzionální, subjektivně prožívaný konstrukt, který ovlivňuje všechny oblasti života jednotlivce“. Taktéž úroveň kvality života je odvislá od toho, zdali aktuální životní podmínky jsou v souladu s potřebami, přáními a tužbami“ (Cohen, 2006, p. 630). Samotný pojem „kvalita života“ (v angličtině pak **„Quality of Life“** uváděno pod užitou zkratkou **„QoL“**) byl

poprvé vymezen ve 20. letech minulého století, a to v návaznosti na ekonomický vývoj státu ve sféře podpory sociálně ohrožených skupin obyvatel dané společnosti. V letech šedesátých byl pojem „kvalita života“ užíván taktéž prezidentem USA Johnsem, který chtěl deklarovat zlepšení kvality života obyvatel své země jako cíl domácí politiky svého vládního kabinetu (Hnilicová, Bencko, 2005). Autorka Moravcová (2011) ve svém článku cituje Flanagan (1978), který se pokusil o komplexní definování „kvality života“ s užitím vlastního modelu kvality života. Táž autorka (2001, s. 8) poukazuje také na novější vymezení pojmu „kvality života“ (Centrem pro podporu zdraví při Univerzitě v Torontu): **„Kvalita života je stupeň, ve kterém jedinec využívá důležité možnosti svého života“**. Možnosti vycházejí z příležitostí a omezení, které každý člověk ve svém životě má a ty jsou odrazem interakce mezi ním a prostředím. (The Quality of Life Model, University Toronto, 1993) Pojem kvalita života zahrnuje **údaje o fyzickém, psychickém, sociálním a spirituálním stavu jedince** (srov. Andrykowski et al., 1995; Broers et al., 2000). Jak uvádí Farský et al. (2005), vymezuje základní strukturu kvality života (Fetisovová, Mažgutová, 2001): **„Kvalita života se vymezuje i s pomocí její emoční složky – pohody („wellbeing“), kognitivní složky – spokojenosti („satisfaction“), výkonové, funkční složky – postižení („disablement“) a spirituální či transcendentální složky – smyslu života, tzn. hodnotového systému a jeho naplňování“**. Kvalita života se ve zdravotnictví považuje za vhodný ukazatel fyzického, psychického a sociálního zdraví. Taktéž slouží k hodnocení efektivity péče, zkoumání dopadu nemoci na život nemocného a k výzkumu vlivu socioekonomických podmínek na zdraví populace (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 69).

Problematika vymezení pojmu „kvalita života“, stejně jako dílčích ukazatelů (indikátorů), které pojem saturují, je široce stavěný problém, který vždy bude vyžadovat aktuální přístupy a poznatky různých vědních disciplín – jmenujme kupř. filozofii, politologii, etiku, psychologii, sociologii a další (Halečka, 2001, s. 67).

Při počátku užívání pojmu „kvalita života“ šlo spíše o řečnické užívání, bez jeho vědeckého a teoretického ukotvení. Teprve později, s požadavky společnosti, se stal pojmem, který stojí v popředí zájmu vědecko-

výzkumných i jiných činností a aktivit. Jak bylo uvedeno, v současné době s pojmem „kvalita života“ pracuje široké spektrum vědních oborů, a to také zůstává důvodem, proč je náročné vymezit jednotnou, univerzálně platnou a široce uplatnitelnou definici. Každá vědní disciplína si tak bude operacionalizovat pojem „kvalita života“ jaksi „po svém“, přičemž bude úhel pohledu soustřeďovat na potřeby toho kterého oboru. Proto stále bude ona „terminologická nejednost“ přetrvávat (Mishra et al., 2003).

Vždy však bude možné konstatovat, že v současnosti je na pojem „kvalita života“ nahlíženo vždy v závislosti na kontextu, ve kterém je pojem (vy)užíván. Co bývá shodně konstatováno je, že s užitím pojmu kvalita života se pojí její tzv. **objektivní a subjektivní stránky** (též „nazírání, hodnocení, dimenze“).

1.2 Objektivní a subjektivní dimenze kvality života

Subjektivní kvalita života se týká emocionality člověka a všeobecné spokojenosti se životem (Payne et al., 2005, s. 207). Subjektivní hledisko se jeví jako podstatnější, jelikož jde o hodnocení samotného klienta (člověka), jak sám své onemocnění (handicap, zdravotní problém) vnímá (srov. Musil, Filip, 2011, s. 95–96). Objektivní dimenze kvality života směřuje především ke zvládnutí nároků daných sociálně-materiálními podmínkami aktuálního života, vlastním postavením a také zdravím. Je však nutno podotknout (srov. Hnilicová et al., 2005, s. 657), že souvislosti (hranice) mezi oběma dimenzemi nejsou zcela jasné a nabízí se taktéž otázka, jak vlastně kvalitu života nejlépe posuzovat. Také jak uvádí zmíněný autor Payne (2005, s. 208), „vztah objektivní stránky kvality života a subjektivně vnímanou kvalitou života (subjektivním hodnocením) je zprostředkován očekáváním“.

Spokojenost člověka má velmi blízko k individuálnímu chápání kvality života. Jak také uvádí Křivohlavý (2002), jež ve své publikaci cituje Cohena, „když člověku přijde do cesty realizace určitého plánu nemoc, zranění, hospitalizace, případně situační a sociální změny typu sporů, konfliktů, krizí různého druhu, míra jeho spokojenosti s kvalitou života je otřesena“.

Naplněnou kvalitu života tedy – dle této premisy – má ten, kdo je spokojen sám se sebou, se svým životem. A pocit spokojenosti nastává tehdy, když se člověku daří dosahovat vlastních, vytyčených životních cílů.

Jak bylo výše uvedeno, pojem „kvalita života“ je užíván vždy v konkrétním úhlu pohledu, v kontextu té které potřeby (vědního zaměření, teoretického ukotvení aj.). Jak uvádí Bencko et al. (2005), např. v oblasti propagace zdraví a preventivních opatření bude pojem „kvalita života“ používán jako ekvivalent pro „zdravotní stav“. Jak uvádí autor Slováček (2004), je celková kvalita života souhrnem následujících faktorů: nepřítomnost symptomů onemocnění či léčby, psychická kondice, společenské uplatnění, náboženské a ekonomické aspekty, dále pak věk, pohlaví, polymorbidita, rodinná situace, preferované hodnoty, ekonomická situace, vzdělání, náboženské aspekty, kulturní zázemí apod. V návaznosti na název této podkapitoly lze volně konstatovat, že samotné vymezení „kvality života“ **by mělo zahrnout údaje o aktuálním fyzickém, psychickém a sociálním stavu daného jedince.** Jelikož bylo nastíněno, že kvalita života je ve velmi těsné vazbě na aktuální zdravotní stav, v mnoha publikacích se setkáme se zkratkou **HRQoL** (z angl. „Health-related Quality of Life“), která vymezuje kvalitu života související se zdravím. V přímé návaznosti na HRQoL uvádí autor Mareš (2006) následující shrnutí organizace Centers for Disease Control and Prevention (2000): „HRQoL zahrnuje ty aspekty celkové kvality života, o nichž lze jasně ukázat, že jsou ovlivněny zdravím, ať už somatickým nebo mentálním. Jde o **vnímané somatické a mentální zdraví, včetně souvislostí typu zdravotních rizik a podmínek, funkčního stavu, sociální opory a socioekonomického statusu.** Pojem HRQoL specifikuje také Hnilicová (2005, s. 211), která konstatuje, že výše uvedený pojem je možno vymezit jako „subjektivní pocit životní pohody, který je asociován s nemocí či úrazem, léčbou a jejími vedlejšími účinky“. Také autor Slováček (2004, s. 6) shrnuje koncept HRQoL tak, že jím obvykle sledujeme dopad konkrétního onemocnění na jedince, jeho fyzický nebo psychický stav, způsob života a pocit životní spokojenosti.

Na komunitní úrovni HRQoL zahrnuje zdroje, podmínky, zdravotní politiku a praktické postupy, které ovlivňují vnímané zdraví u populace a její funkční stav“. Na význam hodnoty poukazuje také přední odborník věnující

se kvalitě života – autor Payne (2005): „v současnosti narůstá význam subjektivního hodnocení zdraví, kvalita života se dokonce považuje za významnější a vhodnější indikátor zdraví než morbidita a mortalita“. Celkový koncept kvality života je širší a sestává z množství jednotlivých domén, které kvalitu života každého člověka v různé míře ovlivňují (Adamík et al., 2007, s. 7; Gurková, Žiaková, 2009, s. 97; Tobišková, Jarošová, 2009). Kvalita života související se zdravím (tzn. HRQoL) byla stanovena za účelem vymezit tu oblast kvality života, která úzce souvisí se zdravím, zdravotní péčí a která může „reagovat“ na intervence ze strany odborníků. Své uplatnění nachází nejen v rámci (klinické) praxe, ale také v mnoha studiích, které jsou zaměřeny na identifikaci a deskripci různých zdravotních problémů. (srov. Gurková, Lilgová, 2009, s. 434)

Z výše uvedených konstatování lze odvodit, že při posuzování (a analýze) kvality života se často objevují místné **otázky, zdali jsou významné a signifikantní pouze objektivní (tj. měřitelné, ověřitelné) faktory (indikátory), nebo je taktéž důležité věnovat patřičnou pozornost a reflexi také individuálním hodnotám a prožitku jedince.** Možným pohledem na koncepci kvality života také může být vnímání úrovně kvality života jako **reflexe pro saturaci („uspokojení“ – funkční potřebu) či dysfunkci („neuspokojení“ – dysfunkční potřebu) životních potřeb každého z nás** (Nemčková et al., 2000, s. 67). Na oblast životních potřeb poukazují také další autoři (kupř. Baker et al., 1999; Boyle et al., 2000), přičemž tímto úhlem pohledu lze kvalitu života vymezit jako „subjektivní zhodnocení (posouzení) vlastní životní situace“.

Jednotlivé oblasti („domény“) kvality života jsou definovány také Světovou zdravotnickou organizací (WHO). Ta (1998, s. 11) chápe zmíněný pojem jako **„vyjádření toho, jak člověk vnímá svoje postavení v životě v kontextu dané kultury, kterou sdílí, ve které žije, a ve vztahu k vlastním cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“.** V této reflexi pak samostatně vzniklá iniciativa (WHOQOL) věnující se právě kvalitě života ve vazbě na zdraví, vymezila **šest samostatných oblastí kvality života**, a to včetně tzv. indikátorů jednotlivých oblastí (srov. Dragomirecká, Bartoňová, 2006):

1. tělesné zdraví (energie a únava; bolest a diskomfort; spánek a odpočinek),

2. psychické funkce (image vlastního těla a vzhledu; negativní emoce; pozitivní emoce; sebehodnocení; učení; myšlení; paměť; pozornost);
3. míra nezávislosti (mobilita; aktivity každodenního života; nutnost léků a zdravotnických pomůcek; pracovní kapacita),
4. sociální vztahy (osobní vztahy; sociální opora a podpora; sexuální aktivity),
5. prostředí (finance; svoboda; fyzická bezpečnost; zdraví a sociální péče; prostředí domácnosti; možnosti získat informace a kompetence; fyzikální prostředí apod.),
6. spiritualita (náboženství/přesvědčení - osobní).

Obdobný model konstatuje také autorka Hnilicová s autorem Benckem (2008):

1. fyzické a materiální zajištění – věcný dostatek, finanční zabezpečení, fyzické zdraví a bezpečí,
2. vztahy – s partnerem/partnerkou, s dětmi, rodiči, dalšími příbuznými a přáteli,
3. sociální participace a občanské aktivity – pomoc druhým, podíl na komunitním životě, zařazení do veřejné práce,
4. osobní růst – intelektuální rozvoj, pracovní uplatnění, kreativita,
5. rekreace a volnočasové aktivity – společenský život, rekreační aktivity.

Autor Vodrážka (2004, s. 183–184) přináší poměrně stručné, avšak zásadní definování kvality života skrze dvě komponenty: „Kvalita života je stav pohody, který se skládá ze dvou komponent:

1. schopnost provádět každodenní aktivity, které odráží fyzickou, psychickou, psychologickou a sociální pohodu,
2. uspokojení pacienta s kontrolou symptomů spojených s nemocí anebo léčbou“.

Na důležitost významu spirituality/náboženství poukazují autorky Dobříková a Olosová (2007). Právě náboženství považují za jeden z důležitých aspektů kvality života. Jeho význam zdůrazňují v podobě duchovních potřeb u cílové

skupiny osob v terminálním stadiu nemoc. Umírající tak „přehodnocuje“ svůj život, hledá smysl života.

Na podkladě výše uvedeného třídění byl následně sestaven dotazník WHOQOL-100, kterým se posuzuje kvalita života. Tento vychází ze zkušeností dosavadních hodnocení kvality života. Číslice „100“ v názvu poukazuje na fakt, že instrument je stopoložkový. Dotazníky WHOQOL pokrývají všechny oblasti lidského života, ale nejsou zaměřeny na konkrétní, předem vymezené problémy. Na subjektivnost pohledu poukazují také autoři McGee et al. (1994, p. 43). Ti definují kvalitu života z hlediska individuálního pohledu jednotlivce. Kvalita života je v tomto případě definována subjektivním vnímáním (tj. chápáním) jedincem. Vnímání kvality života se odvíjí od vlastního systému hodnot, který se při posuzování kvality následně bere plně v potaz a je respektován. Pro hodnocení kvality života nemocných je nejčastěji užíváno dotazníku SF-36 (Kalová, 2005, s. 166).

Dalšími aspekty, které ovlivňují kvalitu života, může být kupř. motivace, rodinné a přátelské vztahy, životní prostředí a společenské klima (Pyšný, 2008, s. 25). Jelikož ústředním pojmem kvality života bývá „zdraví“, pak také kupř. autoři Vaďurová a Mühlpachr (2005) definují kvalitu života jako „komplexní měření fyzické, psychické a sociální pohody, štěstí, spokojenosti a naplnění tak, jak je vnímána každým jedincem nebo skupinou“ (Vaďurová, Mühlpachr, 2005, s. 14). Také Pyšný (2008, s. 14) konstatuje, že **by si měl každý vědní obor stanovit vlastní definici a vymežit jednotlivé oblasti kvality života vzhledem k cílům a kontextu jejich využití**. Jak uvádí Payne (2005, s. 206), nejčastěji pracujícími vědními disciplínami (myšleno s pojmem „kvalita života“) jsou psychologie, sociologie, ekologie či medicína. Definic je mnoho, avšak za posledních třicet let není jediná všeobecně uznávaná (tamtéž, s. 207).

Shrnující informace o vztahu objektivity a subjektivity v dimenzích kvality života podávají autorky Davidová, Elichová a Dvořáková (2008): „Je výsledkem vzájemného působení sociálních, zdravotních, ekonomických a ekologických podmínek týkajících se individuálně lidského i společenského života. Životní podmínky, zdraví, lidské vztahy a začlenění jedince do širší společnosti jsou nejdůležitější oblasti, které určují kvalitu života lidí. Kvalita života je tedy multidimenzionálním konstruktem s hierarchickou strukturou

podkonstruktů. Obraz o kvalitě života lidí je možno získat posuzováním vývoje objektivních podmínek života ve spojení se subjektivním prožíváním života. Je přitom známo, že ukazatel subjektivního pocitu zdraví nemusí vždy odpovídat reálnému zdravotnímu stavu, ale vypovídá o tom, jak člověk tento svůj stav vnímá a hodnotí“.

1.3 Konceptuální oblasti kvality života

Autorky Gurková a Žiaková (2009) metodou konceptuální analýzy vymezily základní oblasti kvality života v ošetrovatelství, které jsou však široce uplatnitelné, jelikož analyzují definující znaky kvality života. Využívají vymezení přístupů v souladu s Čornačičovou (2005), a jde o následující oblasti:

- 1) **psychologické přístupy**: pohoda, spokojenost vs. kvalita života,
- 2) **aplikační přístupy**: zdraví vs. kvalita života,
- 3) **syntetizující přístupy**: modely kvality života.

Autorky definovaly tyto atributy v prvním přístupu – psychologickém: kvalita života se často ztotožňuje s pojmy jako pohoda (*wellbeing*), spokojenost (*satisfaction*), očekávání (*expectation*) a význam (*meaning*) (Ondrejka, 2006, s. 8). Tento přístup vychází z percepce kvality života jako míry subjektivní spokojenosti (event. nespokojenosti) s vlastním životem a jeho individuálních oblastí vycházejících z vlastních představ, naděje, očekávání a přesvědčení. (srov. Čorňaničová 2005, s. 28) Autor Bradley (2006, p. 11) definuje v tomto záměru kvalitu života jako více obecný koncept, který v sobě obsahuje hodnocení vlivu všech oblastí života na tzv. všeobecnou **pohodu člověka**. Osobní pohoda je pak myšlena jako dílčí komponenta, i jako jedna z determinant kvality života. Autorky (Gurková, Žiaková, 2009) ve své práci uvádějí Calmana (1984), který nahlíží na kvalitu života skrze možnosti realizovat osobní plány – rozdíl mezi nadějemi a očekávanými člověka a současným stavem jeho života. Individuální kvalita života je pak vyjádřena rozdílem mezi aspiracemi, nadějí a ambicemi každého jedince a jeho současnými zkušenostmi. V druhém přístupu

– aplikačním pak autorky poukazují na ústřední pojem přístupu, kterým je zdraví (zdravotní stav). Tento prvek je taktéž spatřován v podpoře zdraví (z angl. „*health promotion*“). Tento (tj. aplikační) přístup má mnohem užší záběr – věnuje se životní situace vázané na onemocnění. Zde autorky odkazují na již zmíněný koncept HRQoL („Health Related Quality of Life“). Zde je důležité však podotknout, že kvalita života neobsahuje jen prožitek zdraví či nemoci, ale rovněž vnímání ovlivnění všech oblastí života směrem k pohodě a spokojenosti člověka (Bradley, 2006, p. 10). V souladu s autorem lze konstatovat, že pohledem tohoto přístupu **je kvalita života širší pojem než pojem zdraví (příp. zdravotní stav)**, jelikož je reflexí širokého spektra možností člověka (při hodnocení biologického, psychického, spirituálního i sociálního významu života každého z nás). Třetím přístupem je přístup syntetizující. Ten vymezuje konkrétní **modely kvality života**. Jsou jakýmsi rámcem, který vzniká sumarizací složek a faktorů kvality života s vyjádřením dynamiky v průběhu života daného člověka. Zde lze spatřovat četné uplatnění **holistického přístupu k člověku**. Autor Stuifbergen et al. (1994, p. 3–5) popisují model podpory zdraví a kvality života u pacientů s chronickými onemocněními. Kvalita života je tímto přístupem vymezena jako **individuální prožívání pohody, subjektivního vnímání (pocitu) zdraví a individuální spokojenosti s dosavadním životem**. Výše uvedené konstatování je v souladu také s Kebzou (2005, s. 57), který poukazuje na fakt, že plné zdraví nám umožňuje naplnit život, dosáhnout a udržet stav spokojenosti, štěstí a plnohodnotného uplatnění ve společnosti. Taktéž autorka Dragomirecká (2006, s. 9) vyslovuje názor, že zdravotní péče má smysl do té míry, v jaké pozitivně ovlivňuje život pacientů.

Jak uvádí také autorka Dingová (2011), hodnocení zdraví je ovlivněno nejen přítomností příznaků onemocnění, dyskomfortem, ale i různými osobnostními, sociokulturními a psychologickými faktory a také aktuální situací. Ne vždy je závažnost onemocnění přímo úměrná subjektivnímu hodnocení zdravotního stavu a taktéž kvality života.

Závěrem této podkapitoly lze shrnout, že ve většině vymezení pojmu kvalita života se jako nejčastěji uváděné (srov. Fitzpatrick, 2007, p. 501) determinanty objevují:

- a) zdraví (fyzické),

- b) pohoda,
- c) spokojenost a očekávání,
- d) vymezení kvality života jako subjektivního ukazatele hodnocení života člověka.

Kvalita života zahrnuje fyzický stav, psychický stav, mezilidské vztahy, stav organismu, ekonomickou situaci a pocit bezpečí (Babinčák, 2008, s. 12). Jak uvádějí také autoři McKague a Verhoef (2003, p. 710), klíčovou roli při definování zdraví a kvality života je **schopnost jedince (člověka) fungovat v souladu s jeho vlastními očekáváními a vlastními hodnotami**. Je nesmírně podstatné také uvést, že v povědomí laické i odborné komunity panuje nesprávný názor. Na ten poukazuje Křivohlavý (2004), dle kterého stojí v pozadí mnoha pojetí kvality života i způsobů měření kvality života domněnka, že hodnoty kvality života jsou o to vyšší, čím je zdravotní stav lidí lepší.

Taktéž bylo deklarováno, že jedinci s dlouhodobými zdravotními problémy hodnotí svůj zdravotní stav za „zhoršený“, a tento negativně ovlivňuje všechny oblasti kvality života. (Dragomirecká, Bartoňová, 2006, s. 71).

2 CHRONICKÉ ONEMOCNĚNÍ, ZDRAVOTNÍ POSTIŽENÍ A ZDRAVOTNÍ ZNEVÝHODNĚNÍ

Tato kapitola práce si klade za cíl vymezit a objasnit tři ústřední pojmové kategorie, kterými jsou chronické onemocnění, zdravotní postižení a zdravotní znevýhodnění. Obsah kapitoly je záměrný. SQUALA standardizovaný dotazník je široce uplatnitelný a možnou cílovou skupinou, u které je kvalita života hodnocena, jsou právě výše uvedené kategorie. Taktéž jak uvádí Kondáš (1982, s. 240), „dlouhodobá onemocnění mění běžný způsob života a ovlivňují nejen životní styl, ale i kvalitu života nemocného jedince a jeho rodiny“.

2.1 Chronické onemocnění a kvalita života

Chronická onemocnění jsou často diskutovanými v mnoha oblastech vědních oborů i v rámci poskytovatelů spektra služeb, podpory a péče. Prolínají se např. oblastí zdravotnictví, resortu školského a jsou nedílnou součástí také cílenosti zájmu tzv. pomáhajících profesí. Chronická onemocnění jsou často zmiňována také v souvislosti se zdravotním postižením/znevýhodněním, do kterých svou povahou a progresí mohou vyústit. Chronická onemocnění tak nejsou doménou pouze lékařských (event. nelékařských) profesí, ale jsou ve středu zájmu také např. speciálního pedagoga. Jsou to často **právě chronická onemocnění, která jsou diskutována v návaznosti na posuzování (měření) kvality života (nemocného, pacienta, klienta, příjemce péče)**. Lze konstatovat, že pojem „chronická nemoc“ („chronické onemocnění“) je běžně používaným. Navzdory současnému stavu poznání nelze říci, že je pojem vymezen zcela jednoznačně. **Hlavním problémem, který vyvstává, je nejednotnost doby, po kterou takto vymezené onemocnění vlastně trvá.** S odkazem na předchozí úspěšně obhájenou kvalifikační práci (Chrastina, 2011) lze konstatovat, že výsledkem praktické části (systematická činnost analýzy obsahu) jsou tvrzení, že chronická nemoc

je „delší než 3 měsíce“, „delší než 6 měsíců“, „trvajících 1 rok a více“ apod. Nejkratším zjištěným časovým vymezením bylo trvání 4–6 týdnů.

Za nejvhodnější, kategoriemi nejvíce saturované (Chrastina, 2011) lze považovat tato dvě definiční vymezení chronického onemocnění:

1. Chronické onemocnění je „**nemoc, která vyžaduje alespoň 6 měsíců nepřetržité lékařské péče, způsobuje trvalé změny životního stylu, chování a neustálý proces adaptace na nepředvídatelný průběh nemoci**“ (Kyngas, Kroll, Duffy, 2000, s. 379; Perrin, Newacheck, Pless et al., 1993, s. 787) v článku Behavioral aspects of chronic illness in children and adolescents (LeBlanc, Goldsmith, Patel; 2003, s. 859).
2. Chronické onemocnění je „...**onemocnění, které je trvalé nebo trvajících po dlouhou dobu. V průběhu času se může pomalu zhoršovat. Může vést ke smrti, nebo může zcela odeznít. Dále může způsobovat trvalé tělesné změny. Jistě bude ovlivňovat kvalitu života nemocného jedince**“ (Chronic Illness Alliance, 2011, online).

Jak uvádí autorka Renotiérová (2003, s. 47), „čím dříve se podaří zařadit změny spojené s onemocněním do každodenního režimu, tím dříve lze žít plný život, který jistě v některých aktivitách nebude dosahovat původní kvality, v některých se však může rozvinout až do nepředpokládané úrovně. Někdy zůstávání po prodělání nemoci různé následky, které více nebo méně ovlivňují další život postiženého, jeho výchovu, vzdělávání, pracovní a společenské uplatnění“. Na chronické onemocnění je taktéž nahlíženo skrze dva ústřední, v zahraniční (a i u nás) užívané definiční pojmy. Těmi jsou (srov. Chrastina, 2011). Jak uvádí autor Sperry (2006), „**Chronic disease**“ je považován za objektivní a jasně definovatelný proces „*vymezovaný obdobími exacerbace a remisemi, stejně jako progresivní degenerací*“. Oproti tomu pojem „**Chronic illness**“ je popisován jako „*subjektivně vnímaná zkušenost chronické nemoci (s chronickou nemocí)*“. Shrnutím lze říci, že pojem „**chronic illness**“ je vztahován především k subjektivitě nemoci (tj. oblasti prožívání a vyrovnávání se s nemocí), kdežto pojem „**chronic disease**“ je užíván pro oblast epidemiologicko-preventivní. Propojenost chronického onemocnění a kvality života lze spatřovat např. ve faktorech,

kteře jsou posuzovány jako tzv. determinanty nebo faktory kvality života. Můžeme sem zařadit např. demografické faktory, úroveň dostupné péče, doba přežívání vážně nemocných jedinců či ekonomický dopad na společnost nebo zdravotnický systém daného státu (Corbin, Strauss, 1988). To, jak dalece ovlivní chronické onemocnění běžné, tj. každodenní činnosti jedince, a následně kvalitu života, je odvislé od následujících proměnných (Falvo, 2005, p. 1):

- a) povaha samotného onemocnění,
- b) premorbidní osobnost,
- c) jedince vymezen význam závažnosti daný onemocněním,
- d) aktuální životní situace nemocného,
- e) stupeň rodinné a sociální podpory.

2.2 Zdravotní znevýhodnění / zdravotní postižení

Mezi laickou, ale také odbornou veřejností panují nejednoty v užívání pojmů „zdravotní znevýhodnění“ a „zdravotní postižení“. S oběma pojmy se lze setkat kupř. v oblasti práva, především pracovního, nebo také v oblasti sociálního zabezpečení. Při vzájemném vymezení obou pojmů lze využít např. **zdravotní a sociální model** uplatňující se v problematice zdravotního znevýhodnění / postižení. Model zdravotní vyjadřuje důsledek narušeného zdraví, přičemž při obnově se využívá prvku rehabilitace. Pojem „zdravotní postižení“ je termínem slovníku také např. OSN. V Úmluvě o právech osob se zdravotním postižením (in Sbírka mezinárodních smluv č. 10/2010) je pojem definován jako: „...zdravotní postižení je koncept, který se vyvíjí a který je výsledkem vzájemného působení mezi osobami s postižením a bariérami v postojích a v prostředí, které brání jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti, na rovnoprávném základě s ostatními“. Taktéž v Úmluvě (viz výše) lze zjistit, kdo je považován za osobu se zdravotním postižením. Jsou jimi „...osoby mající dlouhodobé fyzické, duševní, mentální nebo smyslové postižení, které v interakci s různými překážkami může bránit jejich plnému a účinnému zapojení do společnosti na rovnoprávném základě s ostatními“ (srov. tamtéž, s. 98).

Model sociální vymezuje oblasti každodenního života, které jsou nejvíce limitovány. Tento model využije tedy fakt, kdy postižení (jakékoliv) dlouhodobě omezuje výkon každodenních činností. Nejde tak o konstatování konkrétních postižení, zdravotních poruch či onemocnění. Také kupř. zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, vymezoval osoby se zdravotním postižením / zdravotním znevýhodněním následovně: jde o osoby, které „jsou orgánem sociálního zabezpečení uznány plně invalidními¹ (dále jen „osoby s těžším zdravotním postižením“), nebo orgánem sociálního zabezpečení uznány částečně invalidními, nebo rozhodnutím úřadu práce uznány zdravotně znevýhodněnými (dále jen „osoby zdravotně znevýhodněné“)² (blíže viz § 67). Zde je pak za zdravotně znevýhodněnou osobu považována fyzická osoba, která má zachováním schopnost vykonávat soustavné zaměstnání nebo jinou výdělečnou činnost, ale její schopnosti být nebo zůstat pracovně začleněna, vykonávat dosavadní povolání nebo využít dosavadní kvalifikaci nebo kvalifikaci získat jsou podstatně omezeny z důvodu jejího dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu. (§ 67–84 citovaného zákona) Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, operuje s pojmem zdravotní postižení: „tělesné, mentální, duševní, smyslové nebo kombinované postižení, jehož dopady činí nebo mohou činit osobu závislou na pomoci jiné osoby“. Na osoby se zdravotním postižením / zdravotním znevýhodněním / sociálním znevýhodněním můžeme nahlížet mj. také platnou legislativou v resortu školství. Zde jde o tzv. **osoby se speciálními vzdělávacími potřebami**. Mezi tyto osoby řadíme:

1. **osobu se zdravotním postižením,**
2. **osobu se zdravotním či sociálním znevýhodněním.**

Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon), ve znění pozdějších předpisů, pak vymezuje tyto dvě (tři) kategorie následovně:

¹dle aktuální platné a účinné legislativy: invaliditu konkrétního stupně.

²vzhledem k aktuální a platné legislativní úpravě víme, že od 1. 1. 2012, s novelizací zákona o zaměstnanosti, bude postupně kategorie „osob zdravotně znevýhodněných (OZZ)“ rušena. Vzhledem k aplikaci vymezení novelizace (formálně až dnem 1. 1. 2015), avšak fakticky dnem 1. 1. 2012, neposuzujeme pro potřeby diplomové práce právní ukotvení pojmu, ale jeho obsahové vymezení směrem k potřebám posuzování kvality života u této cílové skupiny. Proto je znění novelizace záměrně vynecháno.

1. **„Zdravotním postižením** je pro účely tohoto zákona mentální, tělesné, zrakové nebo sluchové postižení, vady řeči, souběžné postižení více vadami, autismus a vývojové poruchy učení nebo chování;
2. **zdravotním znevýhodněním** je pro účely tohoto zákona zdravotní oslabení, dlouhodobá nemoc nebo lehčí zdravotní poruchy vedoucí k poruchám učení a chování, které vyžadují zohlednění při vzdělávání;
3. **sociálním znevýhodněním** je pro účely tohoto zákona:
 - a) rodinné prostředí s nízkým sociálně kulturním postavením,
 - b) ohrožení sociálně patologickými jevy,
 - c) nařízená ústavní výchova nebo uložená ochranná výchova, nebo
 - d) postavení azylanta, osoby požívající doplňkové ochrany a účastníka řízení o udělení mezinárodní ochrany na území České republiky podle zvláštního právního předpisu“.

Zajímavé je konstatování autora Michalíka et al. (2011) – uvádí, že je pojem „zdravotní postižení“ chápán téměř jako synonymum pro implementaci osoby do oblasti sociální péče, charitativních a obdobných aktivit. Autor Votava (2003) uvádí odhad v míře 10 % směrem k osobám se zdravotním postižením. Větší polovinu z tohoto odhadu zauímají osoby starší 80 let.

Zdravotní postižení má svou dynamiku, svá specifika a nabývá také různých stupňů a typů. Můžeme takto rozlišit (odlišit) zdravotní postižení vrozené a získané (během života). Didakticky lze členit zdravotní postižení dle převládajícího typu konkrétního postižení (Michalík et al., 2011):

1. tělesné postižení,
2. mentální postižení (včetně duševního postižení a poruch autistického spektra),
3. zrakové postižení,
4. sluchové postižení,
5. řečové postižení (narušená komunikační schopnost),
6. kombinované postižení (kombinace výše uvedených postižení),

7. onemocnění spojené s civilizačními chorobami.

Na nejednotnost (tzn. různorodost) v užívaných pojmech poukázal již Vašek (in Renotiérová, Ludíková, 2006, s. 18). Uvádí samostatně užívané pojmy, kterými „pojmenovává“ jedince se zdravotním postižením (aktuálním pojetím a slovníkem): člověk s postižením, znevýhodněním, handicapovaný, zdravotně postižený, osoba se speciálními vzdělávacími a výchovnými potřebami, člověk se speciálními potřebami.

Citací Zászkaliczkého (Lechta, 2010, s. 52–53) lze vymezit „postižení“ jako „významnou kvantitativní a kvalitativní odchylku od normálního vývoje, která se projevuje primárními a sekundárními příznaky. Postižení není onemocnění, ale (zpravidla) onemocněním způsobený dlouhodobý, nevratný (ireverzibilní) stav, v důsledku kterého „zdraví“ není možné obnovit“.

Z oblasti poradenských aktivit ve speciální pedagogice lze zmínit také vymezení pojmu Novosadem (2009, s. 12–15). Ten pojmy „zdravotní postižení (i handicap) definuje jako společenské pojmy, které se odvíjejí ze vztahu mezi tělesným, smyslovým nebo psychickým poškozením a společenským prostředím“. Dále konstatuje, že „pojem se stále více jeví jako nevýstižný, jelikož lidské zdraví je více vztahováno k absenci či výskytu nemoci nebo poruchy, což je jedna věc, avšak komplex příčin i důsledků toho, že je něco poškozeno, tzn. je postižena určitá oblast lidské existence a jedinec může být kvůli tomu znevýhodněn, je věc druhá“. (tamtéž, s. 14)

V jiném dokumentu, konkrétně v Deklaraci práv osob se zdravotním postižením, se lze setkat s následujícím definičním vymezením pojmu zdravotní postižení: „zdravotně postižená osoba je jakákoliv osoba, která není plně nebo zčásti schopna zabezpečit své životní potřeby nebo potřeby v životě společnosti jako běžný jednatel, a to v důsledku vady, ať už vrozené nebo ne, spočívající v jejich fyzických nebo duševních schopnostech“.

Ve školském zákonu nalezneme, jak již bylo naznačeno, také pojem zdravotní znevýhodnění. Lze volně konstatovat, že jde o zdravotní problém, který také může dítě (žáka, studenta apod.) handicapovat. Trpí zdravotním oslabením, dlouhodobou nemocí nebo lehčími stupni poruch vedoucím

k poruchám učení a chování (a vyžadují také zohlednitelnost při výchovně-vzdělávacím procesu (§ 6, odst. 3 citovaného zákona).

S výše uvedenou problematikou, zejména pro oblast posuzování kvality života („health related quality of life“, viz již dříve), souvisí také pojem „**dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu**“. Ten je vymezen kupř. v zákoně č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, takto: „dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav je stav, který trvá nebo má trvat déle než jeden rok a omezuje funkční schopnosti nezbytné pro zvládání základních životních potřeb“.

Vzhledem k dimenzím kvality života, která souvisí také s životní spokojeností, považuji za důležité nastínit také pojem „**nepříznivá životní situace**“. Právě tato situace může hrát v posuzování kvality života důležitou roli (jak jako faktor, tak také jako determinanta). Výše citovaný zákon vymezuje nepříznivou životní situace jako „oslabení nebo ztráta schopnosti z důvodu věku, nepříznivého zdravotního stavu, pro krizovou sociální situaci, životní návyky a způsob života vedoucí ke konfliktu se společností, sociálně znevýhodňující prostředí, ohrožení práv a zájmů trestnou činností jiné fyzické osoby nebo z jiných závažných důvodů řešit vzniklou situaci tak, aby toto řešení podporovalo sociální začlenění a ochranu před sociálním vyloučením.“ (§ 3 písm. b)

Je důležité také zmínit fakt, že v České republice se využívá právních předpisů tzv. obecných, které jsou platné svým vymezením pro celou společnost, nikoliv jen pro cílovou skupinu osob se zdravotním postižením (srov. Vojtová In Krejčířová, 2005, s. 6–10).

Lze se však setkat také s velmi jednoduchými, obsahově však signifikantními vymezeními. Jedním z nich je např. definování organizací SONS (2013, online): „stav trvalého a závažného snížení funkční schopnosti v důsledku nemoci, úrazu nebo vrozené vady.

V oblasti poskytování (nejen sociálních) služeb je velmi důležité rozlišit synonyma pouze psaná, nikoliv však obsahová – kvalita života není totéž co kvalita poskytovaných služeb (byť se možná analogie může nabízet, zejména se vstupem sociálních služeb a definováním standardů kvality jejich poskytování). V této návaznosti kupř. autorka Hughes (1990, in Bond,

Corner, 2004) vymezila seznam klíčových oblastí kvality života, stejně jako následný samostatný model kvality života.

Závěrem této podkapitoly – s odkazem na Kováče (2001, s. 30–35, In Zikmund, 1997) je vhodné upozornit na východiska kvality života skrze klinický přístup. V tomto přístupu je kvalita života specifikována těmito ukazateli (indikátory):

- a) zmírňování (postupné zbavování se) utrpení, především však bolesti,
- b) dosažení nezávislosti člověka na péči jiných osob v oblasti běžných, každodenních činností,
- c) schopnost (způsobilost) účinně zvládat náročné životní situaci, stres,
- d) způsobilost žít život ve vyhovujících sociálních interakcích, být zapojen do běžných společenských aktivit,
- e) samostatná saturace potřeb člověka, především materiálních,
- f) spokojenost s vlastním životem, radost a štěstí v něm.

3 PROBLEMATIKA MĚŘENÍ (POSUZOVÁNÍ) KVALITY ŽIVOTA

Posouzení (hodnocení, měření) kvality života je mnohdy automatickou součástí četných (nejen diagnostických) procesů v mnoha oborech – jak zdravotnických, tak pomáhajících (včetně speciálněpedagogických) či sociálních. Je velmi důležité mít v této problematice na mysli fakt, že měřicí nástroje kvality života nejsou „věčné“, tzn., že podléhají ztrátě aktuálnosti, validity, reliability i praktičnosti měření. Měřicí nástroje pro posouzení kvality života taktéž procházejí svým vývojem. Postupem času pak došlo ke specifikování konkrétních, v praxi uplatnitelných (a vědeckou praxí ověřených) nástrojů, nejčastěji dle konkrétního onemocnění. Jak již bylo uvedeno v textu práce dříve, existuje široké spektrum různých názorů a tendencí vymezit kvalitu života různě, ve stejné dikci existuje stejně široké spektrum také konkrétních měřících nástrojů.

V oblasti zdravotní (vlastní zdraví – kvalita života ve vztahu ke zdraví) je nejčastěji užívaným, jak již bylo konstatováno dříve, baterie dotazníků HRQoL. Přesto však nejde o univerzální nástroje, jelikož snaha „vyplnit gap“ v oblasti měření kvality života je akční a aktuální a dochází k vytváření nových (nebo úpravě stávajících) nástrojů (pohledem citlivosti, metodologické a i praktické). Didaktickým úhlem pohledu však lze ono velké množství nástrojů „utříbit“. Hovoříme proto o nástrojích dle konkrétních kritérií členění.

3.1 Měření (posuzování) kvality života nástroji dle kriteriálního členění

Jednotlivé přístupy (metody) k hodnocení kvality života u různých cílových skupin můžeme didakticky členit dle různých kritérií. Prvním z nich je kritérium **dle toho, kdo vlastní kvalitu života hodnotí (posuzuje)**. V tomto

případě pak hovoříme o přístupu (Křivohlavý, 2002; Křivohlavý, 2001, s. 165; Slováček et al., 2005), ve kterém:

- a) hodnotitelem je jiný člověk,
- b) hodnotitelem je samotná osoba, které se kvalita života posuzuje (měří, hodnotí),
- c) je přístup smíšený (kombinace obou předešlých přístupů).

Dalším možným kritériem je **design výzkumného přístupu**. Dle toho kritéria můžeme vymežit přístupy:

- a) kvantitativní,
- b) kvalitativní,
- c) smíšené (kombinované, kombinatorní).

Současně je pak možno jednotlivé techniky (a přístupy) členit také **dle vlastního záměru**. V této oblasti pak lze hovořit o nástrojích:

- a) obecných (generických),
- b) specifických,
- c) kombinovaných (smíšených) – tzn., že obsahují část generického obsahu, stejně jako část obsahu specifického.

Můžeme říci, že přístupy využívající **generické metody** („**generic instruments**“) jsou takové, které posuzují celkový stav člověka (klienta, pacienta, tj. posuzované osoby) bez ohledu na to, jaké onemocnění (zdravotní problém) má. Současně dochází ke zvýraznění bio-psycho-sociální struktury člověka, včetně jeho vlastní existencionální percepce. **Specifické metody** („**disease-specific instruments**“; „**situation-specific instruments**“) jsou zaměřeny velice úzce (tzn. „specificky“) pro co nejcitlivější identifikování faktorů, které ovlivňují kvalitu života. Často jde o faktory, které souvisí kupř. s jedním konkrétním onemocněním. Autor Slováček (2006, s. 9) s odkazem na autory Badia et al., 1999; Busschbach et al., 1999; So et al., 2003; Zittoun et al., 1999), sumarizuje, že „generické dotazníky všeobecně hodnotí celkový stav nemocného bez ohledu na dané onemocnění. Z mezinárodních generických dotazníků lze zmínit SF-36, WHOQOL-100 apod. Specifické dotazníky jsou koncipovány pro hodnocení celkového stavu

nemocného u konkrétního typu onemocnění. S těmito dotazníky jsou často užívány tzv. **moduly**, zaměřené na specifické symptomy a obtíže u daného typu onemocnění.

Pohledem širokého spektra vědních disciplín stále převládá názor (a možno říci také jistá shoda), že kvalita života je fenoménem především subjektivním. V tomto úhlu pohledu pak onu subjektivnost ovlivňuje (a determinuje) **psychologické pojetí kvality života**. To se vztahuje podchytit subjektivně prožívanou životní pohodu, včetně spokojenosti s vlastním životem (srov. Křivohlavý, 2006). Jedním z mnoha nástrojů vycházejících z tohoto pojetí je SEIQoL („The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life“). Velmi blízko k výše uvedenému pojetí má také oblast psychosomatických onemocnění (resp. psychosomatického zdraví). Zde se uplatňují rovněž již zmíněné nástroje z oblasti HRQoL.

V popředí zájmu vědecko-výzkumného posouzení kvality života stojí **standardizované dotazníky kvality života**. Jsou zaměřeny na subjektivní posouzení a paralelně poskytují kvantifikovatelná data ve svých různých sférách – fyzické, sociální i emoční (Vurm et al., 2002). V této oblasti zůstávají nejčastěji využívány standardizované dotazníky SF-36. Ten není zaměřen specificky, nachází široké uplatnění u různých cílových skupin posuzovaných osob (Hnilicová, 2005). V praxi se však uplatňuje celá řada standardizovaných dotazníků, přičemž vlastnosti takového měření byly testovány, komparovány a analyzovány dle aktuálních požadavků vědy a výzkumu, stejně jako vývoje koncepce kvality života jako takové. Stručně řečeno, specifické dotazníky jsou citlivější k problémům konkrétního stavu, avšak je doporučováno, aby bylo měření paralelně podpořeno užitím nástrojem obecným (Musil, Filip, 2011).

Je nutno však vzít v potaz nadhodnocení významu takto měřené kvality života – jaká je závislost mezi kvalitou života a zdravím jedince? (Petr, 2004). Ve speciálněpedagogické realitě se často uplatňuje **sociologické pojetí**. V něm má své zastoupení také empirický výzkum. Sociologické pojetí vyzdvihuje fenomény, jako jsou kupř. sociální status, prestiže, vzdělání, rodinný stav apod. Pro potřeby subjektivního (z)hodnocení kvality života byla zkonstruována pestrá paleta dotazníkových metod. Za jednu z velmi často užívaných lze považovat kupř. „Satisfaction with Life Scale – SWLS“

(pův. orig. Diener, Emmons, 1984) a u nás pak také původní dílo týmu autorů H. Hnilici, H. Hnilicové, H. Janečkové, E. Křížové, J. Payna a K. Schwarze (Hnilicová, 2004).

3.2 Výběr nástroje pro měření (posouzení) kvality života

Volbě a odůvodnění výběru správného nástroje pro posouzení kvality života by měla předcházet fáze koncepce účelu, ke kterému budeme nástroj používat (a potřebovat. Samotný výběr měřícího nástroje bývá podmíněn především vlastním cílem. Bude rozdíl, pokud půjde např. o analýzu účinnosti terapie nebo „klasickou“ klinickou studii ve zdravotnictví či jiné poskytované péči. Pro posouzení kvality života u jednotlivců (individuálně koncipované posouzení kvality života) se nejčastěji administruje individuální nástroj měření. Naopak pro posouzení kvality života skupin(y) se pak využívá nástrojů tradičních. Kupř. v oblasti ošetrovatelské reality (volně lze aplikovat také do oblasti pomáhajících profesí, včetně speciálně-pedagogických disciplín) lze uplatnit tento sled fází (Haase, Braden, 2003):

- a) úzce specifikovat účel pro následné posouzení kvality života,
- b) vymezit cílovou skupinu („populaci“), která má být posuzována,
- c) vymezit vhodný teoretický rámec – model nebo teorii kvality života, včetně konceptualizace,
- d) specifikovat kritéria vlastního posouzení (měření).

Východiska v podobě adekvátního teoretického rámce se opírají nejčastěji o některou z domén kvality života a vztahy mezi těmito doménami či doménami a celkovou kvalitou života. Autor Browne et al. (1997, p. 300–301) odkazuje na fakt, že zvolený nástroj pro posouzení (měření) kvality života by měl obsahovat tři základní oblasti. Jde o:

- a) oblasti (tzn. oblasti života, kam lze řadit např. rodinný život, hodnota zdraví, sociální interakce a vztahy apod.),
- b) kritéria (dle kterých dojde k samotnému posouzení, tzn. určení „vyšší“ a „nižší“ míry kvality života),
- c) důležitost (kterou přisuzujeme té které oblasti).

Dnes existuje přes 200 dotazníků, které jsou zaměřeny na širokou oblast posuzování (měření) úrovně kvality života. Liší se od sebe počtem položek („otázek dotazníku“) a počtem zkoumaných oblastí (srov. Payne, 2005, s. 425). Na benefity standardizovaných dotazníků poukazuje také Bencko et al. (2005): „Prospěch a užitečnost specifické léčby jsou definovány v termínech pacientova každodenního života a jsou hodnoceny specifickými metodami (standardizované dotazníky)“.

Jak uvádí Payne (2005, s. 290–292), prvním krokem před volbou konkrétního nástroje pro posouzení (měření) kvality života je stanovení důvodu hodnocení kvality života u dané skupiny pacienty, a také stanovit účel, kterému budou získané informace sloužit.

V případě zdravotních problémů (včetně chronického onemocnění a zdravotního postižení) lze v souladu s autorem Vodrážkou říci, že v prvních intencích posuzování (měření) kvality života jde o zjištění „jak nemoc a její léčba zasahují do života pacienta“ (Vodrážka, 2003, s. 185). K posuzování (měření) kvality života související se zdravím bylo vytvořeno četné množství nástrojů, jde stále především o dotazníky (Payne, 2005, s. 212). Následně (80. léta) dochází k poměrně rychlé tendenci vytvářet dotazníky, které vyplňuje především sám pacient (klient, osoba) (Payne, 2005, s. 291). Ty by měly být (Vodrážka, 2004, s. 186–187) „jednoduché a výstižné, aby je byli pacienti schopni vyplnit samostatně. Případná pomoc s vyplňováním by měla být taková, aby neovlivňovala pacientovo rozhodnutí“.

4 PRAKTICKÁ ČÁST

Praktická část předkládané práce směřuje k naplnění v Úvodu (s. 6) stanovených cílů. Ty se odvíjejí od konkrétního zkoumaného problému a konkrétní výzkumné otázky: Zkoumaný problém: *„Kvalita života (a její posuzování) jedinců s chronickým onemocněním a/nebo zdravotním postižením/ znevýhodněním skrze SQUALA standardizovaný dotazník“*.

Výzkumná otázka: *„Jak je posuzována kvalita života jedinců s chronickým onemocněním a/nebo zdravotním postižením/znevýhodněním skrze SQUALA standardizovaný dotazník?“*

Samostatná část je věnována sumarizační činnosti dostupných informací k vymezení SQUALA standardizovaného dotazníku, jeho vzniku, užívání a aplikacím. Další část podává přehled dle určené metodiky praktického šetření – práci analýzy obsahu dle jasně daných kritérií.

4.1 SQUALA standardizovaný dotazník pro posouzení (měření) kvality života

Cílem této kapitoly je poukázat na problematiku (specifika) posuzování (tj. hodnocení, měření) kvality života. Bude poukázáno na oblast měřících nástrojů kvality života, tak na teoretické i východiskové ukotvení konkrétního standardizovaného měřícího nástroje – SQUALA standardizovaného dotazníku (Subjective Quality of Life Analysis). Jelikož SQUALA standardizovaný dotazník kvality života je zaměřen na subjektivní dimenzi kvality života, znamená to, že kvalita života je chápána a deklarována subjektivně tím, kdo je dotazován (srov. Křivohlavý, 2005). Často užívanými měřícími nástroji pro posouzení kvality života jsou **standardizované dotazníky**. Jedním z nich je také SQUALA standardizovaný dotazník. Volba právě tohoto nástroje je podložena jeho dostupností v České republice, realizovanou standardizací v českém socio-kulturním kontextu, možností jeho využití jak u zdravé populace, tak u osob s různými typy zdravotních

potíží nebo jiného znevýhodnění (Dragomirecká, Bartoňová, Motlová, 2006). Nesporným benefitem je jednoduchost jeho administrace, interpretace získaných dat, stejně tak jako evaluace užitého nástroje. V našem sociokulturním kontextu se kvalitě života a jejímu zkoumání věnuje řada autorů, jmenujme kupř. autory Dragomireckou et al. (viz výše), Gurkovou (2009, 2011), Payne (2005), Pyšného (2008), Vaňurovou, Múhlpachra (2005) další. Rozsáhlou publikační činností a realizovanými výzkumy ve vztahu ke kvalitě života v ošetrovatelské realitě a pečujícím (blízké osoby) má kupř. autorka Šerfelová (2008, 2011 aj.).

4.2 Strukturalizace SQUALA – standardizovaného dotazníku kvality života pro jeho užívání

V úvodu je zapotřebí předat informaci, že SQUALA standardizovaný dotazník je nástrojem zkonstruovaným v zahraničí, avšak přesto je k dispozici také v našich sociokulturních podmínkách a užívány v České republice.

Autorem SQUALA dotazníku je **M. Zannotti (Nice, Francie)**. Ten chápe kvalitu života jako **veškeré vnímání spokojenosti či nespokojenosti jedince v celém jeho životě, přičemž spokojenost s různými aspekty má také různou důležitost**. V originální podobě byl SQUALA standardizovaný dotazník sestaven v **roce 1992**. SQUALA standardizovaný dotazník lze řadit do baterií tzv. sebeposuzovacích dotazníků, přičemž byl sestaven dle jasných, cílených a metodicky vhodně uchopených kritérií. SQUALA standardizovaný dotazník je ve svém originále zaměřen na **23 oblastí**. Ty identifikují vnější i vnitřní realitu běžného, každodenního života. Původní francouzská verze dotazníku byla vyzkoušena na souboru 51 ambulantně léčebných osob s lékařskou diagnózou schizofrenie. Dále byl také vyzkoušen u 15 pacientů hospitalizovaných na oddělení dětské psychiatrie.

Jak uvádí Dragomirecká et al. (2006, s. 9), „**český dotazník SQUALA je mnohem používanější a známější než francouzský originál**“.

Za nesporné výhody SQUALA standardizovaného dotazníku lze považovat (srov. tamtéž, s. 9, s. 14):

- a) možnost být použit u velkého množství diagnosticky vymezených skupin,
- b) některá klinická pracoviště jej využívají jako standardní nástroj pro dlouhodobé hodnocení léčby,
- c) existují pro něj orientační populační normy,
- d) zahrnuje do hodnocení kvality života hodnotové preference jedince, které jsou často opomíjeny,
- e) nenarušuje běžnou klinickou praxi v různých typech zdravotnických či sociálních zařízení,
- f) je možno jej aplikovat i skupinově.

Klíčovými pojmy zde pak jsou **spokojenost a důležitost**. SPOKOJENOST je hodnocena na pětibodové škále od 1 = velmi zklamán po 5 = zcela spokojen. DŮLEŽITOST je také hodnocena na pětibodové škále, přičemž 0 = bezvýznamné až po 4 = nezbytné.

Volně lze konstatovat, že **SQUALA standardizovaný dotazník je široce uplatnitelný**. Jeho užití lze nalézt např. „v oblastech medicínské, sociální, psychologické i pedagogické oblasti především za účelem diagnostiky nebo zkvalitnění péče a služeb“. (Mühlpachr, 2005, s. 63).

Jak již bylo uvedeno, **SQUALA standardizovaný dotazník zachycuje subjektivní pohled člověka na svou životní situaci**, a to tak, že hodnotí, nakolik je člověk spokojen nebo nespokojen s oblastmi života, které **sám považuje za důležité**. Českou (a v České republice běžně dostupnou) verzi připravila E. Dragomirecká et al. (Dragomirecká, Bartoňová, Motlová, 2006). Při zpracovávání získaných dat se pracuje s tzv. skóry. **Hrubý skór** je přiřazován v rámci získání subjektivního posouzení (spokojenosti) jednotlivých životních oblastí. **Parciální skór** je odvislý od daných oblastí života (např. oblast zdraví - QOL1 je součin skóre důležitosti D01 a skóre spokojenosti S01 – dohromady nabývá sumární hodnoty 0–20. Parciální skóry se zobrazují ve formě profilu kvality života; celkový skór je dán součtem všech parciálních skórů (Dragomirecká et al., 2006, s. 11).

Pokud účastník šetření zhodnotí některou oblast života jako bezvýznamnou, nezáleží na tom, jak hodnotí svou spokojenost s touto oblastí. To znamená, že parciální skóre je 0. **Maximální skóre** (tj. 20 je přítomno v případě, kdy je účastník šetření „zcela spokojen“ s oblastí, kterou ohodnotil jako „nezbytnou“. Výsledky se mohou zpracovávat ve formě profilu parciálních skóre, poskytující přehled o tom, které oblasti života jsou u určité skupiny osob narušeny, resp. v jaké míře. (Dragomirecká, Škoda, 1997). Jak dále titíž autoři uvádějí, bez zajímavosti není ani srovnávání profilu hrubých skóre hodnocení důležitosti, což vypovídá o hierarchii hodnot sledovaného souboru, stejně tak srovnání profilů spokojenosti. Celkové skóre QOL-CZ je dáno součtem všech parciálních skóre (tzn. QOL 01 – QOL 21) (srov. tamtéž).

K vyplnění dotazníku má dotazovaná osoba cca 15 minut. Je doporučováno, aby respondenti měli možnost během vyplňování klást otázky (dotazník byl původně určen pro pacienty s psychotickou poruchou), avšak odpovědi směrem k respondentovi by měly být otevřené – např. „Spravedlností se rozumí to, co si pod tím sám představíte“ (Dragomirecká et al., 2006, s. 29). SQUALA standardizovaný dotazník svou koncepcí vychází z Maslowovy teorie potřeb, proto zde můžeme pracovat s hodnotami jako např. prožitek svobody, pravdy nebo spravedlnosti. Autor originální verze Zannotti při konstruování nástroje zvolil faktorovou analýzu jako metodu zpracování dat. Ta mj. dovoluje vyjádření vztahu mezi jednotlivými položkami.

Česká verze dotazníku byla validizována v rámci projektu GaČR 313/95/1084 „*Kvalita života QOL-CZ. Validizace českého instrumentu*“ v letech 1995-1996 a také dalšími (včetně grantů IGA MZČR).

V některých případech se SQUALA standardizovaný dotazník využívá také v oblasti zkvalitnění služeb a poskytované péče, nejen jako diagnostický prostředek (Vaďurová, Mühlpachr, 2005).

Jak již bylo zmíněno výše, SQUALA standardizovaný dotazník ve své originální „francouzské“ verzi obsahoval 23 posuzovaných oblastí. Ty jsou (Dragomirecká et al., 2006, s. 11) sumarizovány následující tabulkou:

Oblasti původní verze dotazníku SQUALA	
zdraví	politika
fyzická soběstačnost	víra
psychická pohoda	odpočinek
prostředí a domov	záliby
spánek	bezpečí
rodina	práce
mezilidské vztahy	spravedlnost
děti	svoboda
péče o sebe	krása a umění
láska	pravda
sex	peníze
jídlo	

Česká verze SQUALA standardizovaného dotazníku pracuje však s **21 položkami**. Vynechány (po testování) byly „Zajímat se o politiku“ a „Mít víru (např. náboženství)“. Již zmíně hrubé skóry jsou vztaženy na jednotlivé dimenze SQUALA standardizovaného dotazníku takto (Dragomirecká et al., 2006, s. 30):

Vytváření hrubých skóru dimenzí SQUALA standardizovaného dotazníku		
<i>Dimenze</i>	<i>Název dimenze</i>	<i>Skórované položky</i>
squala1	Abstraktní hodnoty	Σ 5 položek
squala2	Zdraví	Σ 4 položky
squala3	Blízké vztahy	Σ 3 položky
squala4	Volný čas	Σ 4 položky
squala5	Základní potřeby	Σ 3 položky

Validizace české verze SQUALA dotazníku byla realizována kupř. na souboru 11 pacientů hospitalizovaných pro diagnózu závislosti na alkoholu nebo jiných psychoaktivních látkách (Dragomirecká et al., 2006,

s. 12). **Prvotní testování přineslo fakt, že SQUALA standardizovaný dotazník je použitelný jak pro pacienty, tak pro osoby bez zdravotních potíží** (srov. tamtéž, s. 12). Následná testování shrnuje autorský kolektiv Dragomirecká et al. (2006, s. 14) takto: „Pilotní testování vedlo k těmto závěrům: Dotazník kvality života SQUALA je možné použít u osob s psychiatrickým onemocněním včetně hospitalizovaných pacientů a je vhodný také pro zdravou populaci, popřípadě populaci s jiným typem zdravotních problémů“.

SQUALA standardizovaný dotazník je uplatnitelný také v rámci hodnocení (efektivity a úspěšnosti) terapeutických procesů. Pilotní výzkum podkládající tento fakt byl realizován u cílových skupin jedinců se závislostí na alkoholu, závislostí na psychoaktivních látkách, s poruchami příjmu potravy a chronickými duševními poruchami (Dragomirecká et al., 2006, s. 15).

V samotné příručce („**SQUALA Subjective QUALity of Life Analysis – Příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA**) autorského kolektivu Dragomirecká et al. (2006) jsou zmíněny také realizované výzkumy s užitím SQUALA standardizovaného dotazníku:

- 1) Rodinná psychoedukace u schizofrenie a kvalita života.
- 2) Kvalita života (SQUALA) a poruchy příjmu potravy.
- 3) Kvalita života mužů po poranění míchy.
- 4) Kvalita života po transplantaci pankreatu.
- 5) Kvalita života u nemocných s chronickou pankreatitidou.
- 6) Kvalita života nemocných psychózou.
- 7) Kvalita života u osob s HIV.
- 8) Kvalita života u osob po chirurgické změně pohlaví.

Jak již bylo konstatováno, originální dotazník byl vytvořen již v roce 1992. **Původním záměrem dotazníku bylo jeho užití u cílové skupiny psychiatrických pacientů (konkrétně se schizofrenií), avšak již sám autor naznačil možnost širokého uplatnění pro běžnou populaci.** Dragomirecká (2006, s. 16) doplňuje, že SQUALA standardizovaný dotazník „je schopen zachycovat změny ve zdravotním a duševním stavu širokého spektra diagnóz,

není však vhodný pro pacienty/klienty, u kterých dochází ke změnám výhradně v oblasti sociálního přizpůsobení a fungování“.

4.3 Metodika systematické empirické činnosti

V rámci **výzkumného přístupu** je volen design **Evidence Based Practice** (EBP). Za výzkumnou metodu byla zvolena **analýza obsahu**. Cílem (záměrem) diplomové práce je naplnit první komponentu zmíněno EBP přístupu ve své **I. fázi: zjištění důkazů** (ve vztahu k výzkumnému cíli – viz Úvod).

Hlavní metodou užitou k naplnění cílů práce je **obsahová analýza**. Je zaměřena na kategorizaci (dle rešeršní strategie), má jasně stanovený cíl a účel a byla provedena podle jasné a reprodukovatelné metodologie (srov. Greenhalgh, 2003, s. 123). Stejně jako autor Hendl (2005, s. 353) jde o metodiku jako každého jiného empirického výzkumu. Výhodou je důslednost a průhlednost postupu a systematické tvorby, identifikace, kritické ohodnocení a syntetizace dohledaných studií a prací. Jak uvádí Ferjenčík (2000), s odkazem na Berelsona (1952), je to „výzkumná technika sloužící objektivnímu a systematickému kvantitativnímu popisu manifestního obsahu komunikace“. Taktéž v souladu s Hendlem (2005) jde o nereaktivní způsob sběru dat – subjektivita výzkumníka nehraje roli ve vztahu k informacím, které jsou v dokumentu obsaženy. Dále napomáhá identifikovat časově vzdálené události.

Mezi největší výhody obsahové analýzy patří „aplikovatelnost na různorodé typy (textových) dat, přizpůsobení výzkumným záměrům (možnost dosáhnout vysoké míry zobecnění, ale i vnímavosti kvalitativních metod) a explanace opřená o objektivní kvantitativní zhodnocení (komparovatelnost).“ (Dvořáková, 2010, s. 95) Dílčím zaměřením přístup sleduje charakter **konceptuální analýzy**, přičemž za koncept (tj. zaznamenávaný znak) považujeme hledaný výraz, klíčové slovo či označení pojmem. V souladu s výše citovanou autorkou (srov. tamtéž, s. 98) bude analýza probíhat dle následujících fází, které vymezil Scherer (2004) (které však nejsou svým obsahem zcela vyčerpávající):

1. Design výzkumu
2. Organizace výzkumu
3. Fáze ověřování
4. Získávání dat
5. Vyhodnocování dat

ad 1) V této fázi došlo k **vymezení výběrového souboru dat** (analyzované zdroje informací) a také **časové období zkoumaných dat**. Došlo k vymezení úrovně analýzy, tj. vydefinování toho, jaký pojem („koncept“) bude hledán. Současně došlo k vymezení kategorií, které byly zaznamenávány do přehledových tabulek, které byly saturovány jednotlivými dohledanými záznamy dle hledaného konceptu. Dochází tak také k tomu, že z evidence dat nejsou zcela náhodně (libovolně) vyzařovány nehodící se materiály.

Výše uvedený přístup sestával ze dvou samostatných, na sebe navazujících částí:

1. Precizní systematická rešeršní činnost dle rešeršní strategie
2. Analyticko-komparační činnost dle kritérií (vlastní práce s dohledanými zdroji dat)

Byla stanovena tato vstupní kritéria pro analýzu obsahu:

- a) **typ dokumentu** (viz samostatně dále),
- b) **vnější znaky dokumentu**: byla provedena *externí evaluace dokumentu* (hlavní sledovaný fenomén: klíčové slovo – key word),
- c) **vnitřní znaky dokumentu (obsah)** – byla prováděna tzv. *interní evaluace dokumentu* (soulad názvu s obsahem, užití tématu v obsahu, tzn. zpracování empirické části výstupů),
- d) **intencionalita dokumentu** (tj. záměrné, odůvodněné užití SQUALA standardizovaného dotazníku),
- e) **původ dokumentu** (viz samostatná část s popisem zdrojů).

Základní soubor tvořily dohledané studie a práce, které byly v rámci metodiky s užitím SQUALA standardizovaného dotazníku napsány. Studie a práce byly vyhledávány na základě klíčových slov. **Vzorek vybraný**

ze základního souboru pak tvořily studie, které splnily základní kritérium, kterým bylo užití SQUALA standardizovaného dotazníku ve své metodice, tzn. empirických výzkumech či empirických částech závěrečných kvalifikačních prací (a taktéž kritéria vstupní; viz výše). Provedení analýzy obsahu bylo **realizováno deskriptivním přístupem**.

4.4 Rešeršní strategie

Rešeršní činnosti byly realizovány v:

- a) dostupných databázích, které má Univerzita Palackého v Olomouci licenčně předplaceny. Rešerše prováděl autor práce s užitím vyhledávací strategie. Přístup k databázím byl realizován skrze EZDROJE UPOL (<http://www.ezdroje.upol.cz>),
- b) dostupných (obsahově korektních) odborných recenzovaných časopisech,
- c) portálech závěrečných (tj. bakalářských, diplomových, disertačních) kvalifikačních prací Univerzity Palackého v Olomouci a Masarykovy univerzity Brno,
- d) portále BMČ Medvik (Národní lékařská knihovna ČR).

Cílem těchto rešeršních aktivit (dle vyspecifikované rešeršní strategie) bylo nalézt dostatečné množství odborných článků, přehledových článků nebo závěrečných kvalifikačních prací, které se svým metodickým přístupem zaměřují na užití SQUALA standardizovaného dotazníku. Po analýze (za předpokladu dodržení uvedené strategie) a podrobení kritice získaného materiálu bude následně pracováno s finálními texty.

4.4.1 Zdroje dat a období vyhledávání v databázích

Pro rešeršní činnost bylo cíleně zvoleno období let **1992–2013 (včetně)**. Rok 1992 byl zvolen záměrně, jelikož v tomto roce byl SQUALA standardizovaný

dotazník ve svém originále sestaven autorem Zannottim. K užitým vědeckým databázím patřily tyto:

- a) SCOPUS
- b) Academic Search Complete
- c) SPORTDiscus with Full Text
- d) Web of Knowledge (dříve „Web of Science“)
- e) PsycINFO
- f) SocINDEX with Full Text
- g) Wiley Online Library

Jednotlivá vyhledávání probíhala v těchto **zdrojích vyhledávaných zdrojových informací:**

- a) Abstract („AB“)
- b) Title („TI“)
- c) Subject Terms („SU“)
- d) Source („SO“)

Vyhledávání dostupných, úspěšně obhájených závěrečných kvalifikačních prací bylo realizováno přes dostupná rozhraní zveřejněných prací na internetu. Cíleně tak bylo hledáno v PORTÁLu Univerzity Palackého v Olomouci a systému archivace závěrečných prací Masarykovy univerzity Brno. Do vyhledávání byly zahrnuty práce:

- a) bakalářské (s empirickým šetřením),
- b) diplomové,
- c) disertační.

4.4.2 Výběr relevantních datových zdrojů

Za relevantní publikační výstupy, se kterými bylo možno dále systematicky pracováno, byly zvoleny tyto:

- a) plnotexty odborných článků (ze všech zdrojů hledání),
- b) abstrakty odborných vědeckých článků (ze všech zdrojů hledání),
- c) úspěšně obhájené kvalifikační závěrečné práce (Univerzita Palackého v Olomouci, Masarykova Univerzita Brno).

4.4.3 Klíčová slova při vyhledávání

Při všech krocích rešeršních aktivit byla užívána tato klíčová slova (a jejich kombinace): SQUALA; Subjective Quality of Life Analysis; S.QUAL.A; squala; S-QUAL-A; squala questionnaire; SQUALA questionnaire; SQUALA measurement.

4.5 Sumarizace dohledaných relevantních výstupů z databází

Vyhledávání dostupných zdrojů bylo prováděno systematicky, a to v několika fázích. Byly realizovány tyto aktivity:

- 2) rešeršní aktivita 1 – hledáno bylo s užitím klíčových slov v abstraktu,
- 3) rešeršní aktivita 2 – hledáno bylo s užitím klíčových slov v názvu,
- 4) rešeršní aktivita 3 – hledáno bylo s užitím klíčových slov v předmětu zájmu,
- 5) rešeršní aktivita 4 – hledáno bylo s užitím klíčových slov ve zdrojích.

4.5.1 Rešeršní aktivita 1: zdroj „Abstract (AB)“

Při první rešeršní aktivitě bylo užito klíčového slova „SQUALA“ (z důvodu odlišnosti od jiných tezurů psáno velkými písmeny) v polích „AB“ (Abstract). Dohledáno bylo 14 následujících výstupů:

Autor (autoři)	Název publikace	Bibliografická citace zdroje	Databáze
MOTLOVÁ, L.; DRAGOMIRECKÁ, E.; ŠPANIEL, F.; GOPPOLDOVÁ, E.; ZÁLESKÝ, R.; ŠELEPOVÁ, P.	<i>Schizophrenia and quality of life: Patient-reported outcomes on group family psychoeducation</i>	Psychiatrie (Jan 1, 2004, vol. 8, issue 3, p 77-80, 4 p)	Scopus
FERRIS, C. D.; LAFONTAINE, J. D.	<i>Review of the North American species of Marimatha Walker with descriptions of three new species (Lepidoptera, Noctuidae,</i>	ZooKeys (Jan 1, 2010, vol. 39, issue 5, p 117-135 , 19 p)	Scopus

	<i>Eustrotiinae) and the description of Pseudomarimatha flava (Noctuidae, Noctuinae, Elaphriini), a new genus and species confused with Marimatha</i>		
MOTLOVÁ, L.; DRAGOMIRECKÁ, E.; ŠPANIEL, F.; ŠELEPOVÁ, P.	<i>Family psychoeducation in schizophrenia and quality of life in patients and their relatives Vliv rodinné psychoedukace u schizofrenie na kvalitu života pacientů a jejich příbuzných</i>	Psychiatrie (Jan 1, 2002, vol. 6, issue 4, p 46-49, 4 p)	Scopus
IVANOVIČOVÁ, M.; GRÖPEL, P.	<i>Irrational convictions and life satisfaction: A correlation study Iracionálne presvedčenia a spokojnosť so životom: Korelačná štúdia</i>	Československá psychologie (Jan 1, 2009, vol. 53, issue 1, p 84-91, 8 p)	Scopus
DRAGOMIRECKÁ, E; LENDERKING, W. R.; MOTLOVÁ, L.; GOPPOLDOVÁ, E.; ŠELEPOVÁ, P.	<i>A Brief Mental Health Outcomes Measure: Translation and Validation of the Czech Version of the Schwartz Outcomes Scale-10.</i>	Quality of Life Research (Mar 2006, vol. 15, issue 2, p 307-312, 6 p)	Academic Search Complete
NEMČEK, D.	<i>Differences in opinions to selected quality of life indicators between elderly men and women Rozdiely v názorech na vybrané indikátory kvality života medzi mužmi a ženami v staršom veku</i>	Acta Facultatis Educationis Physicae Universitatis Comenianae (2011, vol. 51 issue 2, p 65)	SPORT Discus with Full Text

PTÁČKOVÁ, A.	<i>Comparison of quality of life before and one year after the liver transplantation Srovnání kvality života před a jeden rok po transplantaci jater</i>	Československá psychologie (Jan 1, 1999, vol. 43, issue 4, p 338-348, 11 p)	Scopus
DRAGOMIRECKÁ, E.; LENDERKING, W. R.; MOTLOVÁ, L.; GOPPOLDOVÁ, E.; ŠELEPOVÁ, P.	<i>A brief mental health outcomes measure: Translation and validation of the Czech version of the Schwartz Outcomes Scale-10</i>	Quality of Life Research (Jan 1, 2006, vol. 15, issue 2, p 307-312, 6 p)	Scopus
KOHL, F. S.; NADALET, L.; PRINGUEY, D.	<i>Perception of everyday life by schizophrenic patients and nurses: Content analysis of patients' speech on different domains of quality of life Perception par les sujets schizophrènes de la vie quotidienne: Analyse de contenu du discours des patients sur les domaines d'une échelle de qualité de vie</i>	Encephale (Jan 1, 2007, vol. 33, issue 1, p 75-81, 7 p)	Scopus
CIMERMANOVÁ, D.; PREISS, M.; ČERMÁKOVÁ, R.	<i>Personalized computer rehabilitation of cognitive functions: The results of the study with Cognifit program Personalizovaná počítačová rehabilitace kognitivních funkcí: Výsledky studie s programem Cognifit</i>	Psychiatrie (Jan 1, 2011, vol. 15, issue 2, p 74-78, 5 p)	Scopus
KITZLEROVÁ, E.; ANDERS, M.; KAUTZNER, J.; DOHNALOVÁ, A.	<i>Evaluation of psychopathology in patients suffering from paroxysmal supraventricular tachycardia one year after radiofrequency catheterization ablation Hodnocení psychopatologie u pacientů trpících paroxyzmálními</i>	Česká a slovenská psychiatrie (Jan 1, 2005, vol. 101, issue 1, p 15-20, 6 p)	Scopus

	<i>supraventrikulárními tachykardiemi za rok po provedené radiofrekvenční katetrizační ablaci</i>		
POTRIBNÁ, J.; DRAGOMIRECKÁ, E.	<i>Quality of life of HIV/AIDS patients in comparison with a control group</i>	Homeostasis in Health and Disease (Jan 1, 2001, vol. 41, issue 5, p 176-181, 6 p)	Scopus
DZÚROVÁ, D.; DRAGOMIRECKÁ, E.	<i>Quality of life in the Czech Republic</i>	Acta Universitatis Carolinae, Geographica (Jan 1, 2000, vol. 35, issue 1, p 103-116, 14 p)	Scopus
ŠRÁMKOVÁ, T.; DRAGOMIRECKÁ, E.; WENDSCHE, P.; CPINOVÁ, P.; SUTORÝ, M.	<i>Quality of life of men with posttraumatic spinal cord injury Kvalita života mužů s posttraumatickou transverzální míšní lézí</i>	Praktický lékař (Jan 1, 1999, vol. 79, issue 5, p 263-268, 6 p)	Scopus

4.5.2 Rešeršní aktivita 2: zdroj „Title (TI)“

Tato rešeršní aktivita nepřinesla žádné relevantní výstupy. Počet dohledaných výstupů při zadání klíčového slova „SQUALA“ v poli „Title (TI)“ byl roven **nule**. Po úpravě klíčového slova na „S.QUA.LA“ byl dohledán 1 relevantní výstup.

Autor (autoři)	Název publikace	Bibliografická citace zdroje	Databáze
NADALET, L.; KOHL, F. S.; PRINGUEY, D.; BERTHIER, F.	<i>Validation of a subjective quality of life questionnaire (S.QUA.LA) in schizophrenia</i>	Schizophrenia Research (Jan 1, 2005, vol. 76, issue 1, p 73-81, 9 p)	Scopus

4.5.3 Rešeršní aktivita 3: zdroj „Subject Terms (SU)“

Tato rešeršní aktivita dohledala **4 relevantní výstupy**. Jde však o výstupy, které jsou totožné s výstupy dohledanými rešeršní aktivitou 1.

Autor (autoři)	Název publikace	Bibliografická citace zdroje	Databáze
FERRIS, C. D.; LAFONTAINE, J. D.	<i>Review of the North American species of Marimatha Walker with descriptions of three new species (Lepidoptera, Noctuidae, Eustrotiinae) and the description of Pseudomarimatha flava (Noctuidae, Noctuinae, Elaphriini), a new genus and species confused with Marimatha</i>	ZooKeys (Jan 1, 2010, vol. 39, issue 5, p 117-135 , 19 p)	Scopus
POTRIBNÁ, J.; DRAGOMIRECKÁ, E.	<i>Quality of life of HIV/AIDS patients in comparison with a control group</i>	Homeostasis in Health and Disease (Jan 1, 2001, vol. 41, issue 5, p 176-181, 6 p)	Scopus
DZÚROVÁ, D.; DRAGOMIRECKÁ, E.	<i>Quality of life in the Czech Republic</i>	Acta Universitatis Carolinae, Geographica (Jan 1, 2000, vol. 35, issue 1, p 103-116, 14 p)	Scopus
ŠRÁMKOVÁ, T.; DRAGOMIRECKÁ, E.; WENDSCHE, P.; CPINOVÁ, P.; SUTORÝ, M.	<i>Quality of life of men with posttraumatic spinal cord injury Kvalita života mužů s posttraumatickou transverzální míšní lézí</i>	Praktický lékař (Jan 1, 1999, vol. 79, issue 5, p 263-268, 6 p)	Scopus

4.5.4 Rešeršní aktivita 4: zdroj „Source (SO)“

Tato rešeršní aktivita nepřinesla žádné relevantní výstupy. Počet dohledaných výstupů při zadání klíčového slova „SQUALA“ v poli „Source (SO)“ byl roven **nule**.

4.5.5 Rešeršní aktivita 5: vyhledávání v podobě „plného ekvivalentu“

Tato rešeršní aktivita byla zaměřena na vyhledávání relevantních výstupů dle rozepsaného (tzn. nikoliv zkráceného) tvaru měřícího nástroje SQUALA. Bylo užito oficiální označení „Subjective Quality of Life Analysis“. Hledáno bylo ve zdroji „Title (TI)“ a poté v „Abstract (AB)“. V prvním případě hledání bylo dohledáno celkem 7 záznamů, nicméně obsahově se ani jeden z nich nevztahoval ke SQUALA dotazníku. Ve druhém případě („abstrakt“) bylo však dohledáno 56 výstupů. Ty byly roztříděny dle obsahu a formy (byly vyřazeny posterové přednášky a sekundární odkazy na jiné výstupy) a jsou uvedeny v tabulce níže.

Autor (autoři)	Název publikace	Bibliografická citace zdroje	Databáze
AWAD, A. G; VORUGANTI, L. N. P.; HESLEGRAVE, R. J.	<i>A conceptual model of quality of life in schizophrenia: Description and preliminary clinical validation.</i>	Quality of Life Research (Feb 1997, vol. 6, issue 1, p 0-0, 0 p)	Academic Search Complete
HANSSON, L.; SANDLUND, M.; BENGTSSON-TOPS, A.; BJARNASON, O.; KARLSSON, H.; MACKEPRANG, T.; MERINDER, L.; NILSSON, L.; SØRGAARD, K.; VINDING, H.; MIDDELBOE, T.	<i>The relationship of needs and quality of life in persons with schizophrenia living in the community. A Nordic multi-center study.</i>	Nordic Journal of Psychiatry (vol. 57 (1), 2003, pp. 5-11)	PsycINFO

BRUNT, D.; HANSSON, L.	<i>The quality of life of persons with severe mental illness across housing settings</i>	<i>Nordic Journal of Psychiatry</i> (Aug 2004, vol. 58, issue 4, p 293-298, 6 p)	SocINDEX with Full Text
NICOLSON, P.; ANDERSON, P.	<i>Quality of life, distress and self-esteem: A focus group study of people with chronic bronchitis</i>	<i>British Journal of Health Psychology</i> (Sep 1, 2003, vol. 8, issue 3, p 251-270, 20 p)	Wiley Online Library
CARPINIELLO, B.; LAI, G.; PARIANTE, C. M.; CARTA, M. G.; RUDAS, N.	<i>Symptoms, standards of living and subjective quality of life: a comparative study of schizophrenic and depressed out-patients</i>	<i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> (Oct 1, 1997, vol. 96, issue 4, p 235-241, 7 p)	Wiley Online Library
GAMMA, A.; ANGST, J.	<i>Concurrent psychiatric comorbidity and multimorbidity in a community study: Gender differences and quality of life.</i>	<i>European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience</i> (251 (Supl2), Jun, 2001, p 43-46)	PsycINFO
GOODMAN, M.; HULL, J. W.; TERKELSEN, K. G.; SMITH, T. E.; ANTHONY, D.	<i>Factor structure of quality of life: The Lehman interview.</i>	<i>Evaluation and Program Planning</i> (vol. 20 (4), Nov, 1997. p 477-480)	PsycINFO
HUI-CHING WU	<i>The protective effects of resilience and hope on quality of life of the families coping with the criminal traumatising of one of its members</i>	<i>Journal of Clinical Nursing</i> (Jul 1, 2011, vol. 20, issue 13-14, p 1906- 1915, 10 p)	Wiley Online Library
AWATA, S.; BECH, P.; YOSHIDA, S.; HIRAI, M.; SUZUKI, S.; YAMASHITA, M.; OHARA, A.; HINOKIO, Y.; MATSUOKA, H.; OKA, Y.	<i>Reliability and validity of the Japanese version of the World Health Organization-Five Well-Being Index in the context of detecting depression in diabetic patients</i>	<i>Psychiatry & Clinical Neurosciences</i> (Feb 2007, vol. 61, issue 1, p 112-119, 8 p)	Academic Search Complete; PsycINFO

JORALEMON, D.; FUJINAGA, K. M.	<i>Studying the quality of life after organ transplantation: Research problems and solutions</i>	<i>Social Science & Medicine</i> (May 97, vol. 44, issue 9, p 1259- 1269. 11 p)	Academic Search Complete
HAAS, B. K.	<i>Clarification and Integration of Similar Quality of Life Concepts</i>	<i>Journal of Nursing Scholarship</i> (Sep 1, 1999, vol. 31, issue 3, p 215-220, 6 p)	Wiley Online Library
REINE, G.; LANÇON, C.; DI TUCCI, S.; SAPIN, C.; AUQUIER, P.	<i>Depression and subjective quality of life in chronic phase schizophrenic patients</i>	<i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> (Oct 1, 2003, vol. 108, issue 4, p 97-303, 7 p)	Wiley Online Library
NADALET, L.; KOHL, F. S.; PRINGUEY, D.; BERTHIER, F.	<i>Validation of a subjective quality of life questionnaire (S.QUA.LA) in schizophrenia</i>	<i>Schizophrenia Research</i> (Jan 1, 2005, vol. 76, issue 1, p73-81, 9p)	Scopus
BEST, CH. J.; CUMMINS, R. A.; KAI LO, S.	<i>The Quality of Rural and Metropolitan Life</i>	<i>Australian Journal of Psychology</i> (Aug 1, 2000, vol. 52, issue 2, p 69-74, 6 p)	Wiley Online Library
SCHIFFNER, R.; BRUNNBERG, S.; HOHENLEUTNER, U.; STOLZ, W.; LANDTHALER, M.	<i>Willingness to pay and time trade-off: useful utility indicators for the assessment of quality of life and patient satisfaction in patients with port wine stains</i>	<i>British Journal of Dermatology</i> (Mar 1, 2002, vol. 146, issue 3, p 440-447, 8 p)	Wiley Online Library
FITZGERALD, P. B.; WILLIAMS, C. L.; CORTELING, N.; FILIA, S. L.; BREWER, K.; ADAMS, A.; DE CASTELLA, A. R. A.; ROLFE, T.; DAVEY, P.; KULKARNI, J.	<i>Subject and observer- rated quality of life in schizophrenia</i>	<i>Acta Psychiatrica Scandinavica</i> (May 1, 2001, vol. 103, issue 5, p 387-392, 6 p)	Wiley Online Library

MÖLLER-LEIMKÜHLER, A.; JANDL, M.	<i>Expressed and perceived emotion over time: does the patients' view matter for the caregivers' burden?</i>	European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience (Aug 2011, vol. 261, issue 5, p 349-355, 7 p)	Academic Search Complete
MOTLOVÁ, L.; DRAGOMIRECKÁ, E.; ŠPANIEL, F.; GOPPOLDOVÁ, E.; ZÁLESKÝ, R.; ŠELEPOVÁ, P.	<i>Schizophrenia and quality of life: Patient-reported outcomes on group family psychoeducation</i>	Psychiatrie (Jan 1, 2004, vol. 8, issue 3, p 77-80, 4 p)	Scopus
KIRÁLY, E.; GONDOS, T.	<i>Cardiovascular diseases and the health-related quality of life after total hip replacement</i>	Journal of Clinical Nursing (Oct 1, 2012, vol. 21, p 2843-2850, 8 p)	Wiley Online Library
ANDENÆS, R.; KALFOSS, M. H.; WAHL, A.	<i>Psychological distress and quality of life in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease</i>	Journal of Advanced Nursing (Jun 1, 2004, vol. 46, issue 5, p 523-530, 8 p)	Wiley Online Library
MOTLOVÁ, L.; DRAGOMIRECKÁ, E.; ŠPANIEL, F.; ŠELEPOVÁ, P.	<i>Family psychoeducation in schizophrenia and quality of life in patients and their relatives Vliv rodinné psychoedukace u schizofrenie na kvalitu života pacientů a jejich příbuzných</i>	Psychiatrie (Jan 1, 2002, vol. 6, issue 4, p 46-49, 4 p)	Scopus
MÖLLER-LEIMKÜHLER, A.; MITJA, M. J.	<i>Expressed and perceived emotion over time: Does the patients' view matter for the caregivers' burden?</i>	European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience (Vol 261 (5), Aug. 2011, pp. 349-35, 6 p)	PsycINFO

COLE, B. F.; GELBER, R. D.	<i>A quality-adjusted survival meta-analysis of adjuvant chemotherapy for premenopausal breast cancer</i>	Statistics in Medicine (Aug 30, 1995, vol. 14, issue 16, p 1771-1784, 14 p)	Wiley Online Library
DRAGOMIRECKÁ, E.; LENDERKING, W. R.; MOTLOVÁ, L.; GOPPOLDOVÁ, E.; ŠELEPOVÁ, P.	<i>A Brief Mental Health Outcomes Measure: Translation and Validation of the Czech Version of the Schwartz Outcomes Scale-10</i>	Quality of Life Research (Mar 2006, vol. 15, issue 2, p 307-312, 6 p)	Academic Search Complete
EVENSEN, J.; RØSSBERG, J. I.; BARDER, H.; HAAHR, U.; HEGELSTAD, W. T.; JOA, I.; JOHANNESSEN, J. O.; LARSEN, T. K.; MELLE, I.; OPJORDSMOEN, S; RUND, B. R.; SIMONSEN, E.; SUNDET, K.; VAGLUM, P.; FRIIS, S.; MCGLASHAN, T.	<i>Apathy in first episode psychosis patients: A ten year longitudinal follow-up study</i>	Schizophrenia Research (Apr 2012, vol. 136, issue 1-3, p 19-24, 6 p)	Academic Search Complete
MATT, T.	<i>The potential unlimited programme: an outdoor experiential education and group work approach that facilitates adjustment to brain injury</i>	Brain Injury (Dec 2004, vol. 18, issue 12, p 1271-1286, 16 p)	Academic Search Complete
HOGVEEN, B. R.	<i>Teaching and Learning Guide for: Youth (and) Violence</i>	Sociology Compass (Nov 1, 2008, vol. 2, issue 6, p 2074-2082, 9 p)	Wiley Online Library
DRAGOMIRECKÁ, E.; LENDERKING, W. R.; MOTLOVÁ, L.; GOPPOLDOVÁ, E.; ŠELEPOVÁ, P.	<i>A brief mental health outcomes measure: Translation and validation of the Czech version of the Schwartz Outcomes Scale-10</i>	Quality of Life Research (Jan 1, 2006, vol. 15, issue 2, p 307-312, 6 p)	Scopus

KEEREWEER, S.; DE WILT, J. H. W.; SEWNAIK, A.; MEEUWIS, C. A.; TILANUS, H. W.; KERREBIJN, J. D. F.	<i>Early and long-term morbidity after total laryngopharyngectomy</i>	European Archives of Oto-Rhino-Laryngology (Jan 1, 2010, vol. 267, issue 9, p 1437-1444, 8 p)	Scopus
SHUXIN XI.	<i>Effectiveness of voice rehabilitation on vocalisation in postlaryngectomy patients: a systematic review</i>	International Journal of Evidence-Based Healthcare (Dec 1, 2010, vol. 8, issue 4, p 256-258, 3 p)	Wiley Online Library
KOVARSKY, D.	<i>Representing voices from the life-world in evidence-based practice</i>	International Journal of Language & Communication Disorders (Jun 1, 2008, vol. 43, issue S1, p 47-57, 11 p)	Wiley Online Library
THOMAS, M.	<i>The potential unlimited programme: An outdoor experiential education and group work approach the facilitates adjustment to brain injury</i>	Brain Injury (Jan 1, 2004, vol. 18, issue 12, p 1271-1286, 16 p)	Scopus

4.5.6 Rešeršní aktivita 6: vyhledávání v archivech závěrečných kvalifikačních prací

Tato rešeršní aktivita byla realizována ve dvou samostatných krocích:

- 1) Prvním z nich bylo vyhledávání v Portálu Univerzity Palackého v Olomouci, v sekci „Kvalifikační práce“, jejichž přehled a plnotexty jsou k dispozici on-line. Vyhledávání probíhalo dle strategie klíčových slov. Po zadání klíčového slova (jak v českém, tak následně anglickém jazyce) „SQUALA“ byly dohledány **3 závěrečné kvalifikační práce**.
- 2) Druhé hledání bylo realizováno v databázi závěrečných kvalifikačních prací Masarykovy univerzity Brno („IS MU – Vyhledávání“). Bylo

dohledáno **86 odkazů** na práce obsahující klíčové slovo „SQUALA“ (precizace thesauru v podobě „SQUALA agenda:th.“). Vyhledaný soupis prací byl prostudován, hlavní zřetel byl věnován užití metodice – zdali SQUALA standardizovaný dotazník byl užit v rámci empirické části kvalifikační práce. Přibližně polovina prací pouze užívala teoretické opory ve SQUALA dotazníku, event. na něj bylo jen odkazováno. Proto bude výsledná sumarizace zúžena a pro četnost plnotextových prací budou uvedeny pouze cílové skupiny empirických šetření (výzkumů).

4.5.7 Rešeršní aktivita 7: vyhledávání v dostupných odborných recenzovaných časopisech

Bylo realizováno také vyhledávání v dostupných odborných časopisech. Časopisy, mající archivy čísel, musely být odborného zaměření, recenzované a aktuálně vydávané. Bylo prohledáváno s užitím obdobných klíčových slov jako ve výše uvedených rešeršních strategiích. Takto bylo vyhledáváno v časopisech:

- a) PROFESE on-line (ISSN 1803-4330),
- b) KONTAKT, odborný a vědecký časopis pro zdravotně sociální otázky (ISSN 1804-7122),
- c) Ošetrovatelství a porodní asistence (1804-2740),
- d) Ošetrovatelstvo (ISSN 1338-6263),
- e) e-Pedagogium (ISSN 1213-7499),
- f) Speciální pedagogika (ISSN 1211-2720),
- g) Časopis Adiktologie (1213-3841),
- h) Československá psychologie: časopis pro psychologickou teorii a praxi (ISSN 0009-062X).

Ve výše uvedených periodikách nebyl dohledán žádný relevantní publikační výstup, který by se zaměřoval na užití SQUALA standardizovaného nástroje. Skrze vyhledávač Google byl dohledán 1 relevantní výstup v podobě článku, který se zaměřoval na cílovou skupinu osob drogově závislých v terapeutických komunitách (Doležalová, 2006).

4.5.8 Rešeršní aktivita 8: vyhledávání v databázi BMČ – Medvik Národní lékařské knihovny České republiky

V této databázi bylo hledáno přes „pokročilé hledání: dle slov/výrazů“. Klíčovým slovem bylo „SQUALA“ a hledáno bylo „kdekoliv“. Tohle hledání vyhledalo **5 odkazů na práce různého zaměření**.

4.6 Zhodnocení studií a prací zařazených do sumarizace informací

Při analýze byly vyloučeny studie teoretického zaměření, studie odkazující na jiné výstupy, duplikatury a postery (odkazy) na aktivní účasti na konferencích. Pro samotné naplnění cíle práce bylo finálně pracováno se zdroji vyčleněných ze základního souboru.

V databázi **Web of Science** bylo dohledáno celkem 6 relevantních odkazů, z nichž obsahově validních bylo 5 z nich. SQUALA standardizovaný dotazník byl použit v článku *„Irrational convictions and life satisfaction: A correlation study“*. Zkoumaný soubor byl tvoře 172 respondenty v produktivním věku (učitelé a manažeři) a SQUALA standardizovaný dotazník byl užit v kombinaci s dalšími dvěma dotazníky pro zhodnocení životní spokojenosti. Dalším článkem byl *„Perception of everyday life by schizophrenic patients and nurses: content analysis of patients' speech on different domains of quality of life“*. Zkoumaným souborem byli pacienti se schizofrenií a taktéž všeobecné sestry, poskytující komplexní péči. Třetím článkem byl *„A brief mental health outcomes measure: Translation and validation of the Czech version of the Schwartz Outcomes Scale-10“* autorského kolektivu Dragomirecká et al. Zde byl SQUALA standardizovaný dotazník užit v rámci potvrzení signifikantní korelace mezi výše uvedenými dvěma měřicími nástroji. V časopise Československá psychologie publikovaný článek s názvem *„Comparison of quality of life before and one year after the liver transplantantion“*, ve kterém byla komparována kvalita života pacientů před a po transplantaci jater. SQUALA standardizovaný

dotazník byl užit v kombinaci s měřicím nástrojem COQP/WONCA Charts. Studie byla realizována v letech 1997–1998 a bylo jí účastno 75 účastníků. Statisticky významné zlepšení bylo zjištěno v těchto oblastech: „zdraví, pohoda, sebek péče, odpočinek, fyzická kondice, denní aktivity a společenské aktivity“. Poslední relevantní záznam odkazuje na „*Quality of life (QOL-CZ). Validation of the Czech version of SQUALA*“ autorského týmu Dragomirecká a Škoda.

Nejvíce validní výstupy byly (kromě výsledků dohledaných v databázi Web of Science) ty, které byly dohledány **v databázích předplacených Univerzitou Palackého v Olomouci**. Dohledané výstupy jsou uvedeny v části „Rešeršní aktivita 1: zdroj „Abstract (AB)“ a jejich obsah je následující:

- a) MOTLOVÁ, L.; DRAGOMIRECKÁ, E.; ŠPANIEL, F.; GOPPOLDOVÁ, E.; ZÁLESKÝ, R.; ŠELEPOVÁ, P. *Schizophrenia and quality of life: Patient-reported outcomes on group family psychoeducation*. Psychiatrie (Jan 1, 2004, Vol. 8, Issue 3, p. 77-80, 4 pp.). V této studii byl SQUALA standardizovaný dotazník administrován 39 pacientům se schizofrenií před užitím psychoedukačního programu a 3 měsíce po této aktivitě. Kombinující metodou získávání dat byl Psychoeducation Outcomes Questionnaire. Oproti kontrolní skupině byla deklarována signifikantně nižší kvalita života u pacientů se schizofrenií než u kontrolní skupiny zdravých jedinců.
- b) MOTLOVÁ, L.; DRAGOMIRECKÁ, E.; ŠPANIEL, F.; ŠELEPOVÁ, P. *Family psychoeducation in schizophrenia and quality of life in patients and their relatives | Vliv rodinné psychoedukace u schizofrenie na kvalitu života pacientů a jejich příbuzných*. Psychiatrie (Jan 1, 2002, Vol. 6, Issue 4, p. 46-49, 4 pp.). Cílem této 3 měsíční follow-up studie bylo zjistit vliv rodinného psychoedukačního programu na kvalitu života respondentů. Celkem 25 pacientů a 42 jejich příbuzných byli náhodně rozděleni do dvou typů programu. Zatímco kvalita života u příbuzných zůstala stabilní po dobu tří měsíců, pacienti byli výrazně spokojenější s doménami „fyzická autonomie, duševní pohoda a rodina“.

- c) IVANOVIČOVÁ, M.; GRÖPEL, P. *Irrational convictions and life satisfaction: A correlation study* | *Iracionálně presvedčenia a spokojnosť so životom: Korelačná štúdia*. Československá Psychologie (Jan 1, 2009, Vol. 53, Issue 1, p. 84-91, 8 pp.) – viz hodnocení v sekci Web of Science.
- d) DRAGOMIRECKÁ, E., LENDERKING, W. R., MOTLOVÁ, L., GOPPOLDOVÁ, E., ŠELEPOVÁ, P. *A Brief Mental Health Outcomes Measure: Translation and Validation of the Czech Version of the Schwartz Outcomes Scale-10*. Quality of Life Research (Mar 2006, Vol. 15, Issue 2, p. 307-312, 6 pp) – viz hodnocení v sekci Web of Science.
- e) NEMČEK, D. *Differences in opinions to selected quality of life indicators between elderly men and women* | *Rozdiely v názorech na vybrané indikátory kvality života medzi mužmi a ženami v staršom veku*. Acta Facultatis Educationis Physicae Universitatis Comenianae (2011, Vol. 51, Issue 2, p. 65). Do této studie bylo zapojeno celkem 102 respondentů (35 mužů, 37 žen) ve věku nad 60 let. Bez rozdílu pohlaví tato cílová skupina shodně uvedla jako nejdůležitější oblast „zdraví“, nejméně důležité pak oblasti „politika“ a „sexuální život“. Signifikantní rozdíly byly zaznamenány v doméně „společenských vztahů“ (děti, příbuzní a přátelé jsou mnohem důležitější pro ženy než muže).
- f) PTÁČKOVÁ, A. *Comparison of quality of life before and one year after the liver transplantation* | *Srovnání kvality života před a jeden rok po transplantaci jater*. Československá psychologie (Jan 1, 1999, Vol. 43, Issue 4, p. 338-348, 11 pp.) – viz hodnocení v sekci Web of Science.
- g) KOHL, F. S., NADALET, L., PRINGUEY, D. *Perception of everyday life by schizophrenic patients and nurses: Content analysis of patients' speech on different domains of quality of life* | *Perception par les sujets schizophrènes de la vie quotidienne: Analyse de contenu du discours des patients sur les domaines d'une échelle de qualité de vie*. Encephale (Jan 1, 2007, Vol. 33, Issue 1, p. 75-81, 7 pp.). Cílovou skupinou jsou nemocní se schizofrenií a členové ošetrovatelského týmu, který této

cílové skupině poskytuje péči. S užitím obsahové analýzy byly jednotlivé domény SQUALA standardizovaného dotazníku hodnoceny položku po položce.

- h) CIMERMANOVÁ, D., PREISS, M., ČERMÁKOVÁ, R. ***Personalized computer rehabilitation of cognitive functions: The results of the study with Cognifit program | Personalizovaná počítačová rehabilitace kognitivních funkcí: výsledky studie s programem Cognifit.*** Psychiatrie (Jan 1, 2011, Vol. 15, Issue 2, p. 74-78, 5 pp). Studie shrnuje výsledky subjektivního hodnocení programem Cognifit u cílové skupiny pacientů (N = 19) s afektivními poruchami (dle MKN-10 lékařské diagnózy F31, F32 a F33) „vzdělávaných“ doma po dobu nejméně 8 týdnů (24 sezení). Kontrolní skupina byla tvořena 17 pacienty. Užité metody byly DEX, CFQ, EMQ, SQUALA standardizovaný dotazník, dále dotazníky SOS-10, BDI-II, a dva dotazníky pro příbuzné (DEX-SO, CFQ-SO).
- i) KITZLEROVÁ, E., ANDERS, M., KAUTZNER, J., DOHNALOVÁ, A. ***Evaluation of psychopathology in patients suffering from paroxysmal supraventricular tachycardia one year after radiofrequency catheterization ablation | Hodnocení psychopatologie u pacientů trpících paroxysmálními supraventrikulárními tachykardiemi za rok po provedené radiofrekvenční katetrizační ablaci.*** Česká a Slovenská psychiatrie (Jan 1, 2005, Vol. 101, Issue 1, p. 15-20, 6 pp.). V této studii byl hodnocen stav u 16 pacientů s paroxysmální supraventrikulární tachykardií. Psychopatologie a kvalita života byla posuzována / měřena s pomocí dotazníků BECK, ZUNG-SDS, SCL-90 a SQUALA. Nebyla prokázána přítomnost depresivní a úzkostné symptomatologie, ani před, ani po zákroku. Kvalita života pacientů po zákroku byla hodnocena pomocí dotazníku SQUALA a statisticky významné zlepšení bylo shledáno pouze ve dvou z 23 oblastí dotazníku - "spánku" a "krása a umění".
- j) POTRIBNÁ, J., DRAGOMIRECKÁ, E. ***Quality of life of HIV/AIDS patients in comparison with a control group.*** Homeostasis in Health and Disease (Jan 1, 2001, Vol. 41, Issue 5, p. 176-181, 6 pp.). V této studii byla kvalita života posuzována u 38 pacientů léčených v AIDS centrech

České republiky. Stejný počet, avšak zdravých jedinců, tvořil kontrolní skupinu. Užitými technikami sběru dat byl SQUALA standardizovaný dotazník a Global Assessment Form. HIV/AIDS pacienti dosáhli podstatně nižších skóre v oblasti fyzického a duševního zdraví, rodičovské a sexuální role, a také nižšího celkového skóre kvality života. Pozitivním zjištěním bylo, že HIV/AIDS pacienti sledovaného souboru nevykazovali narušení v oblasti mezilidských vztahů či pracovních a volnočasových aktivit.

- k) DZÚROVÁ D., DRAGOMIRECKÁ, E. *Quality of life in the Czech Republic*. Acta Universitatis Carolinae, Geographica (Jan 1, 2000, Vol. 35, Issue 1, p. 103-116, 14 pp.). Celkem 1246 účastníků této studie ve věkovém rozmezí 15–76 let z několika oblastí České republiky vyplnilo SQUALA standardizovaný dotazník kvality života. Data respondentů s nízkou a vysokou kvalitou života byly analyzovány pomocí faktorové analýzy. Výsledky ukázaly, že nejvýznamnější vliv na kvalitu jejich života má jejich negativní ekonomická situace. V pořadí druhý nejvýznamněji působící faktor byl „diagnostikování duševní poruchy zdraví“.
- l) ŠRÁMKOVÁ, T., DRAGOMIRECKÁ, E., WENDSCHE, P., CPINOVÁ, P., SUTORÝ, M. *Quality of life of men with posttraumatic spinal cord injury | Kvalita života mužů s posttraumatickou transverzální míšní lézí*. Praktický lékař (Jan 1, 1999, Vol. 79, Issue 5, p. 263-268, 6 pp.). Účastníky této empirické studie tvořili 32 muži s paraplegií, kterým byl administrován SQUALA standardizovaný dotazník. Kontrolní skupinu tvořilo 167 mužů. V oblasti hodnocení spokojenosti byl u paraplegiků významně nižší výsledek (ve srovnání s kontrolní skupinou) v kategoriích zdraví - fyzické soběstačnosti - sexu - politiky - práce. Z výsledků vyplývá, že pro zlepšení (kvality) života lidí s posttraumatickou míšní lézí je spolupráce zdravotnických i nezdravotnických profesionální naprosto zásadní a nezbytná.

V Portále Univerzity Palackého v Olomouci byly dohledány tyto relevantní výstupy (šlo o bakalářské kvalifikační práce):

- 1) *Kvalita života seniorů v Centru sociálních služeb města Letovice* (autor: Pavla Nečasová; vedoucí práce: Naděžda Špatenková; typ práce: bakalářská).
- 2) *Využití metod měření kvality života při evaluaci následné péče osob závislých na návykových látkách* (autor: Petr Šeda; vedoucí práce: Julie Wittmannová; typ práce: bakalářská).
- 3) *Kvalita života seniorů na Rožnovsku* (autor: Kateřina Vojkůvková; vedoucí práce: Helena Kubátová; typ práce: bakalářská).

První z uvedených závěrečných kvalifikačních prací se zaměřila na „na popis projektu šetření kvality života seniorů v Centru sociálních služeb města Letovice“. Takto autorkou (P. Nečasová) vymezena anotace však není v samotné práci blížeji podložena, práce nepodává specifikaci ani zkoumaného vzorku, ani parciálních či celkových výsledků.

Kvalifikační práce autora P. Šedy ve své empirické části pracovala se zkoumaným souborem čítajícím 22 klientů Doléčovacího centra P-Centra v Olomouci: v programu následné péče a chráněného bydlení od června 2011 do února 2012. Z autorova šetření vyplynulo, že také SQUALA standardizovaný dotazník je vhodným nástrojem evaluace následné péče. Nutno však podotknout, že původní varianta SQUALA standardizovaného dotazníku byla doplněna dalšími 7 oblastmi dle specifikace autora.

Poslední práce (autorky K. Vojkůvkové) nemá vlastní plnotext zveřejněn. Jak však uvádí sama autorka ve znění anotace kvalifikační práce, věnuje se problematice kvality života seniorů – „zhodnocení úrovně kvality života seniorů na Rožnovsku a cílem je porovnání kvality života seniorů žijících v domovech pro seniory a starých lidí žijících v domácím prostředí metodou kvantitativního výzkumu... a to pomocí standardizovaného dotazníku SQUALA“.

V portále závěrečných kvalifikačních prací Masarykovy Univerzity Brno bylo dohledáno velké množství kvalifikačních prací, které obsahovaly hledané klíčové slovo „SQUALA“. Dohledané práce byly staženy, podrobeny hledání klíčového slova v textu práce a část z nich byla následně vyloučena pro nesplnění rešeršní strategie (nejčastěji se v této oblasti slovo „SQUALA“ objevovalo v teoretických částech / východiscích prací jako jeden z možných

nástrojů pro posouzení / měření subjektivní kvality života). Z prací zařazených do sekundární práce lze konstatovat tento sumář cílových skupin, které byly použity jako zkoumané soubory pro aplikaci SQUALA standardizovaného dotazníku:

- a) **schizofrenie**,
- b) **adolescentní idiopatická skolióza**,
- c) osoby v **ohrožení života**, a kteří z tohoto důvodu byli hospitalizováni na anesteziologicko-resuscitační jednotce intenzivní medicíny,
- d) **deprese** (včetně deprese v období remise),
- e) **psychózy**,
- f) **patologické závislosti**,
- g) **roztroušená skleróza**,
- h) **senioři** (kvalita života seniorů; religiozita a kvalita života seniorů; senioři jsou z různého prostředí – osaměle žijící, žijící v zařízení, žijící v rodině, manželské páry; s různou mírou soběstačnosti v domovech pro seniory; staří lidé žijící v domovech pro seniory v kombinaci s kontrolní skupinou seniorů žijících ve svém domácím prostředí nebo v domovech-penzionech),
- i) **učitelé** (kvalita života učitelů),
- j) **získané tělesné postižení – paraplegie**,
- k) **adolescenti** (kvalita života adolescentů),
- l) **středoškoláci** (kvalita života středoškoláků),
- m) osoby s **duševním onemocněním** v sociální firmě,
- n) osoby s **tělesným postižením** v dospělosti (cílová skupina tělesně postižených a chronicky nemocných – blíže nespecifikováno),
- o) pedagogové v **etopedických zařízeních**,
- p) exklienti **dětských domovů**,
- q) klientela po léčbě **nádorového onemocnění**,
- r) **vedoucí zařízení a pracovníci v přímé péči neziskových organizací**, které své služby poskytují osobám s mentálním postižením a souběžným postižením více vadami,
- s) střední **zdravotnický personál** nemocnice (pouze ženy),
- t) osoby se **zrakovým a tělesným postižením** (v České Republice a na Slovensku),

- u) žáci **romské národnosti**,
- v) osoby s **vrozeným a získaným tělesným postižením** v Ústavu sociální péče pro tělesně postiženou mládež Kociánka (blíže nespecifikováno),
- w) **spiritualita** u mladých lidí.

Databáze Medvik (vyhledávač Bibliographica Medica Czechoslovaca) NLK ČR dohledala tyto publikační výstupy:

- a) DRAGOMIRECKÁ, E. **SQUALA : Subjective quality of life analysis: příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA** (kniha).
- b) KOŽNAROVÁ, R. et al. **Dotazník SQUALA - nová metoda vyšetření kvality života po kombinované transplantaci ledviny a pankreatu** (abstrakt na 38. diabetologických dnech, Luhačovice 2002).
- c) KOŽNAROVÁ, R. et al. **Použití dotazníků SQUALA a SF36 při vyšetření kvality života (QoL) pacientů s diabetem 1. typu (DM1) po kombinované transplantaci ledviny a pankreatu (TXL+P)** (abstrakt v časopise Diabetologie, metabolismus, endokrinologie, výživa. 2003, roč. 6, s. 35-36. ISSN 1211-9326).
- d) IVANOVIČOVÁ, M., GROPEL, P. **Iracionálne presvedčenia a spokojnosť so životom: korelačná štúdia** (článek v časopise Československá psychologie. 2009, roč. 53, č. 1, s. 84-91. ISSN 0009-062X).
- e) DRAGOMIRECKÁ, E. et al. **A brief mental health outcomes measure: translation and validation of the Czech version of the Schwartz Outcomes Scale-10** (validační studie – viz již výše).

4.7 Analytická fáze obsahu hledání k cílům práce

V Úvodu práce (s. 6) deklarované cíle byly tyto:

- a) *předložit dosavadní aktuální poznatky o používání SQUALA standardizovaného dotazníku v České republice a v zahraničí,*

- b) zjistit, u jakého spektra cílových skupin byl (je) SQUALA standardizovaný dotazník při posuzování kvality života využit (využíván) v sociokulturním kontextu České republiky a v zahraničí,
- c) zjistit, u kterých chronických onemocnění, typů zdravotního postižení či zdravotního znevýhodnění byl (je) SQUALA standardizovaný dotazník užíván,
- d) vymezit „-pedie“ z oblasti speciální pedagogiky, do kterých cílové skupiny, u kterých byl SQUALA standardizovaný dotazník užit, směřovaly pro možnou komplexní péči a podporu cílovým skupinám.

Výše uvedené cíle shrnuje níže uvedená sumarizační tabulka (legenda: ČR = studie realizovaná v České republice; Zahr. = studie realizovaná v zahraničí; CH. O. = status chronického onemocnění; „-pedie“ – možná implementace do speciálněpedagogické disciplíny vědního oboru speciální pedagogika):

Cílová skupina	ČR	Zahr.	CH. O.	„-pedie“
„port wine stain“ (malformace kapilár)		X	X	
Adolescenti (kvalita života adolescentů); středoškoláci (kvalita života středoškoláků)	X			
Adolescentní idiopatická skolióza	X		X	SOMA
Deprese (včetně deprese v období remise)	X	X	X	PSYCHO
Diabetes - deprese		X	X	SOMA PSYCHO
Diabetes 1. typu	X		X	SOMA
Exklenti dětských domovů	X			ETO
HIV/AIDS pacienti	X		X	SOMA PSYCHO
Chronická bronchitis		X	X	SOMA
Chronická obstrukční bronchopulmonální nemoc		X	X	SOMA
Klientela po léčbě nádorového onemocnění	X			SOMA
Klienti Doléčovacího centra P-Centra v Olomouci: v programu následné péče a chráněného bydlení	X			ETO
Kombinovaná transplantace slinivky a ledviny	X		X	SOMA
Kriminální viktimizace (člen rodiny)		X		ETO

Muži s posttraumatickou transversální míšní lézí	X			SOMA
Nemocní s kardiovaskulárními onemocněními po TEP kyčelního kloubu		X	X	SOMA
Osoby (více než 1000) ve věku 15–76 let	X			
Osoby drogově závislé v terapeutických komunitách	X			ETO
Osoby s duševním onemocněním v sociální firmě	X		X	PSYCHO
Osoby s tělesným postižením v dospělosti	X			SOMA
Osoby s vrozeným a získaným tělesným postižením v Ústavu sociální péče pro tělesně postiženou mládež Kociánka (blíže nespecifikováno)	X			SOMA
Osoby se zrakovým a tělesným postižením (v České Republice a na Slovensku)	X			TYFLO
Osoby v ohrožení života, a kteří z tohoto důvodu byli hospitalizováni na ARO	X			
Pacienti paroxysmální supraventrikulární tachykardií (psychopatologie)	X		X	SOMA
Pacienti po laryngektomii		X		LOGO
Pacienti po orgánové transplantaci		X	X	SOMA
Pacienti s afektivními poruchami (dle MKN-10 lékařské diagnózy F31, F32 a F33)	X		X	PSYCHO
Paraplegie	X			SOMA
Patologické závislosti	X			ETO
Pedagogové v etopedických zařízeních	X			ETO
Poranění mozku		X		SOMA PSYCHO
Psychózy	X		X	PSYCHO
Psychózy (přítomnost apatie)		X	X	PSYCHO

Roztroušená skleróza	X		X	SOMA PSYCHO
Senioři (kvalita života; religiozita; s různou mírou soběstačnosti v domovech pro seniory; staří lidé žijící v domovech pro seniory v kombinaci s kontrolní skupinou seniorů žijících ve svém domácím prostředí nebo v domovech - penziencech)	X	X		
Schizofrenie	X	X	X	PSYCHO
Spiritualita u mladých lidí	X			
Střední zdravotnický personál nemocnice (pouze ženy)	X			
Těžká mentální postižení		X		PSYCHO
Transplantace jater (před a po)	X			SOMA
Učitelé (kvalita života učitelů)	X			
Učitelé a manažeři v produktivním věku	X			
Vedoucí zařízení a pracovníci v přímé péči neziskových organizací, které své služby poskytují osobám s mentálním postižením a souběžným postižením více vadami	X			
Získané tělesné postižení – paraplegie	X			SOMA
Žáci romské národnosti	X			ETO
Ženy s premenopauzální formou rakoviny prsu		X	X	

ZÁVĚR

Cílem práce bylo předložit dosavadní poznatky o používání SQUALA standardizovaného dotazníku. Předkládaná práce sumarizuje poznatky o kvalitě života, jejich dimenzích, doménách a nazírání na tento velmi složitý fenomén. Práce, která má vysoký edukační charakter, pracovala s dostupnými informacemi (odborné články, abstrakta, závěrečné kvalifikační práce), ve kterých bylo pracováno se SQUALA standardizovaným dotazníkem. Byly identifikovány cílové skupiny, u kterých byl výše uvedený dotazník použit (jak v rámci České republiky, tak zahraničí). Součástí této identifikace byla také sumarizace typů chronických onemocnění, jejichž nositelům byl SQUALA standardizovaný dotazník administrován.

Předkládaná práce je tvořena dvěma proporciálně tvořenými částmi. **Teoretická část práce** sumarizuje informace nezbytné k vymezení, definování a operacionalizování pojmu „kvalita života“ (specifika definování, objektivní a subjektivní dimenze kvality života aj.). Další kapitolou čtenáře seznamují se základními východisky pro chronická onemocnění, zdravotní postižení a zdravotní znevýhodnění, přičemž každé z těchto oblastí je věnována podkapitola práce. Nejen kvalita života jako taková, ale i měření (posuzování) kvality života je velmi náročnou oblastí, která zaslouží patřičnou pozornost. Této oblasti je věnována třetí kapitola teoretické části práce.

Praktická část práce prezentuje výstupy obsahové analýzy. Metodika této precizní systematické práce se odvíjí od vymezeného zkoumaného problému a výzkumné otázky. V jednotlivých fázích dochází k analyzování informací jak tuzemských, tak zahraničních zdrojů. Hledáno bylo v širokém spektru informačních zdrojů – v databázích předplacených Univerzitou Palackého v Olomouci, v dostupných archivech vybraných odborných časopisů, databázi Medvik Národní lékařské knihovny, nebo kupř. v archivech závěrečných kvalifikačních prací.

V neposlední řadě lze konstatovat, že **SQUALA standardizovaný dotazník je skutečně široce uplatnitelný nástroj k posouzení (měření) kvality**

života u širokého spektra možných cílových skupin. Tohle tvrzení vychází jak z informací tuzemských, tak zahraničních. Mezi nejčetnější cílové skupiny (které je možno implementovat do **psychopedicky akceptovatelné klientely**) patřily především schizofrenie, deprese, psychózy, úzkostné poruchy, afektivní poruchy, těžká mentální postižení aj.

Z oblasti somatopedicky akceptovatelné klientely byla subjektivní kvalita života posuzována např. u jedinců s idiopatickou skoliózou, paraplegií, roztroušenou sklerózou, poraněními mozku, kardiovaskulárními onemocněními, posttraumatickou transversální míšní lézí, diabetem, onkologickými diagnózami či chronickou obstrukční bronchopulmonální nemocí.

Menší zastoupení měla také **cílová skupina etopedicky akceptovatelné** (Romové, etopedická zařízení, závislosti, doléčovací programy, kriminální viktimizace, exklientela dětských domovů) či **logopedicky akceptovatelné klientely** (pacienti po laryngektomii). U jednotlivých cílových skupin byla vymezena také **konkrétní chronická onemocnění**. Jmenujeme, pro svou četnost, především diabetes mellitus, chronickou obstrukční bronchopulmonální nemoc, onkologická onemocnění, schizofrenie, psychózy, chronickou bronchitidu či HIV/AIDS pozitivitu.

Závěrem lze poukázat na **možnou využitelnost SQUALA standardizovaného dotazníku také ve vědecko-výzkumných počinech v oblasti speciální pedagogiky, speciálněpedagogické diagnostiky i plánování / hodnocení komplexně koncipovaných služeb různého zaměření. Ve všech bude hrát (jak vstupně, tak výstupně) jistou roli míra kvality života dané cílové skupiny jedinců (osob, klientů, pacientů) se zdravotním postižením (zdravotním znevýhodněním či chronickým onemocněním).**

BIBLIOGRAFICKÉ CITACE ODKAZOVANÉ LITERATURY, PRAMENŮ A ZDROJŮ

- (1). ADAMÍK, P. et al. 2007. Hodnotenie zdravia rodičov psychicky chorých detí. In BUŽGOVÁ, R., JAROŠOVÁ, D. (eds.). *Ošetrovateľská diagnostika a praxe založená na dôkazoch*. Ostrava: Ostravská univerzita, 2007. s. 7–12. ISBN 978-80-7368-230-9.
- (2). ANDRYKOWSKI M. A., GREINER C. B., ALTMAIER E. M. et al. 1995. Quality of life following bone marrow transplantation: finding from a multicentre study. *British Journal of Cancer*. 1995, vol. 71, no. 6, p. 1322-1329. ISSN 0007-0920.
- (3). BABINČÁK, P. 2008. *Spokojenosť so životom ako psychologická dimenzia kvality života*. 1. vyd. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2008. 95 s. ISBN 978-80-8068-749-6.
- (4). BAKER, F. et al. 1999. Reintegration after bone marrow transplantation. *Cancer Practice*. 1999, vol. 7, no. 4, p. 190–197. ISSN 1523-5394.
- (5). BENCKO, V., HNILICOVÁ, H., KLEIN, O. 2005. Quality of Life, Sustainable Future and Medical Education. *Central European Journal of Public Health*. 2005, vol. 13, no. 3, p. 112–116. ISSN 1210-7778.
- (6). BOND, J., CORNER, L. 2004. *Quality of life and older people*. Berkshire: Open University Press, 2004. 152 pp. ISBN 978-0335208-722.
- (7). BOYLE, D. et al. 2000. Caregiver quality of life after autologous bone marrow transplantation. *Cancer Nursing*. 2000, vol. 23, no. 3, p. 193–203. ISSN 1538-9804.
- (8). BROERS, S., KAPTEIN, A. A., LE CESSIE, S. et al. 2000. Psychological functioning and quality of life following bone marrow transplantation: a 3year follow-up study. *Journal of Psychosomatic Research*. 2000, vol. 48, no. 1, p. 11–21. ISSN 1897-1360.

- (9). BROWNE, J. P., CIARAN, A., O'BOYLE, C. A., MCGEE, H. M., McDONALD, N. J., JOYCE, C. R. B. 1997. Development of a direct weighting procedure for quality of life domains. *Quality of Life Research*. 1997, vol. 6, pp. 301–309. ISSN 1573-2649.
- (10). Centers for Disease Control and Prevention. *Measuring Health Days*. Atlanta: CDC, 2000. [online]. [cit. 2013-03-28]. Dostupný z WWW: <http://www.cdc.gov/>.
- (11). COHEN, M. Z. et al. 2006. Quality Life of Family Caregivers of patient with Cancer: a Literature Review. *Oncology Nursing Forum*. 2006, vol. 33, no. 3.
- (12). CORBIN, J. M., STRAUSS, A. 1988. *Unending work and care: Managing chronic illness at home*. San Francisco: Jossey-Bass, 1988. 358 pp. ISBN 978-1555420826.
- (13). ČORŇANIČOVÁ, R. 2005. Konceptualizácie kvality života v kontexte vzdelávania dospelých a sociálnej práce. In TOKÁROVÁ, A., KREDÁTUS, J., FRK, V. (ed.). *Kvalita života a rovnosť príležitostí – z aspektu vzdelávania dospelých a sociálnej práce*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2005, s. 27–37. ISBN 80-8068-425-1.
- (14). DAVIDOVÁ, E., ELICHOVÁ, M., DVOŘÁKOVÁ, J. 2008. Kvalita života z aspektu determinant zdraví u romského obyvateľstva. *Kontakt*. 2008, roč. 10, č. 1, s. 143–171. ISSN 1212-4117.
- (15). *Deklarace práv osob se zdravotním postižením*. 2013. [online]. [cit. 2013-01-14]. Dostupný z WWW: <http://www.helpnet.cz/dokumenty/deklarace-prav/287-3>.
- (16). DINGOVÁ, M. 2011. Chronické ochorenie a kvalita života v staršej rómskej populácii. *Ošetrovatelství a porodní asistence*. 2011, roč. 2, č. 2, s. 211–218. ISSN 1804-2740.
- (17). DOBRÍKOVÁ, P., OLOSOVÁ, J. 2007. Kvalita života hospitalizovaných pacientov s infaustnou prognózou. *Kontakt*. 2007, č. 9, s. 213–458. ISSN 1212–4117.
- (18). DOLEŽELOVÁ, P. 2006. Kvalita života drogově závislých v terapeutických komunitách. *Adiktologie*. 2006, č. 1, s. 13–24. ISSN 1213-3841.

- (19). DRAGOMERICKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. 2006. *Příručka pro uživatele české verze dotazníků kvality života Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF a WHOQOL-100*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. 92 s. ISBN 80-85121-82-4.
- (20). DRAGOMIRECKÁ, E. et al. 2006. *SQUALA. Příručka pro uživatele české verze Dotazníku subjektivní kvality života SQUALA*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. 68 s. ISBN 80-85121-47-6.
- (21). DRAGOMIRECKÁ, E., BARTOŇOVÁ, J. 2006. Dotazník kvality života světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF: Psychometrické vlastnosti a první zkušenosti s českou verzí. *Psychiatrie*. 2006, roč. 10, č. 2, s. 69–73. ISSN 1211-7579.
- (22). DVOŘÁKOVÁ, I. 2010. Obsahová analýza / formální obsahová analýza / kvantitativní obsahová analýza. *Antropowebzin*. 2010, č. 2/2010, s. 95–99. ISSN 1801-8807.
- (23). FALVO, D. R. 1991. 2005. *Medical and psychosocial aspects of chronic illness and disability*. 4th ed. Gaithersburg, MD: Aspen, 1991. 693 pp. ISBN 978-0763744618.
- (24). FARSKÝ, I., ŽIAKOVÁ, K., ONDREJKA, I. 2005. Inštitucionálna starostlivosť a kvalita života seniorov. *Kontakt*. 2005, č. 7, s. 232–238. ISSN 1212-4117.
- (25). FERJENČÍK, J. 2000. *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál, 2000. 255 s. ISBN 80-7178-367-6.
- (26). FETISOVOVÁ Ž., MAŽGÚTOVÁ A. 2001. Hospicová starostlivosť a kvalita života. *Medicínsky monitor*. 2001, č. 2, s. 33–34. ISSN 1335-0951.
- (27). FITZPATRICK, J. J. et al. 2007. *Encyclopedia of Nursing Research*. 2nd ed. New York: Springer Publishing Company, 2007. 753 pp. ISBN 978-0826198129.
- (28). FLANAGAN, J. C. 1978. A research approach to improving our quality of life. *American Psychology*. 1978, vol. 33, no. 2, pp. 138–147. ISSN 1935-990X.

- (29). GREENHALGH, T. 2003. *Jak pracovat s vědeckou publikací. Základ medicíny založené na důkazu*. 1. vyd. Praha: Grada, 2003. 208 s. ISBN 80-247-0310-6.
- (30). GURKOVÁ, E. 2011. *Hodnocení kvality života – pro klinickou praxi a ošetrovatelský výzkum*. 1. vyd. Praha: GRADA, 2011. 224 s. ISBN 978-80-247-3625-9.
- (31). GURKOVÁ, E., LILGOVÁ, M. 2009. Determinanty kvality života u pacientov s nespecifickým zápalom čriev. *Kontakt*. 2009, roč. 2009, č. 11, s. 433–443. ISSN 1212-4117.
- (32). GURKOVÁ, E., ŽIAKOVÁ, K. 2009. Konceptualizácia kvality života v ošetrovatelstve. *PROFESE on-line*. 2009, roč. 2, č. 2, s. 89–103. ISSN 1803-4330.
- (33). HAASE, J. E., BRADEN, J. B. 2003. Conceptualization and Measurement Quality of Life and Related Concepts: Guidelines for Clarity. In KING, C. R., HINDS, P. S. *Quality of Life. From Nursing and Patient Perspective. Theory. Practice. Research*. 2nd ed. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers, 2003, p. 65–92. ISBN 0763722359.
- (34). HALEČKA, T. 2001. Kvalita života ako pojem a problém sociálnej politiky a sociálnej práce. *Práca a sociálna politika*. 2001, roč. 9, č. 12. ISSN 1210-5643.
- (35). HENDL, J. 2005. *Kvalitativní výzkum*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 407 s. ISBN 80-7367-040-2.
- (36). HNILICOVÁ, H. 2005. Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In PAYNE, J. 2005. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
- (37). HNILICOVÁ, H., BENCKO, V. 2005. Kvalita života – vymezení pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví. *Praktický lékař*. 2005, roč. 85, č. 11, s. 656–660. ISSN 1803-6597.
- (38). HNILICOVÁ, H.: Dopad společenských změn po roce 1989 na kvalitu života lidí v ČR. In HNILICOVÁ, H. (ed.). *Kvalita života – Sborník příspěvků z konference konané 25. 10. 2004 v Třeboni*.
- (39). CHRASTINA, J. 2011. *Astma bronchiale - chronické onemocnění a příčina zdravotního znevýhodnění*. 2011. Bakalářská práce. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, Pedagogická fakulta.

Vedoucí práce Mgr. et Mgr. Hana Krylová, Ph.D. 71 s. Datum obhajoby: 26. 5. 2011.

- (40). *Chronic illness alliance website. 2006.* [online]. [cit. 2013-03-28]. Dostupný z WWW: <http://www.chronicillness.org.au/>.
- (41). KALOVÁ, H. et al. 2004. Dotazník TNO-AZL (TAPQOL) pro zjišťování kvality života (HRQoL) dětí předškolního věku. *Kontakt.* 2004, roč. 6, č. 1, s. 1–8. ISSN 1212-4117.
- (42). KALOVÁ, H. et al. 2005. Kvalita života u chronických onemocnění ve světě novějších modelů zdraví a nemoci. *Klinická farmakologie a farmacie.* 2005, roč. 19, č. 3, s. 166. ISSN 1212-7973.
- (43). KEBZA, V. 2005. *Psychosociální determinanty zdraví.* 1. vyd. Praha: Akademia, 2005. 264 s. ISBN 80-200-1307-5.
- (44). KONDÁŠ, O. 1982. *Klinická psychologie.* 1. vyd. Martin: Osveta, 1982. 381 s. ISBN neuvedeno.
- (45). KOVÁČ, D. 2001. Kvalita života – naliehavá výzva pre vedu nového tisícročia. *Československá psychologie.* 2001, roč. 45, č. 1, s. 34–44. ISSN 0009-062X.
- (46). KREJČÍŘOVÁ, O. et al. 2005. *Problematika zaměstnávání občanů se zdravotním postižením.* 1. vyd. Praha: Rytmus, 2005. 87 s. ISBN 80-903598-1-7.
- (47). KŘIVOHLAVÝ, J. 2001. *Psychologie zdraví.* 1. vyd. Praha: Portál, 2001. 279 s. ISBN 80-7178-551-2.
- (48). KŘIVOHLAVÝ, J. 2002. *Psychologie nemoci.* 1. vyd. Praha: Grada, 2002. 198 s. ISBN 80-247-0179-0.
- (49). KŘIVOHLAVÝ, J. 2004. *Kvalita života. (Vymezení pojmu a jeho aplikace v různých vědních disciplínách s důrazem na medicínu a zdravotnictví).* Třeboň: Zdravotně sociální fakulta JU. Konference Kvalita života. Dostupný z WWW: http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kv_ziv.html.
- (50). LeBLANC, A., GOLDSMITH, T., PATEL, D. R. 2003. Behavioral aspects of chronic illness in children and adolescents. *Pediatric Clinics of North America.* 2003, no. 50, pp. 859–878. ISSN 1557-8240.

- (51). LECHTA, V. 2010. *Základy inkluzivní pedagogiky. Dítě s postižením, narušením a ohrožením ve škole*. 1. vyd. Praha: Portál, 2010. 435 s. ISBN 978-80-7367-679-7.
- (52). MAREŠ, J. et al. 2006. *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD, 2006. s. 183–188. ISBN 80-86633-65-9.
- (53). McGEE, H. M., O'BOYLE, C. A., HICKEY, A., O'MALLEY, K. M., JOYCE, C. R. B. 1991. Assessing the quality of life of the individual: The SEIQoL with a healthy and a gastroenterology unit population. *Psychological Medicine*. 1991, vol. 21, no. 3, p. 749–759. ISSN 1469-8978.
- (54). McKAGUE, M., VERHOEF, M. 2003. Understandings of Health and its Determinants among Clients and Providers at an Urban Community Health Centre. *Qualitative Health Research*. 2003, no. 13, p. 703–717. ISSN 1552-7557.
- (55). MICHALÍK, J. et al. 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Portál, 2011. 512 s. ISBN 978-80-7367-859-3.
- (56). MISHRA, G. D., BROWN, W. J., DOBSON, A. J. 2003. Physical and Mental Health: Changes During Menopause Transition. *Quality of Life*. 2003, no. 12, p. 405–412. ISSN 1573-2649.
- (57). MORAVCOVÁ, M. 2011. Menopauza a kvalita života. *PROFESE on-line*. 2011, roč. 4, č. 2, s. 6–10. ISSN 1803-4330.
- (58). MÜHLPACHR, P. 2005. *Schola gerontologica*. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005. 314 s. ISBN 80-210-3838-1.
- (59). MUSIL, D., FILIP, L. 2011. Hodnocení kvality života pacientů jeden rok po implantaci TEP kyčelního kloubu (z MIS-AL přístupu pomocí dotazníku SF-36). *Kontakt*. 2011, roč. 13, č. 1, s. 95–103. ISSN 1212-4117.
- (60). NEMČEKOVÁ, M. et al. 2000. *Práva pacientov. Filozofická reflexia a zdravotnícka prax*. 1. vyd. Bratislava: Iris, 2000. 234 s. ISBN 80-88778-94-8.
- (61). NOVOSAD, L. 2009. *Poradenství pro osoby se zdravotním postižením a sociálním znevýhodněním*. 1. vyd. Praha: Portál, 2009. 269 s. ISBN 978-80-7367-509-7.

- (62). ONDREJKA, I. 2006. *Depresia v kontexte kvality života*. 1. vyd. Rožňava: Roveň. 2006, 126 s. ISBN 80-89168-15-9.
- (63). PAYNE, J. et al. 2005. *Kvalita života a zdraví*. 1. vyd. Praha: Triton, 2005. 629 s. ISBN 80-7254-657-0.
- (64). PETERS, L. et al. 2006. Quality of Life of cancer patients receiving inpatient and home – based palliative care. *Journal of Advanced Nursing*. 2006, vol. 10, no. 12, p. 524–533. ISSN 0309-2402.
- (65). PETR, P. 2004. *Kvalita života v balneologii*. 1. vyd. České Budějovice: Inpress, 2004. 118 s. ISBN 80-903427-1-X.
- (66). PYŠNÝ, L. 2008. *Kvalita života II*. 1. vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, 2008. 202 s. ISBN 978-80-7414-045-7.
- (67). RENOTIÉROVÁ, M., LUDÍKOVÁ, L. et al. *Speciální pedagogika*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2006. 314 s. ISBN 80-244-1475-9.
- (68). SCHERER, H. 2004. Úvod do metody obsahové analýzy. In SCHULZ, W., REIFOVÁ, I. et al. (eds.). *Analýza obsahu mediálních sdělení*. Praha: Univerzita Karlova Praha, Karolinum, 2004. s. 29–50. ISBN 80-246-0827-8.
- (69). SLOVÁČEK, L. 2005. Kvalita života nemocných po transplantaci krvetvorných buněk: soudobé poznatky z vybraných zahraničních studií. *Kontakt*. 2005, roč. 7, č. 1–2, s. 9–16. ISSN 1212-4117.
- (70). SLOVÁČEK, L. et al. 2004. Kvalita života nemocných – jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské zdravotnické listy*. 2004, roč. LXXIII, č. 1, s. 6–9. ISSN 0372-7025.
- (71). SLOVÁČEK, L., SLOVÁČKOVÁ, B., JEBAVÝ, L., BLAŽEK, M. 2005. Kvalita života onkologických nemocných: koncepční model, možnosti měření. *Vojenské zdravotnické listy*. 2005, roč. 74, č. 5–6, s. 180–182. ISSN 0372-7025.
- (72). SONS.CZ. 2013. *E-bariéry osob se zdravotním postižením*. [online]. [cit. 2013-03-20]. Dostupný z WWW: <http://www.sons.cz/docs/e-bariery/>.

- (73). SPERRY, L. 2006. *Psychological treatment of chronic illness: The biopsychosocial therapy approach*. 1st ed. Washington, DC: American Psychological Association, 2006. 221 pp. ISBN 978-1-59147-354-1.
- (74). STUIFBERGEN, A. K. et al. 1994. Predictors of Health-Promoting Life Styles in Person with Disabilities. *Research in Nursing and Health*. 1994, vol. 17,
- (75). ŠERFELOVÁ, R. 2011. Hodnotenie záťaže a kvality života rodín v paliatívnej starostlivosti. *PROFESE on-line*. 2011, roč. 4, č. 1, s. 29–32. ISSN 1803-4330.
- (76). ŠERFELOVÁ, R., NEMCOVÁ, J. 2008. Rodina v starostlivosti o zomierajúceho. *PROFESE on-line*. 2008, roč. 1, č. 2, s. 124–135. ISSN 1803-4330.
- (77). *The quality of life model*. 2010. University Toronto. [online]. [cit. 2013-01-25]. Dostupný z WWW: <http://www.utoronto.ca/qol/concepts.htm>.
- (78). TOBIŠKOVÁ, L., JAROŠOVÁ, D. 2009. *Hodnocení kvality života seniorů v domově-penzioně pro důchodce*. In ČÁP, J., ŽIAKOVÁ, K. (eds.). *Teória, výskum a vzdelávanie v ošetrovatel'stve a pôrodnej asistencii*. Martin: JLF UK, 2009. s. 564–570. ISBN 978-80-88866-61-9.
- (79). VAŽUROVÁ, H., MÜHLPACHR, P. 2005. *Kvalita života. Teoretická a metodologická východiska*. 1. vyd. Brno: Masarykova univerzita v Brně, 2005. 143 s. ISBN 80-210-3754-7.
- (80). VODRÁŽKA, P. 2004. *Podpůrná léčba v onkologii*. 1. vyd. Praha: Galén, 2004. 224 s. ISBN 80-7262-264-1.
- (81). VOTAVA, J. et al. 2003. *Ucelená rehabilitace osob se zdravotním postižením*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2003. 207 s. ISBN 80-246-0708-5.
- (82). VURM, V., PETR, P., KALOVÁ, H. 2002. Kvalita života u chronických onemocnění ve světle novějších modelů zdraví a nemoci. *Kontakt*, 2002, roč. 4, č. 2–3, s. 19–24. ISSN 1212-4117.
- (83). WHO. 1998. *Programme on mental health. WHOQOL User Manual*. Geneva: Department of Mental Health, World Health Organization,

106 s. Dostupný z WWW: http://www.who.int/mental_health/evidence/who_qol_user_manual_98.pdf.

- (84). *Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti. Zákon ze dne 13. května 2004.* [online]. [cit. 2013-02-24]. Dostupný z WWW: http://portal.mpsv.cz/sz/obecne/prav_predpisy/akt_zneni/z_435_2004.
- (85). *Zákon č. 561/2004 Sb., o předškolním, základním, středním, vyšším odborném a jiném vzdělávání (školský zákon). Úplné znění zákona.* [online]. [cit. 2012-12-10]. Dostupný z WWW: <http://www.msmt.cz/dokumenty/uplne-zneni-zakona-c-561-2004-sb>.
- (86). ZIKMUND, V. 2001. Kvalita života a medicína. *Medicínský monitor*. 2001, č. 1, s. 5–7. ISSN 1335-0951.

SOUPIS ANALYZOVANÝCH TEXTŮ A PRACÍ

- (1). ANDENÆS, R.; KALFOSS, M. H.; WAHL, A. *Psychological distress and quality of life in hospitalized patients with chronic obstructive pulmonary disease*. Journal of Advanced Nursing (Jun 1, 2004, vol. 46, issue 5, p 523-530, 8 p).
- (2). AWAD, A. G.; VORUGANTI, L. N. P.; HESLEGRAVE, R. J. *A conceptual model of quality of life in schizophrenia: Description and preliminary clinical validation*. Quality of Life Research (Feb 1997, vol. 6, issue 1, p 0-0, 0 p).
- (3). AWATA, S.; BECH, P.; YOSHIDA, S.; HIRAI, M.; SUZUKI, S.; YAMASHITA, M.; OHARA, A.; HINOKIO, Y.; MATSUOKA, H.; OKA, Y. *Reliability and validity of the Japanese version of the World Health Organization-Five Well-Being Index in the context of detecting depression in diabetic patients*. Psychiatry & Clinical Neurosciences (Feb 2007, vol. 61, issue 1, p 112-119, 8 p)
- (4). BEST, CH. J.; CUMMINS, R. A.; KAI LO, S. *The Quality of Rural and Metropolitan Life*. Australian Journal of Psychology (Aug 1, 2000, vol. 52, issue 2, p 69-74, 6 p).
- (5). BRUNT, D.; HANSSON, L. *The quality of life of persons with severe mental illness across housing settings*. Nordic Journal of Psychiatry (Aug 2004, vol. 58, issue 4, p 293-298, 6 p).
- (6). CARPINIELLO, B.; LAI, G.; PARIANTE, C. M.; CARTA, M. G.; RUDAS, N. *Symptoms, standards of living and subjective quality of life: a comparative study of schizophrenic and depressed out-patients*. Acta Psychiatrica Scandinavica (Oct 1, 1997, vol. 96, issue 4, p 235-241, 7 p).
- (7). CIMERMANOVÁ, D.; PREISS, M.; ČERMÁKOVÁ, R. *Personalized computer rehabilitation of cognitive functions: The results of the study with Cognifit program | Personalizovaná počítačová rehabilitace kognitivních funkcí: Výsledky studie s programem Cognifit*. Psychiatrie (Jan 1, 2011, vol. 15, issue 2, p 74-78, 5 p).

- (8). COLE, B. F.; GELBER, R. D. *A quality-adjusted survival meta-analysis of adjuvant chemotherapy for premenopausal breast cancer*. *Statistics in Medicine* (Aug 30, 1995, vol. 14, issue 16, p 1771-1784, 14 p).
- (9). DRAGOMIRECKÁ, E.; LENDERKING, W. R.; MOTLOVÁ, L.; GOPPOLDOVÁ, E.; ŠELEPOVÁ, P. *A brief mental health outcomes measure: Translation and validation of the Czech version of the Schwartz Outcomes Scale-10*. *Quality of Life Research* (Jan 1, 2006, vol. 15, issue 2, p 307-312, 6 p).
- (10). DZÚROVÁ, D.; DRAGOMIRECKÁ, E. *Quality of life in the Czech Republic*. *Acta Universitatis Carolinae, Geographica* (Jan 1, 2000, vol. 35, issue 1, p 103-116, 14 p).
- (11). EVENSEN, J.; RØSSBERG, J. I.; BARDER, H.; HAAHR, U.; HEGELSTAD, W. T.; JOA, I.; JOHANNESSEN, J. O.; LARSEN, T. K.; MELLE, I.; OPJORDSMOEN, S; RUND, B. R.; MONSEN, E.; SUNDET, K.; VAGLUM, P.; FRIIS, S.; MCGLASHAN, T. *Apathy in first episode psychosis patients: A ten year longitudinal follow-up study*. *Schizophrenia Research* (Apr 2012, vol. 136, issue 1-3, p 19-24, 6 p).
- (12). FERRIS, C. D.; LAFONTAINE, J. D. *Review of the North American species of Marimatha Walker with descriptions of three new species (Lepidoptera, Noctuidae, Eustrotiinae) and the description of Pseudomarimatha flava (Noctuidae, Noctuinae, Elaphriini), a new genus and species confused with Marimatha*. *ZooKeys* (Jan 1, 2010, vol. 39, issue 5, p 117-135 , 19 p).
- (13). FITZGERALD, P. B.; WILLIAMS, C. L.; CORTELING, N.; FILIA, S. L.; BREWER, K.; ADAMS, A.; DE CASTELLA, A. R. A.; ROLFE, T.; DAVEY, P.; KULKARNI, J. *Subject and observer-rated quality of life in schizophrenia*. *Acta Psychiatrica Scandinavica* (May 1, 2001, vol. 103, issue 5, p 387-392, 6 p).
- (14). GAMMA, A.; ANGST, J. *Concurrent psychiatric comorbidity and multimorbidity in a community study: Gender differences and quality of life*. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* (251 (Supl2), Jun, 2001, p 43-46).

- (15). GOODMAN, M.; HULL, J. W.; TERKELSEN, K. G.; SMITH, T. E.; ANTHONY, D. *Factor structure of quality of life: The Lehman interview*. Evaluation and Program Planning (vol. 20 (4), Nov, 1997. p 477-480).
- (16). HAAS, B. K. *Clarification and Integration of Similar Quality of Life Concepts*. Journal of Nursing Scholarship (Sep 1, 1999, vol. 31, issue 3, p 215-220, 6 p).
- (17). HANSSON, L.; SANDLUND, M.; BENGTTSSON-TOPS, A.; BJARNASON, O.; KARLSSON, H.; MACKEPRANG, T.; MERINDER, L.; NILSSON, L.; SØRGAARD, K.; VINDING, H.; MIDDELBOE, T. *The relationship of needs and quality of life in persons with schizophrenia living in the community. A Nordic multi-center study*. Nordic Journal of Psychiatry (vol. 57 (1), 2003, pp. 5-11).
- (18). HOGEVEEN, B. R. *Teaching and Learning Guide for: Youth (and) Violence*. Sociology Compass (Nov 1, 2008, vol. 2, issue 6, p 2074-2082, 9 p).
- (19). HUI-CHING WU. *The protective effects of resilience and hope on quality of life of the families coping with the criminal traumatisation of one of its members*. Journal of Clinical Nursing (Jul 1, 2011, vol. 20, issue 13-14, p 1906-1915, 10 p).
- (20). IVANOVIČOVÁ, M.; GRÖPEL, P. *Irrational convictions and life satisfaction: A correlation study | Iracionálně presvedčenia a spokojnosť so životom: Korelačná štúdia*. Československá psychologie (Jan 1, 2009, vol. 53, issue 1, p 84-91, 8 p).
- (21). JORALEMON, D.; FUJINAGA, K. M. *Studying the quality of life after organ transplantation: Research problems and solutions*. Social Science & Medicine (May 97, vol. 44, issue 9, p 1259-1269. 11 p).
- (22). KEEREWEER, S.; DE WILT, J. H. W.; SEWNAIK, A.; MEEUWIS, C. A.; TILANUS, H. W.; KERREBIJN, J. D. F. *Early and long-term morbidity after total laryngopharyngectomy* European Archives of Oto-Rhino-Laryngology (Jan 1, 2010, vol. 267, issue 9, p 1437-1444, 8 p).

- (23). KIRÁLY, E.; GONDOS, T. *Cardiovascular diseases and the health-related quality of life after total hip replacement*. Journal of Clinical Nursing (Oct 1, 2012, vol. 21, p 2843-2850, 8 p).
- (24). KITZLEROVÁ, E.; ANDERS, M.; KAUTZNER, J.; DOHNALOVÁ, A. *Evaluation of psychopathology in patients suffering from paroxysmal supraventricular tachycardia one year after radiofrequency catheterization ablation | Hodnocení psychopatologie u pacientů trpících paroxyzmálními supraventrikulárními tachykardiemi za rok po provedené radiofrekvenční katetrizační ablaci*. Česká a slovenská psychiatrie (Jan 1, 2005, vol. 101, issue 1, p 15-20, 6 p).
- (25). KOHL, F. S.; NADALET, L.; PRINGUEY, D. *Perception of everyday life by schizophrenic patients and nurses: Content analysis of patients' speech on different domains of quality of life | Perception par les sujets schizophrènes de la vie quotidienne: Analyse de contenu du discours des patients sur les domaines d'une échelle de qualité de vie*. Encephale (Jan 1, 2007, vol. 33, issue 1, p 75-81, 7 p).
- (26). KOVARSKY, D. *Representing voices from the life-world in evidence-based practice*. International Journal of Language & Communication Disorders (Jun 1, 2008, vol. 43, issue S1, p 47-57, 11 p).
- (27). MATT, T. *The potential unlimited programme: an outdoor experiential education and group work approach that facilitates adjustment to brain injury*. Brain Injury (Dec 2004, vol. 18, issue 12, p 1271-1286, 16 p).
- (28). MÖLLER-LEIMKÜHLER, A; JANDL, M. *Expressed and perceived emotion over time: does the patients' view matter for the caregivers' burden?* European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience (Aug 2011, vol. 261, issue 5, p 349-355, 7 p).
- (29). MOTLOVÁ, L.; DRAGOMIRECKÁ, E.; ŠPANIEL, F.; GOPPOLDOVÁ, E.; ZÁLESKÝ, R.; ŠELEPOVÁ, P. *Schizophrenia and quality of life: Patient-reported outcomes on group family psychoeducation*. Psychiatrie (Jan 1, 2004, vol. 8, issue 3, p 77-80, 4 p).

- (30). MOTLOVÁ, L.; DRAGOMIRECKÁ, E.; ŠPANIEL, F.; ŠELEPOVÁ, P. *Family psychoeducation in schizophrenia and quality of life in patients and their relatives | Vliv rodinné psychoedukace u schizofrenie na kvalitu života pacientů a jejich příbuzných*. Psychiatrie (Jan 1, 2002, vol. 6, issue 4, p 46-49, 4 p).
- (31). NADALET, L.; KOHL, F. S.; PRINGUEY, D.; BERTHIER, F. *Validation of a subjective quality of life questionnaire (S.QUA.LA) in schizophrenia*. Schizophrenia Research (Jan 1, 2005, vol. 76, issue 1, p73-81, 9 p).
- (32). NEČASOVÁ, P. *Kvalita života seniorů v Centru sociálních služeb města Letovice. Úspěšně obhájená závěrečná – bakalářská – kvalifikační práce*. Vedoucí práce: Naděžda Špatenková.
- (33). NEMČEK, D. *Differences in opinions to selected quality of life indicators between elderly men and women | Rozdiely v názorech na vybrané indikátory kvality života medzi mužmi a ženami v staršom veku*. Acta Facultatis Educationis Physicae Universitatis Comenianae (2011, vol. 51 issue 2, p 65).
- (34). NICOLSON, P.; ANDERSON, P. *Quality of life, distress and self-esteem: A focus group study of people with chronic bronchitis*. British Journal of Health Psychology (Sep 1, 2003, vol. 8, issue 3, p 251-270, 20 p).
- (35). POTRIBNÁ, J.; DRAGOMIRECKÁ, E. *Quality of life of HIV/AIDS patients in comparison with a control group*. Homeostasis in Health and Disease (Jan 1, 2001, vol. 41, issue 5, p 176-181, 6 p).
- (36). PTÁČKOVÁ, A. *Comparison of quality of life before and one year after the liver transplantation | Srovnání kvality života před a jeden rok po transplantaci jater*. Československá psychologie (Jan 1, 1999, vol. 43, issue 4, p 338-348, 11 p).
- (37). REINE, G.; LANÇON, C.; DI TUCCI, S.; SAPIN, C.; AUQUIER, P. *Depression and subjective quality of life in chronic phase schizophrenic patients*. Acta Psychiatrica Scandinavica (Oct 1, 2003, vol. 108, issue 4, p 97-303, 7 p).
- (38). SHUXIN XI. *Effectiveness of voice rehabilitation on vocalisation in postlaryngectomy patients: a systematic review*. International

Journal of Evidence-Based Healthcare (Dec 1, 2010, vol. 8, issue 4, p 256-258, 3 p)

- (39). SCHIFFNER, R.; BRUNNBERG, S.; HOHENLEUTNER, U.; STOLZ, W.; LANDTHALER, M. *Willingness to pay and time trade-off: useful utility indicators for the assessment of quality of life and patient satisfaction in patients with port wine stains*. British Journal of Dermatology (Mar 1, 2002, vol. 146, issue 3, p 440-447, 8 p).
- (40). ŠEDA, P. *Využití metod měření kvality života při evaluaci následné péče osob závislých na návykových látkách*. Úspěšně obhájená závěrečná – bakalářská – kvalifikační práce. Vedoucí práce: Julie Wittmannová.
- (41). ŠRÁMKOVÁ, T.; DRAGOMIRECKÁ, E.; WENDSCHE, P.; CPINOVÁ, P.; SUTORÝ, M. *Quality of life of men with posttraumatic spinal cord injury | Kvalita života mužů s posttraumatickou transverzální míšní lézí*. Praktický lékař (Jan 1, 1999, vol. 79, issue 5, p 263-268, 6 p).
- (42). THOMAS, M. *The potential unlimited programme: An outdoor experiential education and group work approach the facilitates adjustment to brain injury*. Brain Injury (Jan 1, 2004, vol. 18, issue 12, p 1271-1286, 16 p).
- (43). VOJKŮVKOVÁ, K. *Kvalita života seniorů na Rožnovsku*. Úspěšně obhájená závěrečná – bakalářská – kvalifikační práce. Vedoucí práce: Helena Kubátová.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Jan CHRASTINA
Katedra:	Ústav speciálněpedagogických studií
Vedoucí práce:	Doc. PhDr. PaedDr. Olga KREJČÍŘOVÁ, Ph.D.
Rok obhajoby:	2013

Název práce:	SQUALA dotazník pro posouzení kvality života osob s chronickým onemocněním a zdravotním postižením
Název v angličtině:	SQUALA questionnaire to assess the quality of life of people suffering from with chronic illness and health disadvantage
Anotace práce:	Předkládaná diplomová práce obsahuje deskripci a analytickou práci s výsledky výzkumů (v podobě plnotextů) subjektivní kvality života, ve kterých byl cíleně užit SQUALA standardizovaný dotazník. Přes definování a vymezení kvality života, jejich domén a teoretické vymezení konstrukt chronického onemocnění/zdravotního postižení bylo užito přístupu obsahové analýzy v empirické části práce. Nastíněna je taktéž problematika volby adekvátního nástroje pro měření/posouzení kvality života u cílené skupiny příjemců péče. Byl využit koncept Evidence Based Practice (EBP) ve své první komponentě – důkazy. Pracováno bylo s desítkami tuzemských, ale především zahraničních odborných článků, s plnotexty získanými rešeršními činnostmi ve vědeckých časopiseckých databázích a výzkumně orientovaných závěrečných kvalifikačních pracích.
Klíčová slova:	SQUALA; Subjective Quality of Life Analysis; kvalita života; chronické onemocnění; zdravotní postižení; obsahová analýza; diagnostika
Anotace v angličtině:	The thesis contains a description and analytical systematic work with research results (using available fulltexts) of subjective quality of life, in which it was specifically used SQUALA standardized questionnaire. Through the definition of quality of life, their domains and theoretical definition of the construct of chronic illness/health disadvantage was in the empirical part

	<p>content analysis approach used. Also outline the problems of choice of adequate instruments for measurement/assessment of the quality of life in target group of recipients. The concept of Evidence Based Practice (EBP) was used in its first component - the evidence. It has been working with dozens of Czech, but especially foreign articles obtained by research activities in scientific journals and databases.</p>
<p>Klíčová slova v angličtině:</p>	<p>SQUALA; Subjective Quality of Life Analysis; quality of life; chronic illness; health disadvantage; content analysis; diagnostics</p>
<p>Přílohy vázané v práci:</p>	<p>-</p>
<p>Rozsah práce:</p>	<p>81 s.</p>
<p>Jazyk práce:</p>	<p>Český jazyk</p>