

KONCEPT SEIQoL JAKO NÁSTROJ PRO HODNOCENÍ KVALITY ŽIVOTA

The concept of SEIQoL as a tool for the assesment of the quality of life

Marek Zeman

10: 1–246, 2008
ISSN 1212-4117

Bertiny lázně Třeboň, s. r. o.

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta, katedra klinických oborů

Summary

This work is focused on a research concept of SEIQoL (The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life), i. e. on a programme of the evaluation of individually understood quality of life. In the introduction, it attempts to delimit or define the concept of the quality of life and elucidate general approaches to the evaluation of the quality of life in terms of psychology, sociology and medicine. It informs on principal conceptual proposals of the SEIQoL concept, i. e. on the individual approach to the evaluation, specification of five most important areas of life (life targets) in respondents together with percent measure of the satisfaction and importance attributed to them by respondents. However, it particularly explains in detail and graphically represents a particular method of the data evaluation in this approach. By way of illustration, it also presents a method of the use of the SEIQoL concept on a sample of ten respondents with Bechtěrev disease, who participated in the therapy in the spa Bertiny lázně in Třeboň in January 2008. The index of the quality of life in these respondents was on average of 64.9%; differences in the perception of the quality of life were compared and discussed depending on the gender and different age groups. Problems of the objectivizing the quality of life, dynamic nature of the concept of the quality of life itself and advantages and disadvantages of the use of the SEIQoL concept itself are conclusively considered.

Key words: quality of life – concept of SEIQoL – respondent – life target – VAS

Souhrn

Tato práce se zabývá výzkumným konceptem SEIQoL (The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life), tj. programem hodnocení individuálně chápané kvality života. V úvodu se pokouší vymezit, resp. definovat pojem kvality života a vysvětluje obecné přístupy v hodnocení kvality života z hlediska psychologie, sociologie a medicíny. Informuje o základních myšlenkových propozicích konceptu SEIQoL, tj. o individuálním přístupu při hodnocení, uvedení pěti nejdůležitějších oblastí života (životních cílů) u respondentů, společně s procentuální mírou spokojenosti a důležitostí, kterou jim respondenti přisuzují. Především však podrobně vysvětluje a graficky znázorňuje konkrétní způsob vyhodnocování dat u této metody. Pro názornou představu též přibližuje způsob využití konceptu SEIQoL na vzorku deseti respondentů s Bechtěrevovou chorobou, kteří se účastnili léčby v Bertiných lázních v Třeboni v lednu 2008. Index kvality života byl u těchto respondentů zjištěn v průměrné výši 64,9 %, byly srovnány a diskutovány rozdíly ve vnímání kvality života dle pohlaví a různých věkových skupin. V závěru práce je pojednáno o problémech objektivizace hodnocení kvality života, dynamickém charakteru samotného pojmu kvality života, výhodách a nevýhodách použití samotného konceptu SEIQoL.

Klíčová slova: kvalita života – koncept SEIQoL – respondent – životní cíl – VAS

ÚVOD

Výzkumy zkoumající kvalitu života nejrůznějších respondentů jsou v poslední době poměrně časté. Je to logické, neboť pojem kvality života nabývá stále více na významu a stává se klíčov-

vým pro hodnocení individuálního i kolektivního lidského života (Křížová, 2005).

Tyto výzkumy se provádí nejčastěji kvantitativními dotazníkovými metodami. Naprostá většina dotazníků je koncipována tak, aby ozřej-

mila aktuální zdravotní stav respondenta, osobní a další anamnézy, afinitu respondenta k pohybu, resp. k rehabilitaci, jeho případné obtíže při běžných denních činnostech, jako je oblékání, chůze do schodů, hygiena apod.

Nejsem si úplně jist, jestli velké množství podobně konstruovaných dotazníků není ve svém důsledku pro vědecký výzkum kontraproduktivní. Vyhodnocení odpovědí na stále se opakující otázky nepřináší podle mého názoru mnoho nového.

Krom toho – pouze biologické pojetí nemoci je svým způsobem redukování člověka na pouhý organismus, jehož jednotlivé orgány, resp. jejich funkce je nutno zkoumat (Danzer, 2001). V pohledu na pacienta by měl být zachován tzv. bio-psycho-sociální přístup, tj. respektování všech ostatních faktorů, např. psychologických, sociálních, kulturně antropologických či religiózních, které s medicínou sice zdánlivě nesouvisí, ale na rozvoj, průběh či vyléčení daného onemocnění mají často významný vliv.

Proto by možná bylo obecně dobré obrátit snahu výzkumníků od ryze zdravotních hledisek kvality života i jinam. O to se snaží ve svých tezích i zatím málo používaný výzkumný koncept SEIQoL.

KVALITA ŽIVOTA

Pojem kvality života

Kvalita života je velmi široký a nejednoznačně definovatelný pojem. Jedná se o pojem multidimenzionální a multidimenzionální, který pojímají různé instituce a odborníci různě.

Samotné slovo „kvalita“ je odvozeno od latinského základu „qualis“ což znamená „jaký“. Kvalitou tedy můžeme rozumět určitou jakost, resp. hodnotu nebo charakteristický rys, jímž se daný jev odlišuje jako celek od jiného celku (např. život jednoho člověka od života druhého člověka) (Křivohlavý, 2001).

WHO (World Health Organization – Světová zdravotnická organizace) definuje kvalitu života jako „individuální vztah člověka k jeho vlastním životním cílům, očekávaným hodnotám a zájmům, v daném kulturním, sociálním a environmentálním kontextu“ (WHO, 2007).

CHP (Center for Health Promotion – Centrum pro podporu zdraví) při kanadské University of Toronto definuje kvalitu života jako „míru nebo stupeň spokojenosti člověka s možnostmi, které mu jeho život nabízí“ (CHP, 2008).

Obě předchozí definice jsou podobné, míra individuálního vztahu člověka ke svým životním možnostem se dá v podstatě definovat jako míra jeho spokojenosti. Ovšem věda se snaží nalézt exaktní vyjádření pojmu kvalita života. Ale co se rozumí onou „mírou spokojenosti člověka“, jak se dá kvantifikovatelně měřit a vyjadřovat? Není zde pak zásadní rozpor, když zkoumáme „kvalitu“ života a chceme ji „kvantifikovat“?

Co je tedy kvalita života

Dá se říci, že kvalita života je určitá obecná vlastnost člověka, resp. soubor jeho vlastností, které ovšem není možné vyjádřit číslem nebo stanovit jejich přesnou hodnotu (Křivohlavý, 2004).

Podobně nelze měřit nebo přesně stanovit např. kvalitu piva. Existuje celá řada faktorů, např. druh obilnin (jestli je to ječmen, nebo např. pšenice), druh chmele i vody, dále technologie sladování, mletí a kvašení a pak samozřejmě vlastní způsob výroby konkrétního typu piva. Všechny tyto faktory působí na tzv. kvalitu piva. A to jsou, dá se říci, pouze faktory výrobní. To, jestli je konkrétní pivo chutné, resp. jestli je kvalitní pro spotřebitele, závisí pochopitelně také na tomto konkrétním spotřebiteli. Každý jedinec je individualitou, a pokud sládek prohlásí pivo za kvalitní, nemusí to ještě znamenat, že nám bude chutnat.

Podobně u kvality života. Život člověka není možné popsat pouze pomocí objektivních, většinou ekonomických ukazatelů, jako jsou např. úroveň bydlení, kriminality, hlukost či znečištění ovzduší (Hnilicová, 2005). Je třeba přihlížet k celému souboru dalších ukazatelů. Je nutné zkoumat všechny subjektivní faktory, které ukazují, jak lidé sami hodnotí svůj život, a které doplňují charakteristiky obecných životních podmínek. Tyto obecné životní podmínky, tedy to, co je posuzováno jako dobré, či špatné, jsou ovšem ve značné míře bezprostředně dikтовány kulturou a společností. Lidé v různých zemích a kulturách budou za kvalitní život označovat něco jiného.

Hodnocení kvality života

O kvalitě života se hovoří v různých souvislostech a v různých vědních disciplínách. Jsou to především psychologie, sociologie, kulturní antropologie, ekologie a medicína. I vzhledem k soudobému trendu medicíny pojímat přístup

ke konkrétnímu klientovi z bio-psycho-sociálního hlediska jsou pro nás asi nejvýznamnějšími obory psychologie, sociologie a medicína.

Psychologické pojetí kvality života se vztahuje ke snaze postihnout subjektivně prožívanou životní pohodu a spokojenost s vlastním životem jako takovým (Křivohlavý, 2006). Příkladem je níže popsáný koncept SEIQoL (The Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life), tj. program hodnocení individuálně chápané kvality života. K pojetí kvality života se zde přistupuje tak, jak ji subjektivně vidí, resp. chápe nebo definuje ten, kdo je dotazován.

V medicíně a ve zdravotnictví je těžiště zkoumání kvality života nejčastěji posunuto do oblastí psychosomatického a fyzického zdraví. Nejčastěji používaným hodnotícím konceptem je zde HRQoL (Health Related Quality of Life), tj. kvalita života podmíněná zdravím. Standardizované dotazníky shrnují subjektivní a současně kvantifikovatelná měření jednak vnímání zdraví a jednak chodu životních funkcí ve fyzické, sociální a emoční sféře (Vurm et al., 2002). Nejčastěji se zde používá jakýsi „zlatý standard“, dotazník SF-36, který je velmi obecně zaměřen a který je doporučován především ke zjišťování dopadu určité farmakoterapie na kvalitu života pacientů (Hnilicová, 2005). Koncept HRQoL je v medicínských výzkumech opravdovým „monopolem“ a někdy možná až trochu nekriticky nadhodnocuje svůj význam. Ve svých tezích např. tvrdí, že rozhodujícím vztahem mezi kvalitou života a zdravotním stavem je právě přímá závislost kvality života na zdraví jedince (Petr, 2004). Což je vcelku odvážné tvrzení, neboť, jak jsme uvedli v předcházejícím textu, je zde kromě zdraví mnoho dalších faktorů, které kvalitu života ovlivňují.

Sociologické pojetí pak zdůrazňuje atributy sociální úspěšnosti, jako jsou status, majetek, vybavení domácnosti, vzdělání, rodinný stav.

Z obecné definice pojmu kvality života vyplývá, že psychologické aspekty zde hrají zřejmě velmi významnou roli. Také řada lékařů, zabývajících se tzv. psychosomatickou medicínou poukazuje na to, že u řady onemocnění by zlepšení životního stylu, správná životospráva, ale také vyřešení osobních problémů a konfliktů u pacientů mohlo pomoci daleko lépe a důkladněji než klasická medikamentózní léčba. „Psychická složka se účastní každého onemoc-

nění, ať si to uvědomujeme, nebo ne,“ říká známý psychiatr Radkin Honzák.

Už z tohoto důvodu by nás subjektivní, psychologické pojetí při hodnocení kvality života v medicíně, které je nosnou myšlenkou konceptu SEIQoL, mohlo zajímat. V nejrůznějších odborných periodikách prozatím totiž zdravotnické pojetí kvality života stále převažuje, především publikace výzkumů užívajících koncept HRQoL jsou ve velké „přesile“. Např. na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity se za posledních pět let publikovalo na téma kvalita života přibližně 20 prací (převážně diplomových a bakalářských), které používají koncept HRQoL, a jen asi 5 prací s použitím ostatních konceptů. Popularizování těchto ostatních konceptů, mimo jiné i metody SEIQoL tedy může být vítaným prvkem k teoretickému prohlubování studia kvality života i příspěvkem do diskuze o objektivizaci hodnocení kvality života jako takové.

KONCEPCE SEIQoL

Kvalita života, tak jak ji chápe metoda SEIQoL, není všeobecně platná, ale je individuální. To znamená, že k pojetí kvality života se přistupuje tak, jak ji subjektivně vidí ten, kdo je dotazován (Křivohlavý, 2005). Základními daty jsou zde výpovědi dané osoby. Pojetí kvality života dané osoby pak závisí na jejím vlastním systému hodnot.

Aspekty života, které jsou pro danou osobu v dané situaci a chvíli považovány danou osobou za podstatné, jsou zcela svobodně voleny (Ring et al., 2007). Počítá se s tím, že tyto aspekty se mohou se v průběhu jejího života měnit.

Ty aspekty života daného člověka, které jsou pro něho kriticky závažné, se metoda SEIQoL snaží poznat v rozhovoru s touto osobou. Nejde o zcela volný rozhovor, který by zřejmě byl ideálem, ale o rozhovor do určité míry strukturovaný. Je tematicky omezen jen na nejdůležitější aspekty kvality života (Křivohlavý, 2002).

Zjišťuje se přitom i relativní důležitost každého aspektu kvality života daného člověka v dané momentální situaci a míra jeho spokojenosti s tímto aspektem (Křivohlavý, 2001).

Výsledky při hodnocení kvality života tímto konceptem lze u respondentů srovnávat například po nějakém léčebném zásahu nebo po určitém časovém úseku apod. Vzhledem k možné-

ZPŮSOB VYHODNOCENÍ

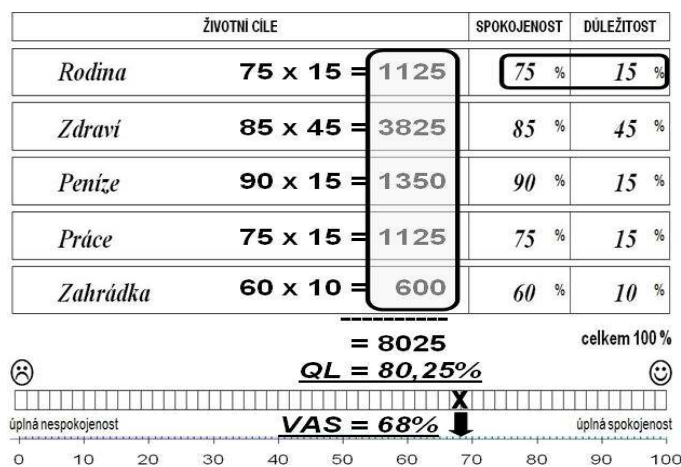
V úvodu kapitoly je třeba zmínit, že vyhodnocujeme data ze strukturovaného rozhovoru, což je původní podstata koncepce SEIQoL, ale v následujícím textu hovoříme o dotazníku, resp. údajích z dotazníku. Je to způsobeno záměrem zjednodušit a zpřehlednit způsob výpočtu a vyhodnocení údajů, „dotazníkem“ zde rozumíme tabulku výstupů dat ze strukturovaného rozhovoru. „Pravá“ dotazníková forma konceptu SEIQoL se dá použít, pokud chceme od respondentů získat data např. po určitém časovém období od nějaké léčebné intervence, a nemáme možnost s ním osobně pohovořit. Respondent pak sám podle podrobných instrukcí vyplní potřebné údaje a předmětný dotazník např. odešle poštou.

Vyhodnocení kvality života se provádí tak,

že se u každého životního cíle násobí jeho důležitost (uvedená v procentech) mírou spokojenosti (uvedenou též v procentech) (Křivohlavý, 2002). Výsledná hodnota je pak rovna součtu takto zjištěných součinů pro všech pět řádek (největší takto zjištěná hodnota může mít hodnotu 10 000). Tento výsledný součet se potom dělí 100, aby se výsledek pohyboval v rozmezí od 0 (nejnižší možné hodnoty) do 100 (nejvyšší možné hodnoty). Výsledná hodnota se pak označuje jako index kvality života (QL) (Seymour et al., 2008).

Vizuální analogová škála se obvykle pomyslně rozdělí na 100 dílků a křížek, který respondent na této škále udělá, je odečten z této pomyslné stupnice jako hodnota jeho celkové spokojenosti s životem (v rozmezí 0–100 %) (obr. 2).

Obr. 2 Grafický přehled vyhodnocení údajů z dotazníku, číslovaná stupnice není původní součástí dotazníku



* Zdroj: vlastní výzkum

Je nutné zdůraznit, že na výslednou hodnotu indexu kvality života nemají uvedené konkrétní životní cíle vůbec žádný vliv! Jinými slovy, nezajímá nás, jestli respondent uvedl jako životní cíle „zdraví, naději, lásku, rodinu a víru“ nebo „kanárka, motorku, ženy, fotbal a pivo“. Rozhodující je míra důležitosti a spokojenosti u těchto životních cílů. I když to možná bude působit nepatřičně, v případě „kanárka, motorky, ženy, fotbalu a piva“ může mít tento respon-

dent daleko vyšší index kvality života (Zeman, 2007).

Při vyhodnocování dat se opíráme o záznamy ze strukturovaných rozhovorů nebo přímo z adaptovaných dotazníků. Ty mohou mít různé formy. Grafické zpracování kolonek pro uváděné životní cíle je různé, existují „horizontální“ verze, kde je pět řádek, přičemž v každé řádce je životní cíl, společně s procentem spokojenosti a důležitosti (taková forma grafického zpracová-

ní je uvedena právě v tomto příspěvku), nebo „vertikální“ verze, kde je pět sloupců, v každém je životní cíl, procento spokojenosti a důležitosti. Konkrétní volba je individuální, vyhodnocení je pořád stejné. Určitou nápaditostí, resp. názornějším pojetím při získávání dat od respondenta se vyznačuje verze tohoto konceptu označovaná jako SEIQoL-DW (direct weighting, tj. přímé vážení nebo přímé srovnání). Respondent uvede pět životních cílů, ohodnotí každý procentem spokojenosti od 0 do 100 % a pro vyjádření důležitosti toho kterého cíle použije kruhový terčík s pěti různobarevnými vzájemně se překrývajícíchmi disky. Plocha každého disku vyjadřuje důležitost jednoho životního cíle a míra překryvu disků určuje rozdělení všech pěti životních cílů mezi 100 %, analogicky koláčovému grafu z procentního zastoupení jednotlivých životních cílů.

PŘÍKLAD APLIKACE KONCEPTU SEIQoL

Pro názornou představu způsobu využití konceptu SEIQoL pro hodnocení kvality života byl zvolen vzorek deseti respondentů z Bertiných lázní v Třeboni. Výběr jedinců je náhodný a specifický, jedná se o prvních deset pacientů s Bechtěrevovou chorobou, kteří se účastnili lázeňské léčby v lednu 2008. Bechtěrevova choroba (nebo též ankylozující spondylitida) je dlouhodobé zánětlivé onemocnění páteře a pro pacienty s touto chorobou je každoroční lázeňský pobyt velmi vítanou příležitostí jak udržet a zlepšit svůj zdravotní stav.

Všichni respondenti jsou součástí širšího výzkumného vzorku, který je rovněž hodnocen konceptem mezinárodní klasifikace funkčních poruch, disability a zdraví (ICF) a jehož výsledky budou později zpracovány ve formě disertační práce.

V souboru je tedy celkem 10 respondentů, z toho 2 ženy a 8 mužů. Průměrný věk respondentů je 49,6 let. Byla provedena doplňková kategorizace respondentů do dvou uměle vytvořených věkových skupin, 20–49 let (celkem 4 respondenti) a 50–80 let (celkem 6 respondentů).

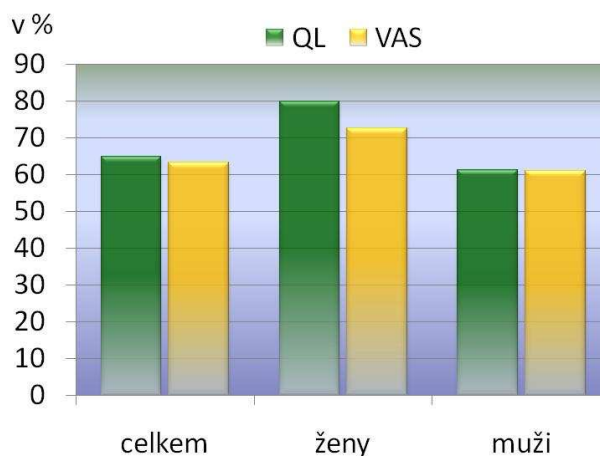
U cílových osob byla sledována kvalita života při nástupu lázeňské léčby, hodnocená prostřednictvím konceptu SEIQoL.

Je třeba zdůraznit, že vzorek respondentů není pro jakákoliv zobecnění zjištěných výsledků dostatečně rozsáhlý a slouží pouze jako modelový příklad.

Index kvality života (QL) byl vypočten u každého respondenta jako celkový součet výsledků součinů procentuálních hodnot důležitosti a spokojenosti u jednotlivých životních cílů dělený stem. Hodnota celkové spokojenosti byla odečtena z vizuální analogové škály (VAS).

Index kvality života (QL) byl zjištěn u respondentů v průměrné výši 64,9 %. Hodnota celkové spokojenosti (VAS) byla zjištěna u respondentů v průměrné výši 63,2 %. Průměrná hodnota indexu kvality života (QL) u žen je 79,9 % a u mužů 61,1 %. Průměrná hodnota celkové spokojenosti (VAS) je u žen 72,5 % a u mužů 60,9 % (obr. 3).

Obr. 3 Hodnoty indexu kvality života (QL) a celkové spokojenosti (VAS) respondentů

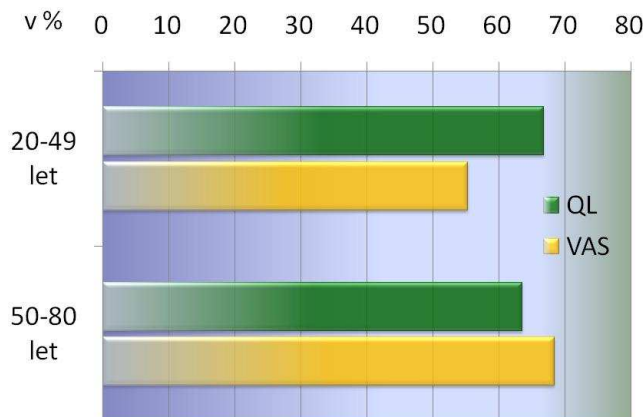


* Zdroj: vlastní výzkum

Při porovnání průměrných hodnot indexu kvality života (QL) a celkové spokojenosti (VAS) u obou uměle vytvořených věkových skupin docházíme k následujícím závěrům. U skupiny 20–49 let je průměrná hodnota inde-

xu kvality života (QL) 66,8 % a průměrná hodnota celkové spokojenosti (VAS) 55,3 %. U skupiny 50–80 let je průměrná hodnota indexu kvality života (QL) 63,6 % a průměrná hodnota celkové spokojenosti (VAS) 68,5 % (obr. 4).

Obr. 4 Srovnání hodnot kvality života (QL) a celkové spokojenosti (VAS) u uměle vytvořených věkových skupin respondentů



* Zdroj: vlastní výzkum

DISKUSE

Vyhodnocení dat z modelového příkladu

Index kvality života u tohoto souboru respondentů je v průměrné výši 65 % z maxima 100 procentních bodů, což znamená, že kvalita jejich života je spíše dobrá (hodnota je více než 50 %).

Také jsme zjistili, že kvalita života u žen je vyšší než u mužů, ovšem zároveň je u žen větší odchylka v porovnání jejich indexu kvality života a hodnoty celkové spokojenosti (viz obr. 3). To může znamenat, že muži odpovídali při dotazování přesněji, respektive pravdivěji (viz kapitola „Výhody a nevýhody konceptu SEIQoL“).

Při umělém rozdělení respondentů do dvou věkových skupin jsme zjistili, že kvalita života u starší věkové skupiny respondentů je mírně nižší. Musíme však konstatovat, že odchylka v porovnání indexu kvality života a hodnoty celkové spokojenosti (viz obr. 4) je mnohem vyšší u mladší věkové skupiny. Zajímavější je ovšem fakt, že u starších respondentů je hodnota VAS vyšší než hodnota QL, na rozdíl od respondentů mladších a na rozdíl od celkových výsledků patrných z obrázku 3. To by mohlo znamenat, že starší respondenti hodnotí kvalitu svého života (prostřednictvím celkové spokojenosti VAS) spíše lépe, ovšem výsledná vypočtená hodnota QL je u nich nižší (viz kapitola

„Výhody a nevýhody konceptu SEIQoL“).

Znovu je však třeba připomenout nedostatečnou rozsáhlost vzorku respondentů a ryze spekulativní charakter uvedených zobecnění, resp. možných příčin zjištěných výsledků.

Analýza jednotlivých životních cílů

Při vyhodnocování dat lze také posuzovat jednotlivé životní cíle, které respondenti uvádějí, řadit je podle průměrné výše důležitosti a spokojenosti. Při prezentaci takto získaných údajů však musíme být opatrní, neboť každý respondent samozřejmě může uvést pět naprosto odlišných životních cílů.

Například u tohoto výzkumu uvedlo 6 respondentů mezi svými životními cíli „zdraví“. Pokud vypočteme průměrnou hodnotu důležitosti, kterou položce „zdraví“ přisuzuje těchto 6 respondentů, dojdeme k hodnotě 32,5 %. Nemůžeme pak ovšem tento údaj zobecnit na celý výzkumný soubor a tvrdit, že respondenti považují „zdraví“ za důležité v průměru z 32,5 %, neboť čtyři respondenti ve svých životních cílech „zdraví“ vůbec neuvadli. K takovým zobecněním však bohužel ve značném množství výzkumů používajících koncept SEIQoL dochází. Informace o tom, jaké životní cíle respondenti uvádějí, jsou nepochybně zajímavé, lze se

nad nimi zamýšlet, ale rozhodně je není možné zevšeobecňovat a prezentovat jako průměrné hodnoty v grafech či tabulkách. Primárním cílem pro používání konceptu SEIQoL by mělo být pouze hodnocení kvality života.

Objektivizace hodnocení kvality života

Jak již bylo několikrát zmíněno, kvalitu života nelze jednoduše vysvětlit a popsat, je to, abych tak řekl, niterná součást každého jedince a s trochou nadsázky se pokusy o zjišťování kvality života podobají například pokusům o zjišťování „kvality“ lásky, nebo „kvality“ náboženského přesvědčení. Je to velmi osobní záležitost a jakožto osobní záležitost i velmi subjektivní. Proto se domnívám, že jakákoliv snaha o objektivizaci nejrůznějších hodnocení kvality života je nemožná, neřkuli nežádoucí.

Medicína se snaží dát lidem, kteří trpí nějakou chorobou to nejlepší, co zatím má, ale tak trochu zapomíná, že člověk není jen stroj, který se dá spravit, když se porouchá. Lidský organismus je dokonalým strojem, který je ovšem řízen mnohými procesy, které nejmodernější výzkumné přístupy teprve velmi zvolna odhalují a pokouší se vysvětlovat. Medicína jako exaktní věda zatím ovšem nemá nástroje k pochopení a vylepšení lidského života jako celku, není vědou filozofickou ani etickou. Je to věda, která se snaží pomoci člověku od bolesti nebo, chcete-li, pomoci mu být zdravějším. Ale nemusela by být „jen“ takovou vědou. Smyslem lékařství by mohla být snaha napomoci lidskému organismu, aby si pomohl sám a našel tak cestu k uzdravení, celistvosti a dokonalosti (Žák, 2005). O to se, byť stále velmi nesměle, snaží některé obory psychosomatické medicíny, které se postupně vrací k velmi dlouho opomíjeným a skoro již ztraceným (nebo možná zatraceným) filozofickým základům léčby. A i ono lidové „věř a víra tvá tě uzdraví“ má v tomto ohledu v psychosomatické medicíně nezastupitelné místo.

Pojem kvality života má možná v konečném důsledku daleko blíže k pojmu „mysl života“ než ke zdraví, respektive k hodnocení zdravotního stavu. Problematika smysluplnosti života je totiž podle některých autorů v pozadí naší motivace, v pozadí toho, oč nám v životě jde, nebo toho, nač si troufneme. Smysluplnost života má své místo i v pojetí celoživotního vývoje osobnosti, zvláště pak růstu a zrání osobnosti,

stárnutí a adaptace na změny či zvládání životních obtíží, tj. na tom, co se vlivem různých událostí, těžkostí a změn prostředí v průběhu života v naší osobnosti mění (Křivohlavý, 2007).

Všechny výzkumy, které se týkají kvality života, by tedy měly být ve svých závěrech a zobecněních velmi opatrné a nepřisuzovat zbytečně např. pouze zdravotním aspektům kvality života větší důležitost a význam, než opravdu mají.

Dynamický charakter pojmu kvality života

V první řadě je třeba zmínit, že kvalita života jako taková není pojmem statickým, nýbrž dynamickým. Při posuzování kvality života musíme vzít do úvahy nejrůznější faktory, které ji ovlivňují v čase.

V medicíně se často sleduje kvalita života u respondentů před určitým léčebným zásahem a po něm, jinými slovy, zajímá nás, jak se změnila (pochopitelně bychom rádi řekli „zlepšila“) kvalita jeho života tímto zásahem. Modelovým příkladem je vyhodnocování odpovědí v rozhovoru nebo dotazníku při nástupu léčby a po určitém časovém úseku od skončení léčby, přičemž otázky v rozhovoru nebo struktura dotazníku jsou naprosto totožné.

Konkrétní respondent tedy vyplní např. dotazník při nástupu léčby (A) a stejný dotazník (B) po šesti měsících od skončení léčby. Mezitím ovšem, řekněme po třech měsících od skončení léčby, ztratí například zaměstnání nebo dojde k úmrtí v jeho rodině. Tyto stresové faktory pak mohou významným způsobem narušit jeho duševní rovnováhu a hodnocení sebe sama při vyplňování dotazníku B. Kvalita života, kterou dostaneme vyhodnocením dotazníku B, pak bude do určité míry popsány stresovými faktory ovlivněna. Výsledné srovnání kvality života z dotazníku A a z dotazníku B bude zkresleno a zkresleno může být ve svém důsledku i celé posouzení účinnosti léčby pomocí tohoto výzkumného konceptu. Jistěže u všech respondentů takováto „hraniční“ situace nemusí nastat, mohou ovšem nastat na první pohled i mnohem méně závažné skutečnosti v životě respondenta (např. přestěhování do nového bydliště, noví přátelé, rozchod s partnerem apod.) v období mezi vyplňováním dotazníků, které konkrétně u každého jedince budou mít na výslednou kvalitu jeho života vliv. Není to samozřejmě jen „problém“ konceptu SEIQoL, tímto zkreslením

jsou postiženy i další výzkumné metody.

Přibližně před dvěma roky v rámci odborné přednášky o kvalitě života na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích jsem měl možnost položit tuto otázku (na problém zkrácení výsledků kvality života) při vzácné příležitosti osobní konzultace s profesorem Krivohlavým, nestorem české psychologie a nejvýznamnějším odborníkem na problematiku kvality života u nás. Bylo mi sděleno, že se to bohužel týká všech výzkumů, u kterých je určitý časový odstup mezi vyplněním téhož dotazníku, a čím bude koncepce metodik výzkumů otevřenější a obecnější, tím bude toto zkrácení patrně větší.

Je to zatím neřešitelný problém, který by se možná dal zčásti ovlivnit určitou specifikací všech faktorů, působících v období mezi vyplněním dotazníků, každopádně je tato úvaha spekulativní, neboť postihnout všechny tyto působící faktory, i ty podvědomé, je nereálné.

Výhody a nevýhody konceptu SEIQoL

Metodika SEIQoL je jedinečná svou nepochybně jednoduchou konstrukcí. Respondent uvede pět životních cílů, ohodnotí je procenty důležitosti a spokojenosti a udělá křížek na vizuální analogové škále. Nevýhodou může být paradoxně právě tato jednoduchost. Respondenti jsou zvyklí obvykle vyplňovat mnohem delší dotazníky, „křížkují“ nabízené odpovědi a snaha o jakékoliv zjednodušení může být ve svém důsledku kontraproduktivní. Někteří respondenti nelibě nesou, že se jim neposkytuje dostatečně široký prostor pro vyjádření jejich názorů (Jandourek, 2003). Zároveň se však nemusí setkat u respondentů s úplným pochopením požadavků na trochu větší přemýšlení při vyplňování dotazníku.

Další určitou nevýhodou je nemožnost dodatečné kategorizace, resp. upřesnění odpovědí v kolonkách „životní cíle“. To je pochopitelně způsobeno převedením formy dotazování z původního rozhovoru. Námětem k zamýšlení by mohlo být, jakým způsobem by se v této dotazníkové formě dodatečná kategorizace dala provést.

Za největší výhodu a přínos této metody však rozhodně považují její originalitu. Jak už bylo několikrát zmíněno, sledujeme zde celkovou kvalitu života a neprotežujeme přitom žádný faktor, který by na tuto kvalitu měl vliv. Zajímají

nás pouze „čísla“ a přitom dáváme respondentovi prostor pro vyjádření jeho názoru. Velmi dobrým prvkem je i uvedení vizuální analogové škály, kterou někteří autoři považují za zcela samostatnou metodu hodnocení kvality života (Krivohlavý, 2005), v dolní části dotazníku. Odečtením hodnoty celkové spokojenosti s životem, kterou respondenti označili křížkem, dostáváme zajímavý údaj, který lze srovnávat s výslednou hodnotou indexu kvality života.

Když respondent například označí v této škále křížek v hodnotě dvaceti procentních bodů a vypočtením indexu kvality života z jeho odpovědi dostaneme hodnotu osmdesáti procent, můžeme se domnívat, že sám sebe hodnotí jako spíše nespokojeného (z vizuální škály). Toto jeho subjektivní hodnocení sebe sama je však paradoxně zpochybněno sebou samým v výsledné hodnotě indexu kvality života. Na rozdíl od vizuální analogové škály, kde respondent může být ovlivněn nejrůznějšími zkušenostmi z vyplňování podobných dotazníků, tj. v kategoriích spokojenost, nespokojenost uvádí spíše nespokojenost, ovšem výsledek indexu kvality života ukáže pravý opak. A to možná proto, že respondent nemůže znát a pochopit způsob vyhodnocení dotazníku. Metodologie SEIQoL tak v podstatě řeší problém objektivizace subjektivních odpovědí respondentů.

Dobrym námětem k zamýšlení by mohlo být, jakým způsobem by se daly jednotlivé dosavadní koncepty pro výzkum kvality života vzájemně kompilovat a využít tak pro lepší, ale hlavně objektivnější hodnocení respondentů.

ZÁVĚR

Je možné říci, že měření kvality života metodou SEIQoL má daleko širší záběr než klasické metody externího posuzování zdravotního stavu. V úvahu se přitom bere celkový stav pacienta tak, jak je tímto pacientem viděn a hodnocen. Dá se říci, že kvalita života je měřena nepřímou, že se na ni usuzuje z celkové míry spokojenosti dané osoby. Tato zjištění jsou proto možná citlivější než klasické údaje o zdravotním stavu pacienta.

I přesto, že je kvalita života nejednoznačně definovatelný a „uchopitelný“ pojem, výzkumníci se pořád snaží stanovit, co obsahuje, čím je určen a ovlivněn, a hlavně, jak se dá kvantifikovaně měřit. Tato jejich snaha má své opodstatnění. Záměrem každé zdravotnické instituce,

resp. celku zdravotnictví jako takového, je posoudit účinnost jednotlivých léčebných intervencí u konkrétních pacientů. Kvalita života se zde nabízí jako zdánlivě velmi jednoduché kritérium. Velký počet nejrůznějších konceptů, které se kvalitou života pokoušejí měřit, a především jejich názorová roztržiténost však potvrzuje, že nejde o záležitost až tak snadnou a celý pojem kvality života bude rozhodně nutné ještě dále teoreticky prohlubovat a lépe definovat.

LITERATURA

- CHP QoL Concepts. *The quality of life model*. [online], [cit. 2008-03-03]. Dostupné z: <http://www.utoronto.ca/qol/concepts.htm>
- DANZER, G.: *Psychosomatika*. Praha: Portál, 2001. 248 s.
- HNILICOVÁ, H.: Kvalita života a její význam pro medicínu a zdravotnictví. In: *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 629 s.
- JANDOUREK, J.: Úvod do sociologie. Praha: Portál, 2003. 231 s.
- KŘIVOHLAVÝ, J.: Měření kvality života objektivními ukazateli. In: *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 629 s.
- KŘIVOHLAVÝ, J.: *Pozitivní psychologie*. Praha: Portál, 2004. 200 s.
- KŘIVOHLAVÝ, J.: *Problematika smysluplnosti života v psychologii*. [online], [cit. 2007-02-03]. Dostupné z: http://krivohlavy.zde.cz/c_smysluplnost.html.
- KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologická pojetí a způsoby zjišťování kvality života*. [online], [cit. 2006-05-06]. Dostupné z: http://www.volny.cz/j.krivohlavy/clanky/c_kvalita.html.
- KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie nemoci*. Praha: Grada Publishing, 2002. 200 s.

KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. 280 s.

KŘÍŽOVÁ, E.: Sociologické podmínky kvality života. In: *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 629 s.

O'BOYLE, C. A., MC GEE, H. M., JOYCE, C. R. B.: A theory-based method for the evaluation of individual quality of life: The SEIQoL. *Quality of Life Research*, 2003, Vol. 12, Issue 3, s. 275–280.

PETR, P.: *Kvalita života v balneologii*. České Budějovice: Inpress, 2004. 118 s.

RING, L., HOFER, S., MC GEE, H.: Individual quality of life: can it be accounted for by psychological or subjective well-being? *Social Indicators Research*, 2007, Vol. 82, Issue 3, s. 443–461.

SEYMOUR, D. G., STARR, J. M., FOX, H. C.: Quality of life and its correlates in octogenarians. Use of the SEIQoL-DW in Wave 5 of the Aberdeen Birth Cohort 1921 Study. *Quality of Life Research*, 2008, Vol. 17, Issue 1, s. 11–20.

VURM, V., PETR, P., KALOVÁ, H.: Kvalita života u chronických onemocnění ve světle novějších modelů zdraví a nemoci. *Kontakt*, 2002, roč. 4, č. 2–3.

WHO QoL Group. *Measuring quality of life*. [online], [cit. 2007-03-04]. Dostupné z: http://www.who.int/entity/mental_health/media/68.pdf.

ZEMAN, M.: Kvalita života jako nástroj k hodnocení výsledků balneoterapie u pacientů s Bechtěrevovou chorobou v Bertiných lázních v Třeboni. *Diplomová práce*. České Budějovice: Zdravotně sociální fakulta, 2007.

ŽÁK, S.: Religiózní rozměr terapeutického vztahu. In: *Kvalita života a zdraví*. Praha: Triton, 2005. 629 s.

* Část práce týkající se metodologie a způsobu vyhodnocení konceptu SEIQoL byla prezentována na Studentské konferenci Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích, dne 15.4.2008.

Marek Zeman
marek-zeman@seznam.cz