

Ilona Gillernová, Vladimír Kebza, Milan Rymeš a kolektiv



PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY ZMĚN V ČESKÉ SPOLEČNOSTI

ČLOVĚK NA PŘELOMU TISÍCILETÍ



 **GRADA®**

*Připisujeme tuto publikaci památce spoluautora a našeho kolegy
prof. PhDr. Oldřicha Mikšíka, DrSc.*

**Publikace byla zpracována v souvislosti
s řešením VZ MŠMT MSM 0021620841.**

Autorský kolektiv:

PhDr. Hedvika Boukalová, Ph.D.
doc. PhDr. Slávka Fraňková, DrSc.
doc. PhDr. Ilona Gillernová, CSc.
MUDr. Dalibor Heřman, Ph.D.
PhDr. Simona Hoskovcová-Horáková, Ph.D.
prof. PhDr. Jiří Hoskovec, CSc.
PhDr. Tamara Hrachovinová, CSc.
doc. PhDr. Vladimír Kebza, CSc.
PhDr. Václav Mertin
prof. PhDr. Oldřich Mikšík, DrSc. (†)
PhDr. Monika Morgensternová, Ph.D.
doc. PhDr. Milan Rymeš, CSc.
Mgr. Gabriela Svianteková
PhDr. Eva Šírová, Ph.D.
PhDr. Jana Šmolíková
PhDr. Iva Štětovská, Ph.D.
doc. PhDr. Lenka Šulová, CSc.
PhDr. Irena Wagnerová, Ph.D.
prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D.

Ilona Gillernová, Vladimír Kebza, Milan Rymeš a kolektiv

PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY ZMĚN V ČESKÉ SPOLEČNOSTI

ČLOVĚK NA PŘELOMU
TISÍCILETÍ

Grada Publishing

Upozornění pro čtenáře a uživatele této knihy

Všechna práva vyhrazena. Žádná část této tištěné či elektronické knihy nesmí být reprodukována a šířena v papírové, elektronické či jiné podobě bez předchozího písemného souhlasu nakladatele. Neoprávněné užití této knihy bude trestně stíháno.

doc. PhDr. Ilona Gillernová, CSc.

doc. PhDr. Vladimír Kebza, CSc.

doc. PhDr. Milan Rymeš, CSc.

a kolektiv

PSYCHOLOGICKÉ ASPEKTY ZMĚN V ČESKÉ SPOLEČNOSTI

Člověk na přelomu tisíciletí

Vydala Grada Publishing, a.s.

U Průhonu 22, 170 00 Praha 7

tel.: +420 234 264 401, fax: +420 234 264 400

www.grada.cz

jako svou 4455. publikaci

Recenzovali:

prof. PhDr. Mojmír Svoboda, CSc., Psychologický ústav FF MU, Brno

prof. PhDr. Jozef Výrost, DrSc., Spoločenskovedný ústav SAV, Košice

Odpovědná redaktorka Zuzana Macková

Sazba a zlom Antonín Plicka

Návrh a zpracování obálky Michal Němec

Počet stran 256

Vydání 1., 2011

Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a.s.

© Grada Publishing, a.s., 2011

Cover Photo © fotobanka Allphoto

ISBN 978-80-247-2798-1 (tištěná verze)

ISBN 978-80-247-7448-0 (elektronická verze ve formátu PDF)

© Grada Publishing, a.s. 2012

OBSAH

PŘEDMLUVA: ČLOVĚK NA POČÁTKU NOVÉHO TISÍCILETÍ	9
1. ZDRAVÍ A ŽIVOTNÍ STYL: KVALITA ŽIVOTA V KONTEXTU MĚNÍCÍ SE SPOLEČNOSTI	21
<i>Vladimír Kebza (ed.)</i>	
1.1 Přístupy ke kvalitě života v proměnách společnosti	21
<i>Tamara Hrachovinová, Vladimír Kebza</i>	
1.1.1 Utváření zájmu o problematiku kvality života v životě společnosti	21
1.1.2 Kvalita života ve vztahu ke zdraví, její měření a hodnocení	26
1.2 Vybrané psychosociální souvislosti a kvalita života dlouhodobě nemocných	36
<i>Vladimír Kebza, Dalibor Heřman, Tamara Hrachovinová</i>	
1.2.1 Kvalita života a chronická onemocnění	36
1.2.2 Kvalita života pacientů s implantovaným kardiostimulátorem	39
1.2.3 Kvalita života pacientů chronicky nemocných diabetem	46
1.3 Aktuální psychologické problémy dětské obezity	55
<i>Slávka Fraňková</i>	
1.3.1 Prevalence dětské obezity	55
1.3.2 Multikauzalita obezity a její význam v psychologii	56
1.3.3 Vnější a dlouhodobě působící vlivy na rozvoj dětské obezity	60
1.3.4 Osobnost a problémy obézního dítěte	61
1.3.5 Cíle a prostředky terapie a prevence dětské obezity	66
1.4 Trendy a rizikové faktory v sexuální chování a v sexuálních postojích obyvatel České republiky na začátku 21. století	69
<i>Petr Weiss</i>	
1.4.1 Legislativa a sexuální delikvence	69
1.4.2 Změny v sexuální chování a v sexuálních postojích	71
1.5 Zdravé stárnutí a bezpečná dopravní mobilita	84
<i>Jiří Štikar, Jiří Hoskovec, Jana Šmolíková</i>	
1.5.1 Mobilita starších osob	84
1.5.2 Příčiny nehod a úrazů	87
1.5.3 Metody k vyladování duševní a tělesné kondice	93
2. DĚTI, RODIČE, UČITELÉ: PROMĚNY RODINY A ŠKOLY	97
<i>Ilona Gillernová (ed.)</i>	
2.1 Interkulturní společnost a její dopad na jedince a rodinu	97
<i>Monika Morgensternová, Lenka Šulová</i>	
2.1.1 Vliv kultury na formování identity	97
2.1.2 Osobnost a vnímání cizích kultur	100
2.1.3 Interkulturní partnerství, manželství, rodičovství	102
2.1.4 Cizinci ve výchovně-vzdělávacích institucích u nás	104
2.2 Současná česká rodina	106
<i>Lenka Šulová</i>	

2.2.1	<i>Současná česká rodina a její znaky</i>	106
2.2.2	<i>Funkce a funkčnost rodiny</i>	109
2.2.3	<i>Rodičovství a jeho úskalí</i>	114
2.2.4	<i>Význam sociálního kontextu partnerských a rodinných vztahů</i>	119
2.3	<i>Změny rodičovských stylů výchovy v české rodině</i>	121
	<i>Ilona Gillernová</i>	
2.3.1	<i>Východiska sledování stylů výchovy v rodině</i>	121
2.3.2	<i>Pojetí rodičovských stylů výchovy</i>	123
2.3.3	<i>Výbrané výsledky našich výzkumů a jejich stručná analýza</i>	125
2.3.4	<i>Trendy a proměny</i>	132
2.4	<i>Proměny světa školy</i>	135
	<i>Iva Štětovská</i>	
2.4.1	<i>Výbrané charakteristiky společenských změn a jejich dopady na sociální svět školy 21. století</i>	135
2.4.2	<i>Odpovědnost školy a její proměny</i>	136
2.4.3	<i>Profese učitele a změny v působení školy</i>	143
2.4.4	<i>Nároky na profesní kompetenci učitele a jejich proměny</i>	145
2.5	<i>Posilování profesní kompetence učitelů v měnícím se edukačním prostředí</i>	153
	<i>Simona Hoskovicová, Eva Šírová</i>	
2.5.1	<i>Koncept vnímané vlastní účinnosti jako nástroj vymezení potřebných kompetencí pro učitele i školství</i>	153
2.5.2	<i>Vnímaná vlastní účinnost učitelů a kolektivní vnímání účinnosti</i>	156
2.5.3	<i>Sociální dovednosti – možnosti jejich rozvíjení</i>	158
2.5.4	<i>Videotréning interakcí ve škole</i>	160
2.6	<i>Individualizace v českém vzdělávacím systému</i>	163
	<i>Václav Mertin</i>	
2.6.1	<i>Obecnější souvislosti současného vzdělávání</i>	163
2.6.2	<i>Překážky ve vzdělávání</i>	164
2.6.3	<i>Individualizace ve vzdělávání</i>	168
2.6.4	<i>Požadavky budoucnosti</i>	171
3.	PRÁCE A ZAMĚSTNÁNÍ: ZMĚNY VE SVĚTĚ PRÁCE	173
	<i>Milan Ryměš (ed.)</i>	
3.1	<i>Sociálně-ekonomické změny a postoje k nové životní realitě</i>	173
	<i>Oldřich Mikšík</i>	
3.1.1	<i>Sociálně-ekonomické změny a osobnost člověka</i>	173
3.1.2	<i>Osobnostní specifika interakce s životní realitou po roce 1989</i>	175
3.1.3	<i>Klíčové změny v základních postojích k životní realitě</i>	176
3.1.4	<i>Nové nároky na strukturu psychické autoregulace osobnosti</i>	183
3.2	<i>Člověk v podmínkách proměnlivosti a změn ve světě práce</i>	185
	<i>Milan Ryměš</i>	
3.2.1	<i>Proměnlivost práce, jejích podmínek a vztahů</i>	185
3.2.2	<i>Nové pojetí pracovní kariéry</i>	189
3.2.3	<i>Organizační změny</i>	192
3.3	<i>Hodnocení pracovníků ve výkonové společnosti</i>	196
	<i>Irena Wagnerová</i>	
3.3.1	<i>Současný přístup k problematice pracovního hodnocení</i>	196
3.3.2	<i>Koncepce řízení výkonnosti</i>	197

3.3.3	<i>Systémy hodnocení pracovní výkonnosti a řízení pracovní výkonnosti v současnosti užívané v České republice</i>	202
3.3.4	<i>Současné a předpokládané trendy</i>	203
3.4	<i>Role zaměstnávajících organizací ve vztahu práce–soukromí</i>	206
	<i>Gabriela Svianteková</i>	
3.4.1	<i>Vymezení pracovně-rodinného konfliktu</i>	206
3.4.2	<i>Důvody pro implementaci opatření přátelských k rodině</i>	208
3.4.3	<i>Srovnání opatření využívaných v České republice a v ostatních zemích Evropské unie</i>	211
3.4.4	<i>Bariéry ve sladění pracovního a rodinného života</i>	212
3.4.5	<i>Význam prorodinné orientace firemní kultury</i>	213
3.5	<i>Trendy v rozvoji nároků na výkon profese policejního vyšetřovatele</i>	216
	<i>Hedvika Boukalová</i>	
3.5.1	<i>Vybrané nároky na profesi vyšetřovatele</i>	216
3.5.2	<i>Sociální a komunikační dovednosti</i>	219
3.5.3	<i>Vyšetřovatelské techniky a jejich rozvoj ve výkonu profese</i>	220
	SHRNUTÍ	227
	O AUTORECH	230
	SUMMARY	233
	LITERATURA	236
	VĚCNÝ REJSTŘÍK	251
	JMENNÝ REJSTŘÍK	254

PŘEDMLUVA: ČLOVĚK NA POČÁTKU NOVÉHO TISÍCILETÍ

Poslední desetiletí minulého století a první desetiletí století stávajícího představují významnou periodu ve vývoji naší země a v životě všech občanů. Je to období výrazných změn, ba přímo zvratu všestranné povahy v důsledku politických, ekonomických a společenských posunů, které zasáhly do osudů lidí. Toto období znamenalo pro jedny ztrátu dosavadních jistot, hodnot a cílů pro životní snahy, pro druhé žádoucí změnu životních podmínek, naplnění tužeb a možnost vlastní seberealizace.

S vnitřními změnami započatými počátkem 90. let minulého století souvisí také prolomení mnoha bariér spojených s geografickou propustností, s komunikační propojeností s okolním světem, s přenosem vědeckých poznatků, s mnohostrannou ekonomickou mezinárodní spoluprací a s dalšími zásadními proměnami, a to se všemi příznivými, ale také nepříznivými doprovodnými jevy. V důsledku těchto výrazných změn a celkové proměnlivosti našeho prostředí došlo zcela přirozeně také k výrazným změnám životních cílů, hodnot, postojů a životního stylu u značné části naší populace, a v souvislosti s tím také ke změnám ve vzájemných vztazích a interakcích probíhajících v rodinách, ve školách, v zaměstnání, ve veřejných aktivitách a v politickém životě.

Pro psychologii a psychology různých specializací a zaměření bylo uplynulé dvacetiletí nesmírně bohatým zdrojem pro výzkumnou, poradenskou a expertizní činnost zaměřenou na **člověka v měnícím se prostředí**, na jeho vnitřní svět, vztahy a problémy související s procesem transformace společnosti a jím prostupujícími globalizačními vlivy. Svoboda pohybu, zajímavější příležitosti a nové výzvy bezesporu silně ovlivňují jedince a interpersonální vztahy, do nichž vstupuje. Z uvedeného pohledu je pak zajímavé, jak se proměňovaly jednak instituce, které se významně podílejí na vývoji jedince, na jeho harmonickém rozvoji a naplňování životních cílů, na udržování jeho fyzického i duševního zdraví, jednak jak se měnilo chování samotných aktérů v určitých věkových etapách jejich života, v rodinném prostředí, v zaměstnání, v nemoci i ve zdraví a v dalších běžných životních situacích.

Snahou kolektivu autorů této publikace je zachytit vývojové trendy, vystihnout, popsat a interpretovat některé specifické jevy a jejich souvislosti, které jsou součástí uvedených změn probíhajících v naší společnosti a ovlivňujících chování jednotlivců a skupin. Dílčí kapitoly monografie jsou seskupeny do **tří širších tematických celků zaměřených na zdraví a životní styl, na proměny rodiny a školy a na změny ve světě práce**.

Jedním z ústředních témat naší monografie jsou **otázky zdraví a kvality života**. Zdraví představuje od počátků lidské civilizace jednu z nejvýznamnějších hodnot pro každého člověka, i když vnímání a hodnocení zdraví se může někdy i velmi podstatně lišit v různých populačních skupinách, neboť závisí na řadě okolností, mj. též na věku, pohlaví, vzdělání, zdravotním stavu a socioekonomickém statusu posuzovatelů. Podobně se proměňovalo ve vývoji lidské společnosti i vědecké pojetí zdraví: biomedicínský model, uplatňující se ještě v medicíně 20. století, v němž je s lidským tělem mechanicky zachá-

zeno jako se strojem, jehož poškozené součásti mohou být opravovány či nahrazovány jinými, byl nahrazen ve druhé polovině 20. století bio-psycho-sociálním modelem, jenž neznamená popření role biologických činitelů, ale rozšiřuje zásadně pohled na vztah mezi zdravím a nemocí o psychologické a sociální faktory. Bio-psycho-sociální model zdraví byl v průběhu dalšího vývoje ještě doplněn o dimenzi kulturní, spirituální a ekologickou.

Od doby, kdy před více než šedesáti lety, v roce 1948, zahájila Světová zdravotnická organizace (World Health Organization, dále jen WHO) svoji činnost, zahrnuje její základní dokument, Constitution of the World Health Organization, mj. též jedno ze základních přání světové populace, vymezující nejvyšší dosažitelný standard zdraví jako jedno ze základních práv každé lidské bytosti bez ohledu na rozdíly v rasové či náboženské příslušnosti, politickém přesvědčení nebo ekonomických a sociálních podmínkách. Zdraví bylo v rámci tehdejší definice WHO chápáno holisticky, celostně, jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze jako absence nemoci nebo slabosti. Během následujících desetiletí se však postupně ukázalo, že očekávaný rozvoj úrovně zdraví nepokračoval tak, jak se v prognózách odborníků WHO původně předpokládalo. I v rozvinutých zemích postupně začala narůstat všeobecná nespokojenost s úrovní zdravotnických služeb. Investicím do zdravotnické infrastruktury potřebným k dosažení kvalitní preventivní, léčebné, rehabilitační a podpůrné péče byla na národní i regionální úrovni věnována menší pozornost, než bylo třeba. S rostoucí úrovní medicíny začaly stoupat náklady na zdravotní péči a rozdíly ve zdravotním stavu populace jak v rámci jednotlivých zemí, tak i mezi nimi se postupně prohlubovaly.

Bylo stále více zřejmé, že k dosažení cílů, vytyčených v ústavě WHO, bude zapotřebí nových cest, metod a přístupů. Tato zjištění vyústila v roce 1977 na Světovém zdravotnickém shromáždění (World Health Assembly) v rezoluci, stanovující zásadně novou strategii v péči o zdraví v podobě vize, shrnující celosvětově platné zásady, pravidla a podmínky dosažení a udržení nejvyšší možné úrovně zdraví během lidského života, nazvané Zdraví pro všechny (Health for All, zkráceně HFA). Součástí této rezoluce bylo též konstatování, že hlavními sociálními cíli vlád členských států WHO i WHO jako takové by mělo být dosáhnout pro všechny občany zemí celého světa do roku 2000 takové úrovně zdraví, jež by jim umožňovala vést sociálně a ekonomicky produktivní život.

Strategie Zdraví pro všechny z roku 1977, jež byla v roce 1999 doplněna a inovována další verzí této strategie, nazvanou Zdraví pro všechny v 21. století (Health for All in the 21st Century, zkráceně HFA 21), zpracovanou již do podoby regionálních strategií, je založena na filozofii sociální spravedlnosti, solidarity a humanismu, vycházející ještě z ideálů Velké francouzské revoluce, pojímajících dostupnost zdraví a péče o ně jako integrální součást sociálního a ekonomického rozvoje lidské společnosti. Tyto základní principy jsou ovšem v různých státech akcentovány různým způsobem. Většina evropských států sice v zásadě vychází z těchto principů při uskutečňování organizace a financování zdravotní péče formou vládní či státní regulace zdravotnictví s využitím principu hromadné předplacené úhrady (zdravotního pojištění), a nikoli formou uplatnění pravidel volného trhu, ale cesty k hledání optimální podoby národního zdravotnictví jsou často velmi obtížné, jak je patrné nejen ve vývoji českého zdravotnictví, ale např. i při hledání nových cest k vylepšení fungování tržně uspořádaného zdravotnického systému USA.

Je zřejmé, že přes toto dlouhodobé proklamativní úsilí WHO i většiny vlád členských států se světové i národní zdravotnictví potýká s řadou problémů, jež ztěžují nebo v některých případech prozatím znemožňují naplnění všech cílů těchto strategií. Řada těchto

problémů je vyvolávána nebo přinejmenším významně ovlivněna obecnějšími příčinami, které jednak působí přímo na zdravotní stav populace, jednak na péči o něj především v podobě plánování a poskytování potřebných zdravotnických služeb – mj. postupující globalizací a jejími důsledky, ekonomickými krizemi spojenými s rizikem chudoby, klimatickými změnami, politickými i vojenskými střety a konflikty atd.

Mezi hlavní z těchto problémů zdravotnictví patří růst nákladů na zdravotní péči, související nejen s rozvojem úrovně medicíny, ale též s jedním z jeho důsledků, tj. prodlužováním délky lidského života. S tímto trendem jsou spojeny též demografické změny – stárnutí populace a s ním související potřeba řešit stále více a většinou i stále závažnější zdravotní problémy. Dalším problémem jsou též stoupající nároky, požadavky a očekávání spotřebitelů zdravotní péče – pacientů a klientů, postupně se (zvláště v zemích střední a východní Evropy) prohlubuje také nedostatek lékařů, zdravotních sester a dalších zdravotnických pracovníků, odcházejících za vyšším výdělkem do zahraničí. Světové i národní zdravotnictví výrazně zatěžují též endemické a pandemické nemoci, zvyšování počtu chronických onemocnění a některé nové a znovu se objevující nemoci.

Tyto a další důvody (mj. též změna struktury nemocí ohrožujících nejvíce lidskou populaci – od infekčních k neinfekčním chronickým souvisejícím se způsobem života a životním stylem, či vývoj pojetí zdraví od nepřítomnosti nemoci po *well-being*) vedly od 80. let 20. století nejen ke vzniku některých nových psychologických disciplín jako např. psychologie zdraví, ale též k důrazu kladenému na některá relativně nová témata, stojící na pomezí psychologie a medicíny. Jedním z těchto relativně nových mezioborových témat se staly otázky kvality života.

Naše monografie se proto též v úvodní kapitole části věnované **otázkám zdraví a životního stylu** zamýšlí nad příčinami vzniku a rychlého rozvoje zájmu o tyto otázky, přináší přehled informací o hlavních etapách vývoje lidské společnosti, v nichž byly nejprve ekonomické a politické, posléze i zdravotní a sociální souvislosti kvality života formulovány a zkoumány v kontextu vývoje života společnosti. Monografie uvádí příklady hlavních ekonomických, politických, zdravotních a sociálních programů a koncepcí, v nichž byly otázky kvality života akcentovány, od počátečních podnětů anglického ekonoma a filozofa A. C. Pigou přes americké programy „The New Deal“, „The New Frontier“, „The Great Society“, podněty Římského klubu, WHO a dalších institucí. Podává přehled nejvýznamnějších českých prací věnovaných těmto otázkám, jakožto i přehled hlavních metod sloužících k měření kvality života, hodnocení některých nejvýznamnějších zahraničních i domácích studií a zaměřuje se speciálně na otázky kvality života ve vztahu ke zdraví (*health-related quality of life* – HRQOL). Součástí textu je také přehled vývoje nejvýznamnějších poznatků, metod, realizovaných studií atd., ale též hodnocení přístupů k získávání dat u výzkumů kvality života v oblasti zdraví, jež mohou být velmi odlišné, s důrazem na kvantitativní či kvalitativní metodologii.

Aktuálnost tématu vztahu **kvality života a vybraných psychosociálních charakteristik osob s implantovaným kardiostimulátorem** je dána mj. skutečností, že kardiovaskulární onemocnění (KVO, tj. nemoci srdce a cév) jsou stále nejčastější příčinou nemoci a úmrtí lidí ve většině zemí rozvinutého světa, zvláště v oblasti Evropy a severní Ameriky. Využívání kardiostimulačních systémů se proto záhy stalo samozřejmou součástí moderní medicíny 20. a 21. století při léčbě poškozených funkcí srdce. Je tomu tak již od roku 1958, kdy byl ve Švédsku poprvé pacientovi implantován plně funkční kardiostimulátor. Ve druhé polovině 20. století došlo k velmi dynamickému vývoji kardiostimulačních

systémů především z hlediska rychlého zdokonalování jejich funkčních vlastností, včetně „uživatelského komfortu“. Úspěšnost implantace kardiostimulačních systémů byla zpočátku posuzována především z hlediska střední délky života (dožití) pacientů po implantaci, v posledních přibližně 10–15 letech však lékaři ve spolupráci s psychology využívají i možností hodnocení úrovně a struktury kvality života těchto pacientů. Součástí tohoto zpracovaného tématu jsou výsledky prospektivní, otevřené studie zaměřené na sledování kvality života a vybraných psychosociálních proměnných (sociální opory, depresivity a lokalizace kontroly) u souboru 250 pacientů, kteří podstoupili primoinplantaci kardiostimulačního systému, podepsali informovaný souhlas, byli schopni vyplnit dotazník kvality života a další psychologické metody a bylo možno předpokládat, že v jejich případě bude uskutečnitelná kontrola za 6–10 týdnů od implantace kardiostimulátoru. Výsledky prokázaly některé významné změny ve sledovaných psychosociálních charakteristikách, jakož i celkovou prospěšnost implantace kardiostimulačních systémů z hlediska perspektivy jejich dalšího života.

Významným tématem je **kvalita života chronicky nemocných se zvláštním zaměřením na problematiku diabetu**. Rozsáhlá a etiologicky i symptomatologicky heterogenní skupina chronických onemocnění představuje pro pacienty značnou zátěž nejen z hlediska aktuálního zdravotního stavu, ale i jeho prognózy, dopadů na životní styl a osobní pohodu, přítomnost bolesti a různých úrovní diskomfortu, které jsou s jejich obvykle dlouhodobým průběhem spojeny. Jedním z nejrozšířenějších chronických onemocnění je diabetes mellitus (DM, česky cukrovka), jež ve spojení s obezitou představuje vzhledem k dynamicky se zvyšující prevalenci jeden z nejvýznamnějších zdravotních problémů současnosti. V literatuře se v této souvislosti hovoří o dvou souvisejících epidemiích, které ohrožují nejen pacienty, ale i zdravotnické systémy především ekonomickými náklady na léčbu.

Základní informace o podstatě diabetu 1. a 2. typu, o hlavních souvisejících zdravotních komplikacích a o specifčnostech jejich behaviorálních a psychosociálních souvislostí včetně možností sledování kvality života diabetiků jsou doplněny informacemi o nejvýznamnějších dosud realizovaných zahraničních i domácích studiích. Původní empirická studie představuje design, postup realizace a výsledky šetření zaměřeného na sledování kvality života, sociální opory a depresivity u souboru 208 pacientů DM 1. a 2. typu.

Jednou z hlavních součástí životního stylu je kromě nutričních zvyklostí (výživy), fyzické aktivity (pohybu), osobní pohody ve smyslu well-being včetně schopnosti zvládat zátěž a stres a schopnosti čelit riziku závislosti všeho druhu též **sexualita, respektive sexuální chování**. Přehled trendů v sexuálním chování a postojích k sexualitě české populace na přelomu 20. a 21. století vychází z bohatého empirického materiálu, který poskytuje v ČR ojedinělá série šetření sexuálního chování, opakující se od roku 1993 v pětiletých intervalech vždy u reprezentativního vzorku české populace starší 15 let. Vzhledem k tomu, že podle dostupných informací nebylo dosud v žádné jiné zemi provedeno podobně koncipované periodické šetření využívající stejné či obdobné metodiky, zatím nejsou k dispozici srovnatelná data o trendech v sexuálních aktivitách obyvatelstva z jiných států, i když jednorázové výzkumy se ve vyspělých zemích v minulosti uskutečnily. Zachyceny jsou hlavní změny v sexuálním chování a postojích k sexualitě jak v jeho běžné, přirozené podobě, tak v oblasti komerčního sexu, změny v legislativě vztahující se k sexualitě a vývojové trendy v oblasti sexuální delikvence.

Předmětem zájmu v této souvislosti je i období zahajování partnerských sexuálních aktivit, vývoj extramatrimoniálních (mimomanželských) styků, tendence k promiskuitě, používání antikoncepce a s tím související vývoj počtu interrupcí, stejně jako vývoj sexuálních poruch a výskyt zkušeností se sexuálním zneužíváním v dětství a se sexuálním násilím. Mimo zájem nemůže zůstat ani vývoj homosexuálního chování a postojů v souvislosti se změnami sexuálního chování s ohledem na rizika vyplývající z HIV/AIDS. Celkově lze shrnout, že výsledky provedených studií potvrdily, že v sexuálním chování české populace došlo k některým významným změnám např. v oblasti používání antikoncepce, na druhou stranu je však možno na základě výsledků těchto šetření vyvrátit některé často opakované mýty (mj. o snižování věku prvního pohlavního styku nebo o zvyšující se promiskuitě obyvatelstva). Ukázalo se též, že postoje české populace k sexualitě patří ve světě k nejliberálnějším.

Jedno z nejvýznamnějších zdravotních rizik současnosti představuje obezita, která je spojena s řadou chronických neinfekčních onemocnění (mj. např. s KVO, poruchami lipidového metabolismu či s diabetem). Celosvětová epidemie obezity nepostihuje pouze bohaté v podobě specifické „nemoci z nadbytku“, ale postihuje stále více i nízkopříjmové skupiny populace. Zvláště naléhavým tématem, kterému věnují odborníci pozornost, je problematika dětské obezity, respektive **psychologické aspekty dětské obezity**. Období dětství je totiž kritickou vývojovou fází, během níž se utvářejí jídelní zvyklosti a postoje k jídlu, jež se mohou stát pevnou součástí osobnosti. Podle dostupných údajů čelí asi 15 % amerických dětí riziku nadváhy a dalších přibližně 15 % dětí je obézních, v Evropě má podle některých údajů nadváhu až 20 % dětí. Také v ČR, kde situace zatím není tak závažná, se zvyšuje podíl dětí s nadváhou a obezitou zejména ve školním věku. Částečně je tato situace ovlivněna také dřívějším spíše pozitivním či tolerantním postojem české společnosti k nadvaze dětí, chápané často jako jeden z projevů dostatku a blahobytu. Obezitu dětí je však třeba chápat jako multikauzální jev ovlivňovaný jak vlastní osobností dítěte (mj. úrovní a vývojovými trendy sebepojetí, intelektu, emocionality, motivace atd.), tak sociálními vlivy (vliv rodičů, postoje vrstevníků, učitelů a dalších pro dítě významných osob, etnické, kulturní a lokální vlivy, působení hromadných sdělovacích prostředků, zejména dětských lifestyleových časopisů a populárních dětských televizních pořadů). Výsledky ukazují, že zejména role rodičů je v této oblasti zásadní, neboť rodiče zajišťují a podstatně ovlivňují vznikající nutriční zvyklosti dítěte, ale předávají prostřednictvím procesů identifikace, interiorizace a sociálního učení zastávané vlastní postoje, hodnoty, zájmy, emoce, motivy a životní cíle (včetně způsobu a dynamiky jejich naplňování) svým dětem. V současnosti proto zásadně vzrůstá význam léčebných a preventivních programů směřujících k formování zdravých jídelních a pohybových návyků v rámci utváření zdravého životního stylu.

Významnou složku kvality života v kontextu měnící se společnosti 21. století představuje též zajištění zdravého a bezpečného pohybu všech jejích členů. Podle některých názorů, prezentovaných často spíše v podobě mediálně předávaných mýtů, představují vyšší věkové skupiny populace, senioři, jako účastníci dopravního provozu zvláště rizikovou skupinu. Relevantní statistické údaje a výsledky dosud známých studií umožňují seriózní zamyšlení nad možnostmi **posílení bezpečnosti dopravní mobility starších osob**.

Je zřejmé, že výkonnost každého člověka klesá již po dosažení 30. roku jeho života. Vysoké počty dopravních nehod zaviněných mladými řidiči na druhou stranu ukazují, že nehodovost není pouze otázkou výkonnosti vycházející z optimálních tělesných a du-

ševních funkcí. Emoční, sociální a osobnostní charakteristiky mohou v této souvislosti často sehrát významnější roli než pouhá výkonnost. Typický starší řidič se podle odborné literatury účastní dopravního provozu přiměřeněji svým skutečným schopnostem, jezdí celkově méně a pomaleji než dříve, méně často mění jízdní pruh, častěji brzdí a méně zrychluje než mladší řidiči. Počíná si tedy většinou zodpovědněji a jeho dopravní chování bývá předvídatelné. Podmínky bezpečné dopravní mobility starších účastníků dopravy musí však samozřejmě počítat s určitým útlumem tělesných, smyslových, psychomotorických i rozumových funkcí, jakož i s celkovými změnami fungování organismu a odlišnými kompenzačními možnostmi stárnoucího člověka. Existující studie nabízejí přehled hlavních příčin nehod a úrazů, možnosti hodnocení rizika v dopravním chování, jakož i postupy, procedury a metody vyladování duševní a tělesné kondice starších účastníků dopravního provozu. Významná je též role edukačních programů sloužících k prohloubení náhledu na vlastní schopnosti, zejména těch řidičů, kteří mají i ve vyšším věku více zaviněných nehod. Stárnutí je třeba se v zájmu bezpečné dopravní mobility naučit chápat konstruktivně, ve smyslu procesu aktivní adaptace včetně uvědomění si jak určitých úbytků tělesných i duševních funkcí, tak i umění využití kompenzačních, eventuálně i selektivně optimalizačních možností pramenících ze získaných dlouholetých zkušeností.

V druhém tematickém celku monografie jsou soustředěny kapitoly zaměřené na některé aspekty **proměn, kterými v minulém období prošly rodina a škola**. Je chronicky známo, že obě prostředí jsou nezastupitelná v procesu socializace lidského jedince, tedy v procesu vytváření obrazu dítěte o světě, v procesu formování postojů, hodnot a mravních zásad, v procesu, jehož součástí je mimo jiné utváření osobnosti dítěte či mladistvého jedince. Zásadní problémy, které se týkají rodiny a školy, vytvářejí nepřebornou paletu témat, v nichž se významně projevují změny okolního světa.

Interakce dospělých a dětí je v pedagogické, vývojové a sociální psychologii „silným“ tématem, na něž je nahlíženo různými pohledy psychologických přístupů či teorií. Tato problematika se objevuje často jako jedna z klíčových otázek pedagogiky či filozofie výchovy a odraz jejich konkrétního řešení lze sledovat v pedagogicko-psychologických kontextech a praktických edukačních souvislostech. Edukační praxe sama předkládá řadu aktuálních otázek, které ke svému zvládnutí potřebují využít psychologické poznatky.

Otázky výchovy a vzdělávání jsou tak nevyčerpatelným pramenem pro psychologické úvahy, přinášejí stále nová či staronová témata a náměty pro výzkum i praktické aplikace. Žádný takový pokus se však neobejde bez určitého důrazu na jistý úhel pohledu, protože postihnout výchovu jako celek se jen těžko může podařit s ohledem na její šíři i mnohonásobnou a vzájemně provázanou podmíněnost a složitost působících a vzájemně se ovlivňujících proměnných. Mění se společenské podmínky a vztahy ovlivňují mezilidské interakce, které dostávají nové impulzy a do jisté míry se tak mění jejich formy i projevy. Relevantně ke kontextu výchovy a vzdělávání připomeňme kupříkladu postupnou demokratizaci vztahů mezi rodiči a dětmi, mezi učiteli a žáky. V rodinách i školách současné doby můžeme sledovat do jisté míry odlišné a jistě široce rozrůzněné projevy vzájemných vztahů. Charakteru těchto proměn, jejich projevům i námětům k jejich využití ve prospěch rozvoje dítěte je proto věnována nezbytná pozornost.

Výchova a vzdělávání souvisejí s procesy **socializace a individuace lidského jedince**. Vzdělávání je součástí celoživotního procesu začleňování člověka do společenských vztahů, zvláště intenzivně a systematicky se odehrává v dětství a dospívání, má základní význam pro sociální status jednotlivého člena společnosti, souvisí s jeho společenskou prestiží,

je předpokladem rozvoje společnosti. Obsah i formy vzdělávání se však proměňují, zřetelně se objevují také nové požadavky – např. **individualizace ve školním vzdělávání** dětí. Jak uvádí autor jedné z kapitol: „Potřeba výraznější diferenciaci a individualizace vystoupí do popředí ve chvíli, kdy se škola jednoznačně zaměří na splnění vzdělávacích cílů. V té chvíli bude zapotřebí hledat způsoby, jak všechny děti naučit, a nejen jak je učit, v té chvíli se musí intenzivně hledat způsoby, jak individualizovat.“

S jednoznačně relevantním požadavkem vzdělání pro všechny děti je třeba říci, že jde o nesmírně náročný úkol vzhledem k tomu, že jednotlivé děti nejsou stejné a nemají stejné předpoklady, nepřicházejí ze stejných socioekonomických a kulturních podmínek, jejich rodiče nemají stejné cíle naplnění života, nesdílejí stejné hodnoty. Plnění uvedených rozmanitých požadavků předpokládá vytváření adekvátních podmínek. Zdá se, že se to daří u zdravotně postižených dětí. To ale nestačí, je třeba vyjít vstříc ve všech ohledech individuálně specifickým vzdělávacím potřebám dětí. Podporuje to i skutečnost, že se objevují fenomény související s proměnami naší společnosti a jejich aktuálními projevy – např. výchova dětí v dvojjazyčném prostředí, děti z jiných kultur a společností navštěvující české školy aj.

Měnící se společenské podmínky a následně i nároky společnosti na vzdělávací instituce s sebou nesou samozřejmě i **nové nároky na učitele**. Je nutné zabývat se nejen pojmenováváním nových požadavků, ale také tím, jak učitelům pomoci posilovat a rozvíjet profesní kompetenci a osobní kvality. Formulovat konkrétní a užitečnou pomoc učitelům není zdaleka tak snadné, jak by se na první pohled zdálo. Představíme jeden z možných přístupů, který může poskytnout výkladový rámec zvyšování kompetencí učitele.

Stejně, jako školní prostředí prochází celou řadou výrazných proměn, se objevují změny i v rodinách, ve vztazích mezi dospělými (partnery) a mezi dospělými (rodiči) a dětmi. Je tedy potřebné zaměřit se na **charakteristiku současné rodiny s akcentem na partnerství, manželství i rodičovství**. Partnerské vztahy jsou reflektovány jako široký pojem, který se týká soužití dvou jedinců včetně jedinců homosexuálních. Manželství pak je partnerstvím, jež je společností již nějakým způsobem (příkladně církví, státem, rituálem) legalizováno, ale stále se nemusí jednat o společenství, ve kterém jsou přítomny děti. Rodičovství je trvalý vztah mezi dítětem a jeho pečovateli, přičemž lze rozlišit rodičovství biologické a rodičovství psychosociální. Vzájemné vztahy mezi rodiči a dětmi jsou nahlíženy prostřednictvím způsobů či stylů výchovy otce a matky.

Pravděpodobně každá psychologická koncepce zvažuje podíl dospělých na vývoji a rozvoji lidského jedince. Zdá se, že akcentování významu role dospělého ve vývoji dítěte jde napříč všemi psychologickými směry a přístupy k člověku a jeho vývoji. Bez dospělého není možné, aby adekvátně proběhly procesy socializace a individuace jedince, bez dospělého se neobejdou edukační procesy. Proto **dítě potřebuje dospělé v dětství i dospívání**. Je však stejně tak zřejmé, že každý dospělý nehraje v životě dětí či dospívajících stejnou roli, nemá stejný význam pro výchovu či vzdělávání.

Edukační působení dospělých rozhodně není jednosměrné, výrazný je právě **interaktivní charakter výchovy**, dospělý působí na dítě, dítě působí na dospělé a to vše je ovlivněno prostředím, ve kterém k interakci dochází (Bronfenbrenner, 1996). Vzájemné působení lze sledovat v rodinné i školní interakci a komunikaci.

Rodinné a školní prostředí nabízí dítěti „**důležité dospělé**“, kteří zastupují důležité instituce – rodinu a školu. V rodinném prostředí jde o matku a otce, ve školním prostředí jsou to učitelé. Jejich místo ve vztahu k vývoji a rozvoji dítěte však reflektujeme

jako velmi odlišné, což je zejména určováno prostředím, ve kterém se odehrává, a jeho psychologickými charakteristikami, jeho cíli a úkoly, jeho místem v životě lidského jedince. Mezi záměrným i nezáměrným působením rodičů a učitelů jsou patrné zásadní rozdíly. K nejvýrazněji se projevujícím patří nepochybně to, že **působení učitele je spjato s požadovanou profesní kompetencí**. Příprava na naplňování učitelské profese je u nás náročná na odborné, didaktické a další profesní dovednosti (dokladují to naše všechny platné zásadní školské dokumenty). Rodinné prostředí je charakterizovatelné zase primárností svého působení, **intimitou a emocionalitou působení otce a matky**.

Jinak řečeno – učitel je profesionál, rodič jím v tomto smyslu není; učitel je pro edukační působení důkladně institucionálně připravován, rodič nikoliv; ve školním prostředí působí několik učitelů na jednoho žáka, ale v prostředí rodiny jde o působení zpravidla jedné matky a jednoho otce; ve škole učitel pracuje s jednotlivcem, který je členem školní třídy, v rodině jsou vrstevnické vztahy specifické tím, že jde o vztahy sourozenecké.

Koncept důležitého dospělého je třeba chápat flexibilně v tom smyslu, že jím není jen rodič a učitel. Rodiče a učitelé jsou důležité dospělí zastupující či představující specifické prostředí, zvláštní společenské instituce, které se ve vývoji jedince zpravidla objevují a významně v něm působí a také se proměňují. Vedle toho, s ohledem na interaktivní charakter všech edukačních procesů a vztahů, si děti i dospívající vybírají „své důležité dospělé“, kteří jsou významnými z hlediska jejich individuálního vývoje. Mohou se jimi stát dospělí z širší rodiny (prarodiče, strýcové, tety aj.), dospělí z jiného sociálního prostředí – např. sportovní trenéři, vedoucí zájmových kroužků, ale také známí a přátelé rodičů. Mohou to však být i starší sourozenci či starší kamarádi dětí a dospívajících.

Na jedné straně interaktivní charakter edukačních procesů a vztahů, ve kterém hrají významnou roli dospělí i děti, kde je důležitou proměnnou společenské a rovněž konkrétní edukační prostředí, na straně druhé koncept „důležitého dospělého“ dává praxi výchovy a vzdělávání jedinečnou možnost kompenzace. V případě méně příznivých podmínek pro edukační působení určitých dospělých lze počítat s kompenzací příznivějším působením jiných dospělých. Konkrétně máme na mysli situace, kdy se např. v rodinném prostředí objeví komplikované vztahy jednoho z rodičů s dítětem, je možné kompenzační působení druhého rodiče nebo jiného dospělého člena rodiny (babička, dědeček, strýc, teta aj.), který zabraňuje nebo zmírňuje nepříznivé dopady na vývoj dítěte, na jeho sociální či emocionální rozvoj a jiné složky osobnosti. Stejně tak je možné a ve školní praxi běžné, že edukační působení jistého učitele u určitého žáka může vyvolávat nepříznivé reakce, nechuť žáka k učení či dokonce obavy a strach ze školy. Jiný učitel může svým přístupem k žákovi kompenzovat takové individuálně problematické působení. Domníváme se, že je to možné nejenom v rámci jednoho edukačního prostředí, ale lze uvažovat o vzájemné kompenzaci mezi všemi důležitými dospělými v sociálním a edukačním světě dětí a dospívajících. V psychologických souvislostech počítáme s tím, že **edukační působení představuje optimalizující činitel vývoje dítěte**. Avšak ne každé výchovné působení je příznivé pro každé určité dítě, ať už uvažujeme o edukačních aktivitách otce, matky, učitelů. Jde o stále živou a stále opakovaně řešenou problematiku v jakémkoli vývojovém období. Ukazují to praktické zkušenosti působení rodičů, učitelů, případy poradenské praxe, stejně jako výsledky různých výzkumů (některé odezní v dalších částech textu). Poznatky uvedené ve druhém tematickém celku mají podpořit cesty úvah i poukázat na možné konkrétní náměty ve prospěch adekvátního vývoje a rozvoje našich dětí a dospívajících.

Změny, které se v posledních dvaceti letech odehrály **ve světě práce**, patří k nejvýraznějším změnám v životě současníků. Příčinou takového mnohdy dramatického vývoje je kumulace působení četných faktorů daných nejen politicko-ekonomickými změnami v naší zemi, v jejichž důsledku se začal mimo jiné intenzivně rozvíjet soukromý sektor, ale také technologickými změnami, odlišnými přístupy k organizaci práce, otevřením naší ekonomiky světu, působením zahraničních firem v našem prostředí, zvyšující se konkurencí na trhu práce apod. Značné množství lidí změnilo svou původní profesi, muselo akceptovat požadavek na vyšší výkonnost a pracovní flexibilitu, na odlišné pracovní právní vztahy, na dočasnost práce, na riziko nezaměstnanosti a další zcela nové skutečnosti. Těmto problémům je věnován třetí tematický blok monografie pojednávající o proměnách, které zasáhly značnou část naší dospělé populace.

V průběhu takových zlomových period či vývojových mezníků se výrazně projevuje **význam psychického založení jedinců pro proces vyrovnávání se se změnami životních podmínek**. Schopnost aktivně se vpravovat do nově vzniklých životních podmínek umožňuje rychle se orientovat v nové životní realitě a rozvíjet aktivity směřující k využití nových možností k vlastnímu rozvoji a seberealizaci. Uvedené skutečnosti se markantně projeví u lidí, kteří byli schopni změnit zaměstnání, dosavadní profesní orientaci a opustili tradiční zaměstnaneckou pozici. Provedené výzkumy zaměřené na některé aspekty životní reality prokazují úroveň nespokojenosti zkoumané populace v závislosti na vnímání a interpretaci probíhajících společenských změn. Je zřejmé, že proces mnohostranných společenských změn klade nároky na překonávání tradičních zvyklostí, na osvojování si nových sociálně-ekonomických podmínek, na přijetí požadavků na výkon profese a na naplnění nových možností profesionální seberealizace. Společenské přeměny se výrazně dotýkají osobnosti člověka a kladou nároky na jeho adaptabilitu, flexibilitu a zvládnutí dynamiky života v měnících se či nových podmínkách.

Uplynulá dvacetiletá perioda významně proměnila také svět práce, a to dvěma výraznými vlivy. Jednak to byla **fáze ekonomické transformace, jednak to bylo pronikání a působení globalizačních vlivů** se svými dopady a účinky. Uvedené skutečnosti se promítly ve světě práce, mimo jiné některými trendy ovlivňujícími vztah zaměstnanec–organizace, způsob a místo vykonávání práce, rozvoj profesní kariéry a dynamiku změn prováděných v organizaci. Je zřejmé, že uvedené a další skutečnosti přinášejí na jedné straně nové možnosti a příležitosti, na straně druhé však i nevýhody a rizika. Z hlediska profesního zaměření pracovníka je kladen větší důraz na pracovní flexibilitu zeslabující vyhraněnou profesní specializaci, vyžadována je větší výkonnost a ochota více časově participovat na cílech organizace. Ve vztazích zaměstnanec–organizace je více volnosti. Organizace negarantují dlouhodobé zaměstnání a zaměstnanec není příliš vázán loajalitou k organizaci. Pracovníci jsou častěji zaměstnáváni dočasné nebo na dílčí úvazek. Moderní technologie umožňují vykonávat práci mimo organizaci. Současné pojetí kariéry je dynamičtější, neznamená jen vertikální vzestup, ale jeho součástí jsou i poziční sestupy a periody, kdy je člověk bez práce nebo se přeškoluje na jinou profesi.

Specifickým problémem je dynamika rozvoje organizací, jejíž součástí jsou změny různého druhu a intenzity, mnohdy v průběhu krátkých časových intervalů. Implementace změn spojená se změnou pracovních nároků, či dokonce profesního zaměření, se změnou systému komunikace v organizaci nebo se změnou firemní kultury představuje značné psychické nároky na pracovníky všech úrovní v organizaci. Jejich zavedení a úspěšná

aplikace je však předpokladem pro schopnost organizace obstát ve střetu s konkurencí stejně jako pro zaměstnance obstát na trhu práce.

Předchozí charakteristiku změn v pracovní sféře specifikuje jeden výrazný rys, kterým je **důraz na výkon a s tím související hodnocení pracovníků**. Důraz na produktivitu, úspěšnost organizace a její konkurenceschopnost je výrazným trendem zaměřeným na konkrétní a pokud možno měřitelné výsledky. Řízení výkonnosti představuje způsob řízení organizace a vedení zaměstnanců spočívající ve stanovení cílů poměřovaných kvantitativními ukazateli. Předpokladem je formulování jasných cílů organizace, jejich součástí i zaměstnanců. Integrální součástí řízení výkonnosti je hodnocení pracovníků, které je v podmínkách našich i zahraničních organizací na kvalitativně různorodé úrovni.

Hodnocení pracovníků, má-li být kvalitní a plnit svou funkci, je náročný proces vyžadující důkladnou přípravu. V souvislosti s řízením výkonnosti je žádoucí, aby poskytovalo kontinuální zpětnou vazbu, probíhalo podle jasně stanovených kritérií, bylo propojeno na systém kompetencí a navazovalo na odměňování, stanovení směrů dalšího rozvoje pracovníků nebo na jejich pracovní postup. Specifickým problémem pak je volba a příprava vhodných hodnotících metod, metodika hodnocení a proškolení hodnotitelů. Provedená šetření v našich organizacích poukazují na značnou kvalitativní nevyváženost úrovně pracovních hodnocení.

Požadavky kladené na výkon pracovníků, pracovní angažovanost v organizaci, časté služební cesty v tuzemsku i v zahraničí, mimořádné pracovní zátěže a další stresující podmínky vedou k situaci, kdy se pracovník dostává do nesouladu s časem potřebným pro rodinu a její požadavky. Také rodina má své požadavky a vytváří zdroje napětí v závislosti na pracovním vytížení životního partnera, na počtu a stáří dětí, na možnostech zajištění péče o děti apod. Důsledkem takové situace jsou střety, negativní emoce, interpersonální konflikty a četné nepříznivé stavy, které se navzájem přenášejí z pracovního prostředí do rodiny a naopak. Uvedené okolnosti bývají zdrojem **pracovně-rodinného konfliktu** a vyvolávají napětí v rodině, snižují celkovou spokojenost a životní pohodu.

Řada organizací – spíše však zahraničních než domácích – přijala a aplikuje některá opatření, jejichž cílem je eliminovat pracovně-rodinné konflikty, stabilizovat zaměstnance, kteří by jinak v důsledku neustálých střetů požadavků pracoviště a rodiny změnili zaměstnání. K opatřením, která organizace využívají, nejčastěji patří: flexibilita pracovní doby, firemní zajištění péče o děti, různé formy rodičovské dovolené, zpřístupnění některých sociálních služeb a podpůrná či poradenská opatření sloužící ke zvládnutí rodinných povinností. Jako nejefektivnější se ukazuje soubor opatření projevujících se komplexně ve firemní kultuře, zahrnující celkově projevovanou podporu organizace, pochopení nadřízených a spolupracovníků.

Vliv zmíněných společenských změn spolu se zvyšujícími se nároky na pracovní aktivitu, dopady organizačních změn, obměňující se technologie a nové pracovní postupy se dotýkají řady profesí. Tyto uvedené a další vlivy se projevují jako **změny v nárocích na výkon profese**. Jako ilustrace zvyšování profesních nároků může posloužit v textu využitý příklad profese policejního vyšetřovatele, jehož výkon je ovlivňován jak některými obecnými požadavky, jako je důraz na pracovní výkon, vyžadování operativní flexibility v reakci na měnící se podmínky práce apod., tak řadou specifických požadavků, týkajících se rozšiřování odborných znalostí, sociálních a komunikačních dovedností apod. Stejným problémem v případě policejního vyšetřovatele je osvojení moderních technik vyšetřování, jejich jednotlivých fází a postupů. S tím však souvisí i měnící se nároky na

osobnost vyšetřovatele s akcentem na jeho psychickou stabilitu a odolnost, na kognitivní složky osobnosti, specifické znalosti, samostatné rozhodování, důslednost a pečlivost. Vystižení rozvojových trendů v jednotlivých profesích má zásadní význam pro adekvátní výběr vhodných pracovníků, pro jejich profesní přípravu a pro další kvalifikační průpravu, včetně prevence nežádoucích důsledků výkonu profese.

Na závěr naší předmluvy k monografii, která představuje soubornou práci týmu učitelů katedry psychologie Filozofické fakulty Univerzity Karlovy v Praze, připojujeme dvě poznámky. První poznámka se vztahuje ke zvolené struktuře monografie, z níž je zřejmé, že kumulace zpracovaných dílčích témat do bloků představuje pokus o určité utřídění zarámované třemi ústředními tématy. Předpokládáme však, že z textu vyplývá vzájemná propojenost a příčinná souvislost mnoha z našich rozpracovaných námětů. Poznámka druhá má vést čtenáře k zastavení se v této uspěchané a náročné době a k uvědomění si, jakou vpravdě hektickou periodou jsme – z pohledu dospělé populace – ve svém životě prošli, jaké změny jsme museli zvládnout, kam jsme se posunuli a čeho jsme dosáhli. Přesto, že cíle, snažení a zvolené cesty každého z nás byly odlišné, stejně jako prožívání a postoje k situacím, s nimiž jsme se museli vyrovnat, žijeme společně ve světě a v podmínkách, které vytvářejí odlišnou trajektorii života, blízkou ekonomicky vyspělým zemím euroamerické kultury, a to se všemi pozitivy a negativy.

Ilona Gillernová
Vladimír Kebza
Milan Rymeš

1. ZDRAVÍ A ŽIVOTNÍ STYL: KVALITA ŽIVOTA V KONTEXTU MĚNÍCÍ SE SPOLEČNOSTI

Vladimír Kebza (ed.)

1.1 PŘÍSTUPY KE KVALITĚ ŽIVOTA V PROMĚNÁCH SPOLEČNOSTI

Tamara Hrachovinová, Vladimír Kebza

1.1.1 UTVÁŘENÍ ZÁJMU O PROBLEMATIKU KVALITY ŽIVOTA V ŽIVOTĚ SPOLEČNOSTI

Pojem **kvalita života** nemá – z hlediska jeho systematického uplatnění v psychologii a medicíně – příliš dlouhou historii: většina relevantních literárních zdrojů se shoduje v konstatování, že ještě v polovině 20. století se s ním prakticky téměř nebylo možno setkat v psychologické odborné literatuře a jeho definice v učebnicích, slovnících a encyklopediích se začaly postupně objevovat až po dalších asi pětadvaceti letech. Po výrazném vzestupu zájmu o tuto problematiku před zhruba dvaceti lety v zahraničí a následně před 5–10 lety u nás se v současné době naopak jeví jako téměř neřešitelné zhodnotit tento problém v jedné kapitole naší monografie ve všech jeho rozměrech, dimenzích a referenčních rámcích.

Z historie zájmu o problematiku kvality života

Širší historické souvislosti pojmu jsou však pravděpodobně mnohem starší a **počátky tradice** zájmu o jeho využívání by bylo možno najít již v antické filozofii a psychologii, mj. v souvislosti s rozpracováním pojmu *eudaimonía* (stav blaženosti včetně jeho mravní dimenze, ctnosti) zvl. u Aristotela a jeho následovníků (podrobněji Kebza, Šolcová, 2003).

Z dostupných literárních zdrojů však lze usuzovat, že nejprve byly zřejmě v postupujících proměnách lidské společnosti sledovány ekonomické a politické souvislosti kvality lidského života: již ve 20. letech 20. století se stal tento pojem tématem diskusí v západní Evropě. Pravděpodobně prvním významnějším podnětem k rozvoji zájmu o problematiku kvality života v této oblasti se staly práce anglického ekonoma A. C. Pigou (1877–1959), který se v jedné ze svých sociálně-ekonomických prací s názvem *The Economics of Welfare*, která vyšla postupně v několika vydáních (první v roce 1920, čtvrté v roce 1932), soustředil mj. též na kvalitu života tehdejší populace z hlediska potenciálních a reálných důsledků uplatňované podpory sociálně slabším populačním skupinám. Jako učitel a zakladatel School of Economics na Cambridge University vychoval a ovlivnil mnoho ekonomů – absolventů této univerzity, kteří později působili po celém světě.

A. C. Pigou byl ovlivněn mj. i studiem filozofie a etiky a to byl pravděpodobně též jeden z důvodů, proč jej zaujaly důsledky uplatnění tohoto systému nejen z hlediska jeho

dopadů na národní ekonomiku, ale také z hlediska možnosti ovlivnění úrovně a kvality života občanů.

A. C. Pigou se zabýval též celou řadou souvisejících problémů v oblasti veřejných financí, nezaměstnanosti atd., jeho zájem o problematiku kvality života však ve 20.–30. letech 20. stol. ještě nestačil k iniciování systematického celospolečenského zájmu o tento jev. Ten byl ještě na nějakou dobu odsunut dramatickými událostmi souvisejícími s druhou světovou válkou.

Po druhé světové válce byl zájem o otázky kvality života ovlivněn mj. následujícími významnými okolnostmi:

- Po vzniku **Světové zdravotnické organizace** (World Health Organization – WHO) v roce 1948 byla vypracována, publikována a světovou odbornou veřejností akceptována nová definice zdraví, formulující mezioborově, pozitivně a všeobecně srozumitelně a přijatelně **podstatu zdraví jako stav úplné tělesné, duševní a sociální pohody, a ne pouze jako nepřítomnost nemoci nebo slabosti** („Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity“). Toto pojetí zdraví mj. soustředilo pozornost odborné veřejnosti i na otázky subjektivně prožívané kvality lidského zdraví a na jeho psychologické a sociální souvislosti (www.who.int/en/). S ohledem na toto vymezení zdraví bylo zahájeno období diskusí o jeho měřitelnosti.
- Dalším významným podnětem pro zvýšení zájmu o otázky kvality života byla tehdy nově akcentovaná potřeba řešit:
 - jednak existenciálně založené **otázky smyslu života jednotlivců** v náročných podmínkách konkurenčního prostředí, vysokých požadavků na výkon a nekompromisního „boje o přežití“;
 - jednak stále naléhavější **otázky sociálních nerovností ve společnostech** západoevropských zemí a USA.

Za této situace byly postupně jak v Evropě, tak v USA otázky kvality života zdůrazňovány různou měrou a různým způsobem také v programech tehdejších předních politiků, v USA mj. též některých amerických prezidentů, v období po druhé světové válce například v programech J. F. Kennedyho nebo L. B. Johnsona.

Počátky zájmu o tyto otázky však lze v USA identifikovat již dříve, v programu New Deal, v němž 32. prezident USA F. D. Roosevelt (1882–1945) koncipoval systém sousledně působících programů zaměřených v letech 1933–1938 na snížení důsledků chudoby, reformu finančního systému a celkové zotavení ekonomiky z důsledků velké hospodářské krize (Great Depression).

První část tohoto programu, First New Deal, z let 1933–1934 byla zaměřena na krátkodobé zotavovací programy pro všechny společenské skupiny. Na základě odhadu, že federální vláda bude schopna zajistit příslušné finanční pokrytí těchto reformních kroků, navrhla a uskutečnila Rooseveltova administrativa reformu bankovní legislativy, zahájila pomocné a podpůrné programy pro lidi ve stavu sociální nouze, dále podpůrné a pomocné pracovní a zemědělské programy. Druhá část tohoto úsilí, Second New Deal (1935–1936), obsahovala především rozsáhlejší proměnu redistribuce disponibilních zdrojů, která zahrnovala:

- unijní ochranné programy;

- zákon o sociálním zabezpečení (The Social Security Act);
- programy pomoci farmářům – nájemcům půdy a migrujícím pracovníkům (Smith, 2008).

V programu 35. prezidenta USA J. F. Kennedyho (1917–1963) se otázky kvality života objevily v rámci jeho koncepce „New Frontier“. Pojem „New Frontier“ byl užit J. F. Kennedym v rámci jeho projevu u příležitosti jeho nominace jako kandidáta demokratů na funkci prezidenta USA (*acceptance speech*) v roce 1960. Program byl zaměřen mj. na podporu ekonomiky, poskytování mezinárodní pomoci, programy obrany a podporu vesmírnému programu (*space program*).

J. F. Kennedy vytvořil v rámci tohoto programu východiska pro možnost kontroly monopolních cen, a přestože tato opatření vyvolala jeho značnou nepopularitu ze strany velkých společností, působila jako významná ochrana spotřebitelů před tím, aby museli platit více, než jakou má výrobek hodnotu (Dallek, 2003).

J. F. Kennedy, jehož jméno posléze v USA i po celém světě symbolizovaly jeho iniciály (JFK), jak se stalo zvyklostí i u dalších amerických prezidentů, byl považován také za obháje občanských práv, a třebaže se mu nepodařilo prosadit příslušnou legislativu, zahájil cestu reformem, které přišly později. Inicioval též zvýšení minimální mzdy z 1 dolaru na 1,25 dolaru na hodinu. V březnu 1961 JFK zaslal Kongresu speciální zprávu navrhuji vznik a rozvoj ambiciózního a komplexního programu bydlení, jehož cílem byla podpora ekonomiky, revitalizace měst a sídel a zpřístupnění možnosti přiměřeně kvalitního bydlení pro středně- a nízkopříjmové rodiny.

J. F. Kennedy usiloval i o řešení nezaměstnanosti. Jím iniciovaný The Manpower Development and Training Act (1962) dal vzniknout tříletému rekvalifikačnímu programu určenému pro pracovníky propouštěné ze zaměstnání v důsledku zavádění nových technologií. V roce 1963 Kennedy, jenž měl duševně nemocnou sestru Rosemary, zpracoval první speciální prezidentskou zprávu Kongresu USA (The nation's first Presidential special message to Congress) k otázkám duševního zdraví. Kongres v návaznosti na to přijal zákon o zařízeních a centrech pro osoby s duševními onemocněními (Mental Retardation Facilities and Community Mental Health Centers Construction Act), který zahájil novou etapu v systému federální podpory pro zařízení duševního zdraví. Americký The National Institute of Mental Health v této souvislosti přijal odpovědnost za sledování programů komunitních center ochrany a podpory duševního zdraví (Dallek, 2003).

J. F. Kennedy se zasazoval také za práva žen. Jím zřízená komise (The President's Commission on the Status of Women) byla prezidentovým poradním orgánem ustanoveným v prosinci 1961 s cílem systematicky přezkoumat otázky týkající se rovných příležitostí pro ženy v dostupnosti vzdělání, pracovních míst a před zákonem. Tato komise, jíž předsedala až do své smrti v roce 1962 Eleanor Rooseveltová, se skládala z celkem 26 členů, jimiž byli jak legislativní specialisté, tak dobrovolní nadšenci angažující se v otázkách ženských práv.

Závěrečná zpráva této komise, *American Woman* (známá též pod názvem *The Peterson Report* podle jména místopředsedkyně komise, Esther Petersonové), byla vydána v říjnu 1963 a dokumentovala rozsáhle rozšířenou diskriminaci žen ve výše uvedených otázkách (zvl. pak v dostupnosti pracovních míst).

J. F. Kennedy inicioval též zákon ke snížení výskytu kriminality mladistvých (The Juvenile Delinquency and Youth Offenses Control Act) a svým podpisem jej v září 1961 uvedl do systému právního pořádku USA (Dallek, 2003). Zatímco Rooseveltův program

„New Deal“ byl programem odpovědi na období ekonomických neúspěchů, program „The Great Society“, iniciovaný prezidentem USA L. B. Johnsonem (1908–1973) byl založen v období prosperity. Dvěma hlavními cíli programu sociálních reforem s názvem Great Society byla eliminace chudoby a rasové nespravedlnosti.

K naplnění těchto cílů byly zaměřeny nové rozsáhlé podpůrné programy orientované na dostupnost vzdělání, zdravotní péče, bydlení a veřejné dopravy. Jako vedoucí představitel demokratů a jako americký prezident byl L. B. Johnson odpovědný nejenom za realizaci hlavních bodů programu „Great Society“, ale také za naplnění programů „Medicare“ (vládou financovaný program zdravotní péče pro seniory) a „Medicaid“ (vládou financovaný program zdravotní péče pro nízkopříjmové skupiny americké populace). Kromě těchto aktivit se však L. B. Johnson zasadil též o podstatné zvýšení americké účasti na válce ve Vietnamu, což pravděpodobně později spoluovlivnilo následující výrazný pokles jeho popularity (Dallek, 1998).

Kromě praktického uplatnění ve výše uvedených prezidentských programech (v Evropě např. též v činnosti Římského klubu, mezinárodní nevládní organizace založené v roce 1968 v Římě, zabývající se globálními problémy) se staly otázky kvality života též velmi zajímavým sociologickým a psychologickým problémem. V posledních letech přibývá v evropských zemích průzkumů kvality života, realizovaných různými institucemi (mezi mnoha dalšími jsou v literatuře často citovány výsledky šetření evropské nadace Eurofound) za účelem porovnání kvality života v zemích EU i mimo ně.

Vymezení pojmu kvalita života

Přes až explozivní nárůst publikací věnovaných kvalitě života dosud **nebyla dosažena shoda** v plauzibilní definici, co vlastně kvalita života je. E. Dragomirecká a C. Škoda (1997a) uvádějí, že kvalita života je definičně vymezována pomocí jiných používaných pojmů, stanovena výčtem, charakterizována znakem, který je pro ni považován za podstatný nebo objasňuje vzájemnou souvislost těchto znaků. Lze souhlasit s těmito autory, že kategorie kvality života spíše než na jednoznačném teoretickém základu leží v průsečíku mnoha soudobých tendencí a směrů, což má za následek velkou rozmanitost snah ji definičně vymezit. **Různá pojetí a vymezení kvality života** se odlišují i v míře subjektivity – objektivit. Velmi nejednotné je vymezení k dalším pojmům, např. životní úroveň, dobrý život, štěstí, životní spokojenost, osobní pohoda, well-being, naplněnost potřeb, realizace životních cílů atd. Pojetí kvality života se různí nejen s ohledem na jednotlivé vědní disciplíny a teoretická východiska, ale i vzhledem k účelu měření či výzkumu. Setkáváme se jak s širokým pojetím kvality života, tak s jeho zúžením na jednu oblast (např. dotazník Quality of School Life). V některých studiích může být kvalita života chápána především v souvislosti se spokojeností s naplněním potřeb anebo fungováním jedince. Jindy se může kvalita života nemocných zaměřovat (či redukovat) za míru spokojenosti pacienta či klienta s poskytovanou péčí.

V českém písemnictví je problematice kvality života věnována kromě řady podnětných dílčích prací J. Křivohlavého (2001, 2004, 2007 atd.), J. Mareše (2005, 2006, 2007), K. Hnilici, E. Dragomirecké, C. Škody a dalších autorů, jež pro omezený rozsah našeho textu nelze uvést *in extenso*, též rozsáhlá mezioborově koncipovaná monografie J. Payna a kol. (2005). Psychologický pohled na problematiku kvality života zde reprezentují mj. příspěvky K. Hnilici, K. Balcara a J. Křivohlavého, sociologický pohled příspěvky

H. Hnilicové, H. Janečkové a E. Křížové, filozofický pohled příspěvky M. Bednáře, J. Payna, S. Žáka a medicínské pohledy příspěvky (kromě již uvedených) např. práce C. Drbala, V. Bencka, O. Slámy aj. V dalších pracích byl též postupně studován vliv změn odehrávajících se ve světě práce na kvalitu života (Dušková, Dvořáková, Svobodová, 2006).

Další podobně koncipovanou, i když méně rozsáhlou přehledovou prací k otázkám kvality života je informačně velmi bohatá publikace H. Vaďurové a P. Mühlpachra (2005). Ve slovenském písemnictví se, kromě řady rovněž velmi podnětných dílčích publikací D. Kováče, V. Bačové, J. Džuky, P. Babinčáka, G. Bianchiho a dalších, nedávno objevila rovněž rozsáhlá a obdobně, i když poněkud širěji zaměřená práce editovaná V. Bačovou (2008). Je tedy zřejmé, že i v českém a slovenském odborném písemnictví problematika kvality života již delší dobu vyvolává značnou pozornost. V neposlední řadě je třeba připomenout, že v roce 2003 se v Praze konala 10. výroční konference Mezinárodní společnosti pro výzkum kvality života (ISOQOL), které se účastnili odborníci ze 41 zemí.

V některých dalších sociologických pracích, např. v práci M. Potůčka (2002), se objevuje názor, že postupně rostoucí zájem o kvalitu života je možno chápat jako součást humanistického paradigmatu modernizace. Počátky této tendence lze podle Potůčka nalézt již v Brezinského práci z roku 1967, vymezující pojetí technotronní společnosti, mezi jejíž charakteristiky patří mj. kromě již postupně překonávaného materiálního zabezpečení lidského života také růst zájmu o jeho duševní rozměr, kvalitu života včetně důrazu na pozitivní charakteristiku lidského prožívání, pocitu bezpečí, trávení volného času atd.

Vedle odborné sféry je kvalita života také termínem všedního dne a objevuje se i v běžném jazyku. Pro jedince je kvalita života důležitou a diskutovanou hodnotou, která funguje jako zdroj motivace. Z tohoto pohledu je kvalita života vždy subjektivní a do značné míry se jedná o entitu nesnadno kvantifikovatelnou.

Z výše uvedených okolností vyplývá, že téma **kvality života je svou povahou interdisciplinární, má historický, politický, ekonomický, filozofický kontext, jakož i kontext medicínský, sociální, psychologický a v neposlední řadě i etický** a vzhledem k rozsáhlosti publikačních aktivit a empirických šetření na tomto poli se jedná o téma obtížně přehlednutelné a uchopitelné. V literatuře se již dokonce objevují i námitky proti nadměrnému užívání tohoto pojmu vedené různými autory z pozic teoretických, koncepčních, metodologických, výzkumných i etických. Např. Leplége a Huntová (1997) kritizují, že chybí jasné koncepční východisko pro měření kvality života v medicíně.

V rozsáhlém referenčním rámci kvality života tvoří do určité míry samostatné kapitoly problematika výzkumu kvality života, tvorba teoretických koncepcí, vývoj hodnotících instrumentů (obecných i speciálních, které by poskytovaly spolehlivé a validní výsledky a byly dostatečně citlivé na změny), transformace již existujících dotazníků a škál do dalších jazyků, realizace pro praxi relevantních studií měřících kvalitu života různých populačních souborů a především transfer získaných výsledků do společenské a klinické praxe. Problematice kvality života je věnován časopis *Quality of Life Research*, který vychází od roku 1992.

Sledování kvality života

Měření kvality života zahrnuje širokou oblast. Kirby 1994 (in: Dragomirecká, 1997a, cituje Dragomirecká, 2007) rozlišuje měření kvality života ze tří perspektiv:

- jako objektivní měření sociálních ukazatelů v termínech možností, bariér a zdrojů okolí, jako je zdraví, bezpečí, vzdělání, stabilita rodiny apod.);
- subjektivní odhad celkové spokojenosti se životem;
- subjektivní odhad spokojenosti v různých oblastech života; sem bývají řazeny: fyzický stav, fungování, (např. i schopnost sebeobsluhy), prožívání, vztahy, prostředí, trávení volného času atd.

V současnosti řada autorů nepovažuje ukazatele prvního typu, jako je bezpečí, vzdělání, stabilita rodiny apod., za součást kvality života, ale za faktory, které ji mohou ovlivňovat. Je známo, že některé charakteristiky tohoto typu ovlivňují kvalitu života jen částečně, a to tehdy, pokud klesnou pod určitou minimální hranici, např. hranici chudoby (Dragomirecká, 2007).

Kvalita života se uplatňuje jako kritérium při měření úrovně obecné populace, klinických souborů a jejich rozličného vzájemného porovnávání, detekce potřeb a jejich naplnění u různých subpopulací, spokojenosti s poskytnutými službami a intervencí a v neposlední řadě při zjišťování individuální spokojenosti jedince. Měření kvality života má neopominutelné etické aspekty, vyvolává řadu otázek a vykazuje též mnohé metodologické problémy (např. Starquet, Hays, Fayers, 2000).

Snahy o třídění indikátorů a hodnotících nástrojů používaných k měření kvality života se v odborné literatuře vyskytují opakovaně a jsou vedeny s cílem zpřehlednit celou širokou oblast. Problémem je velké množství metod i dělicích kritérií (např. dle toho, komu jsou určeny, kdo hodnocení provádí, jaký je výstup atd.). Výsledkem je, že žádné z dělení není jednoznačně vyhovující a některé metody lze zařadit i do více skupin. Časté je rozlišení podle osoby hodnotitele, zda je to druhá osoba (externí hodnocení) nebo jedinec sám, event. kombinace předchozích dvou typů metod. Značné rozdíly souvisí s užitím kvantitativní či kvalitativní metodologie. Setkáváme se jak se škálami a dotazníkovými metodami, tak s výsledky z focus group a jiných diskusních skupin i se zpracováním písemných výpovědí osob.

Studie měřící kvalitu života jsou obtížně srovnatelné, neboť se týkají rozsáhlých souborů obecné populace, různě početných souborů klinické populace (v některých případech i s nízkým počtem respondentů) a vzájemných srovnání různých populačních souborů nebo klinických subpopulací. Rozsah publikovaných komparativních studií je mimořádný. Zájem je soustředěn např. na určitou věkovou kategorii (děti, studenti, adolescenti, senioři atd.) nebo na soubory osob s určitým specifickým problémem či charakteristikou (přistěhovalci, nezaměstnaní, somaticky či psychicky nemocní, handicapovaní atd.). Obvykle bývá také sledován rozdíl v kvalitě života u daného vzorku mezi pohlavími. Často je problematika vztažena k míře spokojenosti s významnou oblastí – u dětí se školou, u dospělých s prací, u nemocných s poskytnutou léčbou či jinou intervencí.

1.1.2 KVALITA ŽIVOTA VE VZTAHU KE ZDRAVÍ, JEJÍ MĚŘENÍ A HODNOCENÍ

Oblasti kvality života vztahující se ke zdraví

Samostatným okruhem problémů v rámci výzkumu otázek kvality života se postupně stala též oblast kvality života vztahující se ke zdraví (*health-related quality of life* – HRQOL).

Souvislost HRQOL s řadou výrazných trendů v posledních desetiletích v rozvinutých zemích je evidentní. Patří sem stárnutí populace, změny v morbiditě a nárůst chronických onemocnění, ale i změny v chápání zdraví a nemoci, posun od výlučné orientace na nemoc k nemocnému jedinci a jeho subjektivnímu prožívání i komplexnější definování zdraví (nikoli jako pouhé nepřítomnosti nemoci). V pozadí stojí i výrazný pokrok v moderní medicíně, kdy díky novým léčebným postupům a lékům se nepochybně prodlužuje délka života (nejen obecně, ale i délka přežívání u řady závažných diagnóz), ale léčba zároveň vyvolává mnohé etické otázky týkající se kvality života nemocných osob. Objevují se úvahy o míře zatížení nemocného náročnou léčbou, o tom, nakolik je nový terapeutický postup skutečně pro pacienta přínosným, život zkvalitňujícím, nejen mechanicky čas prodlužujícím. Hledisko hodnocení léčebného postupu tak není v současnosti pouze kvantitativní, ale i kvalitativní – zda a nakolik přináší zlepšení kvality života nemocného. Tento výrazný současný trend souvisí i se zaměřením na pozitivní charakteristiky života pacientů, včetně chronicky a vážně nemocných osob. V tomto kontextu lze hovořit o posilování zdraví, zlepšení zdraví i v nemoci. U chronických onemocnění, kdy nemoc je sice léčitelná, ale není vyléčitelná, lze subjektivně vnímanou kvalitu života pojímat jako základní kritérium hodnocení terapie. Posuzování kvality života vstupuje i do plánování dalšího léčebného postupu a rozhodování při alternativní volbě terapie. Sledování kvality života je dnes již standardní součástí farmakologie, testování a registrace nových léků.

HRQOL byla charakterizována jako hodnota připisovaná životu modifikovanému postižením, funkčním stavem, vnímáním, sociálními příležitostmi atd., které jsou ovlivněny nemocí, poruchou, zraněním nebo jejich léčbou. Toto pojetí vymezili mj. Patrick a Erickson v roce 1988, později pak v některých dalších publikacích (1993) a dále např. Anderson, Aaronson a Wilkin (1993). Podobně někteří další autoři vymezují HRQOL ve smyslu tělesných, duševních a sociálních domén zdraví, jež jsou ovlivňovány osobními vjemy, zážitky, očekáváními a přáními každého člověka (Testa, Nackley, 1994; Testa, Simonson, 1996). Pro HRQOL je klíčové uvědomění si rozdílů mezi skutečným zdravotním stavem a vnímáním a hodnocením tohoto zdravotního stavu. Jinak řečeno: **subjektivně prožívaná kvalita života nemocného jedince není zcela závislá na jeho skutečném klinickém stavu.** Kvalita života obecně a kvalita života v souvislosti se zdravotním stavem se samozřejmě překrývají, přesto má HRQOL svá specifika a tato oblast se stala samostatně a velmi dynamicky se rozvíjející disciplínou s mnoha subdisciplínami.

Měření a hodnocení kvality života jedinců

Leplége a Huntová (1997) se ve svém přehledovém článku staví poměrně kriticky k nástrojům zjišťování HRQOL a konstatují, že kvalitu života odvozujeme z množství ukazatelů, z nichž mnohé vypovídají o životě, ale nic neříkají o jeho kvalitě. E. Dragomirecká a C. Škoda (1997b) podávají výčet následujících otázek v souvislosti s měřením kvality života nemocných osob:

1. Je možné měřit kvalitu kvantitativními metodami?
2. Jaký typ veličin měřit? Původní snaha zjišťovat kvalitu života pomocí objektivních dat byla vystřídána orientací na subjektivní výpověď jedince.