

HODNOTOVÁ ORIENTACE DĚTÍ S ONKOLOGICKÝM ONEMOCNĚNÍM VE VZTAHU KE KVALITĚ ŽIVOTA A POHYBOVÝM AKTIVITÁM

Tomáš Vyhlídal, Ondřej Ješina

Fakulta tělesné kultury, Univerzita Palackého, Olomouc, ČR

Předloženo v březnu 2010

VÝCHODISKA: Práce zkoumá hodnotovou orientaci dětí s onkologickým onemocněním ve věku 6–15 let. Zvláštní význam je kladen na otázky kvality života těchto dětí s akcentem na hodnoty zdraví a pohybové aktivity.

CÍLE: Cílem výzkumného šetření bylo analyzovat strukturu hodnotové orientace u zkoumaného souboru a zjistit postavení zdraví a pohybových aktivit ve struktuře hodnotové orientace.

METODIKA: Ke zjišťování hodnotové orientace byla použita projektivní technika „nedokončených vět” – technika doplňovací a částečně asociační. Tato technika byla použita u 28 dětí s onkologickým onemocněním ve věku 6–15 let.

VÝSLEDKY: Z hlediska zjištěných odpovědí (21,42 %) si děti s onkologickým onemocněním uvědomují hodnoty vlastního zdraví a dopad nemoci na kvalitu svého života. Při 14,8 % odpovědí děti vnímají potřebu běžných aktivit a při 11,6 % si uvědomují potřebu rodinného života. Na potřebu pohybových aktivit poukazuje 4,76 % odpovědí.

ZÁVĚRY: Z našeho šetření zcela jednoznačně vyplývá, že nejvíce děti s onkologickým onemocněním vnímají hodnotu zdraví. Zdraví je pro ně ideálem, přáním, prostředkem k dosažení dětských cílů, plánů a záměrů. Dále se děti vysoce orientují na hodnotu běžných aktivit a domova, a to především z důvodu dlouhodobé léčby, odloučení od rodiny a od svých blízkých. Pokud jde o hodnotu pohybových aktivit, ukázalo se, že hrají v jejich životě určitou roli. Větší důraz na pohybové aktivity kladou chlapci, přičemž jejich zájem je u této hodnoty oproti dívkám až dvojnásobný. Pohybové aktivity u dětí s onkologickým onemocněním zaujímají sedmé místo ze čtrnácti hodnocených kategorií.

Klíčová slova: onkologická onemocnění; hodnotová orientace; kvalita života; pohybové aktivity; aplikované pohybové aktivity; zdraví.

Tento příspěvek je součástí projektu Centra podpory integrace, CZ 1.07/1.2.00/08.0117, podporovaného ESF a rozpočtem ČR

ÚVOD

Onkologická onemocnění se řadí mezi nejobávanější choroby, a to z toho důvodu, že příčina tohoto onemocnění není dosud známá, léčba je nepříjemná s řadou vedlejších účinků a její výsledek není vždy jistý (Vaňurová, 2006). Moderní léčba dětí a mladých dospělých s onkologickým onemocněním vede v současné době k vyléčení zhruba 75 – 80 % pacientů. Tímto narůstá množství vyléčených dětí a mladých lidí, kteří potřebují systematickou podporu v oblasti resocializace (Nadační fond dětské onkologie KRTEK, 2007). Onkologické onemocnění dítěte zasahuje zásadním způsobem do kvality života nejen nemocného, ale i celé jeho rodiny a přátel. Za důležité považujeme především to, že nemocný jedinec vnímá svou kvalitu života a mění svůj názor na svět i sebe samotného. Otázkou kvality života osob s onkologickým onemocněním se zabývala řada autorů (Bloom, Petersen & Kang, 2007; Hacker, 2008; Cadmus, Salovey, Yu, Chung, Kasl & Irwin, 2009). Kvalita života je veličinou vícerozměrnou, dynamickou, bez jednotného teoretického základu. Pyšný (2008) dospívá k závěru, že „implicitně definovat kvalitu života není možné jednoznačně“. Ve schodě s Marešem (2006) se domníváme, že každý vědní obor by měl stanovit, vlastní definici kvality života s ohledem na zvolený cíl a využití. Slováček (2008) rozumí pod pojmem kvalita života subjektivní hodnocení života jedincem. Podle něj v životě dominují fyzický, psychický a sociální stav a psychologické a spirituální aspekty. Dragomirecká a Škoda (1997) zdůrazňují, že pro kvalitní život jedince je důležitá psychická, fyzická a sociální pohoda a jeho osobní spokojenost. Hnilicová a Bencko (2005) vymezují pojem kvality života a jeho význam pro zdravotnictví jako výsledek vzájemného působení vlivů na rozvoj jednotlivce i celé společnosti. S tím úzce souvisí pojem zdraví. Pyšný (2008) uvádí, že fyzické a psychosomatické zdraví jedince má přímý vztah ke kvalitě jeho života. Podle Vorlíčka (2007) měřitelná definice kvality života (QOL) měří fyzické, funkční, psychické, sociální a duchovní zdraví onkologicky nemocného jedince. Jde zejména o podmínky sociální, zdravotní, ekonomické a environmentální. Cummins (1997) definuje kvalitu života a zdraví jako subjektivní pocit pohody (sub-

jective well-being). Přístup „well-being“ je psychologickým přístupem spočívajícím v celkové pohodě a spokojenosti.

Ve struktuře péče o nemocné dítě s vážným dlouhodobým onemocněním má vedle účinné léčby klíčové místo formování, rozvíjení a podpora celkové pohody (Huberty, Vener, Waltman, Ott, Twiss, Gross, McGuire & Dwyer, 2009; Stevinson, Capstick, Schepansky, Tonkin, Vallance, Ladha, Steed, Faught & Courneya, 2009) a minimalizování pocitu izolace a samoty nemocného, která je vážnou překážkou při navazování či udržování přátelských vztahů s okolím. Podle Aaronsona et al. (1987) je pro nemocného nutné zkoumat kvality života na úrovni mikro, mezo a makroroviny. Podle Glozman (2007) jde v podstatě o tři skupiny faktorů: klinické, psychologické a sociodemografické. Do první skupiny řadí druh onemocnění, jeho stádium, délku trvání aj. Druhou skupinu zahrnují vztahy, které se vytvářejí v rodině, problémy související se zvládáním zátěží a dostupností péče o nemocného. Třetí skupinu faktorů tvoří věk pečovatele a nemocného, dosažené vzdělání, postavení pečovatele uvnitř rodiny, finanční zabezpečení rodiny aj. Vaňurová (2006) uvádí Aaronsonovu klasifikaci dimenzí kvality života týkající se zdraví (dimenze HRQOL), která má základní dimenze shodné s obecným chápáním kvality života.

Aaronson et al. (1987) rozlišuje tři hlavní dimenze HRQOL:

- dimenzi fyzickou,
- dimenzi psychologickou, sociální, spirituální,
- širší dimenzi.

Zajímavé poznatky o kvalitě života dětí s onkologickým onemocněním v době jejich léčení a po léčení přináší práce Burkertové (2006). Jak autorka uvádí ve své práci, vnímání kvality života ze strany dětí s onkologickým onemocněním se liší od rodičovského vnímání. Rodiče hodnotí problémy svých dětí související s léčbou a onemocněním, problémy s tělesnými aktivitami, problémy emoční a vztahové a problémy se školní činností negativněji než děti samy, a to jak u dětí v léčení, tak po léčení. Ukazuje se, že dlouhodobé vyřazení dětí s onkologickým onemocněním ze sociálních aktivit, včetně pohybových má negativní důsledky. Vede k nežádoucímu přerušování vztahů s jejich vrstevníky a někdy po dobu hospitalizace až k sociální izolaci. Poměrně silně vnímají nedostatek kontaktu se svými spolužáky a kamarády dětí školního věku. Koutecký (1997) považuje začlenění dětí zpět do normálního života, do společnosti ostatních dětí a dospělých za prvořadý úkol sociální péče. Ve shodě s ostatními odborníky Koutecký (1997) také doporučuje, aby se děti účastnily všech vhodných volnoča-

sových aktivit. Tato doporučení ve zvýšené míře platí v době po ukončení léčení. V této etapě se mohou vyléčené děti věnovat i pohybovým aktivitám a pohybovým hrám. Je samozřejmé, že míra intenzity bude záviset na charakteru onemocnění a léčby. Během času by se měla většina pacientů pohybovou aktivitou vyrovnat svým vrstevníkům. V rozporu s tímto názorem jsme svědky toho, že část rodičů svým dětem po onkologické léčbě brání ve fyzické aktivitě (Burkertová, 2006). V této souvislosti nutno zdůraznit nezastupitelné místo pohybových aktivit a pohybových her jako důležitého prostředku resocializace nemocných dětí.

Ve shodě s některými dalšími autory (Kraemer et al., 2002; Lipshultz, Colan, Gelber, Perez-Atayde, Sallan, Sanders, 1991; Marchese, Chiarello, Lange, 2004; San Juan, Fleck, Chamorro-Vinaet al., 2007; Shore & Shepard, 1999; van Brussel, Takken, Lucia, van der Net, Helders, 2005) se naše práce zabývá vnímáním vnitřních prožitků dětí s onkologickým onemocněním ve vztahu ke kvalitě života s akcentem na pohybové aktivity. Hodnotí také postavení pohybových aktivit v jejich hodnotové orientaci.

Pravidelné pohybové aktivity jsou vhodným prostředkem pro celkové zdraví a zlepšení kvality života jedinců všech věkových skupin (Freedson, 1991; Trost, Pate, Saunders et al., 1997). V kontextu osob s onkologickým onemocněním na tuto skutečnost upozorňuje řada dalších zahraničních prací (Cadmus, Salovey, Yu, Chung, Kasl & Irwin, 2009; Cox, Montgomery, Oeffinger, Leisenring, Zeltzer, Whitton, Mertens, Hudson & Robison, 2009; Coups, Park, Feinstein, Steingart, Egleston, Wilson & Ostroff, 2009; Hacker, 2008; Stevinson & Fox, 2005; Luctkar-Flude, Groll, Woodend, & Tranmer, 2009; van Brussel, Takken, Lucia, Van der Net, Helders, 2005). Pohybové aktivity jsou do značné míry také predikátorem míry zdraví dětí a mládeže (Baranowski, Bouchard, Bar-Or et al., 1994; Sallis & Patrick, 1994; Takken, Van der Torre, Zwerink, Hulzebos, Bierings, Helders, & van der Net, 2009). Pohybové aktivity představují činnosti, kde člověk více či méně svobodně participuje, projevuje se, učí a ověřuje si své dosavadní vědomosti, dovednosti a představy. Nabízí nám možnost pracovat s jedincem v relativně přirozeném prostředí, kde se většinou projevuje bez sociálních masek, a tím se vytváří prostor pro diagnostiku a pozitivní ovlivnění osobnosti či hodnot (Kudláček, Ješina, 2008). Pokud se bavíme o obecné hodnotové orientaci, tou se zabýval například Prudký (2004). Ten popisuje hodnotu jako význam jevu, činnosti, chování, sebe sama i druhých lidí, tj. posuzovaného objektu, který jedinec či skupina objektu přisuzuje. Hodnotovou orientací či preferencemi v kontextu osob se speciálními potřebami zkoumali například Balvín (2004), Válková (2000) nebo Janečka (2004). Především Válková (2000) vychází při svých výzkumech z techniky „nedokončených vět“, kterou jsme využili v rámci našich šetření. Tato

technika byla Válkovou využita především u osob s mentálním postižením, avšak je využitelná i pro jiné cílové skupiny (Fischer et al., 1963).

CÍL VÝZKUMNÉHO ŠETŘENÍ

Cílem výzkumného šetření bylo formulovat strukturu hodnotové orientace u zkoumaného souboru dětí s onkologickým onemocněním.

Dílčím cílem bylo zjistit postavení zdraví a pohybových aktivit ve struktuře hodnotové orientace těchto dětí.

Na základě takto stanovených cílů jsme si vytyčili následující výzkumné otázky:

- 1) Jaká je struktura hodnotové orientace dětí s onkologickým onemocněním?
- 2) Je rozdíl mezi hodnotovou orientací dívek a chlapců?
- 3) Jaké postavení zaujímají hodnoty zdraví a pohybových aktivit ve struktuře hodnotové orientace dětí s onkologickým onemocněním?

Uvědomění si hodnoty vlastního zdraví je velmi důležité jak u osob s onkologickým onemocněním, tak i u běžné populace. S touto hodnotou je úzce spojena hodnota pohybové aktivity, která ji doplňuje a podílí se na zvyšování kvality života. Zajímá nás, zda i děti s onkologickým onemocněním vnímají propojení těchto hodnot a zda vnímají pohybové aktivity jako prostředek pro zvyšování pocitu subjektivního zdraví. Na základě zjištěných výsledků je potenciálně možné podpořit uvědomění si významu pohybových aktivit u cílové skupiny, a tím významně ovlivnit jejich subjektivní pocit zdraví a kvality života.

METODIKA

Charakteristika zkoumaného souboru

Výzkumného šetření se zúčastnilo celkem 28 probandů. Jedná se o děti s onkologickým onemocněním léčené na Klinice dětské onkologie Fakultní nemocnice Brno, které jsou v léčbě, nebo jsou max. 2 roky po léčbě v období dlouhodobé remise. Probandi byli ve věku 6 až 15 let. Jejich průměrný věk je 10,2 let. Z toho bylo 16 dívek (tj. 57,14 %, průměrný věk byl 9,9 let) a 12 chlapců (tj. 42,86 %, průměrný věk byl 10,6 let). Všichni probandi mají trvalé bydliště na území ČR. Převážná většina (67,2 %) je z Jihomoravského kraje.

Metodika

Pro zjišťování ukazatelů hodnotové orientace a sociálních kompetencí probandů jsme se rozhodli využít výzkumnou techniku „nedokončených vět“ podle Válkové (2000). Tato metodika byla přeložena a transformována z anglického jazyka do češtiny, byla zařazena mezi projektivní metody a standardizována v roce 1995 (Válková, 2000).

Podstatou zvolené techniky „nedokončených vět“ je doplnění (dokončení) devíti nedokončených vět a písemné vyjádření tří přání probandů. Dotazování bylo realizováno formou rozhovoru. Tazatel předčítal začátky nedokončených vět a zapisoval odpovědi probandů. Stejným způsobem zapisoval i odpovědi na tři kouzelná přání. Dotazování probíhalo individuálně. Probandi měli za úkol samostatně odpovědět, to znamená dokončit začátky předložených vět.

Níže uvádíme výčet nedokončených vět a pokyn pro vyslovení tří přání.

1. Rád(a) bych.....
2. Přeji si, abych.....
3. Kdybych tak.....
4. Doufám.....
5. Jsem.....
6. Nejraději bych.....
7. Nejlepší je, když.....
8. Lidé si myslí, že já.....
9. Někdy přemýšlím o.....

Kdybych měl(a) tři kouzelná přání, která se vyplní, přál(a) bych si:

- 1.....
- 2.....
- 3.....

Obsah získaných odpovědí byl podroben kategoriální analýze. Všechny odpovědi byly zařazeny do čtrnácti kategorií podle věcné povahy odpovědí.

Výklad kategorií:

1. ZVÍŘATA: vlastnit je, hrát si s nimi, pečovat o ně.
2. JÍDLO (včetně sladkostí, zmrzliny): těšit se na ně, mít je v oblibě, chtít je, konzumovat či kupovat si je.
3. AKTIVITY BĚŽNÉ: hlavně kreslení - malování, práce (obecně i v konkrétní poloze), zpívání, vyšívání, zahradničení, poslech hudby, činnosti spojené s denním režimem a sebeobslouhou, zábavou (jít na ples, pout', diskotéku), odpočívat, spát.
4. ORIENTACE NA VÝKON: mít tendenci něco dokázat, dokončit, naučit se něco, zvládnout něco, být úspěšný, nezklamat.
5. VĚCI (vlastnit je, přát si je): věci denní potřeby, pohádkové - kouzelné (kouzelný prsten, závoj, zlatou rybičku), hračky, věci nákladnější (magnetofon, auto, motorka, satelit).
6. DOMOV: být doma, provádět činnosti spojené s domovem a sourozenci, činnosti typické pro úzký rodinný život (chodit sám do města, mít svoje nádobí a sám si vařit, mít miminko, mít partnera, být s partnerem, založit rodinu, jít pryč odsud, být doma, být s rodinnými příslušníky), mít blízkého kamaráda.
7. POČASÍ: počasí, roční - denní doba: je pěkně, sluníčko, jaro atd.
8. HYPERKRITICHNOST: negativní (hostilní) hodnocení vlastní osoby okolím i sebou samým: hloupý, postižený, škaredý, tlustý, lžu, nemají mě rádi, kdybych raději nebyl, jsem sám.
9. NEKRITICHNOST: pozitivní až nadnesené hodnocení vlastní osoby sebou samým: chytrý, šikovný, pracovitý, hezký, ale také umím číst, psát.
10. CHOVÁNÍ: jsem hodný, poslušný, zlobivý, umím se slušně chovat, přemýšlet o sobě.
11. POHYBOVÉ AKTIVITY: provádět sportovní činnosti včetně tance, cestování, výletů a vycházek, připravovat se na soutěže, mít sportovní potřeby.
12. ZDRAVÍ: uvědomění si hodnoty zdraví vlastního i jiných, přání být zdraví, dělat věci jako dřív, přání aby neexistovaly nemoci
13. ABSTRAKTNÍ: nezařaditelné obsahy: uvádění vlastního jména, inkoherentní opakované obsahy, věty, většinou bez kontextu s uvádějící myšlenkou: Jiří, jsem, jsem rád, jsem tady.

14. NEVÍM.

Analýza dat

Při sumarizaci odpovědí byla provedena kategoriální analýza. Při třídění prvního řádu byla zpracována matice jednotlivých výpovědí. Ve třídění druhého řádu byly tyto odpovědi seskupeny do 14-ti kategorií. Na základě tohoto třídění bylo možné zjistit počet osob v příslušné kategorii a procentuální vyjádření počtu osob ve vztahu k celkovému počtu probandů (28), tak také kategoriálních jednotek (14).

Postup výzkumného šetření

Probandi se zúčastnili dotazníkového šetření na akcích uskutečněných Nadačním fondem dětské onkologie KRTEK ve spolupráci s Klinikou dětské onkologie fakultní nemocnice Brno. Jednalo se o letní ozdravný pobyt Mílovy 2009, pořádaný pro děti ve věku od 6-15 let, které jsou v léčení nebo v období dlouhodobé remise. Ozdravný pobyt, jehož součástí bylo výzkumné šetření, se konal ve dnech 15. - 28. 8. 2009.

Dotazování probíhalo individuálně v průběhu celého ozdravného pobytu. Probandi i jejich zákonní zástupci souhlasili s výzkumným šetřením. Zákonní zástupci poskytli písemný souhlas. Veškerá data a informace byly zpracovány a uchovány v rámci výzkumné etiky. Šetření se zúčastnilo 100% oslovených. Celkem se ozdravného pobytu zúčastnilo 42 dětí cílové skupiny. Výběr 28 z nich byl náhodný.

Výsledky

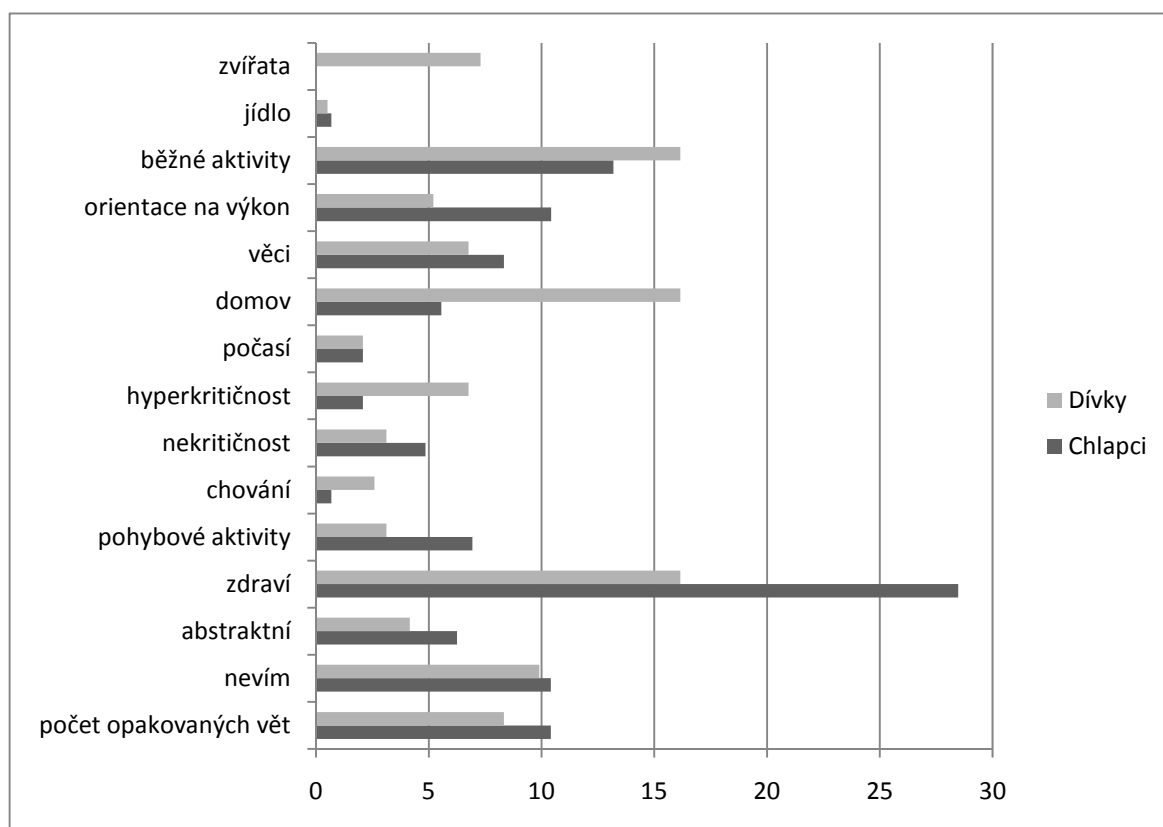
Probandi věkové skupiny 6 - 15 let hodnotí jako nejdůležitější kategorii zdraví (21,42%) a řadí je zcela jednoznačně na první místo ve struktuře hodnot. 21 probandů z 28, což odpovídá 72 kategoriálním jednotkám, preferuje tuto hodnotu. Druhé místo ve struktuře hodnot zaujímají běžné aktivity (14,8 %), výrazná je také orientace probandů na domov (11,6%). Jak vyplývá z tabulky č. 1, minimální důraz v celkové struktuře hodnotové orientace kladou probandi na kategorii týkající se jídla. Tato hodnotová kategorie zaujímá poslední, tj. 14. místo hodnotové škály a byla zjištěna pouze u dvou dětí, což odpovídá 0,5 % kategoriálních jednotek.

Tab. 1. Struktura hodnotové orientace dětí s onkologickým onemocněním

N=28	Osoby	%	Kat. jed	%
Zvířata	5	17,86	14	4,16
Jídlo	2	7,14	2	0,5
Běžné aktivity	23	82,14	50	14,8
Orientace na výkon	17	60,71	25	7,4
Věci	14	50	25	7,4
Domov	17	60,71	39	11,6
Počasí	6	21,43	7	2
Hyperkritičnost	11	39,29	16	4,76
Nekritičnost	10	35,71	13	3,86
Chování	6	21,43	6	1,78
Pohybové aktivity	11	39,29	16	4,76
Zdraví	21	75	72	21,42
Abstraktní	14	50	17	5
Nevím	28	100	34	10

Jak je patrné z obr. 1, největší váhu ve struktuře hodnot kladou dívky na zdraví. Tuto hodnotovou kategorii preferuje všech 16 dívek (tj. 100% dívek alespoň jednou uvedli tuto kategorii). Celkově je to pak 16,15 % ze všech kategoriálních jednotek. Velmi výrazně dívky akcentují také význam domova (16,15 %) a význam běžných aktivit v životě (16,15%). Za nimi následuje kategorie zvířata, u které jsme zaznamenali 7,29 %. Naproti tomu pouze minimální význam v hodnotové orientaci dívek má kategorie jídla (0,52%). Analýza výsledků šetření hodnotové orientace u chlapců ukázala, že za nejdůležitější hodnotu považují také hodnotu zdraví. Tato hodnota zcela jednoznačně zaujímá první místo s 28,47 %. Následně vnímají hodnotu běžných aktivit s 13,9% a poté hodnotu orientace na výkon, která s 10,43 % zaujímá třetí místo v této struktuře. Jako jednu z nejméně důležitých hodnot vnímají probandi hodnotu zvířata. Tato kategorie zaujímá poslední místo s 0%.

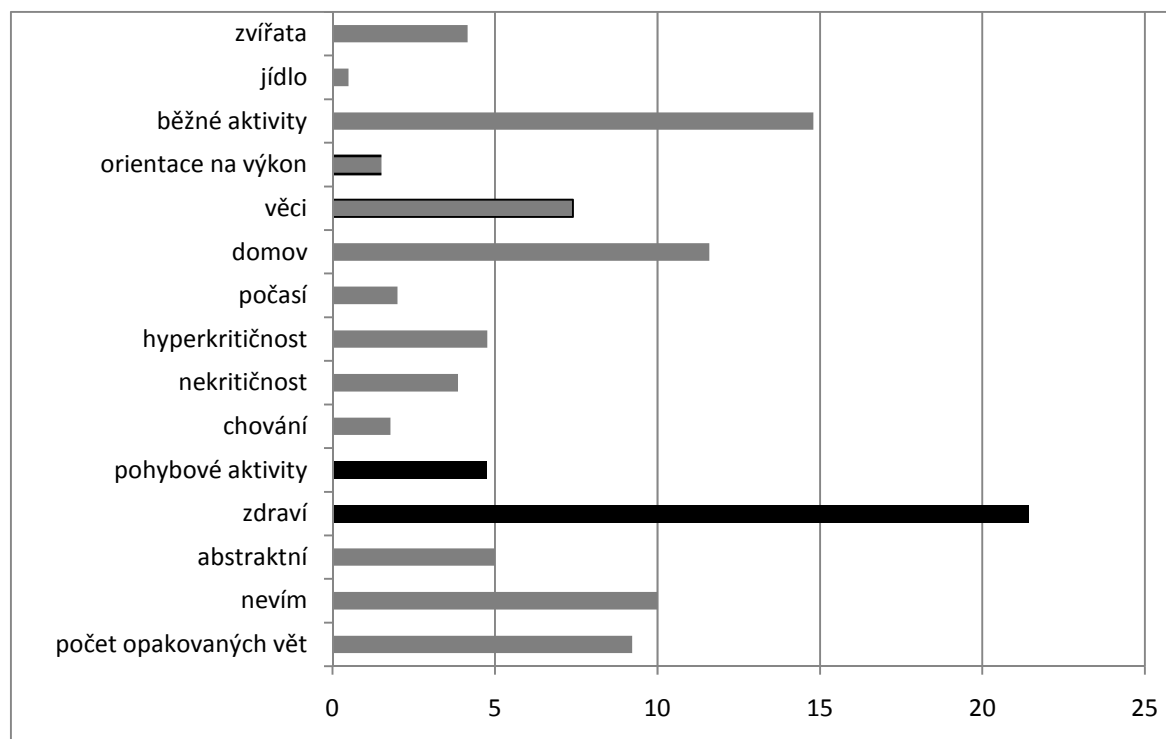
Obr.1. *Výsledky hodnotové orientace zkoumaných dívek a chlapců (%)*



Analýza výsledků šetření hodnotových orientací u chlapců s onkologickým onemocněním ukázala, že v některých parametrech hodnotové orientace existují shody i rozdíly s dívkami. Nejvýraznější rozdíl mezi chlapci a děvčaty jsme zaznamenali u hodnocení významu zdraví. Větší význam připisují zdraví chlapci (28,47 %), dívky o něco méně (16,15 %). Přesto celkově převažovala tato kategorie nad ostatními (u dívek dosáhla stejných hodnot jako domov a běžné aktivity). Nižší rozdíly existují v hodnocení nekritičnosti (4,86 % chlapci, 3,13 % dívky), abstraktních věcí (6,25 % chlapci, 4,17 % dívky), materiálních věcí (8,33 % chlapci, 6,77 % dívky) a chování (0,69 % chlapci a 2,6 % dívky). Velmi podobné výsledky u obou pohlaví lze zaznamenat u kategorie jídlo (0,69 % chlapci, 0,52 % dívky), počasí (2,08 % chlapci, 2,08 % dívky). Významný je rozdíl v hodnocení důležitosti domova. Zatímco pouze 5,56 % chlapců se orientuje na kategorii domov, z dívek hodnotí význam domova ve svém životě jako důležitý 16,15 %. Podobně významný rozdíl jsme zjistili v orientaci na výkon (10,41 % chlapci, 5,21 % dívky). Pokud jde o hodnocení pohybových aktivit, ze šetření vyplývá, že větší důraz na jejich hodnocení kladou chlapci (6,94 %) oproti dívkám (3,13 %).

Výsledky kategorií, na které jsme se vzhledem ke kvalitě života zaměřili, uvádíme v obr. 2.

Obr. 2. *Výsledky hodnotové orientace zdraví a pohybové aktivity (%)*



Z kategorií, na které jsme se vzhledem ke kvalitě života zaměřili, byly jednoznačně nejčastěji udávané hodnoty zdraví. Celkově jsme zaznamenali 21,42 %. Pohybové aktivity zaujímají ve struktuře hodnotové orientace zkoumaného souboru spolu s hyperkritičností 7. místo.

Diskuse

Probandi hodnotí jako nejdůležitější kategorii zdraví a řadí je zcela jednoznačně na první místo ve struktuře hodnot. Vzhledem k závažné nemoci zkoumaných je toto zjištění pochopitelné, odpovídajícímu našemu předpokladu i dobré znalosti těchto dětí. Druhé místo ve struktuře hodnot zaujímají běžné aktivity, výrazná je také orientace probandů na domov. Také tato orientace nás nepřekvapuje a je v souladu s našimi předpoklady, které potvrzují u onkologických pacientů i jiní autoři (Nakamura, Kuzuya, Funaky, Matsui, Ishiguro, 2010). Specifikum onemocnění způsobuje u dětí zájem o vlastní zdraví, mění jejich osobní zájmy a orientaci na zdraví i ostatních členů své rodiny a dalších blízkých. V některých oblastech je vývoj těchto dětí a jejich zájmů značně akcelerovaný oproti vrstevníkům bez onemocnění. Orientace na běžné aktivity je velmi výrazná především z toho důvodu, že si děti

s onkologickým onemocněním váží běžných životních situací více než jejich vrstevníci, kteří je často považují za samozřejmé. Z důvodu dlouhodobé hospitalizace a náročnosti léčby je velmi výrazná orientace na hodnotu domova. To vyplývá zejména z důvodu častého odloučení od domova, rodiny, kamarádů. Následuje hodnocení kategorie orientace na výkon spolu s materiálním zaměřením na věci. Což je běžné vzhledem k jejich věku.

Hodnotu zdraví dávají na první místo chlapci i dívky. Za významné považují shodně i běžné aktivity. Zajímavě se jeví difference v oblastech domov, zvířata a orientace na výkon. Chlapci ze své přirozenosti preferují výkon a nepřemýšlí jako o důležitém aspektu u domova, na což nemá specifikum onemocnění vliv. Podobných výsledků bylo dosaženo v rámci jiných šetření u odlišných cílových skupin stejného věku (Ješina & Vyhlídal, in press). Rozdíl v orientaci na chování je až čtyřnásobný, což je opět do značné míry způsobeno rozdílným vývojem chlapců a dívek ve věku cílové skupiny. Na rozdíl od některých autorů (Cadmus, Salovey, Yu, Chung, Kasl & Irwin, 2009) potvrzujeme, že děti s onkologickým onemocněním berou v úvahu pohybové aktivity jako jednu z významnějších hodnot. Vnímání hodnot zdraví a pohybové aktivity u dětí s onkologickým onemocněním má tedy význam pro zvyšování kvality jejich života, což uvádíme ve shodě s mnoha autory (Freedson, 1991; Trost, Pate, Saunders et al., 1997). Participaci v pohybových aktivitách považujeme za hodnotu, která kvalitu života a zdraví ovlivňuje relativně významně. Správně vedené a cílené pohybové aktivity mohou vést k jejich optimalizaci. Ukazuje se také, že důraz na pohybové aktivity má v hodnotové orientaci své místo. Je to uspokojivé zjištění, jestliže si uvědomíme, že jde o děti se zdravotním postižením, v léčení nebo vyléčené s řadou omezení. Přesto v souladu s některými šetřeními (Stevinson & Fox, 2005; Hacker, 2008) můžeme konstatovat, že není plně využíváno potenciálu pohybových aktivit.

Závěr

Na základě dosažených výsledků můžeme zaujmout stanoviska ve vztahu k vytyčeným výzkumným otázkám.

1) Jaká je struktura hodnotové orientace dětí s onkologickým onemocněním?

Z našeho šetření dětí s onkologickým onemocněním zcela jednoznačně vyplývá, že nejvíce tyto děti vnímají hodnotu zdraví. Zdraví je pro ně ideálem, přáním, prostředkem k dosažení dětských cílů, plánů a záměrů. Dále se probandi vysoce orientují na hodnotu běžných aktivit a domova, a to především z důvodu dlouhodobé léčby, odloučení od rodiny

a svých blízkých. Vnímají rozsah svého omezení z důvodu nemoci, stejně jako rozdíl ve vykonávání běžných aktivit před nemocí a během léčby. Naopak za nejméně důležité považují ve svém žebříčku hodnotu jídla a počasí. Je to i z toho důvodu, že tyto hodnoty mají pouze nepatrný dopad na kvalitu života před léčbou, během léčby a po ní.

2) Je rozdíl mezi hodnotovou orientací dívek a chlapců?

Zatímco v našem šetření u chlapců zaujímá první místo hodnota zdraví, u dívek se o toto místo dělí běžné aktivity a domov. Zajímavých výsledků jsme dosáhli u kategorie domov. Zatímco tuto hodnotu společně se dvěma jinými kategoriemi řadí dívky na první místo, chlapci ji vnímají ve své hodnotové orientaci až jako třetí nejdůležitější. Chlapci ze své přirozenosti preferují na rozdíl od děvčat výkon. Rozdíl v orientaci na chování je zhruba čtyřnásobný. Jako nejméně důležité se v našem šetření jeví orientace na kategorii zvířata u chlapců a jídlo u dívek.

3) Jaké postavení zaujímají hodnoty zdraví a pohybové aktivity ve struktuře hodnotové orientace těchto dětí?

Hodnotu zdraví dávají na první místo chlapci i dívky. Pokud jde o hodnotu pohybové aktivity, ukázalo se, že hrají v životě probandů svoji roli. Větší důraz na pohybové aktivity kladou především chlapci. Z výsledků našeho šetření vyplývá, že zájem chlapců o tuto hodnotu je oproti dívkám až dvojnásobný. Z celkového šetření vyplývá, že pohybové aktivity u dětí s onkologickým onemocněním zaujímají sedmé místo ze čtrnácti hodnocených kategorií. Toto zjištění je podle našeho názoru uspokojivé a odpovídá tomu, že jde o jedince zdravotně oslabené s celou řadou omezení v době léčení i po něm.

Děti s onkologickým onemocněním jsou z důvodu jejich nemoci dlouhodobě hospitalizovány a tím zbaveny možnosti účastnit se pohybových aktivit. Po léčbě je ovšem důležité, aby se pohybové aktivity v rámci jejich možností vykonávaly a tím se přispívalo ke zvyšování fyzické kondice i duševního zdraví. Ze zkušeností s prací z cílovou skupinou víme, že pokud si děti neuvědomují význam pohybových aktivit a aktivně se na nich nepodílí, mají problémy s opětovným nabíráním fyzických sil i sociálních vazeb, jenž ve finále znamenají pro jedince horší kvalitu života, než pro jedince vykonávající pohybové aktivity.

REFERENČNÍ SEZNAM

Aaronson, N.K., & Beckmann, J.H. (1987). *The Quality of Life of Cancer Patients*. New York: Raven Press.

- Balvín, J. (2004). *Výchova a vzdělávání romských žáků jako pedagogický systém*. Praha: Radix Hnutí R.
- Bloom, J. R., Petersen, D. M., & Kang, S. H. (2007). Multi-dimensional quality of life among long-term (5+ years) adult cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 16, 691–706.
- Cadmus, L. A., Salovey, P., Yu, H., Chung, G., Kasl, S., & Irwin, M. L. (2009). *Psycho-Oncology* 18, 343–352.
- Cummins, R. A. (1997). *Comprehensive quality of life scale-school version*. Melbourne: School of psychology, Deakin university.
- Cox, Ch. L., Montgomery, M., Oeffinger, K. C., Leisenring, W., Zeltzer, L., Whitton, J. A., Mertens, A. C., Hudson, M. M., & Robison, L. L. (2009). Role of exercise for cancer rehabilitation in UK hospitals: a survey of oncology nurses. *Cancer*, 115(3), 642–654.
- Coups, E. J., Park, B. J., Feinstein, M. B., Steingart, R. M., Egleston, B. L., Wilson, D. J., & Ostroff, J. S. (2009). *Psycho-Oncology*, 18, 395–404.
- Dragomirecká, E., & Škoda, C. (1997). Měření kvality života v sociální psychiatrii. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 93 (2). 25–27.
- Fischer, J. et al. (1963). *Dětská psychiatrie*. Praha: Státní zdravotnické nakladatelství.
- Freedson, P. S. (1991). Electronic motion sensors and heart rate as measures of physical activity in children. *Journal of School Health*, 61(5), 220–223.
- Hacker, E. (2008). Exercise and Quality of Life. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 13(1), 31–39.
- Hnilicová, H., & Bencko, V. (2005). Kvalita života- vymezené pojmu a jeho význam pro medicínu a zdravotnictví. *Praktický lékař*, 85 (11). 656–660.
- Huberty, J. L., Vener, J., Waltman, N., Ott, C., Twiss, J., Gross, G., McGuire, R., & Dwyer, A. (2009). Development of an Instrument to Measure Adherence to Strength Training in Postmenopausal Breast Cancer Survivors. *Oncology Nursing Forum*, 36(5), 266–273.
- Janečka, Z. (2004). *Úvod do motorické kompetence jinak zrakově disponovaných dětí a mládeže v období prepubescence a pubescence*. Disertační práce, Fakulta tělesné kultury, Univerzita Palackého v Olomouci.
- Ješina, O., & Vyhlídal, T. (in press). Value Orientation as a Precondition for the Participation of Romany Pupils in Physical Activities. *Acta gymnica Universitatis Palackianae Olomucensis*.
- Kudláček, M., & Ješina, O. (2008). *Integrace žáků s tělesným postižením do školní tělesné výchovy*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.

- Lipshultz, S. E., Colan, S. D., Gelber, R. D., Perez-Atayde, A. R., Sallan, S. E., & Sanders, S. P. (1991). Late cardiac effects of doxorubicin therapy for acute lymphoblastic leukemia in childhood. *The New England Journal of Medicine*, 324, 808–815.
- Luctkar-Flude, M., Groll, D., Woodend, K., & Tranmer, J. (2009). Fatigue and Physical Activity in Older Patients With Cancer: A Six-Month Follow-Up Study. *Oncology Nursing Forum*, 36(2), 194–202.
- Mareš, J. (2006). *Kvalita života u dětí a dospívajících I*. Brno: MSD.
- Marchese, V. G., Chiarello, L. A., Lange, B. J. (2004). Effects of physical therapy intervention for children with acute lymphoblastic leukemia. *Pediatr Blood Cancer*;42: 127–133.
- Nadační fond dětské onkologie KRTEK. (2007). *Klinika dětské onkologie fakultní nemocnice Brno*. Retrieved 22. 1. 2010 from the World Wide Web: <http://www.krtek-nf.cz> .
- Nakamura, S., Kuzuya, M., Funaky, Y., Matsui, W., & Ishiguro, N. (2010). Factor influencing death at home in terminally ill cancer patients. *Geriatrics & Gerontology international*, 10 (2), 154–160.
- Prudký, L. (2004). *Hodnoty a normy v české společnosti-stav a vývoj v posledních letech. Studijní text pro učitele občanské výchovy č. 1*. Praha: Akademické nakladatelství Cern.
- Pyšný, L. (2008). *Kvalita života II*. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, Ústav zdravotnických studií.
- San Juan, A. F., Fleck, S. J., Chamorro-Vina, C. et al. (2007). Earlyphase adaptations to intrahospital training in strength and functional mobility of children with leukemia. *Journal of Strength and Conditioning Research*, 2, 173–177.
- Shore, S., & Shepard, R. J. (1999). Immune responses to exercise in children treated for cancer. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 39, 240–243.
- Slováček, L. (2004). Kvalita života nemocných - jeden z důležitých parametrů komplexního hodnocení léčby. *Vojenské listy*, 73 (1). 6–8.
- Stevinson, C., Capstick, V., Schepansky, A., Tonkin, K., Vallance, J. K., Ladha, A. B., Steed, H., Faught, W., & Courneya, K. S. (2009). *Psycho-Oncology*, 18, 422–428.
- Stevinson, C., & Fox, K.R. (2005). *European Journal of Cancer Care*, 14, 63–69.
- Takken, T., van der Torre, P., Zwerink, M., Hulzebos, E. H., Bierings, M., Helders, P. J., & van der Net, J. (2009). Development, feasibility and efficacy of a communitybased exercise training program in pediatric cancer survivors. *Psycho-Oncology*, 18, 440–448.
- Trost, S. G., Pate, R. R., Saunders, R. et al. (1997). A prospective study of the determinants of physical activity in rural fifth grade children. *Preventive Medicine*, 26, 257–263.
- Vaďurová, H. (2006). *Sociální aspekty kvality života v onkologii*. Brno: MSD.

- Válková, H. (2000). *Skutečnost nebo fikce? Socializace mentálně postižených prostřednictvím aktivit*. Olomouc: UP v Olomouci.
- Van Brussel, M., Takken, T., Lucia, A., van der Net, J., & Helders, P. J. (2005). Is physical fitness decreased in survivors of childhood leukemia? A systematic review. *Leukemi*, 1, 13–17.
- Vorlíček, J. (2007, březen). *Kvalita života v onkologii-o čem je řeč?* Příspěvek na symposiu „Česká onkologická společnost“, Rajhrad, Česká republika.

Bc. Tomáš Vyhlídal
Katedra aplikovaných pohybových aktivit
FTK UP Olomouc
tř. Míru 115
771 11 Olomouc
e-mail: tomas.vyhlidal@upol.cz

VALUE ORIENTATION OF CHILDREN WITH ONCOLOGICAL DISEASES IN RELATION TO QUALITY OF LIFE

INTRODUCTION This presentation is targeted at value orientation of 6 – 15 years old children with oncological diseases. We are focused on the question about quality of life with the accent of health and physical activity.

Aim The aim of research was to analyze the structure of value orientation and find the position of health and physical activity.

METHODS The projective technique of “open sentences” was used in order to study and evaluate self perception of these children. We have used this technique among 28 children with oncological diseases (age 6-15 yrs).

RESULTS Most children emphasize the value of health and impact of disease on quality of their lives – 21,4%. 14,8% perceive the need to engage in common daily activities and 11,6% realize the importance of family life. Only 4,76% of children recognize the need of sport activities.

CONCLUSION We found that the most of children with oncological disease accent the health as a ideal, wish and meaning for reaching of their goals and plans. The children are also orientated on the activity of common life and home. Children perceive physical activity as less important and emphasize the value of health and impact of disease on quality of their life. The boys prefer the physical activity more than girls. The position of physical activity is on the 7th position overall from 14 possible.

Key words: *oncological diseases; value orientation; quality of life; physical activity; adapted physical activity; health.*