

INDIVIDUALIZOVANÁ DIAGNOSTIKA ČLOVĚKA – INSPIRACE PRO METODOLOGII PEDAGOGIKY

INDIVIDUALIZED ASSESSMENT OF A MAN: INSPIRATION FOR EDUCATIONAL METHODOLOGY

Jiří Mareš

Abstrakt: Přehledová studie upozorňuje, že tradiční diagnostika se opírá o dotazníky, které nejsou dostatečně citlivé na individuální pocity, názory, životní hodnoty, životní podmínky těch lidí, kteří odpovídají na zadané otázky. Přitom na základě výsledků, jež byly těmito dotazníky získány, se o lidech přijímají závažná rozhodnutí. Jedním z možných řešení je individualizovaná diagnostika, která se začíná používat při výzkumech kvality života lidí. Míra individualizace může v dotaznících nového typu gradovat. Např. Dijkers rozlišuje sedm typů: 1. badatel definuje proměnné, badatel jim přiděluje váhu, 2. badatel definuje proměnné, respondent jim přiděluje váhu, 3. badatel definuje proměnné, respondent doplňuje další proměnné, ale nepřiděluje jim váhu, 4. badatel definuje proměnné, respondent doplňuje další proměnné a přiděluje jim váhu, 5. respondent sám definuje proměnné, ale explicitně jim nepřiděluje váhu, 6. respondent sám definuje proměnné a explicitně jim přiděluje váhu, 7. respondent globálně „definuje“ proměnné a globálně jim „přiděluje váhu“. Na příkladu francouzského dotazníku SQLP - *Subjective Quality of Life Profile* (Dazord et al., 1995, 1998) studie ukazuje, jak se s individualizovaným dotazníkem pracuje. Autor studie zdůrazňuje, že individualizovaná diagnostika kvality života může být inspirací pro pedagogickou i psychologickou diagnostiku.

Klíčová slova: kvalita života; diagnostika; individualizovaná diagnostika; pedagogika; pedagogický výzkum

Abstract: The review study draws attention to the fact that traditional psychological assessment relies on questionnaires which are not sensitive enough to individual experiences, viewpoints, values and living context of research participants. However, the results gathered with help of those questionnaires serve a basis for important decisions made about people. One of the possible solutions could be an individualized assessment, which has just started to be used in quality of life research. Level of individualization can gradually shift in the new types of questionnaires. Dijkers (2003), for instance, distinguishes seven types of those: 1) researcher defines variables and determines their weight, 2) researcher defines variables, participant determines their weight, 3) researcher defines variables, participant adds other variables but does not determine their weight, 4) researcher defines variables, participant adds other variables and determines their weight, 5) participant defines variables but does not explicitly determine their weight, 6) participant defines variables and explicitly determines their weight, 7) participant globally “defines” variables and globally “determines their weight”. With an example of French questionnaire SQLP – *Subjective Quality of Life Profile* (Dazord et al., 1995, 1998), the study demonstrates application of such individualized assessment in research. The author of the study points out that the individualized assessment of quality of life can be inspiring for both educational and psychological assessment.

Key Words: quality of life; assessment; individualized assessment; education; educational research

1. PODSTATA PROBLÉMU

Rutinní používání dotazníků pro diagnostiku vlastností a stavů člověka otevírá naléhavý metodologický problém. Jeho jádro lze shrnout do otázky: jsou tyto kvantitativní nástroje **dostatečně citlivé** na individuální pocity, názory, životní hodnoty, životní podmínky všech lidí, kteří odpovídají na zadané otázky? Odpověď není povzbuzující: ukazuje se, že citlivé *nejsou*. Přitom na základě výsledků, které pomocí dotazníků získáme, se rozhoduje o lidech, kteří je vyplnili, o jejich současnosti i budoucnosti. Rozhoduje se o tom, do jaké skupiny osob patří: zda jsou „v normě“ nebo mimo ni, zda potřebují pomoc či nikoli.

Inspirací pro pedagogický výzkum a pro pedagogickou metodologii může být zajímavý výzkumný proud, který se objevil v medicíně, klinické psychologii a psychologii zdraví. Snaží se zkoumat kvalitu života lidí tak, aby použité nástroje dovolovaly **individualizovanou diagnostiku**. Realita je zde totiž obdobná jako v pedagogické diagnostice: většina dotazníků, které se používají ve zdravotnictví a zjišťují kvalitu života související se zdravím (HRQL - *Health-related Quality of Life*), neumožňuje individualizovanou diagnostiku (Dijkers (2003).

Hlavní problémy tradičních nástrojů lze shrnout do těchto bodů:

Zkoumaná proměnná je komplexní, multidimezionální, multifasetová. Jak vybrat z mnoha možných aspektů právě ty, které jsou nejužitečnější, nejtypičtější pro *daného jedince*? (Stenner et al., 2003). Jinak řečeno: ne všechny položky dotazníku a ne všechny vyšší celky, do nichž se položky sdružují (tj. faktory, oblasti kvality života) jsou relevantní pro všechny lidi (Hickey et al., 1999). Některé aspekty jsou univerzální, jiné jsou vázány na určitou kulturu a konečně další jsou typické jen pro daného jednotlivce (Carr, Higginson, 2001). Jak zachytit unikátní komplex oblastí (*pattern*), který je důležitý právě pro daného jedince?

Zkoumaná proměnná bývá charakterizována prostřednictvím oblastí, které nadefinoval výzkumník na základě rozhovorů s mnoha respondenty a ověřil je na souborech stovek respondentů. Odrážíjí pohled neexistujícího „průměrného respondenta“. Mnohé z existujících nástrojů tedy staví na standardizovaných modelech kvality života a předem selektovaných oblastech (Patel, Veenstra, Patrick, 2003). Jinak řečeno: tradiční přístupy předpokládají, že různí lidé vnímají tytéž okolnosti svého života stejným způsobem (Philips, Davies, White, 2001).

Přitom zjišťování zkoumané proměnné (v daném případě kvality života) je v praxi vázáno obvykle na konkrétního jedince, na jeho jedinečnost. Právě jemu se snažíme pomoci. Standardizované nástroje nemusí vyhovovat konkrétnímu, specifickému jedinci: některé oblasti mu v nabídce chybějí, jiné považuje spíše za nadbytečné.

Ve standardizovaných dotaznících - na rozdíl od reálného života – mají předkládané oblasti přibližně stejnou důležitost, stejnou váhu. Ignorují se tak rozdíly v závažnosti různých oblastí pro různé lidi (Jockey et al., 1996).

Zkoumaná proměnná (zde kvalita života) je svou podstatou dynamický konstrukt. Mění se v čase jak u zdravých lidí, tak zejména u nemocných lidí spolu s tím, jak se proměňuje jejich zdravotní stav (Carr, Higginson, 2001). U standardizovaných dotazníků tím vznikají potíže s reliabilitou měření, neboť se předpokládá, že naměřené údaje by měly být dlouhodobě stabilní v čase.

Zkoumaná proměnná je dynamický konstrukt. Její hodnocení s mění s tím, jak se mění sám hodnotitel v čase. Výzkumy ukazují, že jedinec (ať už zdravý nebo nemocný), který zažil závažnou životní událost, se proměňuje minimálně ve třech aspektech: mění se jeho vnitřní standardy (rekalibrace způsobu hodnocení), mění se hierarchie jedincových hodnot (změna priorit, repriorizace), mění se jedincovo chápání pojmů, klíčových oblastí, které charakterizují kvalitu života - rekonceptualizace (Schwarzová, Sprangerová, 2000, Mareš, 2005). Proto ani opakovaná měření stejným nástrojem u téhož jedince nemusí přinést spolehlivá data o jeho kvalitě života. Je třeba zjišťovat zda jde o změnu samotné *kvality života* nebo o změnu jedincova *náhledu* na kvalitu života.

Zkoumaná proměnná (zde kvalita života) je determinována mj. kulturou, věkem, sociálním postavením, pohlavím. Řada dotazníků k těmto skutečnostem nepřihlíží, nebere v úvahu kontext, v němž jedinec svou kvalitu života prožívá a hodnotí (Stenner et al., 2003). Měříme tedy kvalitu života jedince vytrženého ze specifických souvislostí.

Např. WHOQoL Group (1995) upozorňuje, že důležité pojmy, které jsou v euroamerické kultuře běžně brány jako klíčové pro život člověka a pro kvalitu života – např. *autonomie* pacienta – mohou být v jiných kulturách chápány pejorativně: jako doklad sobectví, odmítání pomoci druhých, izolování se od společnosti. Dotazníky určené pro zjišťování kvality života tedy často odrážejí nikoli hodnoty a přesvědčení těch lidí, jimž jsou určeny, ale spíše hodnoty a přesvědčení autorů dotazníku (Fox-Rushby, Parker, 1995).

Zkoumaná proměnná je v dotaznících zjišťována prostřednictvím určitých slovních spojení. Ta však mohou být chápána, interpretována lidmi různě. Stává se pak, že dotazník není citlivý na zvláštnosti určitých jedinců: buď nenaleznou v textu přesně ty formulace, které by vystihovaly jejich specifický názor na kvalitu života, anebo „nevyčtou“ z předkládaného textu otazníkové položky to, co jim sdělení říká, nabízí.

2. INDIVIDUÁLNÍ KVALITA ŽIVOTA

Výše uvedené metodologické problémy jsou předmětem odborné diskuse a badatelé hledají postupy, jak se uvedeným obtížím a omezením vyhnout nebo je alespoň zmírnit. Proto jsme svědky toho, že se ve výzkumu i v diagnostice objevuje nový proud: začíná se zkoumat **individuální kvalita života** lidí – *Individual Quality of Life*, zkráceně buď IQOL nebo iQOL. Obvykle se jí rozumí jedincův svébytný pohled na vlastní život, tedy na individuálně specifický způsob vnímání a prožívání vlastního života, porozumění vlastnímu životu a hodnocení svého života. Jedinec má svůj osobní vztahový rámec, v jehož kontextu vnímá své životní zkušenosti, své místo v životě - jak podle individuálního systému hodnot, tak i podle hodnot té kultury, v níž žije. Má své vlastní životní cíle, zájmy, očekávání, strategie svého snažení. Posuzuje svůj aktuální život vzhledem k reálně dosažitelné úrovni i ke svému ideálu. Vybírá a posuzuje především ty oblasti kvality života, které on považuje za důležité pro svůj život (modifikovaně podle Dupuis et al., 2001; Dempster, Donnelly, 2000; Carr, Higginson, 2001).

3. INDIVIDUALIZOVANÁ DIAGNOSTIKA

V laické veřejnosti (a zčásti i v odborné veřejnosti) panuje představa, že diagnostické nástroje jsou buď individuální nebo hromadné. Realita je ovšem jiná, neboť lze odstupňovat nástroje podle **míry**

individualizace, tedy podle stupňů volnosti, který poskytují respondentovi. Základní třídění navrhli O'Boyle et al. (2007) a z jejich práce vychází tab. 1.

Tab. 1 Různé stupně individualizace u nástrojů, které zjišťují kvalitu života (modifikovaně podle O'Boyle et al. (2007, s. 225-234)

výběr oblastí kvality života provádí	elaborování oblastí kvality života provádí	přidělování váhy oblastem kvality života provádí
badatel	-	Badatel
badatel	-	Respondent
badatel	respondent	-
badatel	respondent	Respondent
respondent	respondent	respondent (implicitně)
respondent	respondent	respondent (explicitně)

Podrobnější třídění navrhl Dijkers (2003). Vyšel z úvahy, že „dělba práce“ mezi badatelem a respondentem má mnohem více odstínů, že každý nástroj klade akcent na jiné aspekty kvality života (viz tab. 2). V návaznosti na Felce a Perryho (1996) je přesvědčen, že všechny nástroje pro měření kvality života se opírají o určitou konceptualizaci kvality života. Ta (ať už implicitně nebo explicitně) zahrnuje: *hodnocení* charakteristik jedincova života nebo *reagování* na charakteristiky jedincova života (tedy na jedincovo fungování, na jeho výkonnost atd.) pod zorným úhlem určitých *očekávání* toho, jak má jedinec fungovat či jakého výkonu má dosahovat.

Tab. 2 Různé stupně individualizace u nástrojů, které zjišťují kvalitu života (modifikovaně podle Dijkers, 2003, s. 56)

role badatele a respondenta aspekty kvality života	badatel definuje, badatel přiděluje váhu	badatel definuje, respondent přiděluje váhu	badatel definuje, respondent doplňuje, ale nepřiděluje váhu	badatel definuje, respondent doplňuje a přiděluje váhu	respondent definuje, ale explicitně nepřiděluje váhu	respondent definuje a přiděluje váhu	Respondent globálně „definuje“ a globálně „přiděluje váhu“
Výkony	SF-36 (Ware et al., 1993)			PASI (Wright, Young, 1997; Wright et al., 2000)	SEIQoL (O'Boyle, et al., 1993)	SEIQoL-DW (Hickey et al., 1999)	
očekávání/ reagování		QOLS (Buckhardt et al., 1989);					SWLS (Diener et al., 1993)
výkony a očekávání	SBQoL (Dunbar et al., 1992; Thunedborg, 1995)	QLSI (Dupuis et al., 1989, 2001);	IQOLI (Thunedborg, 1993)			GAS (Kiresuk, Sherman, 1968)	
výkony a reagování		SQLP (Dazord et al., 1995)					
očekávání a reagování	-	-	-	-	-	-	-
výkony, očekávání a reagování		W-QLI (Diamond, Becker, 1999)					Duggan-Dijkers (1999, 2001)

4. PŘÍKLAD KONKRÉTNÍHO NÁSTROJE

Skupina francouzských badatelů (Dazord et al., 1995, 1998) navrhla a ověřila nástroj, který nazvala SQLP (*Subjective Quality of Life Profile*). Kromě definování různých oblastí kvality života a přidělování subjektivní váhy ji zajímalo, zda jedinec předpokládá, že v některé oblasti kvality života u něj dojde k nějaké změně; zjišťují tedy očekávání změny vůbec. Postup, jak se individualizovaná diagnostika provádí, přibližuje tab.3.

Tab. 3 SQLP - profil subjektivní kvality života

Etapy posuzování	Úkol pro respondenta	Zkoumaný aspekt individuální kvality života	Poznámka
1. krok	Pročíst si základní nabídku 27 položek, které charakterizují různé oblasti kvality života.	Jedincem vnímané oblasti vlastního života, které právě pro něj konstituují kvalitu života.	Respondent se vyjadřuje k tomu, jak významné jsou v dané etapě jeho života jednotlivé oblasti kvality život. Zjišťuje se tím aktuální hierarchie oblastí života.
2. krok	Z nabízené databanky položek vybrat další položky, které nebyly obsaženy v základní nabídce 27 položek.		
3. krok	Pokud jedinec nenašel ani ve druhém kroku to, co považuje za důležitý aspekt vlastního života, může doplnit jednu svou položku, která vystihuje to, co je pro něj aktuálně závažné.		
4. krok	U všech položek, které vznikly v krocích 1.-3. posoudit jejich „objektivní stav“ a to pomocí 4 stupňové škála.	Jedincem vnímaný „reálný stav“ jeho kvality života.	Snaha přimět jedince, aby se zamyslel nad tím, jak vidí kvalitu jeho života nezávislí posuzovatelé.
5. krok	U všech položek, které vznikly v krocích 1.-3. uvést, nakolik se jedinci daří je v životě naplňovat a to pomocí 5 stupňové škály.	Míra spokojenosti s uskutečňováním, s naplňováním jednotlivých oblastí kvality života.	Odhad míry naplňování, uskutečňování jednotlivých aspektů kvality života.
6. krok	U všech položek, které vznikly v krocích 1.-3. posoudit jejich důležitost, závažnost pro jedince a to pomocí 3 stupňová škály.	Míra důležitosti, závažnosti jednotlivých oblastí kvality života pro daného jedince.	
7. krok	U všech položek, které vznikly v krocích 1.-3. posoudit, nakolik jedince očekává, že v nejbližších měsících u nich dojde ke změně. Posuzování se provádí pomocí 5 stupňové škály.	Míra předpokládané změny u jednotlivých oblastí kvality života z pohledu daného jedince.	Snaha přimět jedince, aby se zamyslel, nakolik je určitý aspekt kvality jeho života měnlivý.
8. krok	U všech položek, které vznikly v krocích 1.-3. posoudit, nakolik jedinec považuje očekávanou změnu za důležitou, závažnou. Posuzování se provádí pomocí 3 stupňové škály.	Míra důležitosti předpokládané změny u jednotlivých oblastí kvality života z pohledu daného jedince.	Snaha přimět jedince, aby se zamyslel, nakolik je určitý aspekt kvality jeho života nejen měnlivý, ale také, jak závažná změna to pro něj může být.
9. krok	Vyplnit některé další položky, jež zjišťují globálnější pohled jedince na současnou kvalitu života a na jeho výhled do budoucnosti.	Globální zhodnocení kvality svého života daným jedincem.	

V zásadě lze říci, že Dazord a spolupracovníci neusilují o stanovení jakéhosi souhrnného indexu kvality života, ani vypočtení dílčích skóre pro jednotlivé oblasti kvality života. Spíše jim jde o jemnější vzhled do způsobu, jímž respondent přemýšlí o své kvalitě života a jejích proměnách.

5. ZÁVĚR

Naše přehledová studie se soustředila na relativně nové téma, které se postupně vynořuje od začátku 90. let minulého století. Je jím individualizovaná diagnostika. Individualizované nástroje posunuly do popředí ty proměnné, které dříve stály poněkud stranou badatelského zájmu. Jmenujme např. interindividuální rozdílnost oblastí, z nichž se pro jedince skládá kvalita života; různá závažnost oblastí, které pro jedince konstituují kvalitu života; jedincovy životní cíle; individuální smysl jedincova života; zdravotní okolnosti, jež ovlivňují kvalitu jeho života; jedincovo očekávání změny; jedincovo bilancování vlastního života jako celku (období, kdy byl vrcholně spokojen a období, kdy byl velmi nešťasten) a tím i „kalibrování“ jeho zkušeností a jeho hodnot.

Z metodologického pohledu – podle našeho názoru – přesahují výzkumy individualizovaných nástrojů hranice tématu „kvalita života“ a mohou být inspirací pro pedagogickou i psychologickou diagnostiku.

LITERATURA

CARR, A.J., HIGGINSON, I.J. Measuring Quality of Life: Are Quality of Life Measures Patient Centered? *British Medical Journal*, 2001, vol. 322, p. 1357-1360. ISSN 0959-8138.

DAZORD, A., ASTOLF, F., GUISTI, P. et al. Quality of Life Assessment in Psychiatry: the Subjective Quality of Life Profile (SQLP) – First Results of a New Instrument. *Community Mental Health Journal*, 1998, vol. 34, p. 525-535. ISSN 0010-3853.

DAZORD, A., GERIN, P., BIOSSEL, J.P. Subjective Quality of Life Assessment in Therapeutic Trials: Presentation of a New Instrument in France (SQLP: Subjective Quality of Life Profile and First Results). In ORLEY, J., KUYKEN, W. (Eds.) *Quality of Life Assessment: International Perspectives*. Heidelberg: Springer, 1994, p. 185-195.

DAZORD, A., MERCIER, C., MANIFICAT, S. et al. Evaluation de la qualité de la vie: mise au point d'un instrument d'évaluation dans un contexte francophone. *Revue de Européen de la Psychologie Appliquée*, 1995, vol. 45, p. 271-278. ISSN 1162-9088.

DIJKERS, M.P. Individualization in Quality of Life Measurement: Instruments and Approaches. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 2003, vol. 84, no. 4, Suppl. 2, p. S3-S14. ISSN 0003-9993.

DEMPSTER, M., DONNELLY, M. How Well Do Elderly People Complete Individualised Quality of Life Measures: An Exploratory Study. *Quality of Life Research*, 2000, vol. 9, p. 369-375. ISSN 0962-9343.

DUPUIS, G.H., TAILLER, M.C., RIVARD, M.J. et al. Quality of Life Systemic Inventory (QLSI) : Sensitivity to Change and Psychometric Characteristics. *Annals of Behavioral Medicine*, 2001, vol. 23 Supplement, p. S160. ISSN 0883-6612.

FELCE, D., PERRY, J. Assessment of Quality of Life. In SCHALOCK, R.L., SIPERSTEIN, G.N. (Eds.) *Quality of Life. Vol. I. Conceptualization and Measurement*. Washington: American Association on Mental Retardation, 1996, p. 63-72.

FOX-RUSHBY, J., PARKER, M. Culture and the Measurement of Health-Related Quality of Life. *European Review of Applied Psychology*, 1995, vol. 45, p. 257-263. ISSN 1162-9088.

HICKEY, A., BURY, G., O'BOYLE, C.A. et al. A New Short Form Individual Quality of Life Measure (SEIQoL-DW): Application in a Cohort of Individuals with HIV/AIDS. *British Medical Journal*, 1996, vol. 313, no. 1, p. 29-33. ISSN 0959-8138.

MAREŠ, J. Kvalita života a její proměny v čase u těhož jedince. *Čs. psychologie*, 44, 2005, vol. 44, no.1, p. 20-34. ISSN 0009-062X.

MAREŠ, J. Individualizované zjišťování kvality života. In Mareš, J. a kol. *Kvalita života u dětí a dospívajících III*. Brno: MSD, 2008, p. 69-109. ISBN 978-80-7392-076-0.

O'BOYLE, C.A., HÖFER, S., RING, L. Individualized Quality of Life. In FAYERS, P., HAYS, R. (Eds.) *Assessing Quality of Life in Clinical Trials*. 2nd Edition. Oxford: Oxford University Press, 2007, p. 225-242. ISBN 978-0-19-852769-5.

PATEL, K.K., VEENSTRA, D.L., PATRICK, D.L. A Review of Selected Patient-Generated Outcome Measures and Their Application in Clinical Trial. *Values in Health*, 2003, vol. 6, no. 5, p. 595-603. ISSN 1098-3015.

PHILLIPS, L., DAVIES, S.J., WHITE, E. Health-Related Quality of Life Assessment in End-Stage Renal Failure. *Journal Research in Nursing*, 2001, vol. 6, p. 658-670. ISSN 1744-9871.

SCHWARTZ, C.E., SPRANGERS, M.A. (Eds.) *Adaptation to Changing Health. Response Shift in Quality-of-Life Research*. Washington: American Psychological Association 2000, 227 s. ISBN 1-55798-710-6.

STENNER, P.H., COOPER, D., SKEVINGTON, S.M. Putting the Q into Quality of Life; Identification of Subjective Constructions of Health-Related Quality of Life Using Q Methodology. *Social Science and Medicine*, 2003, vol. 57, p. 2161-2172. ISSN 0277-9536.

WHOQOL GROUP: The World Health Organisation Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organisation. *Social Science and Medicine*, 1995, vol. 41, p. 1403-1409. ISSN 0277-9536.

Kontakt

Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc., Lékařská fakulta UK, Ústav sociálního lékařství, Šimkova 870, 500 38
Hradec Králové

e-mail: mares@lfhk.cuni.cz

[zpět na obsah](#)