

Ocena jakości życia w wymiarze psychologicznym, zdrowotnym i społecznym

*Ewa Telka

Zakład Radioterapii, Centrum Onkologii-Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie, Oddział w Gliwicach
Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Leszek Miszczyk

THE ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE IN DIMENSIONS PSYCHOLOGICAL, HEALTHY AND SOCIAL

S u m m a r y

The health-related quality of life is the most important aspect of human's life. Include two dimensions: individual and social, there are each other connected, this determine that a life can be happy and satisfactory and precise look to wide spectrum of the subjective and objective factors who determined the level of quality of life shows that they determinate the character of life individual persons and all social groups alike. This certify the World Health Organisation affirm, that the health is not only a lack of disease, but in the first place the good comprehensive physical, psychical and social condition. Quality of life is one of the most important research issues due to the assumption. It is also important elements of human life like self-satisfaction, happiness, self-fulfillment and a sense of meaning in life. In the psychological aspects it is mainly subjective evaluation and research on psychological well-being and life satisfaction. The term covers all areas of patient welfare, which are important to him/her and within which to describe the level of life satisfaction.

Key words: quality of life and health-related quality of life, the individual and social dimension of quality of life

Problem jakości życia jest często omawianym zagadnieniem nie tylko przez psychologów, filozofów czy socjologów, ale również dotyczy ważnego aspektu życia ludzkiego, jakim jest zdrowie.

Jakość życia jest jednym z najważniejszych problemów badawczych, co wynika z założenia, że najważniejszymi elementami życia człowieka są samozadowolenie, szczęście, poczucie samospelnienia i sensu życia. Zainteresowanie jakością życia w wymiarze psychologicznym dotyczy głównie subiektywnych aspektów oraz badań nad oceną dobrostanu psychicznego, satysfakcji i zadowolenia z życia.

Celem tych badań jest określenie zewnętrznych i wewnętrznych kryteriów ogólnego zadowolenia, ocena mechanizmów odpowiedzialnych za jego rozwój oraz psychologicznych konsekwencji, jakie niesie dla człowieka. Jednocześnie należy podkreślić, że jakość życia posiada bardzo dynamiczny charakter związany z zachodzącymi zmianami zarówno na poziomie indywidualnym, jak i społecznym.

W naukach społecznych i medycznych pojęcie „jakości życia” określa się na poziomie populacji, w ramach której poszczególne wskaźniki odnoszą się do dużej grupy ludzi. Ocenia się tu nie tylko kryteria obiektywne (socjologia), ale i subiektywne odczucia (medycyna). Przyjmuje się zatem, że jakość życia jest pojęciem wielokierunkowym oraz wielowymiarowym, związanym nie tylko z oczekiwaniami dotyczącymi warunków życia człowieka, ale i ich wpływem na psychikę.

W naukach społecznych wyróżnia się dwa rodzaje wskaźników społecznych: subiektywne – odnoszące się do osobistych uczuć, opinii, postaw czy przekonań, np.: zadowolenie z pracy zawodowej, satysfakcja z dobrogo zdrowia, oraz obiektywne – związane z mierzalnymi i obserwowanymi cechami jak: wzrost i waga człowieka, liczba chorych przyjętych do szpitala (1). Zastosowanie wskaźników subiektywnych opiera się na założeniu, że dobrostan może być oceniony przez ludzi, którzy doskonale wiedzą, co jest dla nich dobre, a co złe, podobnie jak w badaniach psychologicznych, skoncentrowanych na indywidualnej ocenie swojego stanu psychicznego w kategoriach szczęścia, satysfakcji i zadowolenia. Wskaźniki obiektywne oceniają natomiast warunki życia jako korzystne lub niekorzystne oraz porównują je z takimi kryteriami, jak wartości i cele. Wskaźniki obiektywne, często określane jako amerykańskie, pozostają nadal dominujące w socjologii i częściowo w medycynie, gdzie są prowadzone badania także nad wskaźnikami subiektywnymi, określanymi jako skandynawskie (2). Różnice między badaczami wynikają najprawdopodobniej z odmiennych kultur, badań społecznych oraz odmiennego podejścia do oceny jakości życia.

Wskaźniki subiektywne oraz obiektywne mogą być pozytywne i negatywne, zależnie od człowieka czy grupy społecznej. Do wskaźników subiektywnych należą: poczucie szczęścia, bezpieczeństwa, satysfakcja z pracy zawodowej, z całego życia i dobrych relacji rodzinnych.

Natomiast do wskaźników obiektywnych należą: poziom bezrobocia, średnia długość życia człowieka, dochód krajowy brutto, wskaźnik śmiertelności i samobójstw (2-5). W licznych badaniach są one wykorzystywane do oceny jakości życia w kontekście zdrowia (6-9), zachowań i decyzji ekonomicznych (10) oraz niepełnosprawności (11).

Obiektywne kryteria jakości życia są wykorzystywane najczęściej w socjologii i ekonomii, gdzie oblicza się globalne wskaźniki poziomu życia: ogólny dobrobyt, rozwój społeczeństw stosowany do poszczególnych jednostek i grup społecznych. Globalny wskaźnik jakości życia jest sumą różnych obiektywnych wskaźników cząstkowych odnoszących się do poszczególnych sfer życia: rodzinnej, psychicznej, fizycznej czy społecznej. Cummins (12) podkreśla, że oddzielny pomiar obu wskaźników jest niezbędny i chociaż kryteria obiektywne i subiektywne stanowią część pojęcia jakości życia, to jednak relacje występujące między nimi są słabe, czego dowodem jest zdrowie fizyczne człowieka wyrażone przez wskaźniki medyczne, a jego indywidualną ocenę kondycji fizycznej. Proponuje on interaktywny model jakości życia, w którym wskaźniki obiektywne i subiektywne wzajemnie na siebie oddziałują oraz są porównywane w celu wypracowania globalnej oceny.

Poprawa jakości życia stanowi w perspektywie społecznej główny czynnik motywujący aktywność ludzi w celu uzyskania jak najlepszego zdrowia i lepszych warunków życia. Jakość życia zależy od szeregu czynników występujących w społeczeństwie i kulturze, dlatego jej pomiar ocenia całość życia i wszystkie wydarzenia, które wpływają na jakość życia człowieka i grup społecznych (Banka, Derbis, 1998). Poziom indywidualny obejmował będzie: fizyczne, emocjonalne, psychologiczne aspekty życia, podczas gdy poziom społeczny: materialne, społeczne i środowiskowe czynniki dotyczące człowieka i poprzez wzajemne zależności będące częścią jego ogólnego poziomu jakości życia (13). Poszczególne czynniki determinujące jakość życia są umiejscowione w szerokim kontekście kulturowym i społecznym.

Określenie „jakość życia” rozwinęło się na gruncie nauk medycznych w latach 70. XX stulecia, gdzie pojęcie to oceniano w kontekście zdrowia i choroby. Zaczęto zwracać większą uwagę na stan życia chorego człowieka w kategoriach szczęścia i zadowolenia. Wynikało to z przeświadczenia, że cały proces leczenia i skutecznej opieki medycznej polega nie tylko na poprawie fizycznej funkcji organizmu, ale na uwolnieniu człowieka od cierpienia psychicznego poprzez zapewnienie społecznego wsparcia, właściwych warunków ekonomicznych oraz indywidualnego zaangażowania chorego w poprawę własnego zdrowia. Przyczyną był zachodzący wówczas kryzys opieki zdrowotnej poprzez zmieniające się czynniki ekonomiczne i naturę chorób (13).

W naukach medycznych sformułowano specyficzne rozumienie pojęcia jakości życia, które określano jako jakość życia związaną ze zdrowiem (ang. *health-related quality of life*) (14, 15). Jakość życia związana ze zdrowiem jest definiowana na dwóch poziomach: indywidualnym, który zawiera ocenę fizycznego i psychicznego zdrowia i ich wzajemnych korelacji, włączając w to ryzyko

zachorowalności i warunki zdrowia, stan osoby, wsparcie społeczne i status socjoekonomiczny, oraz społecznym, który obejmuje zasoby, warunki, działania oraz praktyki, mające wpływ na ocenę zdrowia populacji i status funkcjonalny (Centers for Disease Control and Prevention) (16, 17). Obydwa poziomy są ze sobą nierozzerwanie połączone, dając wypadkową wartość jakości życia dla poszczególnych jednostek. W oficjalnej terminologii można spotkać nazwę „jakość życia” związaną ze zdrowiem, stosowaną w wielu analizach teoretycznych i badaniach empirycznych. Oleś (18) podkreśla, że jakość życia jest jedną z istotnych kategorii stosowaną w ocenie jakości opieki zdrowotnej, obok średniej długości życia chorego z daną jednostką chorobową oraz kosztów leczenia. Pojęcie to obejmuje wszystkie obszary dobrostanu chorego, które są dla niego ważne i w ramach których można opisać jego poziom zadowolenia i satysfakcji z życia.

Pojęcie „jakości życia” związanej ze zdrowiem może być rozumiane w szerszym znaczeniu po uwzględnieniu czynników odnoszących się do całości życia jednostki. Fitzpatrick uważa, że termin ten obejmuje dobrostan emocjonalny, życie rodzinne i seksualne, duchowość, funkcjonowanie zawodowe i społeczne, aktywność fizyczną i nawyki żywieniowe, stan zdrowia i ogólną jego ocenę, satysfakcję z życia, obraz swojego ciała i przyszłe cele. Uważa on, że definicja ta obejmuje 4 podstawowe wymiary życia człowieka: status emocjonalny, funkcjonowanie fizyczne i społeczne oraz symptomy medyczne (18).

W literaturze medycznej wymieniane są dwa modele jakości życia związanej ze zdrowiem (12). Pierwszy z nich to model bazujący na funkcji (ang. *function-based model*), który koncentruje się głównie na perspektywie biomedycznej, akcentując utrzymanie zdolności funkcjonalnych poprzez odpowiednie zarządzanie kwestiami klinicznymi, toksycznością metod leczenia i funkcjonowaniem człowieka. Podkreśla się tu obiektywne wskaźniki medyczne, które mogą określać samopoczucie i stan zdrowia (19).

Drugi model (ang. *meaning-based model*) skupia się na doświadczeniach choroby ocenianej z perspektywy subiektywnej i holistycznej. W modelu tym dochodzi do zrozumienia przez jednostkę stanu własnego zdrowia wraz z własnymi przekonaniem, wyborami i relacjami z innymi. Haase i wsp. (1), stosując model w ramach badań nad nowotworami u młodych ludzi, podkreślają jego wysokie zalety w uświadamianiu sobie pojęcia jakości życia związanej ze zdrowiem.

Próbując sprecyzować ramy jakości życia związanej ze zdrowiem, można wyróżnić dwa podstawowe poziomy, na których bada się to zagadnienie: poziom indywidualny i poziom społeczny (20). Pierwszy poziom dotyczy ocen zdrowia fizycznego i psychicznego formułowanych przez jednostki i osoby dokonujące badań medycznych. Drugi poziom wykracza poza podejście indywidualne i ocenia kolektywną jakość życia związaną ze społeczeństwem.

Na poziomie indywidualnym bazuje podejście Światowej Organizacji Zdrowia (21), w ramach której jakość życia zdefiniowana jest jako postrzeganie przez jednostkę swojej pozycji w życiu w kontekście systemów wartości

i kultury, posiadanych celów, oczekiwań, standardów życia i zainteresowań. Tak rozumiana jakość życia odnosi się do konkretnych osób i obejmuje ich stan fizyczny, stopień niezależności, funkcjonowanie psychiczne, relacje społeczne, środowisko, przekonania religijne i światopoglądowe. Profesor De Walden-Gałuszko (22) zwraca uwagę, że jakość życia można określić jako obraz własnego położenia życiowego dokonywany przez człowieka w określonym odcinku czasu. Oszacowuje on poziom własnego życia w zakresie poszczególnych kategorii odnoszących się do podstawowych cech życia.

Indywidualny wymiar jakości życia zauważyć można w wielu zasadach interwencji medycznej. W swoich pracach Rapley, Ogińska-Bulik i Juczyński oraz Michalos (17-19) silnie podkreślają, że prowadząc jakiegokolwiek badania w tym zakresie, musimy pamiętać, że jakość życia nie jest obiektem lub rzeczą, lecz sądem wartościującym, dotyczącym okoliczności życiowych (ang. *a judgment of the value of life circumstances*) (22, 23). Z tego względu istotną rzeczą jest, aby decyzje o leczeniu medycznym obejmujące oceny jakości życia chorego dokonywane były w oparciu o etyczne standardy oraz o Evidence Based Medicine, uwzględniające konkretny przypadek kliniczny i indywidualną sytuację pacjenta.

Podsumowując niniejszy artykuł, należy stwierdzić, że jakość życia związana ze zdrowiem stanowi najważniejszy aspekt życia człowieka. Obejmując dwa wymiary: indywidualny i społeczny, które są wzajemnie powiązane ze sobą, określa, na ile życie może być szczęśliwe i zadowolające, a dokładne spojrzenie na szerokie spektrum czynników subiektywnych i obiektywnych determinujących poziom jakości życia uwidoczniło, że określają one charakter życia zarówno poszczególnych osób, jak i całych grup społecznych. Potwierdza to stwierdzenie Światowej Organizacji Zdrowia, że zdrowie jest nie tylko brakiem choroby, ale przede wszystkim stanem całościowego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego.

Piśmiennictwo

1. Michalos AC: Social indicators research and health-related quality of life research. *Social Indicators Research* 2004; 65: 27-72. 2. Cummins RA: Assessing quality of life. [In:] Brown RI (ed.): *Quality of life for people with disabilities: Models, research and practice*. Stanley Tornos,

Cheltenham 1997: 116-150. 3. Noll H-H: Social indicators and quality of life research: Background, achievements and current trends. [In:] Genov N (ed.): *Advances in sociological knowledge over half a century*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2004: 151-181. 4. Schipper H: Quality of life. Principles of the clinical paradigm. *Journal of Psychology and Oncology* 1990; 8(23): 171-185. 5. Feldman DB, Snyder CR: Hope and the meaningful life: Theoretical and empirical associations between goal-directed thinking and life meaning. *Journal of Social and Clinical Psychology* 2005; 24(3): 401-421. 6. Rapley M: *Quality of life*. Research. Sage, London 2003. 7. Fitzpatrick R: Alternative approaches to the assessment of health-related quality of life. [In:] Offer A (ed.): *In pursuit of the quality of life*. Oxford University Press, Oxford 1996: 140-162. 8. Haase JE, Heiney SP, Ruccione KS, Stutzer C: Research triangulation to derive meaning-based quality of life theory: Adolescent Resilience Model and instrument development. *International Journal of Cancer* 1999; 83(12): 125-131. 9. Lysaker PH, Buck KD, Hammoud K et al.: Associations of symptoms, psychosocial functions and hope with qualities of self-experience in schizophrenia: comparisons of objective and subjective indicators of health. *Schizophrenia Research* 2006; 82: 2-3, 241-249. 10. Dymera A, Człowiek, religia, zdrowie 2011; 3:303-309. 11. Hayo B, Seifert W: Subjective economic well-being in Eastern Europe. *Journal of Economic Psychology* 2003; 24(3): 329-348. 12. Cummins RA: Objective and subjective quality of life research: an interactive model. *Social Indicators Research* 2000; 52: 55-72. 13. Hancock T: Health, human development and the community ecosystem: three ecological models. *Health Promotion International* 1993; 8: 41-47. 14. Schallock RL, Bonham GS, Verdugo MA: The conceptualization and measurement of quality of life: Implications for program planning and evaluation in the field of intellectual disabilities. *Evaluation and Program Planning* 2008; 31(2): 181-190. 15. Rapley M: *Quality of life*. Research. Sage, London 2003. 16. Ryan RM, Deci EL: On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology* 2001; 51: 141-166. 17. Ogińska-Bulik N, Juczyński Z: *Osobowość, stres a zdrowie*. Difin, Warszawa 2008. 18. Oleś P: *Jakość życia w zdrowiu i w chorobie*. [W:] Oleś P, Steuden S, Toczolowski J (red.): *Jak świata mniej widzę: zaburzenia widzenia a jakość życia*. Towarzystwo Naukowe KUL, Lublin 2002: 37-42. 19. Michalos AC: Social indicators research and health-related quality of life research. *Social Indicators Research* 2004; 65: 27-72. 20. Phillips D: *Quality of life. Concept, policy and practice*. Routledge, London and New York 2006. 21. WHO: *Styl życia a zdrowie*. Promocja Zdrowia. *Nauki Społeczne i Medycyna* 1995; 1-2: 99-111. 22. De Walden-Gałuszko K: *Ocena jakości życia uwarunkowana stanem zdrowia*. [W:] Meyza J (red.): *Jakość życia w chorobie nowotworowej*. Centrum Onkologii-Instytut im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 1997: 77-82. 23. Rosenberg R: Health-related quality of life between naturalism and hermeneutics. *Social Science and Medicine* 1995; 41: 1421-1435.

nadesłano: 04.11.2013
zaakceptowano do druku: 17.12.2013

Adres do korespondencji:

*Ewa Telka

Zakład Radioterapii

Centrum Onkologii-Instytut im. M. Skłodowskiej-Curie

Oddział w Gliwicach

ul. Wybrzeże Armii Krajowej 15, 44-101 Gliwice

tel.: +48 (32) 278-86-66

e-mail: etelka@io.gliwice.pl