

PROCENA KVALITETA ŽIVOTA - SADAŠNJI PRISTUPI

Ivana Ilić¹, Ivona Milić² i Mirjana Arandžević^{3,1}

Autori ovog rada razmatraju koncept kvaliteta života i kvaliteta života u vezi sa zdravljem, posvećujući posebnu pažnju važnosti dosadašnjih istraživanja kvaliteta života, uticaju i načinu merenja kvaliteta života kroz društvene, kulturne i zdravstvene intervencije, uzimajući u obzir socijalne i ekonomske odrednice. Sa ciljem da se prikaže „šira slika“ kvaliteta života i definicije zasnovane na prethodnim istraživanjima, uz identifikaciju socijalnih i ekonomskih pokazatelja za procenu kvaliteta života, načinjen je specifičan pregled različitih definicija i koncepata, ukazano na poteškoće prilikom merenja kvaliteta života, a pozivajući se na važeće metode, rezultate i kritički osvrt metodologije. Prilikom literaturnog pregleda, pokušaj autora je da, koliko je bilo moguće, održe konzistenciju upotrebe termina. Međutim, na osnovu postojećih nalaza, neizbežna je konfuzija koja postoji u literaturi prilikom upotrebe i značenja kvaliteta života. Ključni deo toga su zamenjivi pojmovi u različitim konceptima, prodiskutovani ovde. Opšti zaključak upućuje na moguće orijentacije za buduća istraživanja u ovoj oblasti. *Acta Medica Medianae 2010;49(4):52-60.*

Ključne reči: kvalitet života, subjektivne/objektivne mere, mogući pristupi

Zavod za zdravstvenu zaštitu radnika Niš¹
Raiffeisen banka a.d, Beograd²
Univerzitet u Nišu - Medicinski fakultet Niš³

Kontakt: Ivana Ilić
Zavod za zdravstvenu zaštitu radnika Niš
Vojislava Ilića bb, 18000 Niš
E-mail: ivanailic.md@gmail.com

Uvod

Kvalitet života (eng. Quality of life QOL) se sve više smatra idealom moderne medicine sa aspekta biopsihosocijalnog stanovišta jer omogućava i etički napredak u metodama kliničke evaluacije. Savremenici smo epohe u kojoj je došlo do značajnog produženja trajanja ljudskih života, tako da imperativ savremenog čoveka postaje težnja da se "život doda godinama" (1). Nema sumnje da je uvođenje kvaliteta života kao svojevrsnog entiteta humanizovalo medicinsku nauku jer u svom suštinskom pristupu bolesnika uvažava kao kompletnu osobu i ne dozvoljava odvajanje bolesnikovog tela od njegove ličnosti.

Veliki broj stručnih publikacija i više desetina referentnih naučnih časopisa saopštava sve veći broj informacija o istraživanjima kvaliteta života u oblasti medicine. U odnosu na obim tekstova, rasprava o kvalitetu života unutar akademske literature bazira se na brizi o zdravlju, uključujući medicinsku negu i promociju zdravlja (2-4), razmatra dejstvo medicinskih intervencija i subjektivno blagostanje pojedinaca ili grupa, bavi se izučavanjem uticaja invaliditeta i drugih vidova nedostataka kao i mentalnog zdravlja na kvalitet života (5).

Za razliku od medicinskih istraživanja uopšte, istraživači profesionalnog zdravlja prilično kasno dolaze na ideju da kvalitet života treba da bude i u fokusu medicine rada, bilo korišćenjem generičkih ili drugih specifičnih upitnika (6-10). Ovo se delimično može pripisati konkretnoj orijentisanosti na profesionalne, bolesti u vezi sa radom i teške povrede zbog mogućnosti nastanka invaliditeta, radne nesposobnosti i materijalnih troškova. Važno je istaći i klasno zasnovane predrasude. Upitati industrijske radnike ili poljoprivrednike o kvalitetu života ima prizvuk poigravanja, jer je „kvalitet života nedostižan luksuz“, a poređenje hleba i putera nije bio prioritet tradicionalne zaštite zdravlja i sigurnosti u preduzećima (10-12).

Razvoj koncepta kvaliteta života

Tako se nećemo baviti ni filozofskim poreklom ni istoriografijom termina, rasprava o kvalitetu života seže do Platona i Aristotela i može se naći u literaturi (13).

Kao akademska disciplina kvalitet života je se pojavio 1970. godine, a potvrđen je i razmatran 1974. godine od strane naučnog žurnala Social Indicators Research. Druga bitna akademska publikacija je Journal of Happiness Studies, multidisciplinarni žurnal koji omogućava rasprave o tome šta su dve glavne polazne osnove u istraživanju sreće: 1) teorijski ogledi dobrog života i 2) empirijska istraživanja subjektivnog blagostanja. Međunarodna asocijacija za istraživanje kvaliteta života (ISQOLS) služi kao forum akademskim istraživačima koji rade na ovom polju,

ohterbrujući interdisciplinarna istraživanja, metodološke diskusije i razvoj.

Kvalitet života podrazumeva i praćenje društvenih pokazatelja, razvijanih istovremeno, u Skandinaviji i SAD 60-ih i 70-ih godina, bez osvrta na to da ekonomski indikatori ne mogu samostalno da prikažu kvalitet života nacije. Tokom poslednjih 30 godina kvalitet života postaje brzorastuća disciplina u potpunosti prihvaćena od stranih vlada, agencija i javnih sektora širom sveta, sa zahtevom da se izmeri i uporedi promena kvaliteta života unutar i između zajednica, gradova, regiona i država. Mnoge studije o kvalitetu života su, na primer, sponzorisanе od organizacija kao UNESCO, OECD i Svetske zdravstvene organizacije (14).

Pretraživanjem baza podataka za period od 1974. do 2008. godine, nađeno je da se kvalitet života u 1974. godini pominje samo u 8 publikacija, u 1984. godini u 284, 1994. godine u 1209, 2003. u 3519 i 2008. godine u 66592 naučnih članaka. Kvalitet života je kao centralna tema obrađivana 1974. godine u 2, 1984. godine u 93, 1994. u 502, 2003. u 1060 i 2008. godine u 20355 studija (15).

Zašto je definicija važna?

Kvalitet života je nejasan i teško definisan koncept, u širokoj upotrebi, sa malo konzistentnosti. Štaviše, pojedini istraživači smatraju da se on ne može precizno definisati (16).

U širokom spektru ekonomskih, socijalnih i političkih razloga, kvalitet života je označen kao željeni ishod servisnih usluga u redovnim i specijalnim potrebama obrazovanja, zaštite, socijalnih usluga (mahom za invalide i starije) i sve više osvrta na politiku partnerstva javnog sektora na svim nivoima. Ovakvim pristupom, u kontekstu različitih politika, psihološki koncept koji se tiče aspekta ličnosti pojedinca ili temperamenta kao odlučujućeg faktora ima mali udeo u poboljšanju njegove materijalne situacije. Reforma sistema socijalne zaštite u zapadnim zemljama dovela je do većeg naglašavanja potreba pojedinaca i korišćenja kvaliteta života kao pokazatelja zadovoljstva uslugama.

U razvijenim zemljama gotovo sve oblasti javne politike i usluga pod uticajem su pojmova kvalitet života i blagostanje. Ager je opisao kvalitet života kao: „uspešni „meme“, koncept koji se brzo širi kao odgovor na povoljne uslove sredine (17).

Autori iz različitih oblasti pristupaju konceptu kvaliteta života iz perspektive svojih interesa i ciljeva istraživanja, a u skladu sa tim, definicija kvaliteta života i način na koji se on koristi takođe variraju, pa iz ovih razloga nema konsenzusa po pitanju definicije (1,18). Tako su društveni pokazatelji razvijeni za procenu kvaliteta života opšte populacije u gradovima, regionima ili nacijama, dok su socijalni i psihološki pokazatelji razvijeni za procenu kvaliteta života pojedinaca ili grupa sa zajedničkim karakteristikama.

Definicije - zašto je teško odrediti pravo značenje?

Zbog načina na koji se koristi, termin kvalitet života je višeznačan. Njegova uobičajena upotreba u javnom životu je vrlo neodređena i zasniva se na pozitivnoj konotaciji termina „kvalitet“. Suprotno stručnjacima koji se više fokusiraju na drugo značenje termina „kvalitet“, kako bi opisali osnovne karakteristike ili suštinu nečega što može biti pozitivno ili negativno (19). Armstrong i Caldwell, polazeći od značaja termina i njegove „retoričke snage“, izjednačavaju ga sa društvenim, medicinskim i tehnološkim napretkom (20). Keith i Schalock kažu da kvalitet života može biti korišćen kao „osetljiv pojam koji pruža preporuke i uputstva“, kao „društveni sklop“, kao „organizacioni koncept“ ili „sve ovo zajedno“ kao: „sistemski okvir kroz koji se može videti rad usmeren ka poboljšanju života pojedinaca“ (16, 21,22).

Saopštenja o tome kako je termin kvalitet života upotrebljavan veoma su važna, Rejeski i Mihalko na osnovu pregleda zdravstvene literature, ističu razlike između korišćenja koncepta kvaliteta života kao psihološkog sklopa i kao „kišobrana termina“ za različite, očekivane medicinske ishode (1).

Postoji veoma širok opseg definicija i interpretacija kvaliteta života - prema Schalocku, preko 100 njih (22). Ono što treba istaći je da publikacije o kvalitetu života iz medicinske literature često ne definišu pojam kvaliteta života, a sistematskim pregledom od 68 medicinskih modela kvaliteta života u vezi sa zdravljem u 16 kvalitet života nije bio definisan (23). Ovakav zajednički neuspeh oko definisanja onoga šta je mereno i alternativno navođenje definicija korišćenih bilo gde bez citiranja izvora, nedvosmisleno vodi ka opštoj konfuziji. Često se istraživači, izbegavajući definiciju, fokusiraju na „pristupima“, ili odmah diskutuju o „merama“ koje nagoveštavaju tip definicije (24,25). Keith tvrdi da nije u pitanju samo izbegavanje, već je mišljenje mnogih istraživača da kvalitet života ne može biti tačno definisan i da zbog toga oni češće biraju proučavanje različitih aspekata i dimenzija kvaliteta života umesto pokušaja da daju eksplicitnu definiciju (16).

Individualna orijentacija širokog opsega disciplina koje se bave kvalitetom života je faktor koji utiče na kvalitet života i objašnjava raznolikost definicija. Farquhar daje primer pristupa u javnom zdravlju koji se fokusira na zajednicu, upoređujući ga sa pristupom medicinskih specijalnosti koje se fokusiraju na pojedinačnom bolesniku, određenom stanju ili bolesti, tako da svaki može zahtevati drugačiju definiciju (18,19). Predmet društveno orijentisanih istraživanja kvaliteta života su struktura i sadržaj grupe, zajednice i društva, dok će psihološki orijentisani istraživači razmatrati neku od individualnih karakteristika kao što su blagostanje, mentalno zdravlje itd (26).

Unutar literature postoji neslaganje o tome šta je kvalitet života, šta doprinosi kvalitetu života i šta su njegovi rezultati (27). Taillefer govori o zbunjujućem nastojanju nekih autora da razmatraju sve kao deo kvaliteta života (23). Nažalost, u praksi, nije jednostavno, napraviti razliku i otuda potiču drugačiji zaključci. Postoje tendencije nekih istraživača da spoje kvalitet života sa drugim konceptima ili da naizmenično koriste različite koncepte. Najčešći primeri ovoga su životna satisfakcija, sreća, blagostanje, zdravstveno stanje i uslovi života, koji se ponekad kombinuju sa kvalitetom života. Pozivajući se na literaturu iz 70-ih godina Meeberg navodi više autora koji su definisali kvalitet života jedno-dimenzionalno i subjektivno „u smislu životne satisfakcije ili zadovoljenje potreba“ (28). Nedomice nastaju i u ranim 90-im godinama, izdavanjem „kvaliteta života u vezi sa zdravljem“ prema opštem „kvalitetu života“ (11,20), koji su neispravno često upotrebljavani naizmenično. Definicije kvaliteta života u vezi sa zdravljem prikazane su u Tabeli 1.

Tipološke definicije i modeli kvaliteta života

U nastojanju da obezbede pojamovnu jasnoću, istraživači su dali tipologiju definicija kvaliteta života. U taksonomiji ili klasifikaciji definicija, zasnovanoj na sistematskom pregledu stručne literature, Farquhar (18) identifikuje tri glavna tipa definicija, kao što je prikazano u Tabeli 2.

U sistematskom pregledu modela kvaliteta života, Taillefer (23) identifikuje tri tipa prikazana u Tabeli 3.

Objektivni prema subjektivnom pristupu

Rani naponi za definisanjem i merenjem kvaliteta života koriste ekonomske pristupe ili pristupe zasnovane na objektivnim socijalnim pokazateljima. Studija iz 1970. godine je pokazala da objektivno merenje životnih uslova uzima u obzir skroman udeo ličnog, subjektivnog kvaliteta života i/ili blagostanja (2,36). Takođe, Cummins navodi više studija od ranih 70-ih pa nadalje, u kojima je prikazan lični nivo zadovoljstva životom pojedinaca, bez obzira na objektivnu oskudicu njihovog okruženja (34). Studije Andrews i Witheya i Campbella i saradnika bile su ključne u reorijentaciji istraživanja kvaliteta života u pravcu subjektivnih merenja (19). Široka upotreba

ekonomskih pokazatelja kao mere nacionalnog kvaliteta života počela je da preusmerava fokus ka subjektivnim odgovorima na uslove životnog okruženja. Pristupom socijalnim pokazateljima nazvanim još i „američkim“, ove studije su prihvatile koncept sreće, životnog zadovoljstva i blagostanja i pokušale da ih mere na nivou populacije. Alternativne hipoteze išle su u prilog tome da je lično blagostanje više vezano za ličnost ili predispoziciju, nego za objektivne uslove okruženja (32). Primeri dva različita tipa socijalnih pokazatelja prikazani su u Tabeli 4.

Danas, donekle, postoji saglasnost o potrebi kombinovanja objektivnih i subjektivnih aspekata kvaliteta života, na osnovu poznavanja prednosti i mana svakog od njih. Primer je EUROMODUL, međunarodna istraživačka inicijativa za primenu tradicionalnih društvenih pokazatelja, koja uključuje istraživačke timove iz 19 evropskih zemalja. Ona koristi nacionalna istraživanja za prikupljanje uporednih podataka o uslovima života, blagostanju i kvalitetu života, dajući istu „težinu“ objektivnim i subjektivnim pokazateljima, označenu „kao dve strane novčića“ (14). Mnogi modeli uključuju i objektivne i subjektivne domene kvaliteta života (16,27,34), jer „temeljno poznavanje subjektivnog blagostanja zahteva znanja o tome kako objektivni uslovi deluju na ljudske procene sopstvenih života. Slično tome, kompletno poznavanje objektivnih pokazatelja i kako ih birati zahteva razumevanje ljudskih vrednosti i poznavanje kako objektivni pokazatelji utiču na doživljavanje blagostanja. Iz ovih razloga svaka disciplina treba da pozajmi uvid u kvalitet života iz drugih oblasti“ (36).

Rasprava se nastavlja oko relativnog značaja subjektivnih prema objektivnim faktorima u determinisanju kvaliteta života, kao i o odnosu između njih. Ovo je dobilo na značaju u javnoj politici i diskusijama oko nacionalnog poverenja, u kojima se tvrdi da psihološki faktori (nisko samopouzdanje i samopoštovanje) mogu doprineti mnogim društveno-ekonomskim problemima (objektivni faktori) (37).

Subjektivni pristup kvalitetu života, gde su lična iskustva ili viđenje sopstvenog života glavni kriterijumi i dalje je najvalidniji za većinu istraživača kvaliteta života (34,38). Ovakvo gledište se bazira na idealnom ili postmodernom pogledu da ne postoji objektivna „realnost“ izvan našeg subjektivnog doživljaja sveta. Tada kvalitet života odražava subjektivne vrednosti koje poseduje pojedinac.

Tabela 3. Tri tipa modela kvaliteta života

Tip modela	Opis
Koncepcijski model	Model koji određuje dimenzije i svojstva kvaliteta života (malo sofisticiran tip modela).
Koncepcijski okvir	Model koji opisuje, objašnjava i predviđa prirodu međudnosa između elemenata ili dimenzija kvaliteta života.
Teoretski okvir	Model koji obuhvata strukturu elemenata i njihov odnos u okviru teorije koja ih objašnjava (najsoficiraniji tip modela).

Izvor: Taillefer i sar. 2003.

Tabela 1. Primeri definicija kvaliteta života u vezi sa zdravljem

Definicija	Izvor
Kvalitet života je višedimenzionalna procena trenutnih okolnosti života pojedinaca u kontekstu kulture u kojoj žive i vrednosti koje imaju. To je, pre svega, subjektivni osećaj blagostanja i obuhvata fizičke, psihološke, društvene i duhovne dimenzije. U nekim okolnostima, objektivni pokazatelji mogu da dopune ili u slučaju pojedinaca nesposobnih za subjektivna opažanja služe kao pomoćni za procenu kvaliteta života" (29).	Haas 1999.
„Kvalitet života je višedimenzionalan koncept koji uključuje fizičke, emocionalne, mentalne, bihevioralne i socijalne komponente" (30).	Janse i saradnici 2004.
„Kvalitet života ili preciznije, „zdravstveno-zasnovan kvalitet života“, ukazuje na fizičke, psihološke i socijalne dimenzije zdravlja, viđene kao posebna područja koja su pod uticajem iskustva, verovanja, očekivanja i sagledavanja pojedinca. Svaki od ovih domena se može meriti u dve dimenzije: objektivne procene funkcionisanja ili zdravstvenog stanja i subjektivna - sagledavanje zdravlja" (31).	Testa 1996.
„Kvalitet života je osećaj ukupnog zadovoljstva životom, određen mentalnom spremnošću pojedinca čiji se život vrednuje. Drugi ljudi, koji nisu iz života osobe, moraju se složiti da životne okolnosti pojedinca nisu ugrožene i da adekvatno služe njegovim potrebama" (28).	Meeberg 1993.
„Višestruki sklop koji obuhvata ponašanje i kognitivne kapacitete pojedinca, emocionalno blagostanje i sposobnosti potrebne za dostizanje porodičnih, stručnih i društvenih uloga" (28).	Tartar i sar. 1988. citirani kod Meeberga
„Kvalitet života je celokupno blagostanje, sastavljeno od objektivnih parametara i subjektivnih procena fizičkog, materijalnog, društvenog i emocionalnog blagostanja, uključujući stepen ličnog razvoja i svrsishodnih aktivnosti, sve ponderisano ličnom važnošću" (32).	Felce i Perry 1995.
"Kvalitet života je koncept koji odražava željene životne uslove pojedinca povezane sa osam glavnih dimenzija njegovog života: emocionalnim blagostanjem, međuljudskim odnosima, materijalnim blagostanjem, ličnim razvojem, fizičkim blagostanjem, samoostvarenjem, mestom u društvu i pravima" (21).	Schalock 2000.
„Svesna kognitivna procena zadovoljstva svojim životom" (1).	Rejeski i Mihalko 2001.
„Kvalitet života podrazumeva kvalitet celokupnog života osobe, a ne samo nekih delova. Ako se kvalitet života deli u pojedine dimenzije, te dimenzije moraju, ukupno gledano, da predstavljaju i čine jednu celinu" (27).	Hagerty i sar. 2001.
„Kvalitet života je pravilno definisan preko odnosa između subjektivnih ili lično baziranih elementa i seta objektivnih okolnosti. Subjektivni elementi visokog kvaliteta života sadrže: osećaj blagostanja i lični razvoj - napredak. Objektivni element je shvaćen kroz okolnosti koje predstavljaju povoljnu šansu za iskorišćavanje od strane ljudi živeći svoje živote" (33).	Lane, citiran kod Christoph a i Nolla 2003.
„Kvalitet života je i objektivna i subjektivna, u osnovi zbir sedam dimenzija: materijalnog blagostanja, zdravlja, produktivnosti, intimnosti, sigurnosti, zajedništva i emocionalnog blagostanja. Subjektivni domeni obuhvataju ponderisane dimenzije prema njihovom značaju za pojedinca" (34).	Cummins 1997.
„Kvalitet života je lična percepcija sopstvenog načina života u kontekstu kulture, sistema vrednosti, težnji, izgleda za budućnost, standarda i interesa" (35).	SZO grupa za kvalitet života 1995.

Tabela 2. Taksonomija definicija kvaliteta života

Tip	Naziv tipa	Opis
I	Opšte definicije	Najčešći, opšti tip definicija - govori malo o mogućim komponentama kvaliteta života. Obično objedinjuju ideje satisfakcije/disatisfakcije ili sreće/nezadovoljstva.
II	Definicije komponenti	Dele kvalitet života u nizove komponenti, dimenzija ili domena, ili identifikuju ključne osobine od suštinskog značaja za procenu kvaliteta života. Dele se u dve kategorije:
Ia	(neistraživačka osobenost)	Identifikuju broj dimenzija opšteg kvaliteta života, ali ne mogu tvrditi da pokrivaju sve moguće dimenzije.
Ib	(istraživačka-osobenost)	Eksplisitno prilagođene da ispune ciljeve specifičnog istraživanja. Mogu da previde ili isključe određene dimenzije kvaliteta života koje su manje relevantne za ciljeve istraživanja.
III	Fokusirane definicije	Odnose se samo na jednu ili manji broj dimenzija kvaliteta života.
IIIa	(eksplicitno)	Fokusiraju se na mali broj dimenzija, jako bitnih za kvalitet života, ali ne tako eksplicitnih.
IIIb	(implicitno)	Fokusiraju se na jednu ili dve dimenzije šireg koncepta kvaliteta života ali implicitno bez činjenja ovog jasnim.

Izvor: Farquhar 1995.

Tabela 4. Objektivni i subjektivni socijalni pokazatelji kvaliteta života

Najčešće korišćeni objektivni društveni pokazatelji	Najčešće korišćeni subjektivni društveni pokazatelji
Predstavljaju društvene podatke nezavisno od individualne procene	Lične procene i procene stanja u društvu
Očekivano trajanje života	Osećaj pripadanja zajednici
Stopa kriminala	Materijalna imovina
Stopa nezaposlenosti	Osećaj sigurnosti
Društveni bruto proizvod	Sreća
Stopa siromaštva	Zadovoljstvo životom u celini
Pohađanje škole	Odnosi sa porodicom
Broj radnih sati u nedelji	Zadovoljstvo poslom
Stopa perinatalne smrtnosti	Seksualni život
Stopa samoubistava	Sagledavanje sprovođenja pravde
	Klasna identifikacija
	Hobi i članstvo u klubu

Izvor: Rapley 2003.

Tabela 5. Osnovne dimenzije kvaliteta života

Felce 1996.	Schalock 2000.	SZO 1995.	Hagerty 2001.	Cummins 1997.
Psihologija	Psihologija	Zdravlje	Društveni pokazatelji	Opšta populacija odraslih /studentata/ intelekt. poremećaja
6 dimenzija:	8 dimenzija:	6 dimenzija:	7 dimenzija:	7 dimenzija:
Telesno blagostanje	Telesno blagostanje	Telesno/fizičko blagostanje	Zdravlje	Zdravlje
Materijalno blagostanje	Materijalno blagostanje	Okruženje	Materijalno blagostanje	Materijalno blagostanje
Socijalno blagostanje	Pripadanje zajednici	Socijalne relacije	Osećanje pripadanja zajednici	Osećanje pripadanja zajednici
Produktivno blagostanje			Posao i proizvodna aktivnost	Posao i produktivna aktivnost
Emocionalno blagostanje	Emocionalno blagostanje	Psihološko blagostanje	Emocionalno blagostanje	Emocionalno blagostanje
Prava ili građansko blagostanje	Prava			
	Međuljudski odnosi	Nivo nezavisnosti	Odnosi sa porodicom i prijateljima	Odnosi sa porodicom i prijateljima
	Lični razvoj			
	Samo-opredeljenje	Veroispovest	Lična bezbednost	Sigurnost

Tabela 6. Metodološki pluralizam primenjen pri merenju kvaliteta života

Sistemska nivo	Merni fokus	Merne strategije
Mikrosistem	Subjektivna priroda kvaliteta života („lične procene“)	Merenje zadovoljstva Merenje sreće
Mezosistem	Objektivna priroda kvaliteta života („funkcionalna procena“)	Skale za ocenjivanje (nivo funkcionisanja) Posmatranje učesnika Upitnici (eksterni događaji i okolnosti) Angažovanje u svakodnevnim aktivnostima Samoopredeljenje i samokontrola Statusna uloga (obrazovanje, zaposlenje)
Makrosistem	Spoljašnji uslovi („društveni pokazatelji“)	Životni standard Stopa zaposlenosti Stopa pismenosti Stopa smrtnosti Životni vek

Izvor: Schalock (2004)

Iz etičkih i moralnih razloga, neki autori ne vide manjak korelacije između subjektivnih i objektivnih faktora kvaliteta života, kao razlog za ignorisanje objektivnih uslova. Ovo objašnjavaju primerima da definicija kvaliteta života koja ignoriše objektivne procene životnih uslova, samim tim, ne obezbeđuje adekvatnu i najbolju zaštitu siromašnim i ugroženim ljudima (32). Drugi dokazi sa polja mentalnog zdravlja pokazuju snažnu korelaciju između psihičkog blagostanja i objektivnih društveno-ekonomskih faktora. U prvom istraživanju emocionalnog blagostanja u SAD 1957. godine kod ispitanika koji su izvestili da su najmanje zadovoljni svojim životom pronađeno je da „češće imaju psihijatrijske probleme, da su razvedeni ili udovci, da imaju niže obrazovanje i prihode i da su negativistični“ (39).

Alternativno objašnjenje nepostojanja korelacije između objektivnih i subjektivnih dimenzija kvaliteta života tiče se toga da objektivni životni uslovi – koji variraju u kapitalističkim ekonomijama – oblikuju očekivanja pojedinaca o tome šta je moguće i u skladu s tim subjektivne ocene njihovih života. Subjektivne procene pojedinaca o kvalitetu sopstvenog života se snažno odnose na njihove lične referentne okvire koji su: „oblikovani iskustvom tako da pojedinci ne mogu da pretpostave da će njegove živote obuhvatiti sve mogućnosti jer je pod uticajem suda o tome šta je za njih moguće i tipično u datoj situaciji“ (32).

Skandinavski stručnjaci za društvene pokazatelje smatraju da subjektivni indikatori kvaliteta života (zadovoljstvo životom), odražavaju težnje ljudi i pri tome predstavljaju izmerenu adaptaciju na trenutne životne uslove, pre nego da su to merenja samih životnih uslova (19).

Cummins je svojim pristupom subjektivnom i objektivnom kvalitetu života otišao korak napred u svojoj teoriji subjektivnog blagostanja. Sagleđavanjem niza dokaza iz širokog spektra studija, pretpostavio je da su subjektivni i objektivni kvalitet života prilično nezavisni. Subjektivni kvalitet života se „održava pod uticajem homeo-statičke kontrole“, kao pitanje opstanka i zato su ljudi razvili pozitivne mehanizme, koji im omogućavaju da održe konstantan nivo subjektivnog kvaliteta života u promenljivim objektivnim uslovima. Jedino kada objektivni kvalitet života dostigne ekstremno nizak nivo, na primer, u prisustvu hroničnog stresa, briga u porodici ili dugotrajne nezaposlenosti, homeostatička kontrola biva poremećena i subjektivni kvalitet života „pada nisko“. U takvim okolnostima su se subjektivni i objektivni kvalitet života pokazali kao međusobno zavisni, ali na individualnom nivou. Ovaj proces je, međutim, „pod uticajem kulturalnih i individualnih vrednosti koje tek treba sistematski istražiti“ (34).

Da li je kvalitet života jednodimenzionalan ili višedimenzionalan?

Postoje primeri jednodimenzionalnog definisanja kvaliteta života, ali većina definicija nagla-

šava višedimenzionalnu prirodu koncepta, tipično ispoljenu kroz specifikaciju brojem domena.

U jednodimenzionalnim definicijama kvalitet života poistovećivan je sa zdravljem (40), a alternativno može da bude definisan samo u smislu životnog zadovoljstva. Rejeski i Mihalko opisuju „mejnstrim psihologiju“ definicija kvaliteta života kao „kognitivni sud o zadovoljstvu sopstvenim životom“, konceptom koji koristi jednodimenzionalne i višedimenzionalne ocene, tj. u smislu zadovoljstva životom uopšte ili zadovoljstva specifičnim „domenima“ života posmatranim zasebno (1). Jedan od najpopularnijih instrumenata podrazumeva pitanje „Kako ocenjujete svoj život u celini?“, rangirano na Likertovoj skali životnog zadovoljstva / nezadovoljstva (41).

Dimenzije kvaliteta života

Postoji saglasnost da skup centralnih dimenzija ili domena predstavlja koncept kvaliteta života u celini. Broj i opseg pojedinačnih dimenzija označenih u okviru definicija kvaliteta života je veliki, mada neki autori napominju „velika preklapanja“ koja postoje između njih (16, 36).

Brojne studije su sprovedene radi utvrđivanja konačne liste dimenzija kvaliteta života (27). Međutim, zamisao zaključivanja konačnog standardizovanog seta dimenzija kvaliteta života je i dalje predmet kritika. Tako, Keith (16) tvrdi da ključne dimenzije mogu varirati zavisno od kulture i zbog toga bi kroskulturalno uopštavanje imalo nedostataka. Postoje i etički i politički problemi koji ograničavaju „nametanje“ određene definicije pojedincima ili zajednici.

U Tabeli 5. navedeni su rezultati nekih istraživanja u različitim disciplinama i zaključci ključnih radova po pitanju glavnih dimenzija kvaliteta života.

Autori naglašavaju da domeni utvrđeni u definicijama kvaliteta života moraju biti potencijalno neutralni, pozitivni ili negativni. Ovo je važno jer su „pokazatelji kvaliteta života predstavljaju sveukupnost životnih iskustava, kako pozitivnih tako i negativnih“, a većina modela kvaliteta života naglašava dinamičku prirodu koncepta (27,42). Felce i Perry u razmatranju svojih modela naglašavaju da su sve dimenzije „u dinamičkom odnosu jedna sa drugom i kao takve, potencijalno međuzavisne u svakom trenutku vremena“ (31). Priroda odnosa između subjektivnih i objektivnih dimenzija kvaliteta života sastoji se u sledećem: „Kao što utiču jedna na drugu, svaka dimenzija je podložna uticaju niza spoljašnjih faktora, definisanih kroz biološki sklop pojedinca, razvoj, kulturu i aktuelno okruženje. Spoljni uticaji uključuju i nasleđe, društvena i materijalna dobra, starost i sazrevanje, razvoj, zaposlenje, napredovanje kao i društvene, ekonomske i političke varijable. Kako su svi elementi koji određuju kvalitet života otvoreni za spoljne uticaje, njihova procena je neophodna za bilo koji merni sistem koji se bavi procenom kvaliteta života. Poznavanje jednog skupa ne može da predvidi drugi, a odnosi ne mogu ostati nepromenjeni tokom vremena“ (31,43).

Merenje kvaliteta života

Postoji mnogo različitih pristupa u merenju kvaliteta života. Od toga kako je „meren“ zavisi i definicija kvaliteta života i ono što je mereno. U zavisnosti od cilja i svrhe istraživanja merenje ili procena kvaliteta života može biti sasvim različita. Vrste procena se razvijaju u zavisnosti od metodoloških pristupa različitih disciplina, u skladu sa njihovim objektivnim i filozofskim pogledima. Ključni problemi koji se tiču merenja kvaliteta života u vezi su sa raspravama o definicijama kvaliteta života.

Schalock je dao koristan metodološki pregled (Tabela 6) (22). Iako je predmet njegovih istraživanja procena kvaliteta života ljudi sa intelektualnim poremećajima, principi koje ističe imaju širi značaj. On podržava „pluralistički“ metodološki pristup ukazujući na multidimenzionalnu prirodu kvaliteta života uz tvrdnju da se različite dimenzije kvaliteta života najbolje mogu meriti nizom tehnika. Na taj način se kvalitet života može meriti istovremeno i iz objektivne i iz subjektivne perspektive, uključujući subjektivne i objektivne procene objektivnih faktora. Kombinacija više istraživačkih pristupa na istom predmetu posmatranja, poznatija kao „triangulacija“, prevazilazi pojedine nedostatke i probleme samostalnih istraživačkih metoda, dajući bolje rezultate istraživanja.

Postoji izvesna razlika između metoda koji se koriste za merenje kvaliteta života u opštoj populaciji i onih koji se koriste za merenje kvaliteta života pojedinaca. U oba pristupa, dominantna metodologija može biti opisana kao pozitivistička i zasnovana na kvantitativnim metodama. Kvalitativne metode se takođe koriste u istraživanjima kvaliteta života, posebno za razvoj instrumenata procene kvaliteta života i manja je verovatnoća da će biti nađene u oblastima društvenih pokazatelja, a veća u psihološkim istraživanjima, gde se tehnike posmatranja često koriste u tandemu sa mernim instrumentima.

Kvalitet života populacije baziran je na tradicionalnim „društvenim pokazateljima“. Ovo obično podrazumeva identifikaciju pokazatelja i mera koje se odnose na niz dimenzija/domena, radi izračunavanja jedinstvenog indeksa kvaliteta života. Ovi pokazatelji mogu biti i subjektivni i objektivni, izvučeni iz društveno-ekonomskih statističkih podataka prikupljenih od strane vlade ili popisa.

Za kvalitet života pojedinaca - uključujući etnografske studije i posmatranje ponašanja, dominantni pristup merenja su instrumenti samoprocene, odnosno upitnici. Ovo je slučaj i za svaku od Schalockove dve grupe „mernog fokusa“: lične i funkcionalne procene (44).

Danas postoji „čitava industrija“ koja se bavi merenjem kvaliteta života, u kojoj je danas razvijeno oko 1275 različitih instrumenata za procenu kvaliteta života, naročito u poslednjih dvadesetak godina. Iako brojni, svi oni se mogu podeliti u sledeće osnovne tipove: specifične u

odnosu na bolest/populaciju 1819 (46%), generičke instrumente 865 (22%), specifične dimenzije 690 (18%), servisne 409 (15%), individualne 62(1%) (45). Bez obzira kojoj vrsti pripadaju, instrumenti treba da zadovolje osnovni zahtev, koji podrazumeva da su pitanja u njima takva da odražavaju i objektivno stanje funkcionisanja i subjektivnu procenu zdravstvenog stanja ispitanika.

Problemi merenja kvaliteta života

Prilikom procene kvaliteta života na pojedinačnom ili opštem nivou populacije, postoji nekoliko zajedničkih problema merenja.

Kao što je već rečeno, traganje za konačnim skupom ključnih dimenzija kvaliteta života dalo je raznovrsne rezultate, čak sa konsenzusom u nekim oblastima. Sumirajući opseg od oko 60 instrumenata za procenu kvaliteta života korišćenih u medicini, Birnbacher zaključuje da većina instrumenata uzima u obzir 3 ključne dimenzije kvaliteta života: fizičku, psihološku i socijalnu (46).

U izbor domena je uključen određeni stepen subjektivne procene. Tako je grupa za kvalitet života SZO kritikovana zbog izbora šest domena, odnosno izostavljanja dimenzija koje su se nalazile u prethodnoj skali za procenu kvaliteta života, kao što su materijalno blagostanje ili produktivnost/zaposlenje (27,35).

Alternativni pristup podrazumeva ispitivanje stavova pojedinaca o stvarima koji doprinose njihovom kvalitetu života i izbor „značajnih“ domena kvaliteta života kroz ovaj proces. Ovakav pristup uvođenja subjekata Rapley opisuje „emancipatorim“, suprotno „mejnstrim“ istraživanjima kvaliteta života, koji nameću modele pojedincima na potencijalno „sputavajući“ način (19).

Što se tiče diskusije o subjektivnom - objektivnom kvalitetu života, zavisno od metodologije, često je predmet istraživanja: (a) samo subjektivna percepcija spoljašnjih uslova kvaliteta života (b) subjektivna percepcija u odnosu prema objektivnim indikatorima, (c) subjektivna percepcija i objektivni pokazatelji kombinovani u okviru jedinstvenog indeksa kvaliteta života ili (d) samo objektivni indikatori uslova života. Zajednički je stav da društveni pokazatelji predstavljaju dobre objektivne pokazatelje, ali malo govore o tome kako pojedinci zaista „osećaju“ svoj život. Budući da su, subjektivni pokazatelji o objektivnim uslovima života pod uticajem karakternih osobina i očekivanja pojedinaca, ne može se steći pravi uvid u njihov stvaran kvalitet života. Iz ovih razloga Diener i Suh zastupaju upotrebu kombinacije društvenih pokazatelja i subjektivnog blagostanja, tvrdeći da: „ovakve procene predstavljaju alternativnu projekciju socijalnog kvaliteta i mala je verovatnoća da bude pogođen uobičajenim greškama pri merenju“ (36).

Slično tome, Schalock tvrdi da su u skupu dimenzija kvaliteta života bitni kako objektivni tako i subjektivni aspekti, tj. svaka dimenzija ima svoju svrhu i može da posluži bila ona objektivna ili subjektivna procena (44). Preimućstvo ovakvog

pristupa je u odbacivanju dotadašnje lažne dihotomije između subjektivnog i objektivnog kvaliteta života.

Postoje veze i razlike između kvaliteta života i sličnih koncepta kao što je blagostanje, životno zadovoljstvo, funkcionalni status i zdravstveno stanje, koji predstavljaju veliku oblast koja zahteva dalja istraživanja u okviru kvaliteta života (2). Zaključci upućuju na neophodnost „uočavanja finih razlika među ovim usko povezanim pojmovima” a kao „iskorak iz močvare loše definisanog kvaliteta života” sledeće: „izrazi kvalitet života, zadovoljstvo životom, funkcionalni status i blagostanje se ne mogu koristiti naizmenično. Oni predstavljaju različite nivoe i aspekte širokog koncepta kvaliteta

života. Ako neko odluči da se fokusira na subjektivne aspekte kvaliteta života, onda mora biti jasno da li je predmet diskusije „blagostanje” ili „subjektivni kvalitet života”. Za one koji odluče da se fokusiraju na objektivne pokazatelje kvaliteta života, oni treba da budu jasno označeni kao „funkcionalni status” ili „objektivni kvalitet života”. Oni koji proučavaju zadovoljstvo životom moraju označiti da su zainteresovani za proučavanje aspekata blagostanja ili subjektivnog kvaliteta života. Oni koji ispituju kvalitet života, moraju pružiti dokaze i o subjektivnim i objektivnim pokazateljima. Ako ovo ne utvrde, treba da naglase koji aspekt kvaliteta života je ispitivan” (29).

Literatura

1. Stewart AL, Verboncoeur CJ, McLellan BY, Gillis DE, Rush S, Mills KM et al. Physical Activity Outcomes of CHAMPS II: A Physical Activity Promotion Program for Older Adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2001; 56(8): M465-70.
2. Kahn NB. The Future of Family Medicine: A Collaborative Project of the Family Medicine Community. *Ann Fam Med* 2004; 2(Suppl1): s3-32.
3. Jevtić I, Jovanović J. Procena ukupnog kardiovaskularnog rizika u grupi asimptomatskih radnika. *Balneoklimatologia*. 2005; 29(2):67-72.
4. Egan M, Tannahill C, Petticrew M, Thomas S. Psychosocial risk factors in home and community settings and their associations with population health and health inequalities: A systematic meta-review. *BMC Public Health* 2008; 8: 239-52.
5. Arandelović M, Ilić I. Stress in workplace-possible prevention. *Facta Universitatis* 2006;13(3):139-144.
6. Arandelović M, Ilić I, Jović S. Burnout i kvalitet života kod radnika u prehrambenoj industriji – pilot studija. *Vojnosanit Pregl* 2010;67(9):705-11.
7. Jevtić I, Arandelović M. Stres na radnom mestu - moguća prevencija? *Svet rada* 2005; 6(2):1146-54.
8. Arandelović M, Nikolić M, Stamenković S. Relationship between Burnout, Quality of Life and Work Ability Index - Directions in Prevention. *Scientific World Journal* 2010; 10: 766-77.
9. Ilić I. Ekologija radne sredine i kvalitet života. U: Stefanović S, Šubara N, urednici. *Ekološki rizici I – Uticaj negativnih faktora na kvalitet života*. Beograd: Institut za energetiku i ekologiju TEHDIS; 2008. p. 167-247.
10. Blanc PD. Why quality of life should matter to occupational health researchers. *Occup Environ Med* 2004;61 (7):572-6.
11. Ilić I. Procena profesionalnog stresa i kvaliteta života zaposlenih u Hitnoj medicinskoj pomoći (magistarska teza). Niš: Medicinski fakultet; 2010.
12. Pattani S, Constantinovici N, Williams S. Predictors of re-employment and quality of life in NHS staff one year after early retirement because of ill health; a national prospective study. *Occup Environ Med* 2004;61 (7):572-6.
13. Vittersø J. Subjective Well-Being Versus Self-Actualization: Using the Flow-Simplex to Promote a Conceptual Clarification of Subjective Quality of Life. *Soc Indic Res* 2004;65(3):299-332.
14. Delhey J, Bohnke P, Habich R, Zapf W. Quality of Life in a European Perspective: the EUROMODULE as a New Instrument in Comparative Welfare Research. *Soc Indic Res* 2002; 58(1-3): 161-75.
15. Butow P. Quality of life Research in Clinical Trials. *CeMPED*. Sydney. 2009. Available from: URL: http://www.cancerwa.asn.au/resources/2008-10-23_quality-of-life-research-phyllis-butow_session-handouts.pdf
16. Keith KD. International Quality of Life: Current Conceptual, Measurement, and Implementation Issues. In: Glidden LM, editor. *International Review of Research in Mental Retardation*, 24. San Diego: Academic Press; 2001.
17. Ager A. Quality of Life Assessment in Critical Context. *J Appl Res Intellect Disabil* 2002;15(4):369-76.
18. Jarholm B, Albin M, Johansson G, Wadensjö E. Perspective of working life research. *Scand J Work Environ Health* 2009; 35(5):394-6.
19. Barofsky I. Quality of Life Research: A Critical Introduction. *Qual Life Res* 2003; 13(5):1021-4.
20. Armstrong D, Caldwell D. Origins of the Concept of Quality of Life in Health Care: a Rhetorical Solution to a Political Problem. *Social Theory and Health* 2004; 2(4):361-71.
21. Schalock RL. Three Decades of Quality of Life. *Focus Autism Other Dev Disabil* 2000; 15(2): 116-27.
22. Schalock RL. The Concept of Quality of Life: What We Know and Do Not Know. *J Intellect Disabil Res* 2004; 48(3):203-16.
23. Taillefer MC, Dupuis G, Roberge MA, Lemay S. Health-Related Quality of Life Models: Systematic Review of the Literature. *Soc Indic Res* 2003; 64 (2): 293-323.
24. Koller M, Lorenz W. Quality of life: a deconstruction for clinicians. *J R Soc Med* 2002; 95(10): 481-8.
25. Naess S. Subjective Approach to Quality of Life. *Feminist Economics* 1999; 5(2):115-8.
26. Raphael D. Defining Quality of Life: Eleven Debates Concerning Its Measurement In: Renwick R, Brown I, Nagler M, editors. *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation: Conceptual Approaches, Issues, and Applications*. Thousand Oaks: Sage;1996.
27. Hagerty MR, Cummins RA, Ferriss AL, Land K, Michalos A, Peterson M, Sharpe A, Sirgy MJ, Vogel J. Quality of Life Indexes for National Policy: Review and Agenda for Research. *Soc Indic Res* 2001; 55(1):1-96.
28. Mandzuk LL, McMillan DE. A concept analysis of quality of life. *J Orthop Res* 2005; 9(1): 12-8.
29. Haas BK. Clarification and Integration of Similar Quality of Life Concepts. *Image: J Nurs Sch* 1999; 31(3):215-20.

30. Janse AJ, Gemke RJ, Uiterwaal CS, Tweel I van der, Kimpfen JL, Sinnema G. Quality of Life: Patients and Doctors Don't Always Agree: a Meta-Analysis. *J Clin Epidemiol* 2004; 57(7): 653-61.
31. Davern M, Cummins RA. Is life dissatisfaction the opposite of life satisfaction? *Austr J Psychol* 2006; 58(1): 1-7.
32. Cummins RA. The Domain of Life Satisfaction: An Attempt to Order Chaos. *Soc Indic Res* 2005; 26: 559-84.
33. Christoph B, Noll HH. Subjective Well-Being in the European Union During the 90s. *Soc Indic Res* 2003; 64(3):521-46.
34. Cummins RA. Objective and Subjective Quality of Life: an Interactive Model. *Soc Indic Res* 2000; 52 (1): 55-72.
35. The WHOQOL Group. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper From the World Health Organization. *Social Science and Medicine* 1995;41(10):1403-9.
36. Diener E, Suh E. Measuring Quality of Life: Economic, Social and Subjective Indicators. *Social Indicators Research* 1997;40(1-2):189-216.
37. Craig C. *The Scots Crisis of Confidence*. Glasgow: Big Thinking; 2003.
38. Lam CL. Subjective Quality of Life Measures – General Principles and Concepts. In: Preedy VR, Watson RR, editors. *Handbook of Disease Burdens and Quality of Life Measures*. New York: Springer; 2009.
39. Bowling A, Gabriel Z. An Integrational Model of Quality of Life in Older Age. Results From the ESRC/MRC HSRC Quality of Life Survey in Britain. *Soc Indic Res* 2004; 69(1):1-36.
40. Michalos AC. Social Indicators Research and Health-Related Quality of Life Research. *Soc Indic Res* 2004; 65(1):27-72.
41. Jette A. Toward a Common Language for Function, Disability, and Health. *Phys Ther* 2006; 86(5): 726-34.
42. Sirgy MJ. A Method for Assessing Residents Satisfaction With Community-Based Services: A Quality-of-Life Perspective. *Soc Indic Res* 2000;49(3):279-316.
43. Cummins RA. Normative life satisfaction: Measurement issues and a homeostatic model. *Soc Indic Res* 2003; 64: 225-256.
44. Schalock RL, editor. *Quality of Life. Vol I. Conceptualization and measurement*. Washington: American Association on Mental Retardation; 1996.
45. Garratt A, Schmidt L, Mackintosh A, Fitzpatrick R. Quality of life measurement: bibliographic study of patient assessed health outcome measures. *BMJ* 2002; 324:1417-9.
46. Beauchamp TL. Does Ethical Theory Have a Future in Bioethics? *J Law Med Ethics* 2004; 32(2):209-17.

ASSESSING QUALITY OF LIFE: CURRENT APPROACHES

Ivana Ilić, Ivona Milić and Mirjana Arandžević

The authors of this paper consider the concept of the quality of life and health-related quality of life (QOL) by paying special attention to the relevance of the researches taken so far, related to the "quality of life", the impact and ways of estimating the QOL through social, cultural or health interventions, taking into account both social and economic aspects. The detailed objectives of the research were: to present the "broader picture" of QOL and the definitions already established by previous researches; to identify social and economic indicators that can be used to measure the QOL. Specific aims of the literature review were to summarize various definitions of the concepts of QOL in general and explore the difficulties encountered in measuring the QOL, to cite the standard methods and results, and criticize methodologies.

As far as possible, in this literature review, the authors attempted to maintain consistency in terms' use. However, based on the results obtained, it is inevitable to avoid the confusion when using the term QOL. A key part of this is the inter-changeable use of different concepts discussed below. The overall conclusions point to possible options for future researches in this field. *Acta Medica Medianae* 2010;49(4):52-60.

Key words: *quality of life, subjective/objective QOL measures, possible approaches*