Квалитет живота — теоријски приступ

Соња Чанковић¹, Ержебет Ач Николић², Душан Чанковић³, Ивана Радић⁴, Сања Хархаји⁵

Quality of Life — Theoretical Approach

Sonja Čanković, Eržebet Ač-Nikolić, Dušan Čanković, Ivana Radić, Sanja Harhaji

Сажетак: Светска здравствена организација (СЗО) дефинисала је квалитет живота као перцепцију појединца о сопственом положају у животу у контексту културе и система вредности у којем живи, као и у односу на његове сопствене циљеве, очекивања, стандарде и интересовања. То је широк концепт на који утичу физичко здравље појединца, психичко стање, степен самосталности, социјални односи и најважније појаве у окружењу. Квалитет живота није једноставан концепт за дефинисање, односно субјективност и комплексност квалитета живота представља изазов не само са аспекта дизајнирања и састављања скала за мерење, већ и бодовања и оцењивања. Инструменти за процену квалитета живота могу бити општи (генерички) или специфични упитници. У генеричке инструменте за испитивање квалитета живота спадају: инструменти Светске здравствене организације (World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100, WHOQOL-BREF), LEIPAD упитник, CASP-19, QLQ упитник (Quality of life questionnaire).

Кључне речи: квалитет живота, мерење, упитници.

Summary: World Health Organization (WHO) defined quality of life as individual perception of their position in life in the context of culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns. It is a broad ranging concept affected in a complex way by the person's physical health, psychological state, level of independence, social relationships and their relationship to salient features of their environment. It is not easy to define this concept and the subjectivity and complexity of quality of life presents a challenge not only to design of quality of life measurement scales, and their composition, but also to their scoring and weighting. Quality of life measures can be generic and disease-specific questionnaires. Broad scales of quality of life are World Health Organization Quality of Life instruments (WHOQOL-100, WHOQOL-BREF), LEIPAD questionnaire, CASP-19, QLQ (Quality of life questionnaire).

Key words: quality of life, measurement, questionnaires.

1 Др Соња Чанковић, Центар за анализу, планирање и организацију здравствене заштите, Институт за јавно здравље Војводине, Нови Сад.

2 Проф. др Ержебет Ач Николић, Центар за анализу, планирање и организацију здравствене заштите, Институт за јавно здравље Војводине, Нови Сад.

3 Др Душан Чанковић, Центар за промоцију здравља, Институт за јавно здравље Војводине, Нови Сад.

4 Др Ивана Радић, Центар за информатику и биостатистику у здравству, Институт за јавно здравље Војводине, Нови Сад.

5 Др Сања Хархаји, Центар за информатику и биостатистику у здравству, Институт за јавно здравље Војводине, Нови Сад.

Увод

Израз „квалитет живота“ први пут се помиње још двадесетих година прошлог века, а истраживања на ову тему посебно су се развила деведесетих година и од тада је публикувано на хиљаде радова на тему дефиниције и мерења квалитета живота. С обзиром на то да није постојала дефиниција квалитета живота која је широко прихваћена, Група Светске здравствене организације за квалитет живота (World Health Organization Quality of Life Group - WHOQOL) започела је процес разјашњавања и дефинисања овог концепта. После доста разматрања међународна група експерата, из развијених земаља, али и земаља у развоју, године 1993. постигла је консензус и дала дефиницију према којој квалитет живота представља перцепцију појединца о сопственом положају у животу у контексту културе и система вредности у којем живи, као и у односу на његове сопствене циљеве, очекивања, стандарде и интересовања. То је широк концепт на који утичу физичко здравље појединца, психичко стање, степен самосталности, социјални односи и најважније појаве у окружењу¹.

Квалитет живота није једноставан концепт за дефинисање. То је мултидимензионална поставка која обухвата физичке, менталне, социјалне и бихејвиоралне компоненте благостања и функције².

Још специфичнији појам који постоји у литератури јесте квалитет живота повезан са здрављем (Health Related Quality of Life — HRQoL), који се односи на физички, психолошки и социјални домен здравља, као посебне области које су под утицајем искуства појединца, веровања, очекивања и процена³. Квалитет живота повезан са здрављем представља једну димензију ширег квалитета живота. Квалитет живота и квалитет живота повезан са здрављем јесу вишедимензиони и аморфни концепти, и оба су од великог значаја као завршне тачке у евалуацији јавних политика, укључујући резултате здравствене и социјалне заштите⁴. Концепт квалитета живота је последњих година привукао велику пажњу здравствених радника из два разлога. Прво, у већини случајева нагласак у пружању здравствене заштите променио се од

уског прилаза симптом-дијагноза-лечење, до једног ширег погледа на здравље појединца. Друго, ефикасност и кост-ефективност медицинских интервенција све су чешће од примарног значаја у пружању услуга⁵. Такође, интерес за ову област се објашњава и успехом који је постигнут на пољу продужетка живота, истичући чињеницу да пацијенти желе да живе а не само да преживљавају⁶. Мерење квалитета живота је драгоцено за поређење еквивалентних терапијских процедура, али исто тако се може користити у одлучивању да ли да пацијент буде подвргнут терапији, односно помаже у одмеравању предности преживљавања у односу на нежељене ефекте терапије, као у случају хемотерапије малигнитета⁷.

У савременим светским истраживањима у медицини квалитет живота је важан аспект резултата мера здравствене заштите и заједно са дужином живота чини основу за утемељење одређених мера у здравственој заштити⁸.

Истраживања показују да већина људи дефинише свој квалитет живота имајући у виду позитиван психолошки поглед и емоционално благостање, добро физичко и ментално здравље и физичку способност да раде ствари које желе, остваривање добрих односа са пријатељима и породицом, учествовање у друштвеним активностима и рекреацији, живот у сигурном суседству са одговарајућом инфраструктуром, поседовања довољне количине новца и независности⁴.

Здравље и квалитет живота

Са становишта готово сваке дисциплине постоји потреба да се дефинише здравље истичући медицински, еколошки, социолошки, економски, психолошки аспект, као и друге аспекте здравља. Све те слике се надовезују и преклапају, па је шира слика и богатија и истинитија, а расправе и надметања која се о томе воде често су одраз ставова и интереса појединих стручних скупова, које тако бране своје место у заштити и очувању здравља⁹.

Практично до 1948. године на концепт здравља гледало се доста поједностављено, без озбиљних покушаја да се уклоне недостаци тра-

диционалних дефиниција. Тек у Уставу Светске здравствене организације (СЗО) здравље се дефинише као „стање потпуног физичког, менталног и социјалног благостања, а не само одсуство болести и онеспособљености“¹⁰.

Упркос дебати коју је изазвала ова утопијска дефиниција, она је водила већем усмеравању ка ширем, позитивнијем концепту здравља, пре него уском, негативном (базираном на болестима)¹¹.

Многи истраживачи који су се бавили теоријом здравља били су склони да квалитет живота поистовете са здрављем. Међутим, у савременој науци је овај став превазиђен.

Здравље је основни део квалитета живота који је најважнији циљ развоја друштва. Здравље је у основи економског развоја и интегрални део људског благостања¹².

У процени здравља и квалитета живота све већи значај добија самопроцена здравља¹³. Самопроцена здравља представља перцепцију и процену појединца која се односи на његово здравље. Самопроцена здравља, здравствено стање и квалитет живота повезан са здрављем су термини који се често замењују. Ипак, литература потврђује став да је самопроцена здравља укључена у концепт општег здравственог стања, који је, опет, укључен у концепт квалитета живота повезаног са здрављем, односно сматра се да је квалитет живота мултидимензионални, а према томе и шири концепт од самопроцене здравља. Најчешћи начин за мерење самопроцене здравља јесте употреба једног питања у коме се тражи од појединца да да општу оцену његовог здравља. Постоје три главне категорије овог питања: појединац оцењује своје здравље уопштено, поредећи са другим особама исте старости, или поредећи у односу на одређено време у прошлости¹⁴.

Сматра се да је самопроцена здравља свеобухватни индикатор квалитета живота повезаног са здрављем, а често се његова свеобухватност сматра изненађујућом с обзиром на то да се овај индикатор базира на само једном питању^{15,16}.

У литератури постоје два главна концептуална приступа процени квалитета живота: стандардни приступ базиран на потребама, где је квалитет живота виђен као опсег до ког су

неке универзалне потребе задовољене, и други приступ психолошког процеса, где се сматра да је квалитет живота састављен од евалуације појединца о главним личним аспектима живота. Велика већина студија о квалитету живота у вези са здрављем користи стандардни-потреба приступ, у коме се здравље сматра основном потребом, и инструменти за мерење се користе да одреде ниво до ког пацијенти сматрају да је ова потреба задовољена, претпостављајући да здравље остаје једнако важно код људи са болестима и онеспособљеностима. Други приступ, насупрот томе, не подразумева да је здравље или било који други аспект живота важнији од других. Овај приступ прво истражује који аспекти живота су важни за појединца, а онда постављају питање да оцени квалитет живота мерећи све аспекте¹⁷.

Скорашњи важан и високо утицајни допринос расправи о процени квалитета живота било је учешће СЗО у покушају да дефинише концепт и да развије одговарајући инструмент за процену. Истраживачи на овом пољу трагали су за начином како да инкорпорирају и субјективне и објективне елементе. Полазећи од гледишта да је квалитет живота субјективан и широк концепт, СЗО је тежила да идентификује и тестира различите аспекте квалитета живота и да испита у студијама у различитим културама у каквој вези су ови аспекти са концептом. Резултат овог истраживања јесте дефинисање четири широка домена која су битна за квалитет живота: физичко здравље, психолошко благостање, социјални односи и окружење^{18,19}.

Свака област квалитета живота може имати последични утицај на оне друге. Тако на пример, приступачност транспортним средствима омогућава независност и учешће у социјалним активностима, унапређује живот и побољшава квалитет живота, али ово је делимично зависно од здравственог стања и располагања са финансијским средствима⁴.

Мерење квалитета живота

Инструменти за процену квалитета живота могу бити општи (генерички) или специфични упитници.

Општи упитници нису специфични за одређену болест или групацију пацијената и примењују се у општој популацији, као и за поређење здравственог стања. Специфични упитници се могу конструисати за одређено стање, одређену болест или одређену врсту третмана²⁰.

Суштинске разлике међу упитницима не постоје, оне се углавном односе на степен до ког се наглашава објективна димензија здравља у поређењу са субјективном, као и у односу на то који је аспект здравља доминантније истакнут, или у односу на сам формат и прецизност питања.

Поред тога што треба да буду конципирани и конструисани у складу са међународно прихваћеним стандардима, упитници пре употребе морају бити тестирани на основу два критеријума: испитивањем валидности и поузданости упитника²¹.

Одсуство концептуалне сагласности утицало је на број инструмената који су сачињени за мерење квалитета живота. Већина инструмената је усмерена на процену квалитета живота код специфичне болести, а мало је општих мерила. Према ауторки Ен Боулинг (Ann Bowling) често је термин квалитет живота коришћен као замена за здравље, функционалну способност или психолошко благостање. Као последица тога, појам квалитета живота често маскира разлике како у концептуалном смислу тако и у условима процене или мерења. Развој и употреба инструмената за процену такође је привукао широку критику јавности због свог пре-доминантног наглашавања објективних аспеката квалитета живота и недостатка пажње усмерене на субјективно искуство. Колман (Calman) је, на пример, доказивао да је квалитет живота потпуно субјективан концепт коме сваки појединац приписује одређено значење, али то значење варира међу појединцима, и полазећи од такве тачке гледишта, поређење међу појединцима је тешко, ако не и немогуће²².

Субјективност и комплексност квалитета живота представља изазов не само са аспекта дизајнирања и састављања скала за мерење, већ и бодовања и оцењивања²³.

Мултидимензионалност самог концепта квалитета живота потврђује се и анализом ин-

струмената за његово мерење. Најчешће заступљени домени у најзначајнијим упитницима који се користе односе се на физичко, психичко и социјално функционисање (здравље).

У генеричке инструменте за испитивање квалитета живота који су у великој мери развијени ван болест-специфичног контекста спадају: инструменти World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-100, WHOQOL-BREF), LEIPAD упитник, CASP-19, QLQ упитник (Quality of life questionnaire).

Упитници СЗО, WHOQOL-100 (World Health Organization Quality of Life-100) и краћа верзија WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life-BREF) развијени су у сарадњи са петнаест међународних центара са намером да се употребљавају у различитим културама, омогућавајући међународна поређења. Ови инструменти садрже питања која припадају доменима физичког здравља, психичког здравља, социјалних односа и окружења, као и питања која се односе на целокупни квалитет живота и опште здравље. Питања су дата у петостепеној Ликертовој скали, а временска одредница за сва питања је „у последње две недеље“²⁴.

Валидност и поузданост BREF верзије упитника на српском језику потврђена је у истраживању о квалитету живота које је рађено на узорку особа старости 65 и више година које су смештене у геронтолошком центру^{24,25}.

LEIPAD упитник је сачињен под покровитељством Европске канцеларије СЗО, намењен за процену мултидимензионалног квалитета живота старих особа, а сам назив инструмента потиче од првих слова два од три града из којих су главни универзитети који су учествовали у креирању (LEIden, PADua и Helsinki). Циљ научника је био да створе инструмент који је осетљив на промене и који процењује квалитет живота субјективно из перспективе старих особа, али и да садржи објективне ставке. Актуелна верзија има укупно 49 ставки, од којих је 31 распоређено у 7 подскала (физичко функционисање, самобрига, депресија и анксиозност, когнитивно функционисање, социјално функционисање, сексуално функционисање и задовољство животом) и преосталих

18 који омогућавају посредну процену утицаја фактора социјалне пожељности и личних карактеристика на вредност скорa за подскеале овог инструмента²⁶.

Хигс (Higgs) и сарадници дизајнирали су CASP-19 инструмент за мерење квалитета живота у раном старијем добу. Само име осликава садржај инструмента, односно садржи 19 ставки распоређених у четири домена: контрола (Control), аутономија (Autonomy), самореализација (Self-realization) и задовољство (Pleasure). Инструмент се базира на моделу задовољења потреба који је дао Маслоу (Maslow)²³.

Инструмент за испитивање квалитета живота особа старости 18 и више година у дескриптивним истраживањима и истраживањима намењеним евалуацији резултата јавних служби, QLQ упитник, дизајнирали су

аутори Иванс (Evans) и Коуп (Cope). Укупно 192 ставке је распоређено у 5 главних домена (опште благостање, међуљудски односи, организационе, професионалне и рекреативне активности и активности у слободном времену) а временска одредница је „у садашњем времену“²³.

Индивидуализована генеричка мерила квалитета живота, као што су SEIQoL (Schedule for the evaluation of individual quality of life) и PGI (Patient generated index), омогућавају да појединци на основу својих критеријума истакну области живота које они сматрају да су најзначајније за њихов квалитет живота, а потом је на њима да истакну приоритете, односно да оцене области које су навели. Ово су инструменти који захтевају комплексне методе бодовања и оцењивања, као и обученог анкетара за валидне резултате и оптималну стопу одговора²⁷.

Литература

1. Saxena S, Orley J. Quality of life assessment: the World Health Organization perspective. *Eur Psychiatry*. 1997; 2: : 63-266.
2. Bullinger M, Ravens-Sieberer U. Health related quality of life assessment in children: a review of the literature. *Rev Eur Psychol App*. 1995. 5: 45-254.
3. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. *N Engl J Med*. 1996; 34(13): 35-840.
4. Bowling A. Concepts of functioning, health, well-being and quality of life. In: *Measuring Health. A review of quality of life measurement scales*. 3rd ed. Berkshire: Open University Press, 2005: 1-9.
5. Sollano JA, Rose EA, Williams DL, Thorton B, Quint E, Apfelbaum M, et al. Cost-effectiveness of coronary artery bypass surgery in octogenarians. *Annals of Surgery*. 1998. 228(3): 297-304.
6. McDowell I. General Health Status and Quality of Life. In: *Measuring Health*. New York: Oxford University Press, 2006: 520-703.
7. De Haes JCJM, Van Knippenberg FCE. The quality of life of cancer patients: a review of the literature. *Soc Sci Med*. 1985; 20: 809-817.
8. Miettinen J. Quality of life from the epidemiologic perspective. *J Chron Dis*. 1987; 40: 641-643.
9. Јакшић Ж., Пребер Ж., Ковачић Ј., Шошић З., Јуреша В., Ланг С. et al.: Социјална медицина. Медицинска наклада. Загреб: Медицинска наклада; 2000.
10. Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946; signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948.)
11. Seedhouse D. *Health: the Foundations of Achievement*. Chichester: John Wiley; 1986.
12. Ач Николић Е.: Утицај појединих компоненти здравља на квалитет живота старих. Докторска дисертација. Универзитет у Новом Саду. Нови Сад, 2002.
13. Стаматовић М., Јаковљевић Ђ., Мартинов-Цвејин М.: Здравствена заштита. Београд: Завод за уџбенике и наставна средства; 1995.
14. Bardage C. Cardiovascular disease and hypertension. Population-based studies on self-rated health and health-related quality of life in Sweden. *Acta Univ. Ups. Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Pharmacy*. Uppsala 2000.
15. Huang GH, Palta M, Allen C, LeCaire T, D'Alessio D. **Wisconsin Diabetes Registry: Self-rated health among young people with type 1 diabetes in relation to risk factors in a longitudinal study.** *Am J Epidemiol*. 2004; **159**(4): 364-372.
16. Tsai J, Ford ES, Li C, Zhao G, Balluz LS. **Physical activity and optimal self-rated health of adults with and without diabetes.** *BMC Public Health*. 2010; **23**(10): 365.

17. Browne JP, McGee H, O'Boyle CA. Conceptual approaches to the assessment of quality of life. *Psychology and Health*. 1997; 1: 737-751.
18. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*. 1998; 28: 551-558.
19. World Health Organization. WHOQOL-BREF Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment. [cited 2010. July 27]. Available from: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf
20. Haywood KL, Garratt AM, Fitzpatrick R. Quality of life in older people: A structured review of generic self-assessed health instruments. *Quality of Life Research*. 2005.14; 7: 1651-1668.
21. Scientific Advisory Committee of Medical Outcomes Trust. Assessing health status and quality of life instruments: Attributes and review criteria. *Quality of Life Research*. 2002; 11(3): 193-205.
22. Hendry F, McVittie C. Is quality of life a healthy concept? Measuring and understanding life experiences of older people. *Qualitative health research*. 2004; 14: 7: 961-975.
23. Bowling A. Measures of broader quality of life. In: *Measuring Health. A review of quality of life measurement scales*. 3rd ed. Berkshire: Open University Press, 2005; 148-164.
24. Ач-Николић Е., Чанковић С., Драгњић Н., Радић И.: Испитивање валидности и поузданости WHOQOL-BREF упитника за популацију старих у Војводини. *Зборник Матице српске за друштвене науке*. 2010; 131: 211-220.
25. Чанковић С: Процена квалитета живота старих особа које живе у геронтолошком центру. Завршни рад. Универзитет у Новом Саду. Нови Сад, 2011.
26. DeLeo D, Diekstra RFW, Lonnquist J, Trabucchi M, Cleiren MHPD, Frisoni GB, et al. LEIPAD, an internationally applicable instrument to assess quality of life in the elderly. *Behavioral Medicine*. 1998; 24:17-28.
27. Joyce CRB, McGee HM, O'Boyle CA. Individual quality of life: review and outlook. In: Joyce CRB, O'Boyle CA, McGee HM. *Individual Quality of life. Approaches to Conceptualisation and Assessment*. Amsterdam: Harwood Academic Publishers, 1999.

Контакт: Др Соња Чанковић, Институт за јавно здравље Војводине, Футошка 121, Нови Сад, тел: 021/4897-866; моб.: 064/156-89-69; sonja.cankovic@izjzv.org.rs