Merenja uticaja socijalne mreže i socijalne podrške na zdravlje i kvalitet života starih

Mile Despotović

Visoka medicinska škola strukovnih studija Čuprija / College of Health Studies, Čuprija, Serbia

PRIMLJEN / RECEIVED 06.04.2012

PRIHVAĆEN / ACCEPTED 29.05.2012

APSTRAKT

Istraživanja koja se bave ispitivanjem uticaja socijalne mreže i socijalne podrške na zdravlje, odnosno kvalitet života (kvalitet života u vezi sa zdravljem), zasnivaju se na velikom broju različitih pristupa merenju ovih entiteta. Karakteristike socijalne mreže mere se brojem članova mreže, diverzitetom socijalnih kontakata, kontinuitetom kontakata i ispadima iz mreže, načinom komunikacije, frekvencijom kontakata, redovnošću. Ova merenja su u direktnoj funkciji socijalne podrške. Socijalna podrška se može meriti sa aspekta funkcije: emotivna, materijalna, informaciona, podrška kroz druženje. Takođe, ona se može sagledavati kao objektivni ili subjektivni parametar. Socijalna podrška se meri različitim skalama. Tri skale izazivaju pažnju, kao sveobuhvatne skale koje imaju kapacitet da mere više funkcija, više dimenzija i aspekata socijalne podrške. To su: Berlinske skale socijalne podrške (Berlin Social-Support Scales BSSS) koje su razvijene za potrebe onkoloških klinika, Skala multidimenzionalne (socijalne) podrške – MDSS, Multidimenzionalna skala za procenu percepcije socijalne podrške. U istraživanjima uticaja socijalne podrške na zdravlje, samo zdravlje je najčešće mereno pojedinačnim parametrima ili indeksima dobijenim iz različitih korišćenih skala ili upitnika: samoprocena zdravlja (Self-rated health - SRH), the EuroQol Group – indeks EQ-5D - verzija 3 nivoa i verzija sa 5 nivoa. Kvalitet života se najčešće meri kao zadovoljstvo životom ili nekim njegovim delom (aspektom). U istraživanjima socijalne podrške i njenog uticaja na kvalitet života najčešće su korišćene subjektivne mere za procenu kvaliteta života, najčešće Indeks subjektivno procenjenog blagostanja (SWB) ili Indeks zadovoljstva životom (Life Satisfaction Index - LSI-A). Oba se izračunavaju kao skor ocena (vrednosti) na višestepenoj Likertovoj skali.

Ključne reči: kvalitet zdravstvene zaštite; socijalna podrška; stari.

Measuring the impact of social network and social support on health and quality of the life of the elderly

ABSTRACT

Research works dealing with examination of the impact of social network and social support on health and quality of life (quality of life in connection with health), are based on a large number of different approaches to measuring these entities. Characteristics of a social network are measured by the number of network members, diversity of social contacts, continuity of contacts and network dropouts, communication mode, frequency of contacts, regularity. These measurements are a direct function of social support. Social support can be measured from the aspect of function: emotional, material, informational, support through social affiliation. Also, it may be viewed as an objective or a subjective parameter. Social support is measured using different scales. Three scales draw attention as all-around scales with the capacity to measure several functions, dimensions and aspects of social support. These are: Berlin Social-Support Scales (BSSS) (that were originally developed for the needs of oncological clinics), Scale of multidimensional (social) support (MDSS), Multidimensional scale for estimate of perception of social support. Research of impact of social support on health has most often measured health by means of individual parameters or indices obtained from different scales or questionnaires used: self-rated health – SRH, the EuroQol Group – index EQ-5D – version with 3 levels and version with 5 levels. Quality of life is most often measured as a satisfaction with life or with an aspect of life. In research of impact of social support on quality of life subjective measurements have been used most often to estimate quality of life; most frequently, Index of Subjective Well Being (SWB) or the Life Satisfaction Index (LSI-A). Both are calculated as a score of values on a multistage Likert scale.

Keywords: quality of health care; social support; aged.

KORESPONDENCIJA / CORRESPONDENCE

Mile Despotović, Visoka medicinska škola strukovnih studija, Čuprija, Srbija, Tel. 0641639246

Mile Despotovic, College of Health Studies, Čuprija, Serbia, Phone: +381641639246

UVOD

Mnoga naučna istraživanja o zdravlju i kvalitetu života starih uključuju procenu uticaja socijalne mreže i socijalne podrške u očuvanju i unapređenju njihovog zdravlja i njihove funkcionalne sposobnosti.

Socijalnu mrežu čine različiti elementi (individue ili grupe, organizacije) i njihova povezanost ili interakcije. Može se reći da socijalna mreža podrazumeva uloge i veze kojima se individua uključuje u mrežu odnosa: rođaćkih, bračnih, prijateljskih, susedskih, religijskih (izvor emocionalne snage dobrom broju ljudi leži u religiji, a tu je i pomoć od religijskih organizacija)... Život svakog pojedinca isprepleten je brojnim svakodnevnim kontaktima sa drugim pojedincima i sa grupama, što neminovno dovodi do stvaranja mreže različitih odnosa i sprega. Svi ti odnosi i sve te sprege utiču na život, a samim tim i na zdravlje i kvalitet života. Socijalna mreža je definisana i kao struktura koja omogućava podršku merenu funkcionalnim sadržajem socijalnih odnosa i koja obuhvata resurse ili pomoć obezbeđenu jednoj individi.¹

Socijalna mreža i socijalna podrška posebno su značajne u entitetu očuvanja i unapređenja zdravlja, kao i u sveoukupnoj organizaciji i rehabilitaciji starih. Posebno zbog smanjenja socijalne mreže usled mentalnih i fizičkih ograničenja, odlaska u penziju, smrti partnera i prijatelja.

Treba napraviti razliku u istraživanjima između socijalne mreže koja evidentno postoji i mreže kroz koju se (ili koja pruža) ostvaruje socijalna podrška, odnosno kvantiteta i kvaliteta socijalne mreže. Procena kvaliteta se može iskazati kroz zadovoljstvo individue, poređenjem zdravlja i blagodeti osoba koje imaju različit nivo podrške socijalne mreže.

U zadovoljenju potreba starih sve funkcije socijalne mreže možemo svrstati u tri grupe: 1) psihosocijalna podrška; 2) kognitivna podrška i 3) instrumentalna podrška. Psihosocijalna podrška obuhvata podršku u sferi očuvanja i podizanja nivoa zadovoljstva životom, postizanje i očuvanje pozitivnog stava prema sebi i drugima, stvaranje uslova i integraciju u socijalno okruženje, obezbeđenje i unapređenje komunikacije i samorealizacije u društvu i porodici, smanjenje osećaja beskorisnosti i bespomoćnosti zbog postojećih ograničenja, a promociju mogućnosti i preostalih snaga, odnosno preostalih mentalnih i fizičkih potencijala. Kognitivna podrška se odnosi, pre svega, na davanje informacija (davanje saveta – konsultacija, bilo da su deo svakodnevnog života, bilo da se radi o rešavanju finansijskih, pravnih, pa i zdravstvenih problema....) Instrumentalnu podršku čini podrška koja se odnosi na pomoć u

zadovoljenju svakodnevnih potreba kao što su pripremanje hrane, hranjenje, oblačenje, higijena, kupanje, snabdevanje, pomoć pri fizičkim aktivnostima, poput izlaska iz doma, pri šetanju.

Slika 1. Funkcije socijalne mreže

Zdravlje je sa svom svojom kompleksnošću i multidimenzionalnošću definisano kao odsustvo bolesti i nesposobnosti, kao unutrašnja ravnoteža i ravnoteža sa spoljašnjom sredinom, kao pozitivno psihosocijalno iskustvo. Na pitanje „Da li ste zdravi?“ dobiće se, od različitih ljudi, različiti odgovori, jer svako od njih može različite ispade tolerisati i kontrolisati do određenog nivoa. Ovo posebno karakteriše populaciju starih (npr. stara osoba će odgovoriti da je zdrava ako može da ide sama da prošetata, ode sama u nabavku i pored toga što oseća manje bolove u zglobovima). Od faktora koji narušavaju zdravlje naročit uticaj dolazi od socijalnih, koji se mogu meriti i na koje se može delovati. Umesto klasičnih metoda merenja zdravlja na osnovu morbiditeta i mortaliteta u primeni je generički pristup, koji počiva na pojedincima, zdravim i bolesnim. Generički pristup predstavlja prilagođavanje merenja zdravlja stvarnoj zdravstvenoj situaciji, odnosno svaka individua se nalazi između krajnjih tačaka punog zdravlja i terminalnog stadijuma bolesti, što se mora manifestovati pri merenju zdravlja.²

Zdravlje je najbitnija komponenta kvaliteta života, koji se definiše kao sreća ili zadovoljstvo životom pojedinca u domenima koji on smatra značajnim. Procena kvaliteta života predstavlja dva subjektivna razmatranja: koliko je dati domen značajan za osobu i koliko je ona zadovoljna tim domenom. Danas se u proceni kvaliteta života u prvi plan ističe kvalitativni aspekt i kvalitet se najčešće meri subjektivnom percepcijom. Naznačajnija pitanja kvaliteta života starih su direktno povezana sa zdravljem (kvalitet života starih je glavni cilj zdravstvene zaštite). Sharon Wood-Dauphnee uvodi termin „reintegracija u normalan život“, koji označava nivo osposobljenosti individue da može da

funkcioniraju bez ili uz pomagala. Važno je da individua radi ono što želi, potpuno svesna svojih ograničenja.³ Elkinton, 1996, u svom radu „Anali interne medicine“ ističe da cilj lekara nije samo spasiti život, nego i osposobiti pacijenta da što kvalitetnije živi. Mere kvaliteta života starih uključuju fizičku aktivnost, emocionalno i kognitivno funkcionisanje, značaj pojedinih funkcija za njega, sagledavanje sposobnosti, zdravlja i blagostanja kao sredstava za ispunjenje, procenu budućnosti, vrednovanje postojećih tegoba.

MERENJA

Istraživanja koja se bave ispitivanjem uticaja socijalne mreže i socijalne podrške na zdravlje, odnosno kvalitet života (kvalitet života u vezi sa zdravljem), zasnivaju se na velikom broju različitih pristupa merenju ovih entiteta. Razlike između njih se odnose na predmet merenja (struktura i funkcije), aspekt koji se sagledava (objektivne vs. subjektivne mere), mogućnosti kvantifikacije, tehniku merenja (parametri, indikatori, indeksi ili kombinacije). Zdravlje je mereno pojedinačnim parametrima ili indeksima dobijenim iz različitih korišćenih skala ili upitnika. Kvalitet života se najčešće meri kao zadovoljstvo životom ili nekim njegovim domenom (aspektom).

Tabela 1. Instrumenti procene (broj u zagradi označava referencu)

Socijalna podrška
1. Upitnik socijalne podrške (Social support questionnaire - SSQ6), (5)
2. Skala socijalne podrške za procenu sadržaja i načina korišćenja slobodnog vremena (Social support for leisure - SSL), (6)
3. Skala socijalne podrške za vežbanje (Social Support for Exercise Behaviors Scale), (6)
4. Procena percepcija emotivne podrške dostupnošću poverljivih osoba sa kojima se može diskutovati o intimnim i ličnim stvarima, (7)
5. Revidirana UCLA Skala usamljenosti (The Revised UCLA Loneliness Scale), (8)
6. Standardni upitnici socijalne podrške za dijabetičare, (9)
7. Liste za proveru socijalnih iskustava (Social Experiences Checklist), (10)
8. Owner Pet Relationship scale, (11)
9. Berlinske skale socijalne podrške (Berlin Social-Support Scales BSSS), (12)
10. Skala multidimenzionalne (socijalne) podrške (MDSS The Multi-Dimensional Support Scale), (13)
11. Multidimenzionalna skala za procenu percepcije socijalne podrške, (14)
Zdravlje
1. Samoprocena zdravlja (Self-rated health - SRH), (17)
2. Indeks EQ-5D (EQ-5D-3L, EQ-5D-5L), (19)
Kvalitet života
1. Indeks subjektivno procenjenog blagostanja (Subjective well-being - SWB), (18)
2. Indeks zadovoljstva života (Life Satisfaction Index - LSI-A), (18)
3. Samoprocena zadovoljstva životom (Satisfaction with Life Scale), (6)
4. The 12-Item Short Form Health Survey (SF-12); 36-Item Short Form Survey (SF-36), (20,21,22)

Socijalna mreža i socijalna podrška

Karakteristike socijalne mreže mere se u funkciji socijalne podrške, najčešće da bi se sagledao izvor relevantne podrške. Kroz fizičko postojanje mreže i njenu intaktnost i iskustva u komunikaciji procenjuje se percepcija socijalne podrške. Kroz komunikacije u mreži meri se instrumentalna (materijalna) podrška.⁴

Karakteristike socijalne mreže mere se brojem članova mreže, diverzitetom socijalnih kontakata (kontakti unutar porodice sa roditeljima, decom, bračnim partnerom, komunikacije sa prijateljima, rođacima, poznanicima, komšijama), kontinuitetom kontakata i ispadima iz mreže (povremeni ili trajni nedostatak komunikacije sa subjektima u mreži), načinom komunikacije (lično/telefonom), frekvencijom kontakata, redovnošću. Ova merenja su u direktnoj funkciji socijalne podrške.⁴

Socijalna podrška se može meriti na nekoliko različitih načina

Najpre, ona se može meriti sa aspekta funkcije.

Emotivna podrška je ponuda empatije i brige, nežnosti, ljubavi, poverenja, prihvatanja, intimnosti i podsticaja ili nege. To je toplina i sigurnost koju obezbeđuje izvor socijalne podrške. Pružanje emotivne podrške pojedinac oseća i može da je valorizuje, kao osećaj da je poštovan ili uvažen.

Materijalna (opipljiva) podrška ostvaruje se kroz pružanje (dobijanje) finansijske pomoći, materijalnih dobara, odnosno usluga. Često se naziva i instrumentalna podrška, a obuhvata konkretne, neposredne načine kojima ljudi pomažu drugima.

Informaciona podrška je davanje saveta, usmerenja, sugestija ili korisnih informacija nekome. Ovaj tip podrške pomaže i osposobljava druge da sami reše svoj problem.

Podrška kroz druženje je vrsta podrške koja daje nekome osećaj društvene pripadnosti (pa se tako i naziva). Ova funkcija se može posmatrati kroz uključivanje ili učešće u zajedničkim društvenim aktivnostima.

Sve nabrojane funkcije su podjednako čest predmet istraživanja.

Socijalna podrška se može sagledavati kao objektivni (dobijena socijalna podrška) ili subjektivni parametar (procena raspoloživosti socijalne podrške u slučaju potrebe).

Ovaj aspekt je veoma čest predmet istraživanja. Ne retko se apostrofira da je ljudima važnija percepcija socijalne

podrške nego njeno neposredno dobijanje.

Procena socijalne podrške može se odnositi na strukturalne mogućnosti za ostvarivanje (dobijanje) podrške kroz uključenost (integrisanost) u različite društvene strukture ili na njeno neposredno ostvarivanje (funkcionalni pristup). Na strukturalnom pristupu razvijena je čitava teorija o socijalnom kapitalu kao parametru socijalne integracije; socijalni kapital se definiše kao mogućnosti za ostvarivanje benefita kroz uključenost u društvene strukture (crkvu, političke organizacije, organe, društvene organizacije, grupe za samopomoć i uzajamnu pomoć, neformalne grupe). Ovaj aspekt se meri kroz obim i karakter socijalne integracije, a predstavlja meru raspoloživosti socijalne podrške.

Funkcionalna podrška tiče se posebnih aktivnosti i mera (funkcija) koje mogu da obezbede ili obezbeđuju (pružaju) članovi društvene mreže, kao što je emotivna, instrumentalna, informativna, podrška kroz druženje. Ona meri dostupnost usluga socijalne podrške.

Veoma često, socijalna podrška meri se različitim skalama. Ove skale su napravljene da mere socijalnu podršku u generičkom smislu, određeni deo socijalne podrške ili socijalnu podršku za konkretan entitet.

U istraživanjima su korišćene različiti tipovi ovih skala, ali je svima zajedničko da se socijalna podrška najpre opiše određenim obeležjima, zatim se od osobe traži da oceni ispunjenje svakog aitema od minimuma do maksimuma, posle čega se računa indeks (zbirna ocena svih ocena).

Instrumenti procene socijalne podrške

U dostupnoj literaturi apostrofirani su:

- Upitnik socijalne podrške (Social support questionnaire - SSQ6), koji se može izraziti kroz obim raspoložive socijalne podrške (kvazi-strukturalna mera - SSQnum) ili kroz zadovoljstvo ukupnom podrškom koja je raspoloživa (mera percepcije - SSQsatisf); ovaj upitnik ima 6 pitanja o vrstama socijalne podrške koja je potrebna starim (sa mogućnošću ocene od 0 nedostupna do 9 maksimalno dostupna) sa mogućnošću ocene zadovoljstva dobijenom podrškom (na šestostepenoj skali).⁵

- Skala socijalne podrške koja se odnosi na sadržaj i način korišćenja slobodnog vremena (Social support for leisure - SSL); ova skala meri stav starih o mogućnosti da koriste slobodno vreme na način koji oni žele i odnos okoline (podršku koju im u tome pružaju porodica i prijatelji).⁶

- Skala socijalne podrške za vežbanje (Social Support for Exercise Behaviors Scale); predstavlja matematički izraz odgovora ispitanika na 12 pitanja koja se odnosi na podršku porodice i prijatelja vrednovanih na šestostepenoj Likertovoj skali.⁶

- Percepcija emotivne podrške procenjuje se dostupnošću poverljivih osoba sa kojima se može diskutovati o intimnim i ličnim stvarima, koje mogu biti oslonac u svakoj životnoj situaciji.⁷

- Revidirana UCLA Skala usamljenosti (The Revised UCLA Loneliness Scale), razvijena na Univerzitetu Kalifornije, Los Andjeles, ima 20 aitema koji vrednuju mere opšte usamljenosti i osećaja socijalne izolacije kao parametra (nedostajuće) socijalne podrške.⁸

- Socijalna podrška kod dijabetičnih pacijenata procenjivana je korišćenjem 4 standardna upitnika socijalne podrške za dijabetičare ili integrisanjem određenih parametara koji se njima prate.⁹

- Socijalna podrška je takođe merena i korišćenjem Liste za proveru socijalnih iskustava (Social Experiences Checklist).¹⁰

- Owner Pet Relationship scale sa 15 aitema i brojne druge.¹¹

Tri skale izazivaju pažnju, kao sveobuhvatne skale koje imaju kapacitet da mere više funkcija, više dimenzija i aspekata socijalne podrške. To su:

- Berlinske skale socijalne podrške (Berlin Social-Support Scales BSSS) koje su razvijene za potrebe onkoloških klinika.¹²

- Skala multidimenzionalne (socijalne) podrške - MDSS.¹³

- Multidimenzionalna skala za procenu percepcije socijalne podrške.¹⁴

Berlinske skale socijalne podrške (Berlin Social-Support Scales BSSS)

Razvijene su za potrebe jedinica koje se bave hirurijom kancera u Nemačkoj. Evaluirane su u više istraživanja i danas se široko koriste kod obolelih od raka.¹²

Ona raspolaže sa 5 psihometrijskih skala za merenje podrške, na koja odgovaraju i primalac i davalac. Njima se meri percepcija podrške (emocionalne i instrumentalne), potreba za podrškom, traženje podrške, evaluira upravo dobijena podrška i meri njen efekat puferovanja od dobijene podrške. Skalama su obuhvaćene sve kognitivne, afektivne i bihevioralne dimenzije socijalne podrške (emotivna, instrumentalna, informativna i podrška druženjem).

Mogući odgovori se vrednuju (ne slažem se, 1 bod, donekle se ne slažem, 2 boda, donekle se slažem, 3 boda i sasvim se slažem, 4 boda). Negativne stavke boduju se na isti način, ali se pri izračunavanju skora, ove vrednosti uzima sa negativnim predznakom.

Vrednost se izračava kao zbir vrednosti svih odgovora ili kao srednja vrednost. Unutar ovih skala može se posebno računati vrednost određene dimenzije (npr. emotivne podrške ili instrumentalne podrške), aspekta (pozitivnog ili negativnog) ili se svaki deo podrške (potreba, traženje, pružanje) može ocenjivati zasebno.

Skala multidimenzionalne (socijalne) podrške (MDSS The Multi-Dimensional Support Scale)

Razvijena na temelju radova Njolinga i Vajnfilda iz devedestih godina prošlog veka.¹⁵ Aitemi ove skale odnose se na emocionalnu, praktičnu (instrumentalnu, opipljivu) i informacionu podršku.

Procena se vrši upitnikom koji sadrži pitanja: koliko je davalac podrške spreman da sluša kada primalac želi da razgovara o svom problemu, koliko se davalac trudi da razume problem primaoca, koliko često davalac manifestuje odgovornost pružajući konkretnu praktičnu pomoć primaocu, koliko često davalac daje informacije ili savete koji primaocu pomažu da sam reši problem, koliko saveti davalaca pomažu da se prilac nosi sa svojim problemima.

Ona procenjuje percepciju dostupnosti i adekvatnosti socijalne podrške iz različitih izvora kroz 16 aitema.

Dostupnost podrške meri se ukupnom frekvencijom suportativnog ponašanja – nikad, ponekad, često, uvek ili skoro uvek koji se ocenjuju od 1 do 4. Percepcija adekvatnosti podrške procenjuje se zadovoljstvom korisnika (primaoca) podrške frekvencijom suportativnog ponašanja – trebalo bi mi više, trebalo bi mi manje, baš koliko treba.

Pitanja se adresiraju na nekoliko grupa različitih davalaca. Prva grupa davalaca su uvek poverljive osobe (porodica i najbliži prijatelji), druga grupa su uvek vršnjaci koji imaju iste probleme i žive u istim okolnostima (žrtve prirodnih katastrofa, kolege s posla, ljudi s istim problemom), a treća grupa su uvek eksperti (lekari, šefovi na poslu).

U originalnom obliku, MDSS skala procenjuje odnos sa članovima porodice, prijateljima s posla/studija, šefovima (pretpostavljenima bilo koje vrste), manifestovan tokom zadnjeg meseca kroz 16 aitema.¹⁶

MDSS skala korišćena je u više različitih oblasti za procenu socijalne podrške kod studenata, pacijenata obolelih od kancera, žrtava zemljotresa, pacijenata koji se vraćaju na reoperaciju, majki koje primaju socijalnu pomoć za negu deteta, ljude koji brinu o članovima porodice obolelim od šizofrenije.

U verziji MDSS koja je korišćena u proceni socijalnih potreba osoba obolelih od raka dojke analizirana je socijalna podrška porodice i najbližih prijatelja, žena koje imaju ili su imale rak dojke u prošlosti, zdravstvenih i medicinskih profesionalaca (lekara opšte prakse, sestara, hirurga, onkoterapeuta, fizioterapeuta), kolega i šefova (pretpostavljenih) s posla.¹⁴

Kao glavne komparativne prednosti ove skale iskazani su njena kratkoća (i lakoća administriranja, sa mogućnošću ponavljanja) i fleksibilnost (može se prilagođavati prema istraživačkim potrebama). Validnost i preciznost ove skale su evaluirane. Upitnici imaju visoku konzistentnost (o čemu svedoči visoki alfa-koeficijent interne preciznosti - internal reliability).

MDSS skala koja se koristi za procenu percepcije socijalne podrške kod starih prvi put je korišćena 2006. godine, na Univerzitetu u Adelaidi, u istraživanju veze percipirane socijalne podrške sa zdravljem starih osoba, na uzorku od 314 ispitanika, prosečne starosti 71,6 godina. Ova verzija je pokazala dobru internu pouzdanost (alfa koeficijente 0.89 za podršku koju pružaju poverljive osobe, odnosno 0.88 za podršku zdravstvenih radnika) i korelaciju sa merama psihičkog blagostanja.

Percepcija socijalne podrške koja je dostupna starima.

Multidimenzionalna skala za procenu percepcije socijalne podrške.¹⁶

Ova skala procenjuje percepciju socijalne podrške koju može imati čovek od porodice, prijatelja ili nekog drugog, u svakom slučaju značajnog subjekta socijalne mreže. Socijalna podrška iz određenog izvora se meri na sedmostepenoj Likertovoj skali. Percepcija se može iskazati zbirno, za sve aiteme i sve izvore i po izvorima.

Zdravlje

Samoprocena zdravlja (Self-rated health - SRH) je često korišćena mera (zdravstveni indikator) u istraživanju zdravstvenih nejednakosti koje su determinisane razlikama u socijalnoj podršci u razvijenim zapadnim zemljama⁷, kao

i zemljama u razvoju.¹⁷ Zdravlje se u ocenjuje kao odlično, normalno i loše.

Među ovakvim instrumentima, veoma značajno mesto zauzima instrument koji je razvila the EuroQol Group – indeks EQ-5D.¹⁹

EQ-5D je standardizovana mera zdravstvenog stanja koja je nastala kao rezultat težnje da se dođe do jednostavne, generičke mere zdravlja za potrebe kliničkih i ekonomskih evaluacija.¹⁹ Primenljiva je na širok spektar zdravstvenih entiteta (stanja) i različite tretmane i predstavlja osnovu za jednostavno kreiranje zdravstvenog profila i njegovo izražavanje jednim brojem na bazi izračunate vrednosti indeksa zdravstvenog stanja. Od kad je razvijena do danas široko se koristi u kliničkim i ekonomskim evaluacijama, proceni zdravstvene zaštite, kao i u istraživanjima zdravlja stanovništva.

EQ-5D je dizajniran za samo-popunjavanje od strane ispitanika; pogodan je za upotrebu u anketnim istraživanjima koje se organizuju putem pisama, u istraživanjima koje se sprovode na klinikama i u intervjuima koji se sprovode „licem u lice“. Njegovo administriranje traje svega nekoliko minuta.

EQ-5D (verzija 3 nivoa - EQ-5D-3L) uvedena je u upotrebu 1990.godine. Sastoji se iz dva dela – opisni sistem i vizuelna analogna skala (VAS). EQ-5D-3L opisni sistem meri sledećih 5 dimenzije zdravlja: mobilnost, samo-zaštitu, uobičajene aktivnosti, bol/nelagodnost i anksioznost/depresiju. Svaka dimenzija ima 3 nivoa: nema problema, postoje neki problemi, ima ekstremno izražene probleme. Ispitanik odgovara zaokruživanjem odgovora koji najbliže opisuje stanje u kome se nalazi za svaku od navedenih 5 dimenzija. EQ VAS beleži ocenu zdravlja na vertikalnoj analognoj skali koja se proteže od najgoreg mogućeg do najboljeg mogućeg zdravlja, a dobija kroz samoprocenu ispitanika. Po stavovima istraživača, ova ocena može se koristiti kao kvantitativna mera ishoda tretmana zdravstvene zaštite.

EQ-5D-3L je do sada prevedena na više od 150 jezika i koristi se širom sveta.

Tražeci način da se poboljša osetljivost instrumenta i da poveća mogućnost njegovog korišćenja u populacionim istraživanjima, autori su 2005.godine procenili da ne treba menjati broj dimenzija, ali su uveli petostepenu skalu za davanje odgovora (5 nivoa težine). Ova modifikacija je značajno povećala pouzdanost i osetljivost instrumenta (snagu diskriminacije), bez efekata na izvodljivost. Nova verzija EQ-5D uključuju pet nivoa težine (nema problema, ima male probleme, ima umerene probleme, ima ozbiljne

probleme i ima ekstremne probleme) u svakoj od postojećih pet EQ-5D dimenzija i zove se EQ-5D-5L. Ispitanik odgovara na isti način (zaokruživanjem, štikliranjem), a tokom obrade se upisuje broj od 1 do 5 u zavisnosti od toga koji odgovor je dao. Ovi brojevi međutim nemaju aritmetička svojstva (ne sabiraju se), nego se samo koriste za opisivanje zdravstvenog stanja ispitanika.

Najvažnija promena u EQ VAS skali odnosila se na preciziranje vremena procene. Za razliku od prethodne, u ovoj verziji od bolesnika se traži da oceni stanje svog zdravlja danas.

Zdravlje se takođe procenjuje korišćenjem brojnih indikatora kao što su prevalenca pušenja, korišćenja alkohola, fizičke aktivnosti, prekomerne telesne težine, hipertenzije, hiperholesterolemije, samoprocene zdravlja i mentalnog zdravlja.¹⁰

Kvalitet života

Kvalitet života se najčešće meri kao zadovoljstvo životom ili nekim njegovim delom (aspektom).

U istraživanjima socijalne podrške i njenog uticaja na kvalitet života najčešće su korišćene subjektivne mere za procenu kvaliteta života, najčešće Indeks subjektivno procenjenog blagostanja (SWB) ili Indeks zadovoljstva životom (Life Satisfaction Index - LSI-A).¹⁸ Oba se izračunavaju kao skor ocena (vrednosti) na višestepenoj Likertovoj skali.

U te svrhe takođe koristi se i veliki broj sličnih instrumenata.

U upotrebi su samoprocena zadovoljstva životom (Satisfaction with Life Scale), koja se meri korišćenjem jednog aitema („Ja sam zadovoljan svojim životom“) ocenjenog na sedmostepenoj Likertovoj skali od „potpuno se slažem“ do „uopšte se ne slažem“.⁶

Za merenje zdravstveno relevantnog kvaliteta života ranije su se često koristili Notigem zdravstveni profil (Vare), Profil uticaja bolesti (Bergner), koji se u novije vreme zamenjuju kratkim upitnikom za istraživanje zdravlja (SF-12, SF-36).^{20,21,22} U suštini, treba znati da su ovi instrumenti – mere zdravlja, a njihova upotreba za merenje kvaliteta života omogućena je na bazi dokaza da zdravlje predstavlja kvalitet života po sebi.

U najnovije vreme oni se zamenjuju jednostavnijim merama, pa se beleži eksponencijalni rast istraživanja koja se baziraju na korišćenju indeksa subjektivnog blagostanja (SWB) ili indeksa sreće, kako se sve češće zove.

LITERATURA:

1. Cohen S, Syme SL, eds. Social support and health. New York: Academic Press, 1985.
2. Antonovsky A. Health, stress and coping. San Francisco: Jossey Bass, 1981.
3. Jacobsen PB, Davis K, Cella D. Assessing quality of life in research and clinical practice. *Oncology (Williston Park)* 2002; 16(9 Suppl 10): 133-9.
4. Avlund K, Due P, Holstein BE, Heikkinen RL, Berg S. Changes in social relations in old age. Are they influenced by functional ability? *Aging Clin Exp Res.* 2002 Jun; 14(3 Suppl): 56-64.
5. Kafetsios K, Sideridis GD. Attachment, social support and well-being in young and older adults. *J Health Psychol* 2006; 11: 863-76.
6. Sasidharan V, Payne L, Orsega-Smith E, Godbey G. Older adults' physical activity participation and perceptions of wellbeing: Examining the role of social support for leisure. *Manag Leisure* 2006; 11: 164-86.
7. von dem Knesebeck O, Geyer S. Emotional support, education and self-rated health in 22 European countries. *BMC Public Health* 2007; 7: 272.
8. Hawkey LC, Hughes ME, Waite LJ, Masi CM, Thisted RA, Cacioppo JT. From social structural factors to perceptions of relationship quality and loneliness: the Chicago health, aging, and social relations study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2008; 63: S375-84.
9. Ghasemipoor M, Ghasemi V, Zamani AR. Investigating the relation of social support functions and the demographic features of diabetic patients. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2010; 15: 1-7.
10. Croezen S, Picavet HS, Haveman-Nies A, Verschuren WM, de Groot LC, van't Veer P. Do positive or negative experiences of social support relate to current and future health? *BMC Public Health* 2012; 12: 65.
11. Winefield HR, Coventry BJ, Lewis MA, Harvey EJ. Attitudes of breast cancer patients to support groups. *J Psychosoc Oncol* 2003; 21: 39-54.
12. Schulz U, Schwarzer R. Social support in coping with illness: The Berlin Social Support Scales (BSSS). *Diagnostica* 2003; 49: 73-82. (in German)
13. Winefield H.R, Winefield A. H, Tiggemann M. Social support and psychological well-being in young adults: The Multi-Dimensional Support Scale. *J Pers Assess* 1992; 58: 198-210.
14. Canty-Mitchell J, Zimet GD. Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in urban adolescents. *Am J Community Psychol* 2000; 28: 391-400.
15. Neuling SJ, Winefield HR. Social support and recovery after surgery for breast cancer: frequency and correlates of supportive behaviours by family, friends and surgeon. *Soc Sci Med* 1988; 27: 385-92.
16. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess* 1988; 52: 30-41.
17. Asfar T, Ahmad B, Rastam S, Mulloli TP, Ward KD, Maziak W. Self-rated health and its determinants among adults in Syria: a model from the Middle East. *BMC Public Health* 2007; 7: 177.
18. Ni Mhaolaina AM, Gallagher D, O Connella H, et al. Subjective well-being amongst community-dwelling elders: what determines satisfaction with life? Findings from the Dublin Healthy Aging Study. *Int Psychogeriatr* 2012; 24: 316-23.
19. Rabin R, de Charro F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Ann Med* 2001; 33: 337-43.
20. de Belvis AG, Avolio M, Spagnolo A, et al. Factors associated with health-related quality of life: the role of social relationships among the elderly in an Italian region. *Public Health* 2008; 122: 784-93.
21. Ziersch AM, Baum FE, Macdougall C, Putland C. Neighbourhood life and social capital: the implications for health. *Soc Sci Med* 2005; 60: 71-86.
22. Contopoulos-Ioannidis DG, Karvouni A, Kouri I, Ioannidis JP. Reporting and interpretation of SF-36 outcomes in randomised trials: systematic review. *BMJ* 2009; 338: a3006.