

JAKOŚĆ ŻYCIA W NAUKACH SPOŁECZNYCH

QUALITY OF LIFE IN THE SOCIAL SCIENCES

Aleksandra Cieślik¹, Aleksandra Słowiecka²

¹ Zakład Profilaktyki Chorób Układu Krążenia, Instytut Zdrowia Publicznego

Wydział Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Humanistyczno-Przyrodniczego Jana Kochanowskiego w Kielcach

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Beata Wożakowska-Kapłon

² Zakład Pedagogiki i Dydaktyki Medycznej

Kierownik Zakładu: prof. dr hab. n. med. Serhiej Pańko

STRESZCZENIE

Początkowo pojęcie „jakość życia” utożsamiano i używano zamiennie z poziomem życia. Naukowcy podjęli próbę stworzenia bardziej odpowiadającej rzeczywistości, wielowymiarowej definicji dobrobytu społecznego, uwzględniającej szeroko pojętą jakość życia. Duży wkład i impuls w badania nad omawianym w niniejszej pracy zagadnieniem wniósł A. Maslow w połowie lat pięćdziesiątych XX wieku. Z czasem z pojęciem „jakość życia” (QOL) zaczęto identyfikować szerokie spektrum doznań. Problem ten stał się udziałem licznych dyscyplin naukowych. W 1974 roku opublikowano „Social Research Indicators”, wydawnictwo poświęcone badaniom nad jakością życia, które zamieszczało projekty nowych instrumentów badawczych i opisy ich używania.

Z czasem, obok czynników ekonomicznych i środowiskowych zaczęto oceniać również wskaźniki socjologiczne i psychospołeczne. W naukach społecznych pojawiły się liczne próby definicji jakości życia. Jak dotąd nie istnieje jedna definicja mogąca zadowolić wszystkich. Trudność zdefiniowania QOL polega na tym, że z punktu widzenia każdego człowieka jakość życia wygląda inaczej, każdy ceni inne wartości.

Każda z dyscyplin naukowych wypracowała i posługuje się swoistą terminologią, np. dobrobyt, pomyślność, szczęście, sposób życia, jego poziom, styl, strategia itp.

Słowa kluczowe: jakość życia, nauki społeczne, narzędzia badawcze, skala Cantril.

SUMMARY

Initially, the concept of “quality of life” was identified and used interchangeably with quality of life. Scientists have attempted to create a more equivalent to reality, multi-dimensional definition of social welfare, taking into account the wider quality of life. A major contribution and impetus for research on quality of life brought A. Maslow in the mid-fifties.

With time, the concept of “quality of life” (QOL) began to identify a wide range of experiences. The problem of quality of life has become involving many disciplines. In 1974 he published “Social Indicators Research”, publisher dedicated to research on the quality of life, which projects zamieszczało new research tools and descriptions of their use.

With time, alongside the economic factors and environmental factors also began to assess the sociological and psychological. In the social sciences there are numerous attempts to definitions of quality of life. So far there is no single definition which is able to satisfy everyone. The difficulty lies in the definition of QOL that in terms of quality of life of every human being is different, everyone appreciates the other values.

Each of the disciplines has developed and uses specific terminology to describe the broader quality of life, such as welfare, prosperity, happiness, way of life, standard of living, lifestyle, life strategy, etc.

Key words: quality of life, social sciences, research tools, Cantril’s self-anchoring scale.

Początkowo pojęcie „jakość życia” (ang. *QOL* – *quality of life*) utożsamiano i używano zamiennie z poziomem życia. Środowiska naukowe zaczęły przeciwstawiać się powszechnie panującej definicji ekonomicznej. Naukowcy podjęli próbę stworzenia bardziej odpowiadającego rzeczywistości, wielowymiarowego wyjaśnienia dobrobytu społecznego, uwzględniającego szeroko pojętą jakość życia. Dwaj amerykańscy ekono-

miści: Samuel Ordway [1] i Fairfield Osborn [2] używali pojęcia „jakość życia” zaniepokojeni ekologicznym niebezpieczeństwem nieograniczonego rozwoju gospodarczego. Kilka lat później w roku 1958 John Galbraith [3] wydał książkę *Zasobne społeczeństwo* – (ang. *Affluent Society*), w której skrytykował ideologię ekspansji przemysłowej. Twierdził on, że nie liczy się tylko ilość naszych dóbr, ale również jakość bytu [4].

Duży wkład i impuls w badania nad poziomem życia wniósł A. Maslow w połowie lat pięćdziesiątych, którego lista (ang. „Hierarchy of Needs”) określała pięć poziomów najważniejszych ludzkich potrzeb [5].

Z czasem z pojęciem „jakość życia” (QOL) zaczęto identyfikować szerokie spektrum doznań. Problem ten stał się udziałem licznych dyscyplin naukowych, m.in.: socjologii, psychologii, filozofii, teologii, politologii, pedagogiki, ekonomii oraz medycyny. Każda z nauk we właściwy sobie sposób poszukuje dróg i metod, jak skutecznie wpłynąć na poprawę jakości życia. W latach sześćdziesiątych XX wieku nauki społeczne bardziej wnikliwie zainteresowały się relacjami między ekonomicznymi i społecznymi wskaźnikami poziomu życia z jednej strony a subiektywną oceną tych okoliczności z drugiej. W 1969 roku Departament Zdrowia, Edukacji i Opieki Społecznej USA opublikował raport o kierunkach społecznej informacji – „Toward a Social Report”, który wywołał krytykę środowisk naukowych [6]. Twierdzono, że podając informacje np. o liczbie zgonów i zachorowalności, nie mówi się nic na temat kondycji fizycznej i psychicznej społeczeństwa. Zarzucano, że podaje się informacje o dochodzie i jego podziale, ale nie ma informacji o satysfakcji, którą ten dochód przynosi (Wilcox) [7].

W 1974 roku opublikowano „Social Research Indicators”, wydawnictwo poświęcone badaniom nad jakością życia, które zamieszczało projekty nowych instrumentów badawczych i opisy ich używania. Publikacje Campbella, Converse i Rogers, oraz Andrews i Withey z 1976 roku wywarły olbrzymi wpływ na badania QOL w naukach społecznych [8, 9]. Poprzednie dane odnosiły się prawie wyłącznie do wyznaczników celu. Nowe studia pokazały sposób pomiaru subiektywnych wskaźników, umożliwiając badanie „subtelnych” wykładników jakości życia. Badania te zostały oparte na pracach, których podstawę stanowiły: skala Cantril – (ang. *Cantril's self-anchoring scale*) [10] i skala zaburzeń emocji Bradburn – (ang. *Bradburn's Scale of Affect Balance*) [10] oraz wcześniejsze prace Campbella i Converse, dotyczące znaczenia przemian społecznych [11]. Według Campbella samo zdrowie fizyczne okazało się nie być wystarczająco mocnym predyktorem subiektywnej pomyślności ludzi. W 1976 roku w przytaczanych badaniach nad poziomem życia Amerykanów Campbell i wsp. zauważyli, że prawie połowa ludzi, których dotyczyło ciężkie kalectwo ograniczające ich aktywność fizyczną, niechętnie potwierdziła, że są niezadowoleni ze swojego życia. Relacje między obiektywnymi indeksami celów – bogactwa i zdrowia – a ich subiektywnymi ocenami okazały się być słabe [12]. Dane opublikowane w „Social Rese-

arch Indicators” wskazywały m.in., że zmniejszenie różnic między oczekiwaniami a osiągnięciami przyczyniało się (oprócz innych obiektywnych okoliczności), do deklarowania przez ludzi większego poziomu szczęścia.

Z czasem obok czynników ekonomicznych i środowiskowych zaczęto oceniać również wskaźniki socjologiczne i psychospołeczne, jak np. stopień percepcji, ekspresję emocjonalną, samorealizację, samoakceptację, oczekiwania, mobilność, niezależność, relacje zawodowe i społeczne, więzi rodzinne i wsparcie społeczne, satysfakcję z życia, a nawet wierzenia i przekonania religijne.

Używając teoretycznych założeń wypracowanych przez Campbella, Converse oraz Rodgers, Andrews i Withey zaczęto rozwijać miary jakości życia uzupełnione o model pojęciowy zawierający komponenty uczuciowe, a nie tylko warunki fizyczne i społeczne. W badaniach stawiano pytania m.in. o odczucia ogólnej satysfakcji z życia i ocenę dokonań życiowych badanych [13, 14].

Dokonano przeglądu literatury polskiej i zagranicznej pod kątem narzędzi do pomiarów jakości życia (QOL). Kolejne lata przyniosły dynamiczny wzrost nowych metod i liczby narzędzi badawczych.

Specjalistyczny Internetowy portal PROQOLID (www.proqolid.org) podaje liczbę około 600 narzędzi do pomiarów QOL. Z tego w pełni opisanych jest 400. W ostatnich latach można zauważyć dynamiczny wzrost liczby tych narzędzi. Ostatnio odnotowano 75 nowych instrumentów badawczych.

Poniżej zamieszczono listę kilku wybranych narzędzi do pomiaru jakości życia.

Tabela 1. Wybrane ogólne i globalne narzędzia do oceny warunków QOL

Lp.	Narzędzie (skrót)	Opis skali
1	CDC-HRQOL	CDC Health Related Quality of Life Measure
2	GQOL	Global Quality of Life Scale
3	QLI	Ferrans and Powers Quality of Life Index
4	QOLI	Quality of Life Inventory
5	SISC	Structured Interview for Symptoms and Concerns
6	SQLP	Subjective Quality of Life Profile
7	Swed-Qual	Swedish Health Related Quality of Life Survey
8	WHO-5	WHO (Five) Well-Being Index
9	WHOQOL-100	World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument
10	Zung-SAS	Zung's Self-rating Anxiety Scale

Tabela 2. Wybrane narzędzia do oceny HRQOL wykorzystywane w onkologii

Lp.	Nazwa narzędzia	Typ
1	European Organization for the Research and Treatment of Cancer QLQ-C30 (EORTC QLQ-C30)	Cancer Specific
2	Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G)	General
3	Hospital and Anxiety Depression Scale (HADS)	Depression Specific
4	Profile of Mood States (POMS)	Cancer Specific
5	Rotterdam Symptom Checklist (RSCL)	Cancer Specific
6	Short Form 36 (SF-36)	Global
7	Visual Analogue Scale-Cancer (VAS-C)	Cancer Specific

Mimo zaleceń i rekomendacji nadal istnieje dowolność w doborze narzędzi badawczych, używanych do pomiaru jakości życia chorych, co komplikuje i utrudnia porównywanie wyników tych badań. Ponadto, aby w badaniach skuteczniej i dokładniej opisać wielowymiarowy charakter poziomu życia często różne narzędzia używane są łącznie. Próba porównania ze sobą w ten sposób uzyskanych wyników u populacji chorych i konkretnej jednostki chorobowej wymaga użycia takich samych lub choćby zbliżonych instrumentów badawczych. Prawdopodobieństwo wykonania niezależnych badań z użyciem takich samych narzędzi, z racji znacznej ich różnorodności i ilości, jest niezmiernie małe, a odnalezienie porównywalnych wyników takich badań trudne. Ze względu na różnice kulturowe, wyznaniowe, etniczne, położenie geograficzne badanych populacji, porównywanie jakości życia w oparciu o takie same kryteria i narzędzia było czasami wręcz niezasadne, a nawet błędne. Spośród szerokiego spektrum dostępnych narzędzi badawczych część z nich poddano zatem adaptacji językowej i kulturowej, co uczyniło je uniwersalnymi narzędziami, które mogą być stosowane do pomiarów różnych światowych populacji; wyniki przeprowadzanych za ich pomocą badań nadają się do wiarygodnego porównania. Narzędzia stosowane do badania poziomu życia powinny posiadać rzetelną weryfikację psychometryczną i klarowną podstawę teoretyczną. W przypadku stosowania „obcych” instrumentów badawczych niezbędna jest ich kulturowa adaptacja, w celu zminimalizowania wpływu różnic konceptualnych, lingwistycznych i semantycznych, stanowiących poważne źródło wariacji badanej zmiennej [15].

W naukach społecznych pojawiły się liczne próby zdefiniowania jakości życia. Jak dotąd nie istnieje jedno wyjaśnienie mogące zadowolić wszystkich.

Trudność zdefiniowania QOL polega na tym, że z punktu widzenia każdego człowieka jakość życia wygląda inaczej, każdy ceni inne wartości. Jak zauważył już Arystoteles, te same wartości inaczej może oceniać nawet ta sama osoba w zależności od czasu, miejsca i okoliczności. Definicje jakości życia przybierają różne formy i zmieniają się ich konceptualistyczne wymiary. Jedne są bardziej obszerne, wyjaśniając ogólne koncepcje wielu wskaźników, inne skupiają się na wskaźnikach specyficznych.

Do tych pierwszych można zaliczyć uchwaloną w 1996 roku przez Światową Organizację Zdrowia definicję: „QOL to indywidualna percepcja pozycji osoby w kontekście kulturowej hierarchii wartości w jakiej żyje, w stosunku do celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań; to szeroko pojęte wszechstronne oddziaływanie w złożonej drodze, poprzez fizyczny i psychiczny stan, poziom niezależności i społeczne relacje do najbardziej istotnych cech środowiska” [16].

Inni podobnie określali QOL, np.:

- „Jakość życia to zakres zależny od stopnia w jakim nadzieje i ambicje wynikają z doświadczenia” [17].
- „Odczuwanie pomyślności wynika z satysfakcji, lub niezadowolenia z obszarów życia ważnych dla indywidualnej osoby” [18].
- „Stwierdzenie atrybutów pomyślności lub jej braku to cechy charakterystyczne dla danego życia” [19].
- „QOL w sensie ogólnym to satysfakcja człowieka z osobistego powodzenia” [20].
- „Fizyczne, psychologiczne i społeczne domeny zdrowia, postrzegane jako odrębne obszary, na które miały wpływ osobiste doświadczenia, wiara, oczekiwania i percepcja” [21].

Inna grupa definicji skupiała się na konkretnych obszarach, jak np.:

- zdrowiu i fizycznym funkcjonowaniu [22, 23];
- satysfakcji z życia [24, 25, 26, 27];
- poczuciu własnej godności [24];
- wskaźnikach społeczno-ekonomicznych [24, 28, 29];
- wsparciu społecznym [28, 29];
- czynnikach środowiskowych [30];
- ekonomicznych wskaźnikach rynku [31].

W rozważaniach o QOL Hodge (1990) zauważył dwa skrajne podejścia: z utilitarnej i z egzystencjalnej perspektywy [32].

Powyższe rozważania pokazują, że zróżnicowanie poglądów uniemożliwia przyjęcie a priori jednej uniwersalnej definicji QOL, z uwagi na różnorodność natury i kryteriów wartości człowieka [33, 34].

Bez względu na konceptualistyczne spory poszczególne nauki postawiły zasadnicze pytania o to, jaki nadać wymiar ludzkiej egzystencji, aby nie od-

mawiając jednostce prawa do osiągnięcia szczęścia i sukcesów osobistych, skłonić ją do angażowania się w rozwiązywanie problemów ogólnospołecznych, takich, jak np. rozwój kultury i nauki, polityka, obrona godności człowieka, ochrona zdrowia i środowiska życia. Każda z dyscyplin naukowych wypracowała i posługuje się swoistą terminologią na określenie szeroko rozumianej jakości życia – dobrobyt, pomysłność, szczęście, sposób życia, poziom, styl, strategia itp. Niektóre z tych terminów stosowane są zamiennie, co utrudnia prowadzenie badań empirycznych oraz porównywanie wyników (Gawlina) [35].

PIŚMIENICTWO

- [1] Ordway SH. Resources and the American Dream: Including a Theory of the Limit of Growth. Ronald Press, New York 1953.
- [2] Osborn HF. The Limits of the Earth. Little, Brown and Co., Boston 1954.
- [3] Galbraith JK. The Affluent Society. Houghton Mifflin, Cambridge 1958.
- [4] Galbraith JK. The New Industrial State. Penguin Books, London 1967.
- [5] Maslow A. Motivation and personality. Harper, New York 1954.
- [6] U.S. Department of Health, Education, and Welfare. 1969. Toward a Social Report. Washington D.C. Government Printing Office.
- [7] Wilcox LD, Brooks RM, Beal GM, Klonglan GE. Social Indicators and Societal Monitoring: An Annotated Bibliography. Jossey-Bass, San Francisco 1972.
- [8] Andrews FM, Withey SB. Social Indicators of Well-Being. Plenum Publisher, London 1976.
- [9] Campbell A, Converse P, Rodgers W. The Quality of American Life. Perceptions, Evaluations and Satisfaction. Russel Sage Foundations, New York 1976.
- [10] Cantril H. The Patterns of Human Concern. Rutgers University Press, New Brunswick 1965.
- [11] Campbell A, Converse P. The Human Meaning of Social Change. Russell Sage Foundation, New York 1972.
- [12] Campbell A. Subjective measures of well-being. American Psychologist 1976.
- [13] Andrews FM, Withey SB. Developing measures of perceived life quality. Social Indicators Research. 1974; 1: 1–26.
- [14] Andrews FM, Withey SB. Social Indicators of Well-Being. Plenum Publishers, London 1979.
- [15] Jakość życia w naukach medycznych. Red. L Wołowicka: AM Poznań 2001.
- [16] World Health Organisation Quality of Life Group. What quality of life? World Health Organisation quality of life assessment. World Health Forum 1996; 17: 354–356.
- [17] Calman KC. Quality of life in cancer patients – an hypothesis. J Med Ethics 1984; 10: 124–128.
- [18] Ferrans C, Powers M. Quality of life index. Development and psychometric properties. Adv Nur Sci 1985; 8: 15–24.
- [19] Grant MM, Padilla GV, Ferrell BR et al. Assessment of quality of life with a single instrument. Semin Nur Oncol 1990; 6: 260–270.
- [20] Schumacher M, Olschewski M, Schulgen G. Assessment of quality of life in clinical trials. Stat Med 1991; 10: 1915–1930.
- [21] Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. N Engl J Med 1996; 334: 835–840.
- [22] Mendola WF, Pelligrini RV. Quality of life and coronary artery bypass surgery patients. Social Science and Medicine 1979; 13A: 457–492.
- [23] Patterson W. The quality of survival in response to treatment. Journal of the American Medical Association 1975; 233: 280–281.
- [24] George LW, Bearon, LB. Quality of Life in Older Persons. Meaning and Measurement. Human Sciences Press, New York 1980.
- [25] Michalos AC, Zumbo BD. Public Services and the Quality of Life. Social Indicators Research 1999; 48:125–156.
- [26] Michalos AC, Zumbo BD. Criminal Victimization and the Quality of Life. Social Indicators Research 2000; 50: 245–295.
- [27] Zumbo, BD, Michalos AC. Quality of Life in Jasper, Alberta. Social Indicators Research 2000; 49: 121–145.
- [28] Haug MR, Folmar SJ. Longevity, Gender, and Life Quality. Journal of Health and Social Behavior 1986; 27: 332–345.
- [29] Sherwood S, Ruchlin HS, Sherwood CC. Continuing Care Retirement Communities. John Hopkins University Press, Baltimore 1996.
- [30] Lawton MP. Measures of quality of life and subjective well-being. Generations 1997; 21, 1: 45–48.
- [31] Welle RG. Public Policy and the Quality of Life: How Relevant Is Economics? Atlantic Economic Journal 1999; 27,1: 91–114.
- [32] Hodge J. The Quality of Life, A contrast between utilitarian and existentialist approaches. In: Quality of Life. Ed. S Baldwin, C Godfrey, C Proper. Routledge, London 1990.
- [33] Naughton MJ, Shumaker SA. Assessment of health related quality of life. In: Fundamentals of clinical trials. Ed. CD Furberg, DL DeMets, Mosby Press, St Louis 1996.

[34] Smith A. Researching quality of life of older people: concepts, measures and finding, Centre for Social Gerontology Working Paper No 7, KEELE UNIVERSITY, November 2000.

[35] Gawlina Z. „Jakość życia” jako kryteria opisu ludzkiej egzystencji stosowane w naukach społecznych. Pielęgniarstwo a jakość życia człowieka. Materiały konferencyjne. Kraków 2000, 135–139.

Adres do korespondencji

dr n. med. Aleksandra Cieślik
Wydział Nauk o Zdrowiu UJK w Kielcach
25-317 Kielce, Al. IX Wieków Kielc 19
e-mail: alci@esculap.pl
tel. 603 438 721