

Metodické studie

SUBJEKTÍVNE HODNOTENIE KVALITY ŽIVOTA: DEFINÍCIA, MERANIE A VÝCHODISKÁ ĎALŠIEHO VÝSKUMU

DŽUKA JOZEF

Inštitút psychológie FF PU, Prešov

ABSTRACT

Subjective evaluation of quality of life: definition, measurement, and starting points for further research

J. Džuka

Quality of life and its study became since its beginnings in sixties to nowadays one of the most important fields of interest of wide spectrum of sciences in a worldwide measure. The existing heterogeneity of approaches to quality of life and poorly arranged amount of used instruments cause difficulties in decision making concerning its research and practical use. In last years, the effort of researchers responds to this state on two levels: the first one tries to provide a unified starting point, complex model for evaluating and measuring of quality of life, the second one represents the attempts to organize and classify the existing instruments for measuring the

quality of life and supply the evaluation of its attributes. In the study, it is pointed to the restrictions that limit the further progress in the field of measuring of quality of life – first of all the existing conceptual inconsistency and insufficient taking account of present findings concerning the different properties of cognitive and affective evaluation. In the conclusion, the particular solutions concerning the measurement the subjective evaluated quality of life are suggested.

key words:

quality of life,
models of quality of life,
measurement of quality of life

klúčové slová:

kvalita života,
modely kvality života,
meranie kvality života

DEFINÍCIA A VYMEDZENIE KVALITY ŽIVOTA

Od začiatkov výskumu kvality života, ktoré siahajú do konca 60. rokov minulého storočia (termín kvalita života ako prvý v psychológii použil Thorndike koncom 30. rokov m.s.) vzniklo veľa prístupov a postupov na jej hodnotenie. V začiatkoch išlo hlavne o hľadanie a určovanie indikátorov blahobytu, pričom kvalita života vyjadrovala mieru kongruencie objektívnych životných podmienok a ich subjektívneho hodnotenia veľkými skupinami ľudí – boli to výskumy týkajúce sa stavu spoločnosti (Andrews, Whithey, 1976). Centrom záujmu boli ekonomické a sociálne indikátory kvality života: príjem a materiálne zabezpečenie, politická sloboda a nezávislosť, sociálna spravodlivosť, právne istoty a zdravotná starostlivosť. V posledných dvoch desaťročiach je preferovaný prístup ku kvalite života ako konceptu, ktorý sa vzľa-

Došlo: 1. 8. 2011; J. D., Inštitút psychológie FF PU, ul. 17. novembra 1, 080 87 Prešov, Slovenská republika; e-mail: dzukaj@unipo.sk

Táto práca bola podporovaná Agentúrou na podporu výskumu a vývoja na základe zmluvy č. APVV-0374-10.

huje na individuuum (Fuhrer, 2000), nie na ekonomické alebo sociálne podmienky života. A významná časť výskumu kvality života je zameraná na oblasť, ktorá súvisí so zdravím osoby (HRQOL = Health-Related-Quality of Life). Tu získal pojem kvalita života špeciálne postavenie pri hodnotení výsledkov medicínskych postupov (ako chorí prežívajú svoj zdravotný stav, ako zvládajú svoj bežný deň a ako fungujú v sociálnych vzťahoch, pozri napr. Bullinger, 2002; Gimmler, Lenk, Aumueller, 2002; Lorenz, Koller, 2002; Najman, Levine, 1981; Steward, Ware, 1992).

Na individuuum sa vzťahujúca kvalita života je identifikovaná prostredníctvom subjektívnych indikátorov kvality života. Napr. Diener a Suh (1997) za také už skôr považovali subjektívnu pohodu a spokojnosť so životom.

Vo svetovom a čiastočne aj v domácom výskume (pozri napr. Buchťová, 2004; Hagovská, Dzvonič, 2008; Hlaváčková, Hodačová, Csémy, Šmejkalová, Čermáková, 2010; Hnilica, 2000; Preiss, Zvárová, Stanovská, 2005; Ptáčková, 1999; Šolcová, Kebza, 2006) možno v poslednom desaťročí evidovať, že k subjektívnemu aspektu kvality života je pristupované z pozície dvoch konštruktov – subjektívna kvalita života (subjective quality of life) a subjektívna pohoda (subjective well-being). Zároveň možno konštatovať, že existujú štyri prúdy, ktoré sa týkajú výskumu obidvoch konštruktov: Prvý prúd stotožňuje kvalitu života so subjektívnou pohodou, resp. obidva pojmy používa alternatívne (napr. Cummins et al., 2003). Druhý prúd reprezentuje definícia Svetovej zdravotníckej organizácie, ktorá definuje kvalitu života ako individuálnu percepciu vlastného postavenia v živote v kontexte kultúrneho a hodnotového systému, v ktorom osoba žije, a ktorá je vo vzťahu k jej cieľom, očakávaniam, životným štandardom a záujmom. Tento prúd považuje kvalitu života za multidimenzionálny konštrukt, ktorý integruje subjektívnu pohodu ako jej súčasť (The WHOQOL-Group, 1994). Tretí prúd považuje subjektívnu pohodu za indikátor kvality života (Diener, Suh, 1997). V rámci štvrtého prúdu je výskum kvality života realizovaný nezávisle od výskumu subjektívnej pohody (porovnaj Schumacher, Klaiberg, Brähler, 2003).

Príčin uvedenej inkonzistencie je viac: Ak odhliadneme od odlišných výskumných tradícií rôznych vedných disciplín (predovšetkým sociológie, medicíny a psychológie), potom možno na súčasnej úrovni poznania za najvýznamnejšiu považovať nepostačujúcu teoretickú precíznosť teórií a modelov kvality života a subjektívnej pohody, čo sa následne prejavuje v podobe konfúzie definícií obidvoch konštruktov a v dôsledku toho aj konfúzie merania obidvoch konštruktov. Uvedená konfúzia je dôvodom, prečo zatiaľ nie je možné využiť jedno spoločné teoretické východisko výskumu subjektívneho hodnotenia kvality života a pri pokuse vedecky overiť reliabilitu a validitu merania kvality života sa javí byť aj naďalej užitočné opierať sa o doterajšie poznatky z obidvoch oblastí.

Spomínaný štvrtý prúd, v rámci ktorého je kvalita života skúmaná (relatívne) nezávisle od výskumu subjektívnej pohody, vyprodukoval veľkú rozmanitosť definícií a modelov kvality života a v súčasnej dobe existuje nepreberné množstvo definícií, ktoré sa opierajú o rôzne paradigmy – filozofické, sociologické, medicínske, environmentálne alebo vzdelávacie. Všetky z nich sa zaujímajú o fyzický, psychický a sociálny stav osoby a súčasne rozlišujú medzi objektívnym a subjektívnym aspektom kvality života. Väčšina definícií sa usiluje o výpočet oblastí, ktoré sa na vytváraní kvality života podieľajú. Napr. Mareš (2006) uvádza ako oblasti, ktoré majú priamy alebo nepriamy vzťah ku kvalite života tieto: zdravotná oblasť, sociálna, ekonomická a environmentálna. A zároveň dopĺňa konkrétne špecifické faktory, ktoré majú vzťah ku kvalite života: vek, rod, rodinná situácia, hodnotový rebríček osoby, vzdelanie, ekonomická situácia, religiozita, kultúra a iné.

Na ilustráciu možno doplniť, že Veenhoven (1996), jeden z významných odborníkov výskumu kvality života, už skôr uvádzal týchto 9 oblastí kvality života: 1. materiálne bohatstvo – HDP, 2. životný štandard, 3. bezpečnosť osôb, 4. sloboda – politická a osobná, 5. sociálna rovnosť, 6. kultúrna klíma, 7. sociálna klíma, 8. populačný tlak, 9. modernizácia. Citovaný autor v jednej svojej neskoršej štúdií (Veenhoven, 2000) navrhol s prihliadnutím na dve dichotómie (šance a výsledky života, vonkajšie a vnútorné kvality) maticu štyroch kvalít života: 1) priaznivé vlastnosti environmentu, 2) životaschopnosť individua, 3) externálna užitočnosť života a 4) subjektívne hodnotenie života.

Zo slovenských autorov možno ako významný príklad uviesť komplexný model kvality života D. Kováča (2001). Ide o trojúrovňový hypotetický model: 1) bazálna, existenčná úroveň, charakteristická pre ľudí, u ktorých je somatický a psychický stav v norme, vyrastali a žijú vo funkčnej rodine, majú primerané materiálno-sociálne zabezpečenie, nachádzajú sa v životodárnom environmente a majú základné spôsobilosti potrebné na prežitie, 2) mezoúroveň, t.j. individuálno-špecifická úroveň, ktorá je predovšetkým výsledkom civilizačného vývoja ľudstva a je historicky a aktuálne veľmi rôznorodá a 3) metaúroveň, označovaná aj ako elitná alebo kultúrno-duchovná, ide o kvalitu života menšieho počtu jednotlivcov utváranú kultúrnymi hodnotami. Bazálna úroveň obsahuje 6 oblastí, ktoré sýtia kvalitu života: somatický stav, normálne psychické fungovanie, funkčná rodina, materiálno-sociálne zabezpečenie, životodarné okolie a nadobudnutie základných spôsobilostí potrebných na prežitie. Každá oblasť bazálnej úrovne má svoju kvalitatívne vyššiu reprezentáciu na mezoúrovni a metaúrovni. Nad všetkými komponentmi sa v modeli nachádza zmysel života, ktorý autor vymedzuje ako individuálne vytváraný systémový regulátor ľudského konania, pomocou ktorého jednotlivec-osobnosť pripisuje podstatný existenčný význam vlastnému bytiu, druhým a svetu v súlade s vyznávanými hodnotami.

Záujem rôznych vied sa koncentruje na rôzne aspekty kvality života, záujem psychológie sa sústreďuje na subjektívny aspekt, ktorý sa snaží nielen definovať, ale vhodnými postupmi hodnotiť a merať. V ďalšej časti uvedieme príklady frekventovane používaných postupov merania subjektívne hodnotenej kvality života.

MERANIE SUBJEKTÍVNE HODNOTENEJ KVALITY ŽIVOTA

Na meranie kvality života sa používa veľmi široké spektrum nástrojov, z ktorých sú mnohé dostupné v rozsiahlych databázach. Napr. Austrálske centrum kvality života (ACQOL, 2010) na svojej webovej stránke uvádza okolo 1000 nástrojov, ktoré majú afinitu k subjektívnemu hodnoteniu kvality života. Nástroje sú členené do deviatich tried podľa cieľovej skupiny, pre ktorú sú určené: (1) pre normálnu populáciu, (2) pre osoby s intelektovou/kognitívnou disfunkciou, (3) pre pacientov, (4) pre psychiatrických pacientov, (5) pre geriatrické skupiny, (6) pre deti/adolescentov, (7) pre invalidné osoby, (8) pre osoby s vrodenými disfunkciami a (9) pre osoby s poraneniami/úrazmi. Kategorizácia týchto nástrojov z ďalších aspektov, napr. či bol nástroj skonštruovaný na základe teórie, aká je definícia meraného konštruktu atď., zatiaľ podľa našich vedomostí nebola realizovaná.

Okrem databáz existujú desiatky monograficky zameraných prác, ktoré opisujú základné charakteristiky doposiaľ vytvorených nástrojov na meranie subjektívnej kvality života. Napríklad monografia Brählera a Straussa (2003), do ktorej zaradili jej autori viac ako 70 nástrojov na meranie kvality života na základe výberu realizovaného expertmi. Experti vyberali nástroje podľa týchto troch kritérií: (1) nástroj musí mať

overenú reliabilitu a musí zodpovedať uznávaným štandardom pre konštrukciu testov, (2) nástroj musí mať normy, resp. aspoň porovnávacie údaje pre klinické skupiny a (3) musí existovať nemecká mutácia nástroja.

Ako konkrétne príklady merania subjektívne hodnotenej kvality života chceme uviesť dva reprezentatívne a často používané nástroje: EuroQOL (EQ-5D) a WHOQOL-100/- BREF.

Európsky dotazník kvality života (skratky: EuroQOL alebo EQ-5D), ktorého autorom je EuroQOL Group (1990), existuje v súčasnosti vo viac ako 35 jazykových mutáciách (ďalšie preklady schvaľuje výbor pre preklad tohto testu) a smie byť používaný iba so súhlasom autorov (ak je použitý na nekomerčné účely, jeho použitie je bezplatné). Je určený pre dospelých a je využívaný predovšetkým v zdravotnícko-ekonomických štúdiách, v klinických výskumoch a vo výskumoch zdravia obyvateľstva. Pretože pomocou neho možno určiť jednodimenzionálny index kvality života (LQI), využíva sa aj na hodnotenie ekonomickej efektívnosti liečby pacientov. Je treba zdôrazniť, že nástroj vytvorila skupina zdravotníckych ekonómov, čo sa prejavilo v tom, že napríklad psychologický aspekt kvality života nie je explicitne vyjadrený ani definovaný. Kvalita života je chápaná ako subjektívne hodnotený zdravotný stav a položky dotazníka sa týkajú 5 oblastí: pohyblivosť osoby, schopnosť postarať sa o seba, zvládanie každodenných činností (práca, štúdium, voľno-časové aktivity), hodnotenie bolesti a hodnotenie miery úzkosti/depresie. Reliabilita nástroja nie je hodnotená pomocou koeficienta konzistencie, pretože 5 dimenzií meraných iba jednou položkou je od seba navzájom nezávislých a nedajú sa sumarizovať do jednej škály. Retestová reliabilita s časovým odstupom 20 dní bola vypočítaná pre každú položku zvlášť a hodnoty koeficientov ležia v rozpätí 0,48 – 0,92.

WHO nástroje na meranie kvality života (skratka: WHOQOL-100/-Bref) vytvorené WHOQOL-Group (1995) reprezentujú dva dotazníky: WHOQOL-100, ktorý pozostáva zo 100 položiek a meria 24 aspektov a WHOQOL-Bref (autorom slovenskej verzie je D. Kováč), ktorý vznikol skrátením WHOQOL-100 podľa vopred stanovených kritérií na 26 položiek, a tie možno kategorizovať do 4 domén (fyzická kvalita života, psychická kvalita života, sociálne vzťahy a prostredie). 100 položková verzia meria týchto 6 domén kvality života: (1) fyzická kvalita života, (2) psychická kvalita života, (3) nezávislosť, (4) sociálne vzťahy, (5) sociálne a fyzikálne prostredie a (6) doména osobných hodnotových predstáv a spirituality. Za významné možno v prípade týchto nástrojov považovať fakt, že boli vyvíjané na základe medzinárodnej spolupráce odborníkov mnohých krajín, pričom sa pri konštrukcii prihliadalo na kultúrne odlišnosti jednotlivých krajín.

Možno pripomenúť, že okrem viacpoložkových nástrojov sa využíva aj meranie kvality života pomocou jednej otázky, formulovanej napríklad takto: „Ak uvažujete o Vašom živote a o osobných pomeroch, ako ste spokojný/á so svojim životom ako celkom?“ (Cummins et al., 2003). V tomto globálnom úsudku však nie je možné určiť, čo zo spektra životnej reality bolo v momente odpovedania v ohnisku hodnotenia osoby. A ďalej, toto jednopoložkové meranie je silno determinované aktuálnym emocionálnym stavom osoby: to, ako sa osoba momentálne cíti, rozhodujúcim spôsobom ovplyvňuje odpoveď na otázku týkajúcu sa celkovej spokojnosti.

Existujúci stav ilustrovaný vyššie uvedenými nástrojmi sa vyznačuje rôznorodosťou východísk, na ktorých sa nástroje zakladajú. V ďalších dvoch častiach sa preto pokúsime navrhnúť našu predstavu, týkajúcu sa teoretických propozícií a východísk merania subjektívnej kvality života.

VÝCHODISKÁ ZLEPŠENIA MERANIA SUBJEKTÍVNE HODNOTENEJ KVALITY ŽIVOTA

Rôznorodosť prístupov ku kvalite života a pojmová konfúzia v teoretickej oblasti sa premieta do merania kvality života a zároveň, neprehľadné množstvo používaných nástrojov spôsobuje ťažkosti pri rozhodovaní o ich použití. V posledných rokoch na tento stav reagujú snahy výskumníkov a na dve aktuálne chceme upozorniť: prvá sa týka pokusu poskytnúť jednotné a komplexné východisko pre hodnotenie a meranie kvality života, druhá sa týka pokusu usporiadať a utriediť existujúce nástroje na meranie kvality života a zaujať stanovisko k ich atribútom.

Kelley-Gillespie (2009) uskutočnila analýzu existujúcich definícií a modelov kvality života so zameraním na starších dospelých a navrhla integrovaný konceptuálny model kvality života s presvedčením, že mať k dispozícii komplexný rámec (all-inclusive framework) dynamických elementov kvality života pomôže merať kvalitu života z rôznych perspektív a umožní vyhnúť sa meraniu jednej dimenzie. A ďalej, že takýto model umožní konzistentne interpretovať a aplikovať výsledky merania kvality života. Ide o model, ktorý je syntézou existujúcich definícií a tvorí ho šesť základných oblastí: 1) sociálna pohoda (social well-being), 2) fyzická pohoda (physical well-being), 3) psychická pohoda (psychological well-being), 4) kognitívna pohoda (cognitive well-being), 5) spirituálna pohoda (spiritual well-being) a 6) environmentálna pohoda (environmental well-being). Každá z týchto oblastí je tvorená podoblast'ami, ktoré predstavujú kľúčové aspekty a konceptualizácie, ako ich publikovali rozliční autori. Vzťahy medzi týmito podoblast'ami sú interpretované holisticky - v súlade so všeobecnou teóriou systémov, ktorá zdôrazňuje okrem interakcie medzi rôznymi časťami alebo komponentmi aj zmeny a vývin vnútri systémov v čase. V pojmoch kvality života môže ísť napríklad o to, že ak osoba zažije niečo dobré alebo zlé, má to vplyv na jej život na mnohých úrovniach. Konkrétne, ak osoba stratí niekoho blízkeho (časť jej sociálneho systému), ovplyvní to nežiaduco jeho/jej psychickú pohodu a môže prežívať žiaľ alebo depresiu. Toto prežívanie môže mať za následok poškodenie jej fyzického fungovania – zhoršenie spánku a nechut' jesť. Autorka uznáva, že v súčasnosti existuje veľké množstvo nástrojov vyvinutých na meranie jednotlivých alebo viacerých oblastí kvality života, avšak väčšina z nich sa vyznačuje zásadnými obmedzeniami. Kelley-Gillespie (2009) v prípade starších dospelých uvádza tieto tri obmedzenia: a) reštrikcia merania na jeden model (napr. HRQOL), b) hodnotenie kvality života z pohľadu jednej perspektívy (napr. medicínskej), c) hodnotenie kvality života iba jednej konkrétnej skupiny osôb, napríklad osôb s poruchou zdravia. Ak akceptujeme tieto výhrady, potom možno predpokladať, že **externá validita** používaných nástrojov je obmedzená. Inak povedané, meranie iba niektorej oblasti kvality života neposkytuje pravdivú informáciu o skutočne prežívanej kvalite života osoby, resp. neúplný model kvality života, na základe ktorého bol nástroj skonštruovaný, nemôže poskytnúť dostatočne presný obraz o skutočnej kvalite života rôznych osôb.

Mareš (2008a) predložil prehľad kvantitatívnych nástrojov (určených pre deti a dospievajúcich) a identifikoval celkom 35 generických dotazníkov, t.j. všeobecne použiteľných (špecifické nástroje sú určené pre špecifické poruchy). Ich analýzou dospel k týmto záverom: existujúce generické dotazníky sa sústreďujú predovšetkým na dve oblasti, somatickú a psychickú, menej na oblasť sociálnu. V prípade somatickej oblasti zisťujú hlavne vonkajšie prejavy zdravotného stavu a viac sa zaujímajú o zdravotné ťažkosti ako o pozitívne prejavy zdravia. Autor konštatuje, že obsah dotazníkov zachycuje kvalitu života neúplne, akcentuje skôr zdravotné aspekty, menej sa orientuje na sociálne, kultúrne, etnické a pedagogicko-psychologické aspekty. Zároveň na

inom mieste dodáva, že najviac nástrojov bolo vyvinutých v USA, Veľkej Británii a Kanade, pričom väčšine nástrojov chýbajú kompletne **údaje o psychometrických vlastnostiach**, predovšetkým dôkazy o ich **obsahovej validite**.

V inej štúdií Mareš (2008b) uvádza, že zisťovanie kvality života ľudí (autor má na mysli kvalitu života súvisiacu so zdravím) – jej diagnostika, sa stáva rozsiahlou a relatívne samostatnou medziodborovou oblasťou. Konštatuje, že prevažná väčšina nástrojov je dotazníkového typu a v zhode s Dijkersom (2003), na ktorého sa odvoláva, uvádza, že väčšina dotazníkov, ktoré sa používajú v zdravotníctve a zisťujú kvalitu života súvisiacu so zdravím, nie je dostatočne citlivá na individuálne pocity, názory, hodnoty a podmienky všetkých ľudí. Čo znamená, že neumožňujú tzv. individualizovanú diagnostiku kvality života. Citovaný autor zhrnul výhrady k doteraz používaným tradičným dotazníkom do 9 bodov, z ktorých možno upozorniť na tieto: Mnoho z existujúcich nástrojov na meranie kvality života stavia na štandardizovaných modeloch kvality života a vopred selektovaných oblastiach – inak povedané, tieto prístupy predpokladajú, že rôzni ľudia vnímajú rovnaké okolnosti svojho života rovnakým spôsobom. V tradičných dotazníkoch majú opytované oblasti približne rovnakú dôležitosť, rovnakú váhu, čím sú ignorované rozdiely v závažnosti rôznych oblastí u rôznych ľudí. Kvalita života je dynamický konštrukt meniaci sa v čase, čo spôsobuje **problémy s reliabilitou merania**, lebo sa predpokladá, že namerané údaje by mali byť relatívne stabilné. Kvalita života je okrem iného definovaná aj kultúrou, vekom, sociálnym postavením a rodom a veľa dotazníkov na to neprihliada a meria kvalitu života bez zohľadnenia špecifických súvislostí, čo ohrozuje **externú validitu merania**.

Tieto výhrady viedli k tomu, že v oblasti diagnostiky kvality života vznikol nový prúd – hodnotenie individuálnej kvality života (Individual Quality of Life, iQOL) a chápe sa ako individuálno-spcifický pohľad na vlastný život. Hodnotia sa predovšetkým tie oblasti kvality života, ktoré považuje za dôležité pre svoj život samotné individuum. To viedlo k vzniku troch nových tendencií v meraní kvality života: a) Presun od objektívnych indikátorov k subjektívnym indikátorom. b) Odklon od skupinových ukazovateľov a zvýšený záujem o individuálne ukazovatele. c) Doplnenie opytovania negatívnych javov o opytovanie javov pozitívnych. Mareš (2008b) poskytol prehľad tzv. individualizovaných nástrojov a za významné pre budúci výskum v tejto oblasti možno považovať tieto jeho závery: 1) V individualizovaných nástrojoch je kladený dôraz na interindividuálnu rozdielnosť oblastí kvality života a dovoľujú zisťovať kvalitu života s ohľadom na špecifické skupiny osôb. 2) Zatiaľ chýbajú porovnávacie štúdie, ktoré by overili silné a slabé stránky týchto nástrojov a vhodnosť oblastí ich použitia. 3) Z metodologického hľadiska je výskum individualizovaných nástrojov za hranicou témy „kvalita života“ a môže byť inšpiráciou pre psychodiagnostiku vôbec.

NÁVRH KONKRÉTNÝCH RIEŠENÍ V OBLASTI MERANIA SUBJEKTÍVNE HODNOTENEJ KVALITY ŽIVOTA

Na základe analýzy súčasného stavu problematiky je možné identifikovať viacero obmedzení, ktoré limitujú ďalší progres v oblasti výskumu a merania subjektívne hodnotenej kvality života a ktoré si vyžadujú hľadanie konkrétnych riešení.

1) V prvom rade ide o konceptuálnu a pojmovú inkonzistentnosť prístupov zapríčinenú nepostačujúcou teoretickou precíznosťou teórií a modelov kvality života a korešpondujúceho pojmu subjektívna pohoda, čo má za následok konfúziu obidvoch konštruktov a v dôsledku toho aj neujasnenosť východísk v oblasti merania kvality

života. Konceptuálnu a pojmovú inkonzistentnosť umožňujú prekonať modely, ktoré sa pokúšajú o syntézu existujúcich poznatkov. Jedným z nich je integrovaný konceptuálny model kvality života Kelley-Gillespie (2009), využívajúci všeobecnú teóriu systémov, zdôrazňujúci interakciu medzi rôznymi časťami alebo komponentmi a zároveň zdôrazňujúci zmeny a vývin vnútri systémov v čase. Tento komplexný rámec elementov kvality života má predpoklady konzistentne interpretovať a aplikovať výsledky merania kvality života a vytvára dobré teoretické východisko pre obsahovú validitu potenciálneho nástroja. Zovšeobecne: iba dostatočne komplexný model kvality života, na základe ktorého je nástroj skonštruovaný, môže poskytnúť dostatočne presný obraz o skutočnej kvalite života osoby. Možno dodať, že dva takéto komplexné modely (Kelley-Gillespie, 2009; Kováč, 2001) zatiaľ uplatnenie pri konštrukcii diagnostického nástroja nenašli.

2) Za druhé obmedzenie považujeme skutočnosť, že pri meraní kvality života nie je dostatočne prihliadané na rozdiely medzi kognitívnym hodnotením a emocionálnym systémom (afektívne hodnotenie). Zatiaľ čo afektívne hodnotenie – skúmané prevažne v rámci konštruktu subjektívna pohoda – má vlastnosti biologického homeostatického systému a jeho prípadná zmena je homeostaticky korigovaná na pôvodnú pre osobu typickú úroveň, kognitívne hodnotenie – využívané viac v rámci konštruktu subjektívna kvalita života – nemá vlastnosti biologického homeostatického systému, ale je založené na psychickom ekvilibriu (po zmene sa môže stabilizovať na inej úrovni). Ak vysvetlenie psychického ekvilibria v prípade subjektívnej kvality života má dobrý základ v existujúcich prácach (Ferring et al., 2002, Pukrop, 2003), fungovanie biologickej homeostázy v prípade emocionálneho komponentu subjektívnej pohody možno považovať zatiaľ za hypotézu. Ďalší pokrok v tejto oblasti by sa mohol oprieť o nedávne zistenia, týkajúce sa vlastností emócií a subjektívneho cítenia sa, ktoré sa zakladajú na poznaní, že emócie nie sú to isté, čo cítenie sa. Cítenie sa vyjadruje osobnú mentálnu skúsenosť s emóciou (Damasio, 2000; Scherer, 2000) a toto cítenie sa monitoruje zmeny v emocionálnom systéme (Greenfield, 2000). Cítenie sa informuje kognitívne procesy o zmenách v emocionálnom systéme a primerane ovplyvňuje kognitívne procesy (Panksepp, 1998). Emocionálny systém je sám o sebe navzájom poprepájaná sieť neuronálnych štruktúr, ktoré interagujú recipročne tak, že využívajú pozitívnu alebo negatívnu spätnú väzbu (Freeman, 2000) – neuronálne a biochemické štruktúry utvárajú obmedzenia, ktoré nútia emocionálny systém k zmenám pravidelným a konzistentným spôsobom, ktorý je systému daný. Stručne: tento systém produkuje odlišné efekty a má odlišné vlastnosti ako kognitívne hodnotenie – možno predpokladať, že je regulovaný iným druhom homeostázy ako subjektívne hodnotenie (biologická vs. psychická homeostáza) a z uvedeného dôvodu je žiaduce na to prihliadať pri meraní subjektívnej kvality života.

3) Tretie obmedzenie súvisí s vhodnosťou typu nástroja, pomocou ktorého je kvalita života osoby zisťovaná. Ide o skutočnosť, že prevažujúce tradičné dotazníky považujú opytované oblasti za približne rovnako dôležité a ignorujú rozdiely v dôležitosti rôznych oblastí u rôznych ľudí (výnimkou je dotazník SQUALA, ktorý do češtiny preložili Dragomirecká, Škoda, 1997) a ďalej, ako na to upozornil napríklad Mareš (2008b) kvalita života je dynamický konštrukt, ktorý sa mení v čase. Okrem toho, kvalita života je definovaná aj kultúrou, vekom, sociálnym postavením a rodom, a veľa nástrojov túto skutočnosť neberie do úvahy a meria kvalitu života bez zohľadnenia špecifických súvislostí, čím je ohrozená externá validita merania. Tzv. individualizované nástroje uvedené prekážky eliminujú – kladú dôraz na interindividuálnu rozdielnosť oblastí kvality života, dovoľujú zisťovať kvalitu života s ohľadom na špecifické skupiny osôb. Zatiaľ však neboli realizované porovnávacie štúdie, ktoré by overili silné a slabé stránky týchto nástrojov a vhodnosť oblastí ich použitia.

Možno zhrnúť:

1) Doposiaľ nebola v celosvetovom meradle vytvorená kategorizácia existujúcich nástrojov na zisťovanie subjektívne hodnotenej kvality života, ktorá by sa zakladala na zohľadnení komplexnosti hodnotenia kvality života. Požiadavka komplexnosti sa z hľadiska externej validity merania kvality života javí byť rozhodujúcou.

2) Nedávno publikovaný integrovaný konceptuálny model kvality života (Kelley-Gillespie, 2009) a trojúrovňový hypotetický model Kováča (2001) možno považovať za komplexné modely kvality života, obidva však zatiaľ neboli využité pri konštrukcii diagnostického nástroja na meranie subjektívne hodnotenej kvality života.

3) Formuláciu položiek generického nástroja na zisťovanie subjektívnej kvality života bez zohľadnenia rozdielov medzi afektívnym a kognitívnym hodnotením možno považovať za problematickú. Existujúce nástroje síce rozlišujú medzi afektívnym hodnotením a kognitívnym hodnotením, avšak neprihliadajú na súčasný stav poznania v tejto oblasti a nezohľadňujú fakt, že ide o dva celkom odlišné systémy hodnotenia, ktoré využívajú odlišné mechanizmy fungovania (homeostáza vs. ekvilibrium).

LITERATÚRA

- ACQOL (2010): <http://acqol.deakin.edu.au/instruments/instrument.php>. [Vyhľadanie 13. 7. 2010]
- Andrews, F. M., Whithey, S. B. (1976): Social indicators of well-being: American's perceptions of life quality. New York, Plenum.
- Brähler, E., Strauss, B. (2003): Diagnostik für Klinik und Praxis. Göttingen, Hogrefe.
- Buchtová, B. (2004): Kvalita života dlhodobě nezaměstnaných. Československá psychologie, 48, 2, 121-135.
- Bullinger, M. (2002): „Und wie geht es Ihnen?“ Die Lebensqualität der Patienten als psychologisches Forschungsthema in der Medizin. In: E. Brähler, B. Strauss (Hrsg.): Handlungsfelder in der Psychosozialen Medizin. Göttingen, Hogrefe, 308-329.
- Cummins, R. A., Eckersley, R., Pallant, J., Van Vugt, J., Misajon, R. (2003): Development a national index of subjective wellbeing: The Australian Unity Wellbeing Index. Social Indicators Research, 64, 159-190.
- Damasio, A. R. (2000): The feeling of what happens: Body and emotion in the making of consciousness. New York, Harcourt Brace.
- Diener, E., Suh, E. (1997): Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. Social Indicators Research, 40, 189-216.
- Dijkers, M. P. (2003): Individualization in quality of life measurement: Instruments and approaches. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 84, 4, Suppl. 2, 3-14.
- Dragomirecká, E., Škoda, C. (1997): QOL-CZ Příručka pro uživatele české verze dotazníku kvality života SQUALA. Praha, Psychiatrické centrum Praha.
- EuroQOL Group. (1990): EuroQol – a new facility for the measurement of health related quality of life. Health Policy, 16, 199-208.
- Ferring, D., Filipp, S. -H., Vaitl, D. (2002): Die Skala zum erlebten Veränderungsdruck – Ein Mass der subjektiven Lebensqualität. Frankfurt a. M, Swets Test Services.
- Freeman, W. J. (2000): Emotion is essential to all intentional behaviors. In: M. D. Lewis, I. Granic (Eds.): Emotion, development, and self-organisation: Dynamic system approaches to emotional development. Cambridge, Cambridge University Press.
- Fuhrer, M. J. (2000): Subjectifying quality of life as a medical rehabilitation outcome. Disability and Rehabilitation, 22, 481-489.
- Gimmler, A., Lenk, Ch., Aumueller, G. (Eds.) (2002): Health and quality of life. Philosophical, medical, and cultural aspects. Muenster, LIT-Verlag.
- Greenfield, S. A. (2000): The private life of the brain. London, Penguin Press.
- Hagovská, M., Dzvonič, O. (2008): Psychosociálne aspekty kvality života u pacientov po radikálnej prostatektómii. Československá psychologie, 52, 2, 120-131.
- Hlaváčková, E., Hodačová, L., Csémy, L., Šmejkalová, J., Čermáková, E. (2010): Kvalita života českých dětí. Československá psychologie, 54, 2, 138-146.
- Hnilica, K. (2000): Konflikt hodnot a kvalita života. Československá psychologie, 44, 5, 385-403.
- Kelley-Gillespie, N. (2009): An integrated conceptual model of quality of life for older adults based on a synthesis of the literature. Applied Research Quality Life, 4, 259-282.
- Kováč, D. (2001): Kvalita života – naliehavá výzva pre vedu nového storočia. Československá psychologie, 1, 34-43.

- Lorenz, W., Koller, M. (2002): Empirically-based concepts of outcome and quality of life in medicine. In: A. Gimmler, Ch. Lenk, G. Aumueller (Eds.): Health and quality of life. Philosophical, medical, and cultural aspects. Muenster, LIT-Verlag.
- Mareš, J. (2006): Kvantitativní generické nástroje pro diagnostiku kvality života u dětí I. In: Mareš, J. a kol: Kvalita života u dětí a dospívajících I. Brno, MSD.
- Mareš, J. (2008a): Struktura proměnných používaných pro zkoumání kvality života u dětí. In: J. Mareš a kol., Kvalita života u dětí a dospívajících III. Brno, MSD, 111-124.
- Mareš, J. (2008b): Individualizované zjišťování kvality života. In: J. Mareš a kol., Kvalita života u dětí a dospívajících III. Brno, MSD, 69-109.
- Najman, J. M., Levine, S. (1981): Evaluating the impact of medical care and technology on quality of life: A review and critique. *Social Science and Medicine*, 15, 107-115.
- Panksepp, J. (1998): *Affective neuroscience: The foundations of human and animal emotions*. New York, Oxford University Press.
- Preiss, J., Zvárová, J., Stanovská, Z. (2005): Kvality života ve vztahu ke zdraví u nemocných epilepsií. Některé psychometrické charakteristiky české verze dotazníku QOLIE-89. *Československá psychologie*, 49, 2, 140-156.
- Ptáčková, A. (1999): Srovnání kvality života před a jeden rok po transplantaci jater. *Československá psychologie*, 43, 4, 338-348.
- Pukrop, R. (2003): MSLQ. Modulares System zur Lebensqualität. In: J. Schumacher, A. Klaiberg, E. Brähler (Eds.): Band 2. Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Göttingen, Hogrefe. 228-232.
- Scherer, K. R. (2000): Emotions as episodes of subsystem synchronisation driven by non linear appraisal processes. In: M. D. Lewis, I. Granic (Eds.): *Emotion, development, and self-organization: Dynamic systems approaches to emotional development*. Cambridge, England, Cambridge University Press.
- Schumacher, J., Klaiberg, A., Brähler, E. (2003): Diagnostik von Lebensqualität und Wohlbefinden – Eine Einführung. In: J. Schumacher, A. Klaiberg, E. Brähler (Eds.): Band 2. Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden. Göttingen, Hogrefe. 9-23.
- Stewart, A. L., Ware, J. E. (Eds.) (1992): *Measuring functioning and well-being. The medical outcomes study approach*. Durham, Oxford University Press.
- Šolcová, I., Kebza, V. (2006): Subjektivní zdraví: Současný stav poznatků a výsledky dvou českých studií. *Československá psychologie*, 50, 1, 1-15.
- The WHOQOL-Group (1994): The development of the World Health Organization Quality of Life assessment instrument: The WHOQOL. In: J. Orley, W. Kuyen (Eds.): *Quality of life assessment: International perspectives*. Berlin, Springer, 41-57.
- The WHOQOL-Group (1995): The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL). Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*, 41, 1403-1409.
- Veenhoven, R. (1996): Happy life-expectancy. *Social Indicators Research*, 39, 1-58.
- Veenhoven, R. (2000): The four qualities of life. Ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies*, 1, 1-39.

SÚHRN

Kvalita života a jej výskum sa od svojich začiatkov v 60-tych rokoch po súčasnosť stala v celosvetovom meradle jednou z najvýznamnejších oblastí záujmu širokého spektra vied. Existujúca rôznorodosť prístupov ku kvalite života a neprehľadné množstvo používaných nástrojov spôsobujú ťažkosti pri rozhodovaní o ich výskumnom a praktickom použití. V posledných rokoch na tento stav reagujú snahy výskumníkov v dvoch rovinách: prvá sa pokúša poskytnúť jednotné východisko, komplexný model pre hodnotenie a meranie kvality života, druhá reprezentuje pokusy usporiadať a utriediť existujúce nástroje na meranie kvality života a poskytnúť hodnotenie ich atribútov. V príspevku je upozornené na obmedzenia, ktoré limitujú ďalší progres v oblasti merania kvality života – ide predovšetkým o existujúcu konceptuálnu a pojmovú inkonzistentnosť a nedostatočné zohľadnenie aktuálnych zistení o odlišných vlastnostiach kognitívneho a afektívneho hodnotenia. V závere príspevku sú navrhnuté konkrétne riešenia týkajúce sa merania subjektívne hodnotenej kvality života.