

Maria OLEŚ*

*Instytut Psychologii KUL

Kryteria jakości życia dzieci i młodzieży

Streszczenie

Przedmiotem artykułu jest problematyka pomiaru i kryteriów oceny jakości życia dzieci i młodzieży. Pojęcie jakości życia ma charakter dynamiczny, ponieważ jakość życia zmienia się stosownie do wieku, stadium rozwoju, poziomu refleksji, nowych zadań i ról społecznych. Ocena subiektywnej jakości życia dzieci i młodzieży zależy od poziomu rozwoju oraz od tego, jakie kryteria jakości życia są istotne na poszczególnych jego etapach. Dla jakości życia młodszych dzieci istotne jest zaspokojenie podstawowych potrzeb, w tym emocjonalnych, bezpieczeństwa, szacunku. Dla dzieci w wieku szkolnym, obok rodziny, zdrowia, ważna jest akceptacja ze strony rówieśników i funkcjonowanie szkolne. Dla młodzieży istotne są zmienne podmiotowe, jak poczucie własnego ja, autonomia, relacje społeczne, posiadanie przyjaciół, możliwości rozwoju i perspektywy na przyszłość. Pomiar subiektywnej jakości życia jest możliwy nawet u małych dzieci, chociaż wymaga uwzględnienia specyfiki rozwojowej, zakresu doświadczeń, zdolności różnicowania i atrakcyjnej formy (np. metody obrazkowe). Dzięki znajomości kryteriów oceny jakości życia możemy konstruować adekwatne narzędzia oceny oraz wykorzystywać wyniki badań w celu poprawy jakości życia i promocji zdrowia dzieci i młodzieży.

Słowa kluczowe: jakość życia – dzieci – młodzież – metody pomiaru

Wprowadzenie

Problematyka jakości życia od dawna stanowi w psychologii przedmiot zainteresowania zarówno teoretyków, jak i badaczy. Dotyczy to nie tylko osób dorosłych, ale badania jakości życia są równie ważne w okresie dzieciństwa i adolescencji, kiedy niedomogi na tym polu mogą mieć negatywne skutki dla przystosowania dziecka, jego szans w przyszłości i pełnego rozwoju. Tak jak istnieje potrzeba zdefiniowania, czym jest jakość życia w odniesieniu do wcześniejszego okresu rozwojowego, tak istnieje potrzeba adekwatnych modeli badawczych oraz narzędzi oceny jakości życia w tej grupie wieku. W literaturze istnieje wiele definicji i koncepcji jakości życia, ale na uwagę zasługuje koncepcja Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Według niej jakość życia to „postrzeganie przez jednostkę swojej pozycji w życiu w kontekście kultury i systemów wartości, w jakich żyje, oraz w powiązaniu z jej celami, oczekiwaniami, standardami i obawami”¹. Definicja ta podkreśla subiektywny charakter jakości życia, która ma charakter wielowymiarowy i obejmuje takie domeny, jak:

- I. Fizyczna, która dotyczy doznania bólu fizycznego i dyskomfortu, poziomu energii, zmęczenia, sfert seksualnej, snu i odpoczynku oraz funkcji sensorycznych.
- II. Psychiczna zawierająca uczucia pozytywne i negatywne, procesy umysłowe, obraz ciała, samoocenę.
- III. Niezależność, w tym ruchową (mobilność), aktywności na co dzień, zdolność komunikowania się i zdolność do pracy.
- IV. Relacje społeczne, w sensie posiadania bliskich relacji z innymi, wsparcia społecznego, ale też możliwość wspierania innych.

¹ The World Health Organization Quality of Life Assessment, s. 1405.

- V. Środowisko, w szerokim rozumieniu, tj. zarówno to najbliższe, domowe, jak i ogólnie środowisko fizyczne, środowisko pracy, bezpieczeństwo, wolność, finanse, opiekę zdrowotną, informację, możliwości rekreacji.
- VI. Duchową, obejmującą przekonania religijne, osobiste poglądy.

W odniesieniu do dzieci, w koncepcji jakości życia WHO, ważna jest sfera:

- VII. Prawa dziecka – do pełnego rozwoju, fizycznego, psychicznego, społecznego i duchowego.

Koncepcja ta jest jedną z najczęściej stosowanych w badaniach jakości życia, również w okresie rozwojowym, choć powstały specyficzne modele jakości życia dla dzieci i młodzieży wraz z metodami oceny stanowiącymi ich operacjonalizację.

Przystępując do badania jakości życia, nasuwa się pytanie, jakie są kryteria oceny jakości życia dzieci i młodzieży? Zakładamy, że jakość życia w odniesieniu do dzieci i młodzieży daje się zdefiniować, ma ona charakter obiektywny i subiektywny. Aspekt subiektywnej oceny to innymi słowy poczucie jakości życia, czyli sami badani formułują to, jak postrzegają swoją pozycję w życiu, jak oceniają jakość życia w ważnych dla nich obszarach. Czy dzieci są zdolne do dokonywania oceny w zakresie poczucia jakości życia, zadowolenia z życia, tego, czy są szczęśliwe, czy nie? Stosownie do poziomu rozwoju, rozumienia, poziomu refleksji, ale też do swoich możliwości różnicowania i oceny własnych stanów emocjonalnych dzieci są zdolne do takiej oceny². Pojęcie jakości życia zmienia się z wiekiem, etapem rozwoju, wraz ze wzrostem samoświadomości, refleksji, ale też zmieniającymi się zadaniami życiowymi, rolami społecznymi itp. Poczucie jakości życia ulega ciągłym zmianom wraz z rozwojem, tzn., że w poszczególnych stadiach rozwoju o jakości życia decydują nieco inne, charakterystyczne dla danego stadium zmienne i mechanizmy oceny³. A zatem ocena jakości życia dokonywana przez dzieci i młodzież

² Por. OLEŚ, Jak oceniać jakość życia u dzieci?

³ Por. BAŃKA, Jakość życia a jakość rozwoju, s. 11–79.

zależy od: poziomu/stadium rozwoju i związanej z tym zdolności do refleksji, od tego, jakie kryteria jakości życia są istotne na poszczególnych etapach rozwoju (obiektywne, subiektywne), od tego, z czym wiążą swoją jakość życia. A do tego najlepsze są pytania otwarte, które mogą w efekcie dać cenny materiał pod kątem istotnych zmieni-nych ważnych w ocenie jakości życia danej grupy wieku. Na podstawie analizy materiału jakościowego, gdy wyodrębni się istotne warunki/kryteria jakości życia dla danego okresu rozwoju, można opracować adekwatne do możliwości dziecka narzędzia oceny, co z kolei umożliwia porównania zarówno indywidualne, jak i międzygrupowe.

Badania jakości życia w okresie rozwojowym

Badania jakości życia dzieci i młodzieży prowadzone są od wielu dekad. Datuje się je co najmniej na lata 80., choć potrzeba oceny jakości życia dzieci chorych zarysowała się już w latach 70. I tak, u dzieci prowadzono badania głównie w obszarze zdrowia, a więc dzieci chorych, w ramach tzw. holistycznego podejścia do choroby i jej leczenia. W ramach holistycznego podejścia w medycynie leczy się nie tylko chorobę, ale uwzględnia się także to, jaki wpływ ma choroba na samopoczucie i dobrostan oraz jaki wpływ ma stan psychiczny i sposób przeżywania choroby i jej leczenia na skutki choroby, powrót do zdrowia, adaptację do choroby, zwłaszcza o charakterze przewlekłym. A zatem ocena jakości życia jest niezwykle ważna.

Powstało wiele metod pomiaru, tzw. ogólnych, jak i specyficznych z uwagi na typ choroby. Niemniej ciągle aktualne pozostaje pytanie, jak rozumieć pojęcie jakości życia w odniesieniu do dzieci i młodzieży. Niekiedy badacze analizują jakość życia, nie podając definicji i sposobu jej rozumienia. Przystępując do oceny jakości życia w okresie rozwojowym, należy wpi-erw zastanowić się, jaką koncepcję i definicję jakości życia przyjąć i jak oceniać jakość życia w tym okresie. Jakie kryteria oceny brać pod uwagę? Obiektywne? Subiektywne? Jedne i drugie? Jaki jest związek jakości życia z jakością rozwoju? Czy i jak zmieniają się subiektywne kryteria oceny jakości życia z uwagi na wiek? Czy badanie wskaźników jakości życia da odpowiedź na pytanie o kryteria oceny jakości życia dzieci i młodzieży? Czy anali-

za pod kątem wyznaczników jakości życia pozwoli odpowiedzieć na pytanie, jakie są kryteria jakości życia dzieci i młodzieży? Od czego zależy odczuwany poziom poczucia jakości życia, czyli jakie zmienne warunkują czy determinują subiektywną jakość życia? Inny charakter oceny jakości życia będą miały badania dzieci przedszkolnych, inny dzieci w wieku szkolnym, które dysponują umiejętnością czytania i pisanie oraz są zdolne do refleksji i oceny własnego życia na poziomie bardziej abstrakcyjnym.

Warto w tym miejscu przytoczyć badania dzieci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym, przeprowadzone przez MANIFICAT i DAZORD⁴, w których dzieci odpowiadały na pytanie: *Czasami jesteś nieszczęśliwy/nieszczęśliwa, dlaczego?*

Czytając wybrane odpowiedzi dzieci w różnym wieku, widzimy zróżnicowanie sytuacji, w których dziecko ma poczucie dyskomfortu, poczucie, że jest nieszczęśliwe. Wśród odpowiedzi znalazły się m.in. następujące:

- Gdy jest ciemno, a ja jestem sam (3 lata).
- Ponieważ chcę oglądać TV, a mama mi nie pozwala (3 lata).
- Bo chcę ubrać swój zielony kubrak (4 lata).
- Ponieważ nie wiem, w co się bawić (5 lat).
- Bo moja mama zmarła (6 lat).
- Ponieważ coś zgubiłem (6 lat).
- Ja zawsze dostaję ubrania i bardzo mało zabawek (6 lat).
- Bo ktoś mnie oszukał (8 lat).
- Kiedy mój brat zabiera mi jedzenie, które ja chcę (9 lat).
- Bo dostałem w policzek (9 lat).
- Kiedy nie wychodzi mi coś, co robię (11 lat).
- Bo dostałem zły stopień (12 lat).

Na pytanie otwarte: *Czasami jesteś szczęśliwy/szczęśliwa, dlaczego?*, dzieci odpowiadały:

- Bo niania mnie nie bije (4 lata).
- Bo moja mama coś mi pokazuje (5 lat).
- Bo poznałem/zdobyłem paru przyjaciół (7 lat).
- Ponieważ dostałem prezent (7 lat).

⁴ Por. MANIFICAT & DAZORD, Children's Quality of Life Assessment.

- Bo wiem, co mam robić (8 lat).
- Ponieważ nikt mnie więcej nie dręczy (8 lat).
- Bo usłyszałem dobre wiadomości (10 lat).
- Ponieważ długo czekałem i w końcu dostałem to, co chciałem (10 lat).
- Kiedy coś mi się uda (11 lat).

Odpowiedzi na pytania otwarte ujawniły dziedziny, które są jakby powszechne, ale i takie, które są specyficzne dla dzieci:

- uczucia: pozytywne, jak poczucie własnej wartości, i negatywne, jak smutek, izolacja, uczucia związane z niepowodzeniami;
- aktywność: robienie czegoś fajnego, co daje przyjemność samą w sobie;
- wydarzenia zewnętrzne: pozytywne, jak uroczystości typu urodziny, posiadanie czegoś, otrzymywanie prezentów, zabawek, i przykre, jak hospitalizacja, śmierć bliskiej osoby;
- inne wydarzenia codziennego życia, jak np. kładzenie się spać, relacje z rodziną, z rówieśnikami;
- konflikty, kary, zakazy, ograniczenia: np. w zakresie oglądania telewizji; dostawanie klapsów;
- zdrowie cielesne: ból związany z chorobą, skutki choroby.

Do oceny poczucia jakości życia dzieci przedszkolnych ($N = 80$) posłużono się Kwestionariuszem Dziecięcej Oceny Jakości Życia⁵. Badanie było swego rodzaju repliką badań MANIFICAT i DAZORD⁶, za pomocą obrazkowej metody oceny jakości życia wzorowanej na *Pictured Child's Quality of Life Self Questionnaire* (AUQUEI).

I tak najwyższe wyniki, a zarazem najwyższe oceny pozytywne w zakresie ocenianej przez dzieci jakości życia dotyczą:

- pobytu na wakacjach,
- kontaktu z dziadkami,
- urodzin,
- wspólnego obiadu z rodziną,
- doświadczania sukcesów na co dzień,

⁵ Por. OLEŚ, Poczucie jakości życia u małych dzieci.

⁶ Por. MANIFICAT & DAZORD, Children's Quality of Life Assessment.

- zabaw sportowych,
- oglądania telewizji.

Natomiast wyniki najniższe dotyczą:

- pobytu dziecka w szpitalu,
- pozostawiania dziecka bez opieki w domu,
- wizyty u lekarza,
- pozostawiania w oddaleniu od domu.

Z badań tych wynika, że na jakość życia u małych dzieci istotny wpływ ma zaspokojenie podstawowych potrzeb dziecka: potrzeby kontaktu i więzi z bliskimi oraz potrzeby zabawy, która jest podstawowym zajęciem dziecka w tym okresie życia. Główne obszary jakości życia u dzieci w wieku przedszkolnym to przede wszystkim rodzina, ale też szersze środowisko społeczne, zdrowie oraz poczucie bezpieczeństwa, gwarantowane obecnością najbliższych. W okresie rozwojowym istotne są warunki i jakość rozwoju dziecka. W okresie wczesnego dzieciństwa jakość rozwoju wyznacza jakość więzi emocjonalnej z rodzicami i osobami znaczącymi. Można twierdzić, że jakość rozwoju i jakość życia w tym okresie są oceniane według tego samego kryterium, tj. jakości więzi emocjonalnej, będącej podstawą rozwoju⁷.

Niewątpliwie istotne dla jakości życia dziecka jest zaspokojenie jego podstawowych potrzeb, w tym emocjonalnych, bezpieczeństwa, szacunku. Spośród wielu koncepcji jakości życia w odniesieniu do dzieci na uwagę zasługuje Model Jakości Życia dla Dzieci LINDSTRÖMA⁸, który umiejscawia dziecięcą jakość życia w kontekście zdrowia publicznego WHO *Health for All Strategy*⁹ i Międzynarodowej Konwencji Praw Dziecka¹⁰. Model ten powstał na podstawie badań nad jakością życia dzieci zdrowych i dzieci z różnego rodzaju deficytami w 5 krajach skandynawskich. Jakość życia określa się tu jako „całość egzystencji jednostki, grupy lub społeczności mierzona obiektywnie, jak i spostrzegana subiektywnie przez jednostkę, grupę

⁷ Por. BAŃKA, Jakość życia a jakość rozwoju, s. 11–79.

⁸ Por. LINDSTRÖM, *Quality of Life*.

⁹ Por. *Targets for Health for All*.

¹⁰ Por. *Konwencja o prawach dziecka*.

lub społeczność”¹¹. Są zatem cztery sfery ludzkiej egzystencji, które obejmują różne obiektywne i subiektywne wymiary: sfera ogólna, zewnętrzna, interpersonalna i osobowa. W koncepcji tej akcent pada na społeczne i strukturalne determinanty zdrowia i jakości życia. W modelu LINDSTRÖMA sfera globalna odnosi się do makrośrodowiska społecznego, w tym do aspektów kultury, praw człowieka czy polityki społecznej. Sfera zewnętrzna obejmuje ważne zmienne zewnętrzne, takie jak praca, wykształcenie i zawód rodziców oraz ich zadowolenie z życia, sytuację ekonomiczną rodziny (dochód, zasoby materialne), warunki mieszkaniowe. Sfera interpersonalna obejmuje ważne zmienne interpersonalne, takie jak rodzina (liczba rodzeństwa, czas i uwaga dla dziecka ze strony rodziny, zadowolenie z rodziny), związki z bliskimi (typ rodziny, wielkość gospodarstwa domowego, wydarzenia życiowe), wsparcie społeczne (zadowolenie z relacji z rówieśnikami, z rodziną), zadowolenie ze społecznego wsparcia, zadowolenie z kontaktów. Sfera osobowa ujmuje zasoby fizyczne, umysłowe i duchowe jednostki, a więc zmienne podmiotowe, jak sprawność fizyczna (zajęcia własne dziecka, zajęcia dziecka z rodzicami, zadowolenie z aktywności), samoocena, koncepcja siebie, podstawowy nastrój (objawy psychosomatyczne, akceptacja ze strony rówieśników, zadowolenie ze szkoły)¹². W ocenie jakości życia dzieci wszystkie te cztery sfery winny być brane pod uwagę. Chodzi o to, że szczególnie u dzieci jakość życia wyznaczają zarówno czynniki obiektywne, jak i subiektywne, ważny jest szerszy kontekst, w tym społeczne i strukturalne determinanty zdrowia¹³.

Omawiając wybrane modele jakości życia opracowane pod kątem dzieci i młodzieży, nie można pominąć koncepcji jakości życia zależnej od zdrowia. W modelu VARNIEGO i współpracowników jakość życia związana ze zdrowiem to „spostrzeganie przez pacjenta wpływu choroby i jej leczenia na funkcjonowanie w różnych obszarach

¹¹ Por. LINDSTRÖM, *Quality of Life for Children*, s. 529.

¹² Por. LINDSTRÖM & KÖHLER, *Youth, Disability and Quality of Life*.

¹³ Por. LINDSTRÖM & ERIKSSON, *Quality of Life among Children in the Nordic Countries*.

– fizycznym, umysłowym i społecznym”¹⁴. Model bazuje na definicji zdrowia WHO¹⁵, a jakość życia w tym ujęciu ma charakter wielowymiarowy, który tworzą wymiar fizyczny, emocjonalny i społeczny. Model jakości życia zależnej od zdrowia VARNIEGO¹⁶ obok wymiaru fizycznego, emocjonalnego i społecznego obejmuje typowy wymiar dla dzieci, tj. wymiar szkolny. Ważne kryterium oceny jakości życia wiąże się ze specyficzną rolą, jaka dotyczy tego okresu życia, tj. rolę ucznia. Funkcjonowanie szkolne stanowi ważny obszar i wskaźnik jakości życia dzieci.

Wypracowany na gruncie europejskim model jakości życia zależnej od zdrowia KIDSCREEN to przykład wielowymiarowego podejścia do oceny jakości życia dzieci i młodzieży¹⁷. Powstał on na podstawie szerokich badań grup eksperckich i przeglądu literatury w 13 krajach Europy, w tym w Polsce. Dzięki nim wyłoniono ostatecznie dziesięć kategorii/wskaźników, a zarazem kryteriów oceny jakości życia dzieci i młodzieży. Są to:

1. Dobrostan fizyczny, który obejmuje poziom aktywności fizycznej, energii i ogólnej sprawności, oraz ogólny stan zdrowia.
2. Dobrostan psychiczny, na który składają się pozytywne i negatywne odczucia.
3. Nastroje i emocje, czyli ogólny nastrój.
4. Percepcja siebie, czyli samoocena i obraz własnego ciała, zadowolenie ze swego wyglądu.
5. Autonomia, wymiar, który ujmuje możliwość podejmowania decyzji i autonomię.

¹⁴ VARNI, SEID & RHODE, *The PedsQLTM*, s. 127.

¹⁵ Por. *Constitution of the World Health Organization*.

¹⁶ Por. VARNI, SEID & RHODE, *The PedsQLTM*.

¹⁷ Por. *The KIDSCREEN Questionnaires*; MAZUR & MIERZEJEWSKA, Jakość życia związana ze zdrowiem dzieci i młodzieży.

6. Rodzina i życie w domu, który obejmuje relacje z rodzicami i atmosferę domu, poczucie bycia kochanym, bezpieczeństwo w domu i wsparcie ze strony rodziców.
7. Zasoby finansowe.
8. Wsparcie społeczne i rówieśnicy; ujmując relacje z rówieśnikami.
9. Środowisko szkolne; ujmując spostrzeganie własnych zdolności, uczucia względem szkoły, relacje z nauczycielami.
10. Akceptacja społeczna vs dręczenie przez rówieśników, gdzie chodzi głównie o jakość relacji, w tym poczucie akceptacji albo odrzucenia¹⁸.

Te obszary jakości życia jednakowo odnoszą się do dzieci zdrowych, jak i chorych czy nie w pełni sprawnych. Chodzi o to, że niezależnie od stanu zdrowia w ocenie jakości życia należy brać pod uwagę wszystkie ważne sfery funkcjonowania i życia dziecka, które samo może dokonywać oceny tego, jak spostrzega swą jakość życia.

Kryteria oceny jakości życia młodzieży

Rozważając kryteria oceny jakości życia młodzieży, należy zwrócić uwagę na specyfikę okresu dorastania i zadania rozwojowe okresu adolescencji. Według HAVIGHURSTA główne zadania rozwojowe okresu adolescencji to:

- nawiązywanie dojrzałych więzi z rówieśnikami obojga płci,
- ukształtowanie roli męskiej lub kobiecej,
- akceptacja zmian w organizmie i panowanie nad ciałem,
- osiągnięcie niezależności emocjonalnej od rodziców i innych,
- przygotowanie do zawarcia małżeństwa i życia w rodzinie,
- przygotowanie do kariery zawodowej (niezależność finansowa),
- rozwijanie ideologii (wartości i systemu norm etycznych),
- dążenie i osiągnięcie odpowiedzialności w relacjach społecznych¹⁹.

¹⁸ Por. OLEŚ, *Jakość życia młodzieży w zdrowiu i w chorobie*, s. 170–171.

¹⁹ Por. HAVIGHURST, *Developmental Task and Education*.

W świetle powyższych zadań rozwojowych badanie jakości życia młodzieży musi uwzględniać to wszystko, co jest ważne dla tej grupy wieku, co oni sami określają jako ważne dla oceny ich jakości życia. Warunek ten został w pełni spełniony w toku opracowywania modelu jakości życia na Uniwersytecie Waszyngtona w Seattle (*Seattle Quality of Life Group*). Zebrany materiał jakościowy wskazuje, że wpływ na jakość życia młodzieży mają: przyjaciele, rodzina, bycie sobą, szkoła/nauka, zasoby finansowe, uczestnictwo w życiu społecznym, zaangażowanie, otoczenie społeczne, troska o innych i wsparcie ze strony dorosłych, przyszłość, bezpieczeństwo osobiste, zdrowie fizyczne i psychiczne, wolność i duchowość. Na tej podstawie opracowano model jakości życia młodzieży, który obejmuje najważniejsze obszary jakości życia okresu adolescencji:

- I. Poczucie własnego Ja, które obejmuje wiarę w siebie, bycie sobą, zdrowie fizyczne i psychiczne oraz sferę duchową.
- II. Relacje społeczne, obszar, który obejmuje kontakty z innymi, relacje z rodziną, wsparcie społeczne, wolność, przyjaźń, uczestnictwo w życiu społecznym.
- III. Środowisko, obejmuje możliwości i przeszkody w wymiarze społecznym i kulturowym, czyli zaangażowanie się i aktywność, edukację, sąsiedztwo, zasoby finansowe, bezpieczeństwo osobiste i perspektywy na przyszłość.
- IV. Ogólne zadowolenie z życia, odzwierciedla to, jak dobre jest życie w percepcji badanego, w jakim stopniu jest źródłem radości i poczucia sensu.

Obszary jakości życia zawarte w tym modelu mogą być traktowane jako empirycznie wyodrębnione ważne kryteria i wskaźniki jakości życia młodzieży.

Przykładem innego modelu opracowanego z uwagi na specyfikę wieku i zadania rozwojowe okresu adolescencji jest kanadyjski model Centrum Promocji Zdrowia (*Centre for Health Promotion, CHP*)

wypracowany na Uniwersytecie w Toronto. W przyjętej koncepcji jakość życia wyraża to, „jak dobre jest życie” dla jednostek lub grup ludzi. Jest to „stopień, w jakim jednostka cieszy się, korzysta z ważnych możliwości w swoim życiu”²⁰. Koncepcja jakości życia CHP ujmuje możliwości osoby w trzech głównych domenach życia:

- I. Bycia (*Being*) – odnosi się do tego, „kim jednostka jest” jako osoba, i obejmuje trzy dziedziny: fizyczną, psychologiczną i duchową.
- II. Przynależenia (*Belonging*) – odzwierciedla dopasowanie osoby do otoczenia, harmonię między osobą a jej otoczeniem i składa się na nią: przynależenie fizyczne, społeczne i przynależenie do społeczności.
- III. Stawania się/Rozwoju (*Becoming*) – dotyczy podejmowanej codziennej aktywności jednostki w celu osiągnięcia i realizacji osobistych celów i aspiracji. Obejmuje: stawanie się w sferze praktycznej, wypoczynku i rozwoju.

Z badań młodzieży w wieku 11–18 lat²¹ oraz dla nastolatków w wieku 11–13 lat ważne dla jakości życia są: poczucie dobrego stanu zdrowia, dobra atmosfera i relacje rodzinne, czynniki ekonomiczne warunkujące zaspokojenie potrzeb materialnych, czynniki podmiotowe (przeżywane emocje, zaspokojenie potrzeb psychicznych), potrzeby bycia kochanym i rozumianym. Dla nastolatków w wieku 14–16 lat ważne dla ich subiektywnej jakości życia są: umiejętności psychospołeczne, giętkie radzenie sobie, zdolności adaptacyjne. Dla młodzieży w wieku 17–18 lat w wyjaśnianiu subiektywnej jakości życia istotne są zmienne dotyczące systemu Ja: poczucie własnej wartości, poczucie własnej skuteczności, poziom rozwoju tożsamości *ego*, zaangażowanie w realizację celów, zadań i wartości związane z procesem tożsamościowym, który polega na podjęciu zobowiązań łączących się z wyzwaniami tego okresu.

²⁰ RENWICK & BROWN, *The Centre for Health Practitioners*, s. 80.

²¹ Por. OLEŚ, *Jakość życia młodzieży w zdrowiu i w chorobie*.

Podsumowując, można powiedzieć, że kryteria oceny jakości życia zmieniają się z wiekiem, co istotnie wiąże się z poziomem rozwoju emocjonalnego, poznawczego i społecznego, z rolami, jakie pojawiają się wraz z wiekiem, i zadaniami przypisanymi do poszczególnych etapów życia oraz specyfiką potrzeb na każdym etapie okresu dzieciństwa i dorastania. I tak w ocenie jakości życia dzieci liczy się w większym stopniu rodzina, rodzeństwo, życie rodzinne, relacje z rówieśnikami. Ważne są też elementy o charakterze obiektywnym, jak warunki życia, mieszkania, zaspokojenie potrzeb materialnych. U młodzieży akcent przesuwają się na zmienne podmiotowe, jak poczucie własnego ja, autonomia oraz zmienne warunkujące dobre funkcjonowanie społeczne, czyli na relacje społeczne, posiadanie przyjaciół, ale też możliwości edukacyjne, czyli szkoła/nauka, możliwości rozwoju oraz perspektywy na przyszłość.

Dla kontrastu dorośli w ocenie swej jakości życia akcentują relacje i wsparcie społeczne, bezpieczeństwo socjoekonomiczne, zdrowie i zabezpieczenie socjalne, samodzielność i niezależność oraz satysfakcję z pracy²². Z badań osób starszych prowadzonych przez BOWLING i współpracowników wynika, że ważnym kryterium oceny jakości życia są społeczne porównania i oczekiwania, cechy osobowości (optymizm – pesymizm), zdrowie i stan funkcjonowania, zasoby społeczne (wsparcie, kontakty, aktywność), uczucia osamotnienia, udogodnienia i bezpieczeństwo w codziennym życiu oraz ogólnie czynniki socjoekonomiczne²³.

Biorąc pod uwagę dotychczasowe wyniki badań, koncepcje i teoretyczne modele jakości życia w ocenie jakości życia poszczególnych grup wieku, nie można pomijać specyfiki związanej z wiekiem badanych, a więc poziomu rozwoju poznawczego, emocjonalnego i społecznego. Z wiekiem zmieniają się potrzeby, zadania rozwojowe i role, a zatem zmieniają się kryteria oceny jakości życia. Stąd nie wystarczy ocena stopnia zadowolenia w zakresie poszczególnych sfer jakości życia, ale istotna jest też ocena stopnia ważności danej sfery dla badanego. Przykładem takiego podejścia jest metoda będąca ope-

²² Por. BOWLING, *The Most Important Things in Life*.

²³ Por. BOWLING et al. *A Multidimensional Model*.

racjonalizacją modelu Centrum Promocji Zdrowia (*Centre for Health Promotion, CHP*) jakości życia²⁴. Obok narzędzi dopracowanych psychometrycznie warto stosować pytania otwarte, kiedy pomiar ilościowy może być uzupełniony o informacje jakościowe. Znajomość kryteriów oceny jakości życia poszerza możliwości aplikacyjne w zakresie oddziaływania w kierunku poprawy jakości życia badanych oraz promocji zdrowia i jakości życia dzieci i młodzieży.

Summary

This article presents the criteria and measurement tools employed when assessing quality of life for children and adolescents. The notion of 'quality of life' is dynamic, in that quality of life changes as a function of age, stage of development, level of reflection, the undertaking of new tasks, and the adoption of new roles. How we assess the subjective quality of life of children and adolescents depends on the level of development and quality-of-life criteria specific to a given period. For younger children, the fulfilment of basic needs — i.e. emotional needs, such as the need to feel safe or valued by others — is especially relevant. For older children, family and health are important, but so are peer-acceptance and school achievements. For adolescents, personal considerations such as the sense of self, autonomy, interpersonal relationships, having friends, possibilities of development and prospects for the future, are all important. It is possible to measure quality of life even in small children, but doing so requires that we pay attention to the specifics of their development, the scope of their personal experiences, and their ability to express their assessments. Hence an approach that makes use of an attractive format is to be preferred (i.e. pictures). Knowledge of the specific quality-of-life criteria involved enables researchers to construct adequate tools, and to use their results to help bring about improvements in quality of life and the promotion of healthy living.

Key words: quality of life — children — adolescents — measurement tools

²⁴ Por. RAPHAEL et al. The Quality of Life Profile.

Literatura

- BAŃKA, A., Jakość życia a jakość rozwoju: Społeczny kontekst płci, aktywności i rodziny, [w:] *Psychologia jakości życia*, [red.] A. BAŃKA, Poznań : Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, 2005, s. 11–79.
- BOWLING, A., The Most Important Things in Life. Comparisons Between Older and Younger Population Age Groups by Gender: Results from a National Survey of the Public's Judgement, *International Journal of Health Sciences* 6(4) (1995), s. 169–175.
- BOWLING, A., D. BANISTER, S. SUTTON, O. EVANS & J. WINDSOR, A Multidimensional Model of the Quality of Life in Older Age, *Aging and Mental Health* 6(4) (2002), s. 355–371.
- Constitution of the World Health Organization Basic Document*, Geneva : World Health Organization, 1948, World Health Organization (WHO).
- HAVIGHURST, R.J., *Developmental Task and Education*, New York : David McKay, 1953.
- Konwencja o prawach dziecka* przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 r., Warszawa : Dz. U. Nr 120, poz. 526 z 23 grudnia 1991 r., URL : <http://brpd.gov.pl/konwencja-o-prawach-dziecka>, Zgromadzenie Ogólne Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ).
- LINDSTRÖM, B., Quality of Life: A Model for Evaluating Health for All: Conceptual Considerations and Policy Implications, *Sozial- und Präventivmedizin* 37 (1992), s. 301–306.
- LINDSTRÖM, B., Quality of Life for Children and Disabled Children Based on Health as a Resource Concept, *Journal of Epidemiology and Community Health* 48 (1994), s. 529–530.
- LINDSTRÖM, B. & B. ERIKSSON, Quality of Life among Children in the Nordic Countries, *Quality of Life Research* 2(1) (1993), s. 23–32.
- LINDSTRÖM, B. & L. KÖHLER, Youth, Disability and Quality of Life, *Pediatrician* 18(2) (1991), s. 121–128.
- MANIFICAT, S. & A. DAZORD, Children's Quality of Life Assessment: Preliminary Results Obtained with the AUQUEI Questionnaire, *Quality Life Newsletter* 19 (1998), s. 2–3.

- MAZUR, J. & E. MIERZEJEWSKA, Jakość życia związana ze zdrowiem dzieci i młodzieży – koncepcje, metody badawcze i wybrane zastosowania, *Medycyna Wieku Rozwojowego* 7 (2003), s. 35–48.
- OLEŚ, M., *Jakość życia młodzieży w zdrowiu i w chorobie*, Lublin : Wydawnictwo KUL, 2010.
- OLEŚ, M., Jak oceniać jakość życia u dzieci?, *Psychologia Jakości Życia* 4(1) (2005), s. 69–88.
- OLEŚ, M., Poczucie jakości życia u małych dzieci – czy i jak można je oceniać? Wstępne wyniki badania dzieci przedszkolnych, *Czasopismo Psychologiczne* 12(1) (2006), s. 101–114.
- RAPHAEL, D., E. RUKHOLM, I. BROWN, R.N. HILL-BAILEY & E. DONATO, The Quality of Life Profile – Adolescent Version: Background, Description, and Initial Validation, *Journal of Adolescent Health* 19(5) (1996), s. 366–375.
- RENWICK, R. & I. BROWN, The Centre for Health Practitioners: Conceptual Approach to Quality of Life – Being, Belonging and Becoming, [w:] *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation: Conceptual Approaches, Issues and Applications*, [red.] R. RENWICK, I. BROWN & M. NAGLER, Thousand Oaks, CA : Sage Publications, 1996, s. 75–86.
- Targets for Health for All: Targets in Support of the European Regional Strategy for Health for All*, (European Health for All Series No. 1), Copenhagen : World Health Organization, 1985, World Health Organization (WHO), Regional Office for Europe.
- The KIDSCREEN Questionnaires: Quality of Life Questionnaires for Children and Adolescents: Handbook*, Langerich : Pabst Science Publishers, 2006, The KIDSCREEN Group Europe.
- The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization, *Social Science and Medicine* 41 (1995), s. 1403–1409, The WHOQOL Group.
- VARNI, J.W., M. SEID & C.A. RHODE, The PedsQLTM: Measurement Model for the Pediatric Quality of Life Inventory, *Medical Care* 37 (1999), s. 126–139.