

Małgorzata Chrobak

Zakład Ratownictwa Medycznego, Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

Ocena jakości życia zależnej od stanu zdrowia

The evaluation of health related quality of life

STRESZCZENIE

Badania jakości życia w ostatnich latach zyskały na znaczeniu wraz z całościowym i interdyscyplinarnym spojrzeniem na sytuację osoby chorej. Prowadzenie badań nad jakością życia jest nie tylko przejawem troski o dobro pacjenta, ale również wyrazem zaangażowania ludzi wielu zawodów medycznych i paramedycznych.

Decyzje medyczne dotyczące leczenia podejmowane są na różnych poziomach służby zdrowia. Zaczynając od planowania indywidualnej opieki nad pacjentem, poprzez ocenę skuteczności leków czy interwencji, do wytyczania kierunków całego systemu. Sprowadzają się one do wspólnego celu, jakim jest ocena stanu zdrowia chorego oraz funkcjonowanie pacjenta w ważnych dla niego dziedzinach.

Pojęcie jakości życia przeniknęło również do obowiązujących definicji zdrowia, gdzie z czasem stało się jej ważnym i zarazem niezbędnym elementem. Obecnie jest ono uzupełnieniem oceny stanu zdrowia człowieka poprzez wprowadzenie do niej dodatkowego kryterium, jakim jest ocena jakości życia. Do obiektywnej oceny stanu zdrowia służą wskaźniki biomedyczne. Pewne aspekty stanu zdrowia nie dają się ująć w takie parametry, na przykład zdolność do normalnego funkcjonowania w domu, w pracy, w społeczeństwie, niezdczuwanie bólu oraz innych dolegliwości fizycznych i psychicznych. Dlatego do wyrażenia tych aspektów czyli do oceny subiektywnej proponuje się przeprowadzenie badania jakości życia za pomocą specjalnych narzędzi (kwestionariuszy). Dzięki wprowadzeniu pojęcia jakości życia pacjent staje się współuczestnikiem procedur leczniczych. Ocena jakości życia służy również pośrednio do badania jakości opieki oraz stanowi istotne kryterium oceny wartości leków. Dlatego pełna ocena efektywności leczenia powinna obejmować nie tylko wskaźniki biomedyczne, ale również bezpośrednią ocenę stanu zdrowia chorego, która zawiera wpływ stosowanego leczenia u pacjenta na jakość jego życia.

Celem niniejszego artykułu jest ukazanie na podstawie literatury znaczenia oraz zastosowania lub też użyteczności koncepcji jakości życia zależnej od zdrowia we współczesnej medycynie.

Problemy Pielęgniarstwa 2009; 17 (2): 123–127

Słowa kluczowe: jakość życia, ocena, pomiar

ABSTRACT

Research on quality of life has been gaining significance for the last few years. Including the holistic and interdisciplinary view on the situation of a patient, not only have they become a sign of care about a patient's well-being, but also the expression of engagement of many professionals.

Medical decisions concerning treatment are being made on different levels of medical services. They include the planning of medical care for an individual patient through assessing the effectiveness of drugs or intervention, in which not only the objective indicators, but also the so often disregarded subjective assessment of a patient's state of health done by the patient themselves and the patient's functioning in their important areas, are crucial.

Conception of quality of life has also penetrated valid health definitions and after a while has become an important and necessary element. Actually it is supplementing the patient's health evaluation. In order to evaluate the patient's health objectively, the biomedical indicators are used. However certain aspects of the state of health cannot be confined to such parameters, that is capability to function normally at home, work, society, to be free from pain or other physical and mental disorders. That is why, in order to express these particular aspects it is proposed to survey the quality of life using specially designed tools, such as questionnaires. Once the notion of quality of life is introduced, a patient becomes a co-participant of the medical procedures. Quality of life assessment also has its indirect influence on care quality

research and constitutes a crucial criterion of drug effectiveness assessment. Therefore a full judgement of treatment effectiveness should include not only the biomedical indicators, but also the patient's direct health evaluation, which consists of the influence of an applied treatment on quality of their life.

The main purpose of this article, based on a professional literature, is to present the meaning and application of the quality of life concept to the present-day medicine.

Nursing Topics 2009; 17 (2): 123–127

Key words: quality of life, evaluation, measurement

Wstęp

Badania jakości życia w ostatnich latach zyskały na znaczeniu wraz z całościowym i interdyscyplinarnym spojrzeniem na sytuację chorej osoby. Prowadzenie badań nad jakością życia jest nie tylko przejawem troski o dobro pacjenta, ale również wyrazem zaangażowania ludzi wielu zawodów medycznych i paramedycznych.

Decyzje medyczne dotyczące leczenia podejmowane są na różnych poziomach służby zdrowia, zaczynając od planowania indywidualnej opieki nad pacjentem, poprzez ocenę skuteczności leków czy interwencji, do wytyczania kierunków całego systemu. Sprowadzają się one do wspólnego celu, jakim jest ocena stanu zdrowia chorego oraz funkcjonowanie pacjenta w ważnych dla niego dziedzinach.

Jakość życia w ujęciu ogólnym

Badania nad jakością życia zaczęto prowadzić w latach 60. XX wieku. Ponieważ jakość życia omawiana była przez wielu badaczy, wyodrębnić można różne propozycje rozumienia tego pojęcia. Część autorów uważa, że tylko bezpośrednia ocena samopoczucia dokonana przez pacjentów spełnia warunek subiektywności zawarty w idei jakości życia. Według skrajnie przeciwnego stanowiska pomiar każdego aspektu życia ważnego dla pacjenta można uznać za pomiar jakości życia (na przykład jeżeli dla danego pacjenta możliwość czytania jest ważnym aspektem codziennego życia, to pomiar zdolności czytania można uznać za pomiar jakości życia), różnice te wynikają z wielowymiarowości i wieloznaczności pojęcia.

Pierwotnie jakość życia oznaczała dobre życie na podstawie posiadanych dóbr materialnych. W życiu codziennym bywa postrzegana łącznie z satysfakcją życiową, poczuciem szczęścia, zaspokojeniem potrzeb oraz spełnieniem pragnień. Przez większość badaczy jest porównywana głównie z zadowoleniem, szczęściem i dobrostanem [1]. Z czasem okazało się, że dobra jakość życia oznacza szczęście osobiste, sukces zawodowy, ustabilizowaną sytuację życiową, odpowiedni status materialny, umiejętność radzenia sobie z problemami życiowymi. Dla niektórych może być ona także związana z pomaganiem ludziom potrzebującym czy kierowaniem się w życiu najwyższymi wartościami takimi jak: prawda, dobro czy miłość. Jednak nowy preferowany styl życia, jak piszą Sokolnicka i Miłkuła [2],

bardziej „hołduje egoizmowi, hedonizmowi, postawie konsumpcyjnej”. Zdaniem Jaronia [za: 3], współczesnego człowieka charakteryzuje tak zwany merkantylny charakter, który „opiera się na rozumieniu samego siebie jako towaru, a własnej wartości nie jako wartości użytkowej, lecz wartości wymiennej”.

Zwłaszcza obecnie szybkie tempo przemian społecznych sprawia, że człowiek zapomina często o bliżnim i jego hierarchia wartości opiera się głównie na dobrach materialnych zamiast na wartościach najwyższych. W obecnych czasach mówi się o „pustce egzystencjalnej” i poczuciu braku sensu życia. Refleksja nad sensem własnego istnienia nadchodzi najczęściej w momentach dramatycznych, takich jak na przykład nagła choroba.

Jakość życia człowieka w znacznej mierze zależy od przyjętej filozofii życia, hierarchii wartości oraz oczekiwań i pragnień wobec własnego życia. Nie należy zapominać, że jest ona efektem wychowania człowieka. Proces wychowania trwa przez całe życie, dlatego człowiek może nieustannie budować swoją osobowość i tożsamość. W ten sposób kształtuje w sobie poczucie bezpieczeństwa, sensu istnienia i własnej wartości.

Człowiek powinien nieustannie się doskonalić. Poprzez dokonywanie wyborów, realizację celów, ambicji i marzeń może osiągać poczucie szczęścia i satysfakcji życiowej. W przeciwnym razie, gdy nie dochodzi do tych procesów rodzi się uczucie pustki życiowej i dyskomfort psychiczny [4]. Może to prowadzić do różnych zaburzeń na przykład depresji.

Jakość życia jest pojęciem wielowymiarowym, interdyscyplinarnym, łączącym wiele ważnych dziedzin życia [5]. W ujęciu socjologicznym jest to stopień zaspokojenia ważnych dla człowieka potrzeb, w perspektywie psychologicznej oznacza dobrostan psychiczny [6]. Według Steclera [7] nadmiar emocji pozytywnych będzie świadczyć o wysokiej jakości życia. Twierdzi on również, że jakość życia zależy od cech charakterologicznych człowieka, doświadczeń życiowych oraz poprzednich faz życia. W trosce o jakość życia człowiek musi umieć sprostać wyzwaniom i zagrożeniom współczesnego świata.

Pojęcie jakości życia przeniknęło do nauki z języka potocznego, stąd też mimo powszechności stosowania, trudno je zdefiniować. W licznych opracowaniach uwzględnia się różne dziedziny funkcjonowania człowieka (na przykład: praca, rodzina, stan zdrowia, sytu-

acja materialna, samorealizacja). Wszystkie określenia jakości życia według Farquhar można zaliczyć do 2 grup [8]: definicje formułowane przez ekspertów (globalne, złożone, specyficzne, mieszane) oraz określenia potoczne. Subiektywnej, całościowej jakości życia dotyczą definicje globalne. Definicje złożone obejmują oceny globalne i cząstkowe, natomiast definicje swoiste (specyficzne) dotyczą tylko wybranych obszarów życia i zawierają określenia jakości życia związanej ze zdrowiem. Przykładem definicji mieszanych jest definicja jakości życia według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*): „postrzeganie przez jednostkę jej pozycji w życiu, w kontekście uwarunkowań kulturowych, systemu wartości, w którym żyje oraz relacji do własnych celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań” [9].

Niektórzy badacze, jak Beckman i Ditlev [za: 10], uważają że jakość życia powinna być utożsamiana ze szczęściem. Szczęście należy pojmować w kategoriach wyższych, humanistycznych, zgodnie z którymi rozumiane jest jako „samorealizacja i harmonia życia” [11]. Jak widać, różni badacze na wiele sposobów i zawsze trafnie określają to, czym jest jakość życia. Przytoczone definicje nie wyczerpują problematyki jakości życia, przybliżają tylko zakres tego pojęcia tak ważnego dla każdego człowieka.

Pojęcie jakości życia w naukach medycznych

W dziedzinach takich jak: nauki społeczne, medycyna i ekonomia próbuje się tworzyć pożądane modele i poziomy jakości życia. W medycynie problemami jakości życia zajmują się psycholodzy kliniczni, socjologowie, lekarze, pielęgniarki i specjaliści zdrowia publicznego.

Na początku lat 90. XX wieku wprowadzono pojęcie jakości życia związanej ze stanem zdrowia (HRQOL, *health-related quality of life*), które łączy się z nazwiskami Patrick, Guayaff, Spillker i Schipper [12]. Do późniejszych znanych zwolenników tej koncepcji należą Wołowicka, de Walden-Gałuszko, Jarema i wielu innych.

Wśród niektórych badaczy koncepcja ta budzi wiele kontrowersji oraz sprzecznych odczuć. Przeciwnikiem włączania HRQOL w zakres znaczeniowy jakości życia jest między innymi Kowalik [za: 13]. Przestrzega on przed zbytnim nadużywaniem tego pojęcia w medycynie. Według Leplege i Hunt [za: 13] kwestionariusze nie do końca odzwierciedlają to, czym jest jakość życia. Ich zdaniem takie oceny wyznaczają tylko pewny kierunek działań w medycynie. W swoich pracach piszą, że brakuje konkretnego ujęcia jakości życia i jej zakresu znaczeniowego. W znacznej mierze zależy ona od życia prywatnego, kultury, sytuacji socjalnej itp. [14].

Jakość życia stanowi przedmiot badań z zakresu filozofii, psychologii, socjologii i medycyny. Kierunek

poszukiwań badawczych w filozofii i psychologii koncentruje się na jakości życia w znaczeniu uniwersalnym. W socjologii i naukach medycznych dominuje nurt praktyczno-dedukcyjny. W badaniach empirycznych poszukuje się odpowiedzi na pytanie, jaka jest jakość życia określonych grup ludzi, co się na nią składa, czy i jak ulega ona zmianie pod wpływem takich czynników jak: choroba, leczenie czy czas. W budowaniu teorii przeważa nurt związany z wnioskowaniem opartym na rezultatach badań empirycznych. Proponowane modele jakości życia odnoszą się najczęściej do określonych grup pacjentów z uwzględnieniem następstw choroby w wymiarze biopsychospołecznym. Ponadto uwzględniają one najczęściej 2 wymiary jakości życia: obiektywny i subiektywny [15].

Powszechnie uważa się, że choroba zakłóca w różnym stopniu funkcjonowanie człowieka, oddziałując na jakość życia w wielu wymiarach [16]. Choroba wpływa znacząco na odgrywanie dotychczasowych ról społecznych, często wiąże się z bólem, cierpieniem powoduje zachwianie poczucia bezpieczeństwa, a dodatkowo hospitalizacja powoduje odosobnienie. W przypadku ciężkiej, nieuleczalnej choroby ważnym czynnikiem, który wpływa na obniżony dobrostan jest poczucie niedokończonych spraw życiowych. Zmaganie się chorego ze skutkami niektórych metod terapeutycznych, na przykład chemioterapii, bywa bolesne [17]. Dochodzi również obawa chorego przed reakcją otoczenia, zwłaszcza jeżeli chodzi o chorobę nowotworową. Ponadto wiąże się z ponoszeniem określonych kosztów leczenia, co automatycznie wpływa na pogorszenie sytuacji finansowej chorego, dlatego wiele osób pod wpływem choroby popada w depresję.

W literaturze znane są różne typy zachowań człowieka w czasie choroby. Jedni próbują z nią walczyć, drudzy całkowicie się jej poddają. W znacznej mierze zależy to od rodzaju schorzenia oraz cech charakteru pacjenta. Reakcją człowieka na chorobę może być zaprzeczanie, pomniejszanie, akceptacja bądź wyolbrzymianie. Zachowanie w czasie choroby wiąże się nierozdzielnie z jakością życia [18]. W przypadku rezygnacji jakość życia zmierza w kierunku negatywnym, dlatego wskazane jest podejmowanie prób walki ze schorzeniem. Choroba daje też poważne konsekwencje społeczne, na przykład niemożność wypełniania funkcji społecznych pełnionych dotychczas, konieczność rezygnacji z pracy zawodowej czy zawężenie kontaktów towarzyskich [19]. Warto w tym miejscu zacytować słowa Pankiewicza i wsp. [za: 20]: „cierpienie i choroba nie zawsze wiążą się z poczuciem nieszczęścia, nieraz mogą być drogą do poznania siebie, mogą mieć walor twórczy i konstruktywny, zwłaszcza w rozwoju osobowości, w wewnętrznym dojrzewaniu”.

W medycynie istnieją 2 wymiary jakości życia: obiektywny i subiektywny [21]. Zantner i Goodhart uwzględ-

niąją w jakości życia oceniane subiektywnie zadowolenie z życia (zawierające się w jakości doświadczeń życiowych), oraz obiektywną ocenę warunków zewnętrznych [za: 22]. Ferrans i Powers [za: 23] ujmują jakość życia jako poczucie dobrostanu wynikającego z satysfakcji lub jej braku, w odniesieniu do ważnych dziedzin życia jednostki. Podobne ujęcie proponują inni autorzy: poczucie globalnej satysfakcji z życia i jego istotnych dziedzin [24], samopoczucie osoby wynikające z zadowolenia lub niezadowolenia z dziedzin życia, które są dla niej ważne.

Na jakość życia mają wpływ nie tylko następstwa choroby. Pacjentom zadaje się pytanie, w jaki sposób ich stan zdrowia ogranicza funkcjonowanie i jaka jest ich reakcja emocjonalna na te ograniczenia. Obiektywna ocena wiąże się z kliniczną oceną choroby oraz czynników społeczno-ekonomicznych. Natomiast subiektywna dotyczy stopnia zadowolenia z życia oraz przejawianej aktywności w różnych sferach życia codziennego. Jakość życia danej osoby powinna być rozumiana nie tylko poprzez subiektywne dobre samopoczucie, ale także jako zdolność do dalszego funkcjonowania w różnych obszarach życia z uwzględnieniem oceny zasobów i możliwości. Służą do tego specjalnie skonstruowane w tym celu kwestionariusze, które wypełnia chory.

Pomiar jakości życia – narzędzia badawcze

Istnieją różne techniki badania i oceny jakości życia. Wnikliwą ocenę samopoczucia chorego umożliwia badanie wieloczynnikowe. Ma ono charakter jakościowy i pozwala na uzyskanie niektórych wyników w postaci wskaźników punktowych, będących elementem oceny ilościowej. Z powodu konieczności uwzględniania wielu narzędzi, badanie to jest bardzo pracochłonne. Innym sposobem oceny jakości życia jest badanie kwestionariuszowe, pozwalające na opis ilościowy na podstawie uzyskanego wyniku punktowego na skali. Kwestionariusze do badania jakości życia dzielą się na: ogólne, specyficzne oraz mieszane.

Kwestionariusze ogólne (*generic scales*) służą do pomiaru jakości życia w sposób najbardziej ramowy. Oprócz ogólnego samopoczucia osoby badanej, uwzględniają czynniki związane z doświadczeniem choroby. Można je stosować zarówno u osób chorych, jak i zdrowych. Mają zastosowanie w różnych schorzeniach. Jednak wskazane jest wykorzystywanie pomocniczo innych skal mających zastosowanie w danej jednostce chorobowej. Przykładem skal ogólnych są: WHOQOL-Bref (wersja skrócona), *Sickness Impact Profile 136* (SIP), *Short Form Health Survey* (SF-36), Indeks Jakości Życia (QOL, *Quality of Life*) Ferrans i Powers w wersji ogólnej.

Kwestionariusze specyficzne (*disease or dimension specific*) służą do oceny jakości życia w określonej jednostce chorobowej lub grupie schorzeń, na przykład

sercowo-naczyniowych. Można podzielić je na 2 kategorie. Pierwsza kategoria koncentruje się na konkretnych sferach funkcjonowania chorego (*domain-specific*). Natomiast druga dotyczy zjawisk wynikających z samej choroby (*disease-specific*). Kwestionariusze określane jako *domain-specific* różnią się w zależności od zastosowanego leczenia lub czynników wynikających ze specyfiki choroby. Obejmują one różnorodne aspekty funkcjonowania chorego, na przykład: pełnienie funkcji społecznych, samoocenę, obraz własnego ciała [25].

Do badań jakości życia w danej grupie chorych wykorzystuje się kwestionariusze specyficzne dla danej jednostki chorobowej (*disease-specific*). Pozwalają one na ocenę: samopoczucia chorego, wpływu choroby na stan emocjonalny pacjenta, możliwości występowania ubocznych lub niepożądanych skutków stosowania leków [26]. Przykładem kwestionariuszy specyficznych są: kwestionariusz Ferransa i Powersa — dla osób z zaburzeniami sprawności lokomocyjnej; kwestionariusz Parfeya — dla pacjentów dializowanych; narzędzie QLS-100 (*Quality of Life Scale*) stosowane w schorzeniach psychiatrycznych, kwestionariusz QLO-C30 (*Quality of Life Questionnaire*) wykorzystywany w przypadkach porazowych oraz u pacjentów cierpiących na chorobę nowotworową [27]. Kwestionariusze mieszane zawierają zarówno elementy kwestionariusza ogólnego, jak i specyficznego.

Obok wymienionych kwestionariuszy stosuje się wiele innych, co może powodować trudności w porównywaniu wyników badań i uogólnianiu wniosków. Dlatego przed przystąpieniem do badań ważne jest ustalenie celu i zakresu badań, a następnie wybór odpowiedniego kwestionariusza. Należy sprawdzić, czy wybrane narzędzie przeszło niezbędny proces adaptacji i standaryzacji, konieczne też jest uzyskanie pisemnej zgody autora na jego wykorzystanie. Warto podzielić pogląd Jaracz [28], że nie ma dotychczas żadnego uniwersalnego, a jednocześnie doskonałego narzędzia badawczego do oceny jakości życia.

Wnioski

Koncepcja jakości życia służy do całościowej oceny stanu pacjenta, dając tym samym pełniejszy wgląd w złożone problemy medyczne w zakresie jego zdrowia fizycznego, psychicznego oraz środowiska, w którym funkcjonuje. Ocena jakości życia ułatwia zaplanowanie i zorganizowanie opieki oraz świadczy o całościowym podejściu do procesu leczenia.

Badania nad jakością życia chorych są w Polsce nadal nowością, jednak w ostatnim okresie lekarze, opisując wyniki leczenia, zwracają szczególną uwagę na ich odbiór przez pacjenta. Badania te są prowadzone w przekonaniu, że mogą stać się w przyszłości cennym uzupełnieniem badania lekarskiego, szczególnie w stosunku do pacjentów cierpiących na choroby przewle-

kle, wymagających od chorych zaangażowania w proces leczenia i poznania specyfiki swej choroby.

Piśmiennictwo

- Sokolnicka H., Mikuła W. Medycyna a pojęcie jakości życia. *Medycyna Rodzinna* 2003; 24: 126–128.
- Jaracz K. Sposoby ujmowania i pomiaru jakości życia. Próba kategoryzacji. *Pielęgniarstwo Polskie* 2001; 2: 219–226.
- Stelcer B. Jakość życia jako pojęcie subiektywne i wielowymiarowe. *Pielęgniarstwo Polskie* 2001; 2: 227–233.
- Szulc W. Jakość życia a kulturoterapia. Ujęcie modelowe. *Pielęgniarstwo Polskie*; 2000, 2: 13.
- Ferrans C.E. Conceptual Issues, *Seminars in Oncology Nursing* 1990; 6 (4): 240–260.
- WHOQOL Group. Development of the WHOQOL: rationale and current status. *Internal Journal Mental Health* 1994, 23: 24–56.
- Stecler B. Jakość życia i integracja psychiczna. W: Wołowicka L. (red.). *Jakość życia w naukach medycznych*. Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej w Poznaniu, Poznań 2001; 117–127.
- Wołowicka L., Jaracz K. Polska wersja WHOQOL 100 i WHOQOL Bref. W: Wołowicka L. (red.). *Jakość życia w naukach medycznych*. Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej w Poznaniu, Poznań 2001; 231–238.
- Kowalik S. Pomiar jakości życia — kontrowersje teoretyczne. W: Bańka A., Derbis R. (red.). *Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia*. Uniwersytet Adama Mickiewicza WSP, Poznań–Częstochowa 1994; 75–78.
- Lepke A.L., Hunt S. The problem of quality of life in medicine. *JAMA* 1997; 47–50.
- Jaracz K. Jakość życia po niedokrwinnym udarze mózgu: uwarunkowania kliniczne, funkcjonalne, psychospołeczne i czasowe. Poznań 2002.
- Tobiasz-Adamczyk B. Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. *Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego*, Kraków 1995.
- Pankiewicz P., Szeluga J., Szemrowicz D. Droga rozwoju wewnętrznego przez sens cierpienia. *Ann. UMCS Sectio D Medicina* 2004; (supl. XIV): 486.
- Olivier J.P.J., Huxley P., Bridges K., Mohamad H. *Quality of Life and Mental Health Services*. London and New York 1996.
- Ferrans C.E., Powers M.J. Psychometric assessment of the Quality of Life. *Index. Res. Nurs. Health* 1992; 15: 29–38.
- Mańkowski B., Siwiński D. i wsp. Jakość życia po przebytych urazach mnogim. Praca wygłoszona na Sympozjum Naukowym: *Urazy wielonarządowe — diagnostyka i postępowanie*, Czarna, czerwiec 2000.
- Becker M., Diamond R. New developments in quality of life measurement in schizophrenia. W: Katschnig H., Freeman H., Sartorius N., (red.). *Quality of life in mental disorders*. New York: Wiley 1997; 133–199.
- Bowling A., Farquhar M., Browne P. Life satisfaction and associations with social network and support variables in three samples of elderly people. *Int. J. Geriatr. Psychiatr.* 1992; 7: 307–321.
- Bowling A. *Measuring disease*. Open University Press, Buckingham 1995.
- Górna K., Suwalska A. *Badanie jakości życia w naukach medycznych*. Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej w Poznaniu, Poznań 2001; 158–177.
- Olas J. i wsp. Ocena jakości życia pacjentów leczonych z powodu dysfunkcji układu ruchu — przegląd najczęściej stosowanych instrumentów pomiarowych i implikacje kliniczne. *Gerontologia Polska* 2002; 10 (2): 57–60.
- Jaracz K. Sposoby ujmowania i pomiaru jakości życia. Próba kategoryzacji. *Pielęgniarstwo Polskie* 2001; 2: 227–233.
- Niewiadomski T.J. Ocena jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia w aspekcie opieki zdrowotnej — V Ogólnopolska Konferencja „Jakość w opiece zdrowotnej”, Kraków, 12–14.04.2000; 297.
- Wołowicka L., Podlaszewska-Kirkor A. i wsp. *Jakość życia chorych po urazach wielonarządowych*. Postępy Pielęgniarstwa i Promocji Zdrowia, Tom XIII, Poznań 1998; 168–174.
- Wołowicka L. (red.). *Jakość życia w naukach medycznych*. Wydawnictwo Uczelniane Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2001.
- Dziurawicz-Kozłowska A. Wokół pojęcia jakości życia. *Psychologia jakości życia* 2002; 1: 77–99.
- Górna K. Obiektywny i subiektywny wymiar jakości życia chorych na schizofrenię po pierwszej hospitalizacji. *Akademia Medyczna im. K. Marcinkowskiego*, Poznań 2005.
- Wołowicka L., Jaracz K. i wsp. *Jakość życia pacjentów po wybranych stanach krytycznych leczonych w intensywnej terapii*. Postępy Pielęgniarstwa i Promocji Zdrowia, cz. XI, Poznań 1997.