

# Odnos subjektivne kvalitete života i samoprocijenjenog zdravlja

<sup>1,2</sup> Gorka Vuletić

<sup>1</sup> Filozofski fakultet Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Lorenza Jaegera 9, 31000 Osijek

<sup>2</sup> Škola narodnog zdravlja „Dr. Andrija Štampar”, Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu

## Sažetak

Uvod: Danas je prepoznata važnost zdravlja za ukupnu kvalitetu života, kako pojedinca tako i skupine. Može se reći da je utjecaj oštećenog zdravlja i bolesti na kvalitetu života multidimenzionalan. Bolest ne samo da utječe u smislu fizičkih simptoma i time limitira funkcioniranje nego su tu prisutni i indirektni efekti kao što su promjene u radnoj sposobnosti, potencijalna izolacija, povećanje ovisnosti o drugima te negativna emocionalna stanja kao reakcije na bolest.

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati povezanost subjektivne kvalitete života i samoprocijenjenog zdravlja te istražiti sociodemografske i zdravstvene prediktore subjektivne kvalitete života.

Metode: U istraživanju je sudjelovalo 357 odraslih sudionika, od toga 26,1 % muškarca i 73,9 % žena. Raspon dobi kretao se od 18 do 77 godina (M = 33,5, SD = 13,94).

Indeks osobne kvalitete života (engl. *Personal Wellbeing Index* – PWI) primijenjen je za mjerenje subjektivne kvalitete života, a za multidimenzionalnu samoprocjenu zdravlja primijenjen je Upitnik zdravstvenog statusa SF-36.

Rezultati: Srednja vrijednost ukupne subjektivne kvalitete života iznosi 71,17 %SM i nalazi se u okviru teorijski očekivanoga normativnog raspona. Viša dob povezana je s nižom kvalitetom života. Međutim, treba naglasiti da je riječ o vrlo niskoj korelaciji. Samoprocijenjeni materijalni status u pozitivnoj je korelaciji s kvalitetom života i sve su dimenzije SF-36 upitnika osim dimenzije fizičko funkcioniranje značajno povezane sa subjektivnom kvalitetom života. Po pitanju prediktora kvalitete života najznačajnijom se pokazala dimenzija mentalno zdravlje, potom percepcija općeg zdravlja i bolovi.

Zaključak: Ovo istraživanje pridonosi razumijevanju čimbenika koji pridonose kvaliteti života u općoj populaciji. Rezultati ukazuju na važnost psiholoških i zdravstvenih čimbenika (posebice mentalnog zdravlja) na ukupnu kvalitetu života pojedinca te posljedično i na važnost održavanja i unaprjeđenja mentalnog zdravlja i psiholoških čimbenika u svrhu poboljšavanja opće kvalitete života pojedinaca te u konačnici stvaranja sretnijeg i funkcionalnijeg društva u cjelini.

**Ključne riječi:** kvaliteta života, zdravlje

**Datum primitka:** 7.5.2022.

**Datum prihvatanja:** 15.6.2022.

<https://doi.org/10.24141/1/8/2/9>

**Podaci za kontakt autora:**

Gorka Vuletić, gvuletic@ffos.hr  
Filozofski fakultet Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, Lorenza Jaegera 9, 31000 Osijek

## Uvod

Kvaliteta života istaknuti je predmet interesa u mnogim znanostima. Današnji pristup u istraživanjima kvalitete života u području psihologije i zdravstva karakterizira usmjerenost na pojedinca i vlastiti doživljaj kvalitete života, odnosno zadovoljstvo životom i pojedinim područjima života.

U današnjoj perspektivi istraživanja navedene dvije komponente subjektivne kvalitete života integrirane su u definiciji subjektivnog blagostanja (engl. *subjective well-being*) kao multidimenzionalnog konstrukta koji obuhvaća dugoročne i kratkoročne afekte. Vodeći istraživači u ovom području shvaćaju *zadovoljstvo životom* kao kognitivnu komponentu subjektivnog blagostanja, a *sreću* kao emotivnu komponentu. Istraživanja pokazuju da su kognitivna i emotivna komponenta korelirane od 0,25 do 0,50.<sup>1</sup> Zadovoljstvo životom definira se kao kognitivna evaluacija cjelokupnog života kroz koju pojedinac samoprocjenjuje svoj vlastiti život. Odnosi se na procjenu uvjeta na različitim područjima života.<sup>2,3</sup> Ovo je istraživanje usmjereno na kognitivnu komponentu, odnosno zadovoljstvo životom i pojedinim domenama života.

Brojne su definicije kvalitete života. Jednu od sveobuhvatnijih definicija navode Felce i Perry, definirajući kvalitetu života kao sveukupno, opće blagostanje koje uključuje objektivne čimbenike i subjektivno vrednovanje fizičkog, materijalnog, socijalnog i emotivnog blagostanja, zajedno s osobnim razvojem i svrhovitom aktivnošću, a sve vrednovano kroz osobni skup vrijednosti određene osobe.<sup>4</sup> Krizmanić i Kolesarić navode da je kvaliteta života subjektivno doživljavanje vlastitog života određeno objektivnim okolnostima u kojima osoba živi, karakteristikama ličnosti koje utječu na doživljavanje realnosti i njezina specifičnoga životnog iskustva.<sup>5</sup> Iz navedenoga je vidljivo da je kvaliteta života primarno psihološki fenomen, odnosno vrsta generalnog stava prema vlastitom životu i njegovim područjima ili aspektima. Iako ne postoji slaganje istraživača oko jedinstvene definicije kvalitete života, postoji slaganje da je kvaliteta života multidimenzionalni konstrukt te je utvrđen određen broj područja ili domena života koje su univerzalne sastavnice osobne kvalitete života.<sup>6-8</sup>

## Teorija homeostaze subjektivne kvalitete života

Pokazalo se da većina ljudi procjenjuje osobnu kvalitetu života na razini 60 do 80 % od maksimuma.<sup>9</sup> Heady i Wearing još 1980-ih godina prvi daju pretpostavku o tome da postoji tzv. *set-point* za subjektivnu kvalitetu života.<sup>10</sup> Navedeno kasnije potvrđuje istaknuti znanstvenik u području istraživanja subjektivne kvalitete života Robert A. Cummins te postavlja teoriju homeostaze subjektivne kvalitete života.<sup>11</sup> Prema teoriji homeostaze, ukupna subjektivna kvaliteta života održava se unutar normativnog raspona specifičnog za pojedinca. Na populacijskoj razini taj raspon iznosi 70 do 80 % od skalnog maksimuma (%SM) za zapadne zemlje i 60 – 80 %SM za svijet. U većini istraživanja dobiva se blago negativno asimetrična distribucija rezultata samoprocjene osobne kvalitete života. Individualni normativni raspon opće kvalitete života kreće se između 50 i 100 %SM, a rezultat je djelovanja psihološkoga homeostatskog mehanizma samog pojedinca.<sup>12</sup> Treba napomenuti da se individualne procjene mogu naći u cjelokupnom rasponu od 0 do 100 % ovisno o trenutku mjerenja, okolnostima i stanju u kojem se pojedinac nalazi.

## Zdravlje, bolest i kvaliteta života

Danas je nedvojbeno prepoznat značaj zdravlja za ukupnu kvalitetu života, kako pojedinca tako i skupine. Može se reći da je utjecaj oštećenog zdravlja i bolesti na kvalitetu života multidimenzionalan. Bolest ne samo da utječe u smislu fizičkih simptoma i time limitira funkcioniranje nego su tu prisutni i indirektni efekti kao što su promjene u radnoj sposobnosti, potencijalna izolacija, povećanje ovisnosti o drugima i sl. Sve to najčešće dovodi i do promjena u psihičkom stanju pojedinca. Tako se može javiti depresija, anksioznost, osjećaj bespomoćnosti, smanjeno samopouzdanje i osjećaj kontrole.<sup>13</sup> Provedena su brojna istraživanja na osobama oboljelim od različitih tjelesnih bolesti. Bolovi se navode kao najvažnija varijabla, odnosno fizički simptom povezan sa subjektivnom kvalitetom života. Utvrđeno je npr. da je jačina i trajanje bolova kod onkoloških bolesnika znatan prediktor subjektivne kvalitete života tih pacijenata kako u odraslih tako i kod djece.<sup>14</sup>

Kada je riječ o pacijentima s trajnim oštećenjem zdravlja ili kroničnim bolestima i njihovoj subjektivnoj kvaliteti života, nalazi u literaturi nisu konzistentni. Neki navode postojanje razlike u kvaliteti života kroničnih bolesnika, dok drugi ne nalaze razliku. Ta inkonzistentcija u nalazima dijelom se može pripisati različitoj metodologiji i

korištenim mjernim instrumentima, no neki autori sugeriraju da su psihološke posljedice bolesti i doživljavanje bolesti ono što dovodi do razlike u kvaliteti života, a ne nužno bolest kao takva. U svakom slučaju, nije nužno da oštećenje fizičkog zdravlja dovede do smanjenja ukupne kvalitete života. Navedeno se potvrdilo i u istraživanju kvalitete života osoba s invaliditetom, čija je ukupna kvaliteta života bila unutar normativnog raspona, pri čemu se nalaze odstupanja na razini pojedinih domena.<sup>15</sup>

Zdravlje je također multidimenzionalni konstrukt. Prema međunarodnoj definiciji zdravlja Svjetske zdravstvene organizacije, „zdravlje je stanje fizičkog, psihičkog i socijalnog blagostanja a ne samo odsustvo bolesti”.<sup>16</sup> I bez postojanja dijagnosticirane bolesti, pojedinac može imati oštećeno zdravlje na pojedinim dimenzijama. Stoga je ovo istraživanje obuhvatilo različite aspekte zdravlja jer je zdravlje po svojoj prirodi višedimenzionalno, a ne jedan jedinstveni konstrukt.

## Cilj istraživanja

Cilj ovog istraživanja bio je ispitati povezanost subjektivne kvalitete života i samoprocijenjenog zdravlja te istražiti sociodemografske i zdravstvene prediktore subjektivne kvalitete života.

## Materijali i metode

### Opis uzorka i postupak

U istraživanju je sudjelovalo 357 odraslih sudionika, od toga 93 (26,1 %) muškarca i 264 (73,9 %) žene. Raspon dobi kretao se od 18 do 77 godina ( $M = 33,5$ ;  $SD = 13,94$ ). U tablici 1 prikazana su sociodemografska obilježja uzorka. Istraživanje je provedeno *online*, na prigodnom uzorku iz gradske populacije (Zagreb, Osijek i okolni gradovi), uvjet za sudjelovanje bio je dob od 18 godina i više te da su ispitanici državljani Republike Hrvatske. Ispunjavanje upitnika trajalo je između 10 i 15 minuta. Za istraživanje je dobivena je suglasnost Etičkog povjerenstva Filozofskog fakulteta u Osijeku, čiji su istraživači provodili istraživanje.

Najviše sudionika ima srednju stručnu spremu, većina je sudionika vezi ili u braku. Što se tiče procjene materijalnog statusa u odnosu na okolinu u kojoj žive, najviše sudionika procijenilo je svoj materijalni status podjednakim u odnosu na druge.

### Instrumenti

Indeks osobne kvalitete života (engl. *Personal Wellbeing Index – PWI*)<sup>8</sup> primijenjen je za mjerenje subjektiv-

Tablica 1. Sociodemografska obilježja uzorka ( $N = 357$ )

Varijable	Kategorije	N	%
Stupanj završenog obrazovanja	Visoka stručna sprema	102	28,6
	Viša stručna sprema	81	22,7
	Srednja stručna sprema	160	44,8
	Osnovna škola ili manje	14	3,9
Bračni status	U vezi	123	34,5
	U braku	119	33,3
	Slobodan/slobodna	96	26,9
	Rastavljen/rastavljena	19	5,3
Samoprocijenjeno materijalno stanje	Mnogo lošije od većine drugih	6	1,7
	Nešto lošije od većine drugih	30	8,4
	Ni bolje ni lošije od većine drugih (podjednako)	215	60,2
	Nešto bolje od većine drugih	80	22,4
	Mnogo bolje od većine drugih	26	7,3

ne kvalitete života. Sastoji se od sedam čestica kojima se procjenjuje zadovoljstvo u sedam domena: životni standard, zdravlje, postignuće u životu, bliski odnosi, sigurnost, pripadanje zajednici i buduća sigurnost. Odgovori se daju na skali od 0 do 10, pri čemu 0 označava „nisam nimalo zadovoljan”, a 10 „u potpunosti sam zadovoljan”. Rezultati se transformiraju iz originalne skale u formu postotka skalnog maksimuma (%SM) od 0 do 100. Svaka od sedam domena može se analizirati kao zasebna varijabla, a ukupni se indeks (PWI) izračunava kao prosječna vrijednost rezultata na sedam domena. Viši rezultat ukazuje na više zadovoljstvo životom i višu subjektivnu kvalitetu života. Instrument posjeduje vrlo dobre metrijske karakteristike, Cronbachov alfa-koeficijent pouzdanosti upitnika u ovom istraživanju iznosi 0,86.

Upitnik zdravstvenog statusa SF-36 primijenjen je za multidimenzionalnu samoprocjenu zdravlja.<sup>17</sup> Dimenzije su: fizičko funkcioniranje (10 čestica), ograničenja zbog fizičkih poteškoća (tri čestice), tjelesni bolovi (dvije čestice) i percepcija općeg zdravlja (pet čestica), ograničenja zbog emocionalnih poteškoća (tri čestice), socijalno funkcioniranje (dvije čestice), psihičko zdravlje (pet čestica) i energija/vitalnost (četiri čestice). Rezultat na upitniku izražava se kao standardizirana vrijednost u rasponu od 0 do 100 za svaku pojedinu dimenziju zdrav-

lja, pri čemu viši rezultat ukazuje na bolje zdravlje na toj dimenziji, a odgovori na čestice diferencijalno se ponderiraju prema unaprijed utvrđenim pravilima autora upitnika.<sup>18,19</sup> Cronbachov alfa-koeficijent pouzdanosti dimenzija upitnika SF-36 izračunanih na uzorku sudionika ovog istraživanja iznosi: 0,77 za dimenziju socijalno funkcioniranje, 0,78 za dimenziju energija/vitalnost, 0,79 za dimenziju opće zdravlje, 0,83 za dimenziju ograničenja zbog emocionalnih poteškoća, 0,85 za dimenziju bolovi, 0,93 za dimenziju fizičko funkcioniranje, 0,85 za dimenziju ograničenja zbog fizičkog funkcioniranja te 0,85 za dimenziju psihičko zdravlje.

## Rezultati

Srednja vrijednost ukupne subjektivne kvalitete života (PWI) iznosi 71,17 % skalnog maksimuma (%SM) i nalazi se u okviru teorijski očekivanoga normativnoga raspona (60 do 80 %SM). Na razini domena najniža se vrijednost nalazi za domenu Osjećaj sigurnosti u budućnost (57,45 %SM) potom za Životni standard (67,06 %SM), dok se najviše prosječne vrijednosti zadovoljstva nalaze za domene Bliski odnosi i Zdravlje. U tablici 2 prikazana

Tablica 2. Deskriptivna statistika za subjektivnu kvalitetu života i zdravlje (N=357).

	M	SD	Min.	Maks.
Subjektivna kvaliteta života (PWI)	71,17	16,307	8,57	100
Životni standard	67,06	21,711	0	100
Zdravlje	75,80	20,967	0	100
Postignuća	71,82	20,847	0	100
Bliski odnosi	79,80	19,145	0	100
Sigurnost	74,34	23,064	10	100
Pripadnost zajednici	71,90	23,518	0	100
Sigurnost u budućnost	57,45	25,417	0	100
Zdravlje (SF-36)				
Fizičko funkcioniranje	75,39	28,321	0	100
Ograničenja zbog fizičkih poteškoća	76,47	35,050	0	100
Ograničenja zbog emocionalnih poteškoća	69,37	40,466	0	100
Socijalno funkcioniranje	73,70	21,356	0	100
Mentalno zdravlje	64,84	16,691	4	100
Vitalnost i energija	53,33	17,818	0	100
Bolovi	65,52	20,239	0	90
Percepcija općeg zdravlja	67,59	19,605	0	100

je deskriptivna statistika za ukupnu kvalitetu života i po domenama te za osam dimenzija zdravlja.

Kako bi se ispitala povezanost razine ukupne subjektivne kvalitete života i različitih dimenzija zdravlja te dobi i samoprocijenjenoga materijalnog stanja, provedena je korelacijska analiza. Rezultati su prikazani u tablici 3.

**Tablica 3. Korelacije subjektivne kvalitete života s dobi, materijalnim statusom i dimenzijama zdravlja**

Varijable	Subjektivna kvaliteta života (PWI)
Dob	-0,176*
Materijalno stanje	0,338**
Fizičko funkcioniranje	0,074
Ograničenja zbog fizičkih poteškoća	0,218**
Ograničenja zbog emocionalnih poteškoća	0,257**
Socijalno funkcioniranje	0,388**
Mentalno zdravlje	0,565**
Vitalnost i energija	0,465**
Bolovi	0,199**
Percepcija općeg zdravlja	0,488**

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

Analiza korelacija pokazala je da je dob značajno negativno povezana s ukupnom subjektivnom kvalitetom života, što znači da se viša dob povezuje s nižom kvalitetom života. Međutim, treba naglasiti da je riječ o niskoj korelaciji ( $r = 0,176$ ) i značajnosti od  $p < 0,05$ . Samoprocijenjeni materijalni status u pozitivnoj je korelaciji s kvalitetom života, što znači da osobe koje svoj materijalni status procjenjuju boljim svoju kvalitetu života procjenjuju višom.

Sve dimenzije upitnika SF-36 osim dimenzije fizičko funkcioniranje značajno su povezane sa subjektivnom kvalitetom života, na razini značajnosti  $p < 0,01$ . Najviša, pozitivna, povezanost kvalitete života utvrđena je s dimenzijom mentalnog zdravlja ( $r = 0,565$ ), potom s dimenzijama vitalnosti/energije i percepcije općeg zdravlja.

Kako bi se utvrdili prediktori ukupne subjektivne kvalitete života, provedena je regresijska analiza, čiji su rezultati prikazani u tablici 4.

**Tablica 4. Doprinos varijabli spol, dob, materijalni status i dimenzija upitnika SF-36 u objašnjenju razine subjektivne kvalitete života ( $N = 357$ ).**

Prediktori	1. korak	2. korak
	$\beta$	$\beta$
Spol	0,028	0,046
Dob	-0,208**	-0,178**
Materijalno stanje	0,360**	0,244**
Fizičko funkcioniranje		-0,035
Ograničenja zbog fizičkih poteškoća		0,029
Ograničenja zbog emocionalnih poteškoća		-0,063
Socijalno funkcioniranje		-0,022
Mentalno zdravlje		0,414**
Vitalnost i energija		0,108
Bolovi		-0,128*
Percepcija općeg zdravlja		0,295**
$\Delta R^2$	0,160**	0,336**
$R^2$	0,160**	0,496**

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

U prvom koraku regresijske analize kao sociodemografski prediktori uvedene su varijable dob, spol i materijalni status. Dob i materijalno stanje pokazali su se značajnim prediktorima, dok spol nije. Ovaj korak objašnjava 16 % varijance subjektivne kvalitete života.

Varijable zdravlja, dimenzije upitnika SF-36, uvedene su u drugom koraku. Dob i materijalno stanje ostaju značajni prediktori. Od varijabli zdravlja značajnima su se pokazale dimenzije: mentalno zdravlje, percepcija općeg zdravlja i bolovi, pri čemu je mentalno zdravlje najznačajniji prediktor. Ovaj korak, odnosno navedene varijable samoprocijenjenog zdravlja, ukupno objašnjava 33,6 % varijance kriterija. Ukupno, ovi prediktori objašnjavaju 49,6 % varijance subjektivne kvalitete života.

## Rasprava

Subjektivna kvaliteta života mjerena multidimenzionalno na ovom uzorku iz opće odrasle, urbane populacije Republike Hrvatske iznosi 71,17 % skalnog maksimuma, što je u okviru normativnog raspona za svijet, pa i za zapadne zemlje (za koje raspon iznosi od 70 do 80 %SM). Prosječna razina ukazuje na visoku razinu kvalitete života, no raspon individualnih vrijednosti kreće se od izrazito niskih do maksimalne moguće. Osobe čija je vrijednost indeksa ukupne opće kvalitete života niža od 50 %SM pod rizikom su od razvoja poteškoća u mentalnom zdravlju, prvenstveno depresivnosti.<sup>12</sup>

Rezultati ukazuju na postojanje niske pozitivne povezanosti subjektivne kvalitete života s materijalnim stanjem. Nadalje, materijalni status pokazao se značajnim pozitivnim prediktorom ukupne kvalitete života, što je u skladu s ostalim istraživanjima.<sup>20</sup> Utvrđeno je da poboljšanjem loših životnih uvjeta raste i subjektivna kvaliteta života, no samo do određene razine. Nakon postizanja određene razine kvalitete života povezanost se gubi – ako su zadovoljene životne potrebe pojedinca, povećanje materijalnog statusa ne utječe više toliko na subjektivnu kvalitetu života. Na populacijskoj razini utvrđeno je da stanovnici ekonomski razvijenijih europskih zemlja procjenjuju svoju kvalitetu života višom u odnosu na siromašnije zemlje.<sup>21</sup>

Što se tiče spola, u drugim istraživanjima također nije utvrđeno da bi spol sam za sebe bio značajan prediktor

kvalitete života, osim kada su se u obzir uzimali i drugi čimbenici kao što je dob.<sup>22</sup> Povezanost dobi i subjektivne kvalitete života ukazuje na smanjenje razine kvalitete života s dobi, no u interpretaciji treba biti oprezan i uzeti u obzir socioekonomski kontekst društva.<sup>23-25</sup> Dobivena povezanost najčešće je posljedica slabijega ekonomskog statusa starijih osoba, a ekonomski status pokazao se značajnim prediktorom subjektivne kvalitete života.

Po pitanju povezanosti kvalitete života i dimenzija zdravlja iz rezultata je vidljivo da različiti aspekti, odnosno dimenzije zdravlja, u manjoj ili većoj mjeri koreliraju s kvalitetom života, a riječ je o malim do srednjim korelacijama, pa čak i do nepostojanja značajne povezanosti između dimenzije fizičkog funkcioniranja i ukupne kvalitete života. Najpovezanije su dimenzije sa subjektivnom kvalitetom života mentalno zdravlje ( $r = 0,56$ ), percepcija općeg zdravlja ( $r = 0,49$ ) te vitalnost i energija ( $r = 0,47$ ).

Dobiveni nalaz u skladu je s rezultatima iz međunarodne literature. Ovo istraživanje i metaanalize međunarodnih istraživanja pokazali su da su kvaliteta života i zdravstveni status različiti konstrukti te se kao takvi moraju mjeriti zasebnim instrumentima.<sup>26,27</sup> Stoga nije opravdano primjenjivati mjere zdravlja / zdravstvenog statusa, kao što je to upitnik SF-36, u svrhu mjerenja konstrukta kvalitete života. Osobnu, subjektivnu kvalitetu života čini puno više toga od samog zdravlja. No zdravlje je neupitno važna odrednica i sastavni dio ukupne kvalitete života. U najboljem slučaju, pri primjeni upitnika zdravstvenog statusa SF-36 može se govoriti o mjerenju kvalitete života povezane sa zdravljem ili zdravstvene kvalitete života (engl. *health related quality of life*). Preporuka je, ako se želi mjeriti osobna kvaliteta života, primijeniti validirane upitnike za mjerenje osobne kvalitete života.<sup>27</sup> Postoje generički upitnici koji su primjenjivi na različite populacijske skupine i omogućavaju uspoređivanje rezultata, npr. skupina bolesnika i zdrave populacije ili skupina bolesnika međusobno. Primjer je takvog upitnika *Personal Wellbeing Index (PWI)*, koji je i upotrijebljen i u ovom istraživanju. Ljestvica *Satisfaction With Life Scale (SWLS)* autora Dienera također je primjer takvog instrumenta.

Za uzročno-posljedični odnos između percipiranog zdravlja i subjektivne kvalitete života, a na temelju dosadašnjih saznanja iz područja zdravstvene psihologije i istraživanja kvalitete života, može se pretpostaviti da je recipročan, što znači da imaju utjecaj jedno na drugo te da će smanjenje u jednom području dovesti do određene smanjenja u drugom području.

Nadalje, analizom prediktivne važnosti pojedinih dimenzija zdravlja u objašnjenju subjektivne kvalitete života pokazalo se da mentalno zdravlje u najvećoj mjeri sudjeluje u objašnjenju varijance subjektivne kvalitete života, a potom pojedinačna percepcija općeg zdravlja. Važno je za kvalitetu života kako pojedinac percipira svoje opće zdravlje, što ne mora biti jednako kliničkoj procjeni zdravstvenog stanja. Bolovi su negativni prediktor subjektivne kvalitete života, što je nalaz konzistentan dosadašnjim saznanjima iz međunarodne literature koja ukazuju da su bolovi jedan od simptoma koji najviše ugrožava kvalitetu života.

## Zaključak

Rezultati istraživanja imaju praktične implikacije na mjerenje subjektivne kvalitete života, kvalitete života povezane sa zdravljem i mjerenje samog zdravlja, odnosno zdravstvenog statusa.

Ovo istraživanje pridonosi razumijevanju čimbenika koji pridonose kvaliteti života u općoj populaciji. Rezultati ukazuju na važnost psiholoških i zdravstvenih čimbenika (posebice mentalnog zdravlja) na ukupnu kvalitetu života pojedinca te posljedično i na važnost održavanja i unaprjeđenja mentalnog zdravlja i psiholoških čimbenika u svrhu poboljšavanja opće kvalitete života pojedinca te u konačnici stvaranja sretnijeg i funkcionalnijeg društva u cjelini. U današnje vrijeme postoji potreba za intervencijama koje bi se usmjerile na njegovanje i osnaživanje mentalnog zdravlja zbog toga što živimo u vremenu kontinuiranih promjena koje utječu na sve aspekte naših života.

## Referencije

- Lucas RE, Diener E, Suh E. Discriminant validity of well-being measures. *J Pers Soc Psychol.* 1996; 71(3): 616–628.
- Andrews FM, Withey SB. *Social Indicators of Well-Being.* New York: Plenum Press, 1976.
- Campbell A, et al. *Quality of American life: Perceptions, evaluations and satisfactions.* New York, NY: Russell Sage Foundation; 1976.
- Felce D, Perry J. Quality of life: its definition and measurement. *Res Dev Disabil.* 1995 Jan-Feb; 16(1): 51–74.
- Krizmanić M, Kolesarić V. Pokušaj konceptualizacije pojma „kvaliteta života”. *Primijenjena psihologija.* 1989; 10: 179–184.
- Vuletić G. *Sociopsihološki čimbenici osobne kvalitete života.* Magistarski rad. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu; 1999.
- Cummins RA. Objective and subjective quality of life: an interactive model. *Social Indicators Research.* 2000; 52: 55–72.
- International Wellbeing Group. *Personal Wellbeing Index: 5<sup>th</sup> Edition.* Melbourne: Australian Centre on Quality of Life, Deakin University; 2013.
- Mellor D, Cummins RA, Loquet C. The gold standard for life satisfaction: Confirmation and elaboration using an imaginary scale and qualitative interview. *International Journal of Social Research Methodology Theory and Practice,* 1999; 2, 263–278.
- Headey B, Wearing A. Personality, life events, and subjective well-being: Toward a dynamic equilibrium model. *J Pers Soc Psychol.* 1989;57(4):731–9.
- Cummins RA, Cummins RA. The second approximation to an international standard for life satisfaction. *Social Indicators Research.* 1995; 43: 307–334.
- Cummins RA. Normative life satisfaction: Measurement issues and a homeostatic model. *Social Indicators Research.* 2003; 64: 225–256.
- Vuletić G, Ivanković D, Davern M. Kvaliteta života u odnosu na zdravlje i bolest. U: Vuletić G (ur.) *Kvaliteta života i zdravlje.* Osijek: Filozofski fakultet Sveučilišta Josipa Jurja Strossmayera u Osijeku, 2011. str. 118–125.
- Muthny FA, Koch U, Stump S. Quality of life in oncology patients. *Psychother Psychosom.* 1990; 54(2–3): 145–160.
- Vuletić G, Šarlija T, Benjak T. Quality of life in blind and partially sighted people. *J Appl Health Sci.* 2016; 2(2): 101–112.
- World Health Organization. *Constitution of the World Health Organization – Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement,* 2006.
- Ware JE, Kosinski M, Gandek B. *SF-36 Health Survey: Manual and Interpretation Guide.* Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated; 2000.
- Seršić Maslić D, Vuletić G. Psychometric evaluation and establishing norms of Croatian SF-36 health survey: framework for subjective health research. *Croat Medical J.* 2006; 47(1): 95–102.
- Jureša V, Ivanković D, Vuletić G, Babić-Banaszak A, Srček I, Mastilica M, et al. The Croatian health survey – SF-36: I. General quality of life assessment. *Collegium Antropologicum.* 2000; 24(1): 69–78.

20. Cummins RA. Personal income and subjective well-being: A review. *Journal of Happiness Studies*. 2000; 1: 133–158.
21. Družić Ljubotina O. Subjektivna kvaliteta života ljudi koji žive u siromaštvu i zaposlenih osoba različitog materijalnog statusa. *Ljetopis socijalnog rada*. 2012; 19: 5–28.
22. Campos ACV, Ferreira e Ferreira E, Vargas AMD, Albala C. Aging, Gender and Quality of Life (AGEQOL) study: factors associated with good quality of life in older Brazilian community-dwelling adults. *Health Qual Life Outcomes*. 2014; 12(1): 166.
23. Netuveli G, Wiggins RD, Hildon Z, Montgomery SM, Blane D. Quality of life at older ages: evidence from the English longitudinal study of aging (wave 1). *J Epidemiol Community Health*. 2006 Apr; 60(4): 357–363.
24. Vuletić, G. Generacijski i transgeneracijski čimbenici kvalitete života vezane za zdravlje studentske populacije. Doktorska disertacija. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu, 2004.
25. Lučev I, Tadinac M. Kvaliteta života u Hrvatskoj – povezanost subjektivnih i objektivnih indikatora te temperamentalna i demografskih varijabli s osvrtom na manjinski status. *Migracijske i etničke teme*. 2008; 24: 67–68.
26. Smith KW, Avis NE, Assmann SF. *Qual Life Res*. 1999; 8(5): 447–459.
27. Cummins RA, Lau AL, Stokes M. HRQOL and subjective well-being: noncomplementary forms of outcome measurement. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res*. 2004 Aug; 4(4): 413–420.



---

## Relationship between subjective quality of life and self-assessed health

---

<sup>1,2</sup> Gorka Vuletić

<sup>1</sup> Faculty of Humanities and Social Sciences in Osijek, Josip Juraj Strossmayer University of Osijek, Osijek, Croatia;

<sup>2</sup> Andrija Štampar School of Public Health, School of Medicine, University of Zagreb, Zagreb, Croatia

---

### Abstract

---

**Introduction:** Today, the importance of health for the overall quality of life, both for individuals and groups, is recognized. It can be said that the impact of impaired health and disease on quality of life is multidimensional. Diseases leave an impact in terms of physical symptoms and thus limit functioning, but there are also indirect effects such as changes in the ability to work, potential isolation, increased dependence on others, and negative emotional states in response to disease.

The aim of this study was to examine the relationship between subjective quality of life and self-assessed health, and to investigate sociodemographic and health predictors of subjective quality of life.

**Methods:** The study involved 357 adult participants. 26.1% were men and 73.9% were women. The age of the participants ranged from 18 to 77 years ( $M = 33.5$ ,  $SD = 13.94$ ).

The Personal Wellbeing Index (PWI) was used to measure subjective quality of life, and the Health Status Questionnaire SF-36 was used for multidimensional measurement of health.

**Results:** The overall subjective quality of life is 71.17% SM and is within the theoretically expected normative range. Older age is associated with lower quality of life. However, it should be emphasized that this is a very low correlation. Self-assessed material status is positively correlated with quality of life, and all dimensions of the SF-36 questionnaire, except the physical functioning, are significantly related to subjective quality of life. Regarding the predictor of quality of life, the most important dimension was mental health, followed by the perception of general health and pain.

**Conclusion:** This study contributes to the understanding of factors that contribute to the quality of life in the general population. The results indicate the importance of psychological and health factors (especially mental health) on the overall quality of life of an individual, and consequently the importance of maintaining and improving mental health and psychological factors in order to improve the overall quality of life of individuals and ultimately create a happier and more functional society.

---

**Key words:** quality of life, health

---