KONCEPTUALIZÁCIA KVALITY ŽIVOTA V OŠETROVATELSTVE**CONCEPTUALISATION OF QUALITY OF LIFE IN NURSING**

Elena Gurková, Katarína Žiaková

Univerzita Komenského v Bratislave, Jesseniova lekárska fakulta v Martine, Ústav ošetrovateľstva

Abstrakt

Autori analyzujú kvalitu života prostredníctvom troch prístupov - psychologického, aplikačného a syntetizujúceho. V rámci psychologického prístupu sa zamerali na konceptuálnu diferenciu medzi pojmami kvalita života, pohoda a spokojnosť. Pri hodnotení aplikačných prístupov ku kvalite života analyzujú rozdiely medzi pojmami zdravie, zdravotný stav a kvalita života. Pri spracovaní syntetizujúcich prístupov sa snažili integrovať komponenty a faktory kvality života do určitého teoretického rámca, ktorý vychádza z konceptuálnych modelov. Prostredníctvom konceptuálnej analýzy vymedzujú definujúce znaky kvality života v ošetrovateľstve.

Abstract

Authors analysed the concept quality of life through three approaches: psychological, application and integrating approach. They focused on the conceptual difference between concepts quality of life, well-being and satisfaction in the psychological approach. They also analysed differences between concepts health, health status and quality of life in evaluation of the application approach. In the third approach

they integrated components and determinants of quality of life into specific theoretical framework. They used a method of conceptual analysis to determine defining characteristics of quality of life in nursing.

Kľúčové slová

kvalita života, zdravie, pohoda, spokojnosť, konceptuálne modely

Key words

quality of life, health, well-being, satisfaction, conceptual models

Úvod

Problematiku kvality života reflektujú viaceré vedné odbory. Ich uhol pohľadu a teda i teoretické vymedzenie toho, čo kvalita života znamená *per se* ako aj oblastí, ktoré zahŕňa a akými metódami ju môžeme merať, je zásadne rozdielny. Kvalita života sa tak stáva predmetom mnohých interpretácií a jej obsah nie je jednoznačne vymedzený. V posledných dvoch desaťročiach zaznamenávame výrazný nárast záujmu o kategóriu kvality života v ošetrovatelstve. Cieľom ošetrovateľskej starostlivosti nie je len zlepšenie zdravotného stavu, ale aj zabezpečenie čo najvyššej úrovne kvality života. Častokrát sa v klinickej praxi alebo v rámci výskumu stretávame s neadekvátnym používaním, resp. univerzálnym používaním pojmu kvalita života. Ako teda môžeme kvalitu života vymedziť v ošetrovatelstve? Aké sú jej definujúce znaky v kontexte ošetrovatelstva?

Metodika

Pre spracovanie našej práce sme použili metódu konceptuálnej analýzy a zamerali sme sa na vymedzenie základných okruhov konceptualizácie pojmu kvalita života. Vychádzajúc z Čorňaničovej (2005, s. 27) vymedzenia kvality života analyzujeme kvalitu života v ošetrovatelstve v troch prístupoch – ako psychologické prístupy; aplikačné prístupy a syntetizujúce prístupy ku kvalite života. Prostredníctvom konceptuálnej analýzy vymedzujeme základné definujúce znaky kvality života a na ich základe vymedzujeme kvalitu života v ošetrovatelstve.

Psychologické prístupy: pohoda, spokojnosť verzus kvalita života

Kvalita života sa v nich najčastejšie definuje pomocou iných pojmov a charakteristických znakov, ktoré sa pokladajú za významné, s objasnením ich vzájomných súvislostí. Základnými pojmami väčšiny definícií individuálnej kvality života bývajú pojmy ako pohoda (*well-being*), spokojnosť (*satisfaction*), očakávania (*expectation*) a význam (*meaning*) (Ondrejka, 2006, s. 8). Psychologické konceptualizácie individuálnej kvality života (Čorňaničová 2005, s. 28) vychádzajú z teórie percepcie kvality života ako subjektívnej spokojnosti, resp. nespokojnosti s vlastným životom a jeho jednotlivými oblasťami na základe vlastných predstáv, nádejí, očakávaní a presvedčení. V rámci vymedzenia kvality života pre potreby ošetrovatelstva považujeme za dôležitú konceptuálnu diferenciu medzi kvalitou života a pohodou, resp. životnou spokojnosťou. V odbornej literatúre (ošetrovateľskej, psychologickú, medicínskej) týkajúcej sa výskumu kvality života často

dochádza ku konfúzii, resp. k synonymickému používaniu pojmov pohoda a kvalita života, v zmysle ich stotožnenia. Pohoda a spokojnosť sa najčastejšie vymedzujú ako komponenty, determinanty alebo domény kvality života. Diener, Suh (1997, s. 189); The WHOQOL - Group (1994, s. 41) ju považujú za kľúčový aspekt kvality života. Bradley (2006, s. 11) vymedzuje kvalitu života ako všeobecnejší koncept, ktorý zahŕňa hodnotenie vplyvu všetkých oblastí života na všeobecnú pohodu jednotlivca. Osobnú pohodu považuje za komponent ako aj determinant kvality života. Ďalší prístup ku kvalite života spája subjektívnu spokojnosť so zisťovaním významu, ktorý prinášajú jednotlivé oblasti života. Spojenie významu a spokojnosti zvyšuje prediktívnu silu pojmu kvality života, zdôrazňuje význam individuálnych hodnôt a preferencií, ale zanedbáva ich dynamický charakter. Z hľadiska pohľadu na možnosti realizácie osobných plánov kvalitu života definuje Calman (1984, s. 124) ako rozdiel medzi nádejami a očakávaniami človeka a súčasným stavom jeho života. Individuálna kvalita života tak vyjadruje rozpor medzi aspiráciami, nádejou a ambíciami každého človeka a jeho súčasnými reálnymi skúsenosťami, pričom ľudia sú všeobecne motivovaní, aby bol tento rozpor eliminovaný. Pri kvalite života je potrebné brať do úvahy jednak subjektívne faktory, ale aj objektívne faktory, u ktorých nie je až tak dôležitý ich exaktné vyjadrenie a opis, ale skôr to, ako sa premietajú do subjektívneho prežívania. Väčšina definícií vymedzuje kvalitu života ako dynamický a subjektívny ukazovateľ hodnotenia života jednotlivca. Subjektívny natoľko, že pre každého môže znamenať niečo iné a teda bude aj ovplyvňovaná inými činiteľmi. O'Boyle, McGee, Joyce (1994, s. 43) vymedzujú kvalitu života z hľadiska individuálneho pohľadu človeka.

Kvalita života je definovaná tak, ako ju subjektívne vníma (chápe, definuje) daný jednotliviec. Chápanie kvality života teda závisí na jeho vlastnom systéme hodnôt, ktorý sa pri meraní kvality následne identifikuje a plne rešpektuje. Uvedený aspekt vyzdvihuje definujúcu charakteristiku merania kvality života, ktorá sa týka subjektívneho hodnotenia tých oblastí, ktoré sú pre daného jednotlivca v jeho konkrétnej situácii významné vo vzťahu ku kvalite života a nie merania vopred vymedzených oblastí. Významným krokom k realizácii zámeru merať subjektívne vnímanú mieru kvality života je práca autorského kolektívu McGee, O'Boyle, Joyce (1991, s. 749), ktorý vypracoval metodiku SEIQoL (*Schedule for Evaluation of Individual Quality of Life - Program hodnotenia individuálnej kvality života*).

Analyzujúc vyššie uvedené vymedzenia kvality života môžeme zhrnúť nasledovné základné charakteristické črty pojmu kvalita života v kontexte ošetrovateľstva:

- **je subjektívna a individuálna** - definovaná je tak, ako ju vníma jednotliviec, tzn. že je prezentovaná rôznymi komponentmi u rôznych ľudí a v rôznom čase a jej obsah sa nedá arbitrálne vymedziť,
- **vyjadruje rozpor medzi očakávaniami a realitou, možnosťami a skutočnosťou** a tento rozpor môžeme redukovať adekvátnou (ošetrovateľskou) intervenciou,
- **má dynamický charakter** - v rozličných životných obdobiach a životných situáciách sa môže obsah pojmu kvalita života značne líšiť, a teda možno hovoriť aj o špecifických aspektoch kvality života človeka z hľadiska jeho životnej etapy alebo situácie,
- **je hodnotovo orientovaná**, spája spokojnosť s hodnotením významu, resp. dôležitosti a zdôrazňuje význam

individuálnych hodnôt a preferencií, súvisí tak s uspokojovaním potrieb,

- **reflektuje hodnotenie vplyvu všetkých oblastí života** na všeobecnú pohodu a spokojnosť jednotlivca a nielen tých oblastí, ktoré sa vzťahujú ku zdraviu (*health related aspects of life*),
- **je komplexný pojem, ktorý má širší, resp. viac generalizovaný význam per se**, tzn. objavuje sa ako samostatne používaný pojem bez vzťahu ku konkrétnemu ochoreniu a vyjadruje tak kombináciu prežívania osobnej pohody, spokojnosti a často tiež určitého postavenia v sociálnej stratifikácii.

Aplikačné prístupy: zdravie verzus kvalita života

Ústredným pojmom v aplikačných prístupoch je zdravie, resp. zdravotný stav. Konceptualizácia kvality života v kontexte ošetrovateľskej a medicínskej starostlivosti primárne nadväzuje na konceptualizáciu zdravia, podpory zdravia (*health promotion*) a hodnotenia dopadov na zdravie (*health impact assessment*). Aplikačné prístupy ku kvalite života v ošetrovateľstve majú obvykle užší a konkrétnejší záber. Zameriavajú sa na človeka v špecifickej životnej situácii vo vzťahu k ochoreniu, kde sa venuje pozornosť predovšetkým zmenám, ku ktorým došlo v kvalite života pred a po určitej ošetrovateľskej intervencii, kde cieľom sledovania určených parametrov kvality života daného jednotlivca je optimalizácia intervencie vo vymedzenej zdravotnej situácii. Pre kvalitu života, používanú ako kritérium pre účely terapeutického rozhodovania a plánovania zdravotnej starostlivosti sa v odbornej literatúre používa pojem kvalita života súvisiaca so zdravím (*Health Related Quality of Life*). Kvalita života

súvisiaca so zdravím (používaná v štandardne zavedenej skratke HRQoL) predstavuje aplikačný prístup ku kvalite života, zameraný na manažment intervencie v konkrétnych zdravotných situáciách jednotlivca a rodiny a meranie dosiahnutých výsledkov. Kvalita života v HRQoL súvisí s kvalitou zdravia, je multidomenziónálna a u jednotlivca reprezentuje jeho celkovú percepciu dopadu ochorenia, resp. jeho liečby. Bradley (2006, s. 10) zdôrazňuje, že kvalita života reflektuje percepciu vplyvu všetkých oblastí života na všeobecnú pohodu a spokojnosť jednotlivca a nielen tých oblastí, ktoré sa vzťahujú ku zdraviu alebo chorobe. V rámci aplikačných prístupov vystupuje do popredia význam diferencie pojmov zdravie a kvalita života. Pojmová konfúzia podľa nás vyplýva z použitia pojmu pohoda v definícii zdravia podľa WHO, ktorá nedefinuje pojmy, ktoré používa. Podľa Ondrejku (2006, s. 8) sa zdravie v definícii WHO približuje skôr užšiemu poňatiu kvality života, v ktorom je pohoda dominantným pojmom. Kvalita života je teda globálnejší pojem ako zdravie, resp. zdravotný stav, pretože predstavuje viac úrovňový pohľad človeka na možnosti jeho fyzického, psycho - spirituálneho, sociálneho uplatnenia v živote. Presahuje tak rámec väzby na zdravotný stav (Žucha, Čaplová, 1994, s. 11) a percepciu dopadu ochorenia. V rámci hodnotenia kvality života upozorňujú Singh (2006, s. 1), Bradley (2006, s. 1) na dôležitosť konceptualizácie kvality života ako ukazovateľa efektívnosti zdravotných intervencií. Kritizujú univerzálne používanie pojmu kvality života, ktorý sa častokrát neadekvátne používa vo význame kvality zdravia, resp. kvality zdravotného stavu. Nedostatočná diferenciacia rozdielných významov kvality života a kvality zdravia môže podľa nich viesť k metodologickej heterogénosti, kedy sa ukazovatele zdravotného stavu

pacientov alebo vnímanie kvality ich zdravia mylne interpretujú ako výsledky kvality života.

Bradley (2006, s. 2) vo svojej správe „Comments on Guidance for Industry Patient-Reported Outcome Measures: Use in Medical Product Development to Support Labelling Claims“ v tejto súvislosti uvádza ako príklad závery známej prospektívnej štúdie *United Kingdom Prospective Diabetes Study* (ďalej UKPDS).¹ Podľa Singha (2006, s. 1) nedostatočná konceptuálna diferenciacia medzi kvalitou života, zdravím a zdravotným stavom vyplýva z chápania ich vzájomného recipročného vzťahu, tzn. ich vzájomnej pozitívnej korelácie a akcentácie biomedicínskych výsledkov v hodnotení efektívnosti starostlivosti. Snaha pacienta dosiahnuť dobrý zdravotný stav môže mať podľa neho za následok zníženie jeho kvality života. Výsledky týkajúce sa vnímania kvality zdravia, resp. zdravotného stavu pacientmi interpretované ako výsledky vnímania kvality ich života sa z tohto aspektu ukazujú prinajmenšom ako zavádzajúce. Analyzujúc aplikačné prístupy k chápaniu kvality života môžeme vymedziť nasledovné charakteristické znaky pojmu kvalita života:

- **kvalita života reflektuje percepciu vplyvu všetkých oblastí života** na všeobecnú pohodu a spokojnosť

¹ V štúdiu bola kvalita života meraná generickým nástrojom *EuroQoL* (známym ako *EQ5D*), ktorý je podľa nej nástrojom merania vnímania kvality zdravia, nie kvality života. Singh, (2006, s. 1) uvádza, že v začiatkoch UKPDS štúdie (koniec 70-tych rokov) neboli dostupné žiadne špecifické nástroje merania kvality života pacientov s diabetes mellitus 2. typu. Použitie *EuroQoL* bolo teda dôsledkom absencie špecifických nástrojov merania kvality života. Avšak v období, keď boli publikované závery štúdie (koniec 90-tych rokov), boli výsledky vnímania kvality zdravotného stavu pacientmi s DM uvádzané ako výsledky hodnotenia vnímania kvality ich života. Výsledky UKPDS teda podľa Singha (2006, s. 1) poukazujú na to, že intenzívna liečba nemá negatívny vplyv na vnímanie zdravia a štúdia nehodnotila kvalitu života *per se*.

jednotlivca a nielen tých oblastí, ktoré sa vzťahujú ku zdraviu alebo chorobe,

- **kvalita života je globálnejší pojem ako zdravie**, resp. zdravotný stav, pretože predstavuje viac úrovňový pohľad človeka na možnosti jeho fyzického, psycho - spirituálneho, sociálneho uplatnenia v živote,
- pri hodnotení efektívnosti ošetrovateľských i medicínskych zásahov je potrebné akcentovať generalizovaný význam kvality života *per se* **a nechápať ju vo význame kvality zdravotného stavu alebo zdravia.**

Syntetizujúce prístupy: modely kvality života v ošetrovateľstve

Modely kvality života sú koncepčným rámcom, ktorý integruje komponenty a faktory kvality života do určitého teoretického systému s ich vzájomnými vzťahmi a dynamikou zmien v priebehu celého životného cyklu. V ošetrovateľstve má kvalita života úzky vzťah k multifaktorovému bio-psycho-sociálnemu modelu zdravia a chorôb. Teoreticko - metodologickým východiskom pre kvalitu života v ošetrovateľstve predstavuje celostný prístup ku človeku, v ktorom sú centrálnou otázkou potreby a hodnoty človeka v stave choroby. Konceptuálne ošetrovateľské modely a teórie sa špecificky nezameriavajú na konceptualizáciu kvality života, neanalyzujú jednotlivé faktory a komponenty kvality života. Vo viacerých prácach (Stuifbergen et al. 1994, s. 3; Becker, 1993, s. 122) však konceptuálne modely predstavovali teoretické východiská pre konceptuálne a koncepčné vymedzenie kvality života vo vzťahu k chronickým ochoreniam. Stuifbergen et al. (1994, s. 3) vytvorili explanatórny syntetizujúci model podpory zdravia a kvality života u pacientov s chronickým postihnutím, ktorý vychádzal

z Penderovej modelu podpory zdravia. Komponenty správania zameraného ku podpore zdravia (*health - promoting behavior*) v Penderovej modeli použili na meranie postojov a správania vo vzťahu ku zdraviu u pacientov s chronickým postihnutím, konkrétne sklerózou multiplex. Stuifbergen et al. (1994, s. 3) ďalej zisťovali vzájomné vzťahy medzi správaním zameraným na podporu zdravia a kvalitou života pacientov s uvedeným ochorením a vytvorili nový konceptuálny model kvality života pacientov s chronickým postihnutím, ktorý bol v ďalších analyzovaný a testovaný z aspektu jeho klinickej použiteľnosti, logickej adekvátnosti, dostatočnosti a z aspektu všeobecnosti. (Phillips, 2005, s. 18 - 24) V roku 2000 Stuifbergen et al. (2000, s. 122) autori publikovali definitívnu verziu modelu, ktorá spája tri navzájom súvisiace teórie implikované v rozdielnych modeloch - Penderovej modelu podpory zdravia, Beckerovho modelu zdravotného presvedčenia (Becker, 1993, s. 42) a Bandurovej teórie *self efficacy* (Bandura, 1982, s. 122). Autori definovali šesť centrálnych pojmov, ktoré tvoria rámec konceptuálneho modelu: závažnosť ochorenia, bariéry správania podporujúceho zdravie, zdroje podpory zdravia vo význame sociálnej podpory, *self - efficacy*, akceptácia ochorenia, správanie podporujúce zdravie a kvalita života. Kvalita života je v uvedenom modeli definovaná vo význame individuálneho prežívania pohody, subjektívneho vnímania zdravia a spokojnosti so životom. Pohoda, zdravie a spokojnosť môžeme na základe tejto definície považovať za základné komponenty kvality života. Závažnosť ochorenia, bariéry správania podporujúceho zdravie, zdroje sociálnej opory, *self - efficacy*, akceptácia ochorenia predstavujú základné determinanty správania podporujúceho zdravie, ktoré následne ovplyvňuje kvalitu života. Definujúce znaky uvedených

konceptov operacionalizovali prostredníctvom konkrétnych nástrojov merania. (Phillips, 2005, s. 18 - 24) Uvedený model (Obr. 1) predstavuje trojúrovňový konceptuálny rámec, v ktorom je každá z troch úrovní determinovaná demografickými faktormi a faktormi zo strany ochorenia (dĺžka trvania ochorenia, prítomnosť komplikácií). Prvá úroveň predstavuje úroveň antecedentov, ktorá zahŕňa perceptuálne faktory ako *self - efficacy*, akceptáciu ochorenia, bariéry správania podporujúceho zdravie a zdroje sociálnej opory. Tieto faktory priamo ovplyvňujú správanie podporujúce zdravie, ktoré tvorí druhú úroveň modelu. Správanie podporujúce zdravie priamo vplýva na percepciu kvality života, ktorá predstavuje výslednú tretiu úroveň. Kvalita života je priamo negatívne ovplyvňovaná závažnosťou ochorenia, bariérami vo vykonávaní činností zameraných na podporu zdravia a pozitívne determinovaná využívaním zdrojov sociálnej opory a činnosťami zameranými na podporu zdravia.

Obr. 1 Konceptuálny model kvality života u pacientov s chronickým postihnutím (Stuifbergen et al., 2000, s. 128)

Záver

Na základe analýzy vyššie uvedených prístupov môžeme zhrnúť nasledovné závery pre vymedzenie kvality života v ošetrovatelstve. Pri jej hodnotení je potrebné zohľadňovať jej charakteristiky vyplývajúce zo psychologických konceptualizácií (dynamický charakter, subjektívnosť, individuálnosť, zameranie na hodnoty a pod.). Syntetizujúce prístupy kvality života môžu byť predmetom ďalšieho výskumu zameraného na skúmanie vzájomných vzťahov medzi jednotlivými komponentmi a determinátormi kvality života u pacientov s rôznymi ochoreniami. Akceptácia ochorenia Prístupy sú využiteľné pri hodnotení efektívnosti ošetrovateľských intervencií. V rámci nich je potrebné v ošetrovatelstve akcentovať generalizovaný význam kvality života a nechápať ju len vo význame kvality zdravotného stavu alebo zdravia, čo by sa malo prejavovať predovšetkým vo výbere nástroja hodnotenia kvality života.

Podporené grantom KEGA 3/5132/07.

Zoznam bibliografických odkazov

BANDURA, A. 1982. Self - efficacy Mechanism in Human Agency. *American Psychologist*, 1982, vol. 37, no. 2, p. 122 - 147.

BECKER, H. et al. 1993. Self - Related Abilities for Health Practices: A Health Self - efficacy Measure. *Health Values*, 1993, vol. 37, no. 5, p. 42 - 50.

BRADLEY, C. 2006. Feedback on the FDA's February 2006 draft guidance on Patient Reported Outcome (PRO) measures from a developer of PRO measures. In *Quality of Life Research*, 2006, vol. 4, no. 78, p. 1 - 8.

CALMAN, K.C. 1984. Quality of life in cancer patients. An hypothesis. *Journal of Medical Ethics*, 1984, no. 10, p. 124 - 127.

ČORŇANIČOVÁ, R. 2005. Konceptualizácie kvality života v kontexte vzdelávania dospelých a sociálnej práce. In Tokárová, A., Kredátus, J., Frk, V. (ed). *Kvalita života a rovnosť príležitostí - z aspektu vzdelávania dospelých a sociálnej práce*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2005, s. 27 - 37. ISBN 80-8068-425-1.

DIENER, E., SUH, E. 1997. Measuring quality of life: Economic, social, and subjective indicators. *Social Indicators Research*, 1997, vol. 40, no.1-2, p. 189 - 216.

DIENER, E. et al. 1997. Recent findings on subjective well - being. *Indian Journal of Clinical Psychology*, 1997, vol. 24, no.1, p. 25-41.

JOYCE, C.R.B. 1994. Requirements for the assessment of individual quality of life. In McGee, H.M., Bradley, C. (ed). *Quality of Life Following Renal Failure: Psychosocial Challenges Accompanying High Technology Medicine*. Chur: Harwood Academic, 1994, p. 43-54.

KEBZA, V. 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. 1. vyd. Praha: Academia, 2005, 258 s. ISBN 80-200-1307-5.

McGEE H.M., O'BOYLE , C.A., HICKEY, A., O'MALLEY, K.M., JOYCE, C.R.B. 1991. Assessing the quality of life of the individual: The SEIQoL with a healthy and a gastroenterology unit population. *Psychological Medicine*, 1991, vol.21, no. 3, p. 749-759.

MÜHLPACHR, P. 2005. Měření kvality života jako metodologická kategorie. In Tokárová, A., Kredátus, J., Frk, V. (eds.) *Kvalita života a rovnost příležitostí - z aspektu vzdělávání dospělých a sociální práce*. Prešov: Filozofická fakulta Prešovskej univerzity v Prešove, 2005, s. 59 - 70. ISBN 80-8068-425-1.

MÜHLPACHR, P. 2002. K problematice vzdělávání senioru. In Řehulka, E. et al. (ed.) *Učitelé a zdraví* 4. Brno: Nakl. P. Křepelka, 2002, s. 191-203.

ONDREJKA, I. 2006. *Depresia v kontexte kvality života*. 1. vyd. Rožňava: Roveň. 2006, 126 s. ISBN 80-89168-15-9

PHILLIPS, L. J. 2005. Analysis of Explanatory Model of Health Promotion and QoL in Chronic Disabling Conditions. *Rehabilitation Nursing*, January/February 2005, vol. 30, no. 1, p. 18 - 24.

SINGH, H., BRADLEY, C. 2006. Quality of life in diabetes. *International Journal of Diabetes in Developing Countries*. [online]. 2006, vol. 26, no. 1, p. 7-10. [cit. 2007-09-2].

Dostupné z WWW: <http://www.ijddc.com/article.asp?issn=0973-3930;year=2006;volume=26;issue=1;spage=7;epage=10;aulast=Sing>.

STUIFBERGEN, A.K. et al. 1994. Predictors of Health - Promoting Life Styles in Person with Disabilities. *Research in Nursing and Health*, 1994, vol. 17, no. 1, p. 3 - 13.

STUIFBERGEN, A.K. et al. 2000. An Explanatory Model of Health Promotion and QoL in Chronic Disabling Conditions. *Nursing Research*, 2000, vol. 49, no. 3, p. 122 - 129.

THE WHOQOL-GROUP. 1994. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument: The WHOQOL. In *Quality of life assessment: International perspectives*. Eds. J. Orley ,W. Kuyen. Berlin: Springer, 1994, s. 41-57.

WALKER, S.N., SECHRIST, K.R., PENDER, N.J. 1987. The health-promoting lifestyle profile: Development and psychometric characteristics. *Nursing Research*, 1987, vol. 36, no. 2, p. 76-80.

ŽUCHA, I., ČAPLOVÁ, T. 1994. Kvalita života a zmysel života ako činiteľ zdravia. *Ekológia & život*, 1994, č. 2, s.11.

Kontakt na autora

Mgr. Elena Gurková, PhD.

Ústav ošetrovateľstva JLF UK

Malá hora 5

SK-036 01 Martin

e-mail: gurkova@jfmed.uniba.sk