

Hubert Kotarski

Uniwersytet Rzeszowski
e-mail: kotarski@ur.edu.pl

DETERMINANTY JAKOŚCI ŻYCIA I ZADOWOLENIA Z ŻYCIA MIESZKAŃCÓW POLSKIEGO MIASTA

DETERMINANTS OF THE QUALITY OF LIFE AND SATISFACTION WITH LIFE OF THE INHABITANTS OF A POLISH CITY

DOI: 10.15611/pn.2018.534.03

Streszczenie: Celem pracy było zbadanie jakości życia mieszkańców Rzeszowa w wieku 18–75 lat za pomocą kwestionariusza WHOQOL-BREF, który zawiera 26 pytań i analizuje 4 podstawowe domeny jakości życia: fizyczną, psychiczną, relacji społecznych, środowiska funkcjonowania badanego oraz globalną jakość życia i samoocenę stanu zdrowia. Badanie zrealizowano na reprezentatywnej próbie 618 dorosłych mieszkańców Rzeszowa. Respondentów wylosowano za pomocą doboru losowego systematycznego z ukrytym podziałem na warstwy, z bazy ewidencji ludności. Do analizy czynników różnicujących ocenę jakości życia mieszkańców zastosowano zmienne socjodemograficzne, w postaci płci, wieku oraz wykształcenia oraz zmienne o charakterze czynników społecznych – sytuacja materialna oraz wskaźnik masy ciała (BMI). Uzyskane wyniki wskazują, że płeć nie różnicuje jakości życia rzeszowian. Na jakość życia wpływają za to wiek, wykształcenie, sytuacja materialna oraz wskaźnik masy ciała.

Słowa kluczowe: jakość życia, miasto, Rzeszów, dobrostan, sytuacja życiowa.

Summary: The aim of the study was to examine the quality of life of Rzeszów residents aged 18–75 using the WHOQOL-BREF questionnaire which contains 26 questions and analyzes 4 basic domains of the quality of life: physical, mental, social relations, the functioning of the subject and global quality life and self-esteem of health. The survey was carried out on a representative sample of 618 adult residents of Rzeszów. Respondents were selected using a random systematic selection with a hidden division into layers, from the population registry database. The sociodemographic variables in the form of sex, age and education, as well as social variables – material situation and body mass index (BMI) were used to analyze factors differentiating the quality of life of the inhabitants. The obtained results indicate that the sex does not differentiate the quality of life of Rzeszów residents. The quality of life is influenced by age, education, material situation and body mass index.

Keywords: quality of life, city, Rzeszów, well-being, life situation.

1. Wstęp

W potocznym znaczeniu jakość życia jest kategorią rozumianą intuicyjnie i łatwo pojmowaną. Z naukowego punktu widzenia jest terminem niemającym powszechnie uznanej definicji, stwarzającym duże problemy metodologiczne. Należy ono do pojęć ogólnych, z trudnością podlegających definiowaniu, podobnie jak inne pojęcia mające egzystencjalne zabarwienie: „sens życia”, „szczęście”, które przez tysiąclecia były i są przedmiotem rozważań filozoficznych [Kałamucka 2017, s. 42]. Nie dziwi więc powszechne przekonanie, że jakość życia jest pojęciem i zjawiskiem wielowymiarowym, obciążonym emocjonalnie, o charakterze często narzędzia ideologicznego, pojęciem ewaluatywnym, niemożliwym do jednoznacznego ujęcia, uwikłanym w konteksty polityczne i kulturowe [Adamiec, Popiołek 1993]. Naukowe zainteresowania problematyką jakości życia mają stosunkowo krótką historię, sięgającą lat 60. XX w. Pojawienie się pojęcia jakości życia wiązało się ze wzrostem gospodarczym w Stanach Zjednoczonych. Przed tym okresem dość sporadycznie jakość życia gościła jako temat debaty publicznej, choć problematyka z nią związana, głównie dotycząca poszukiwania wyznaczników szczęśliwego i wartościowego życia, towarzyszy człowiekowi od czasów starożytnych. Początkowo badania nad jakością życia dotyczyły głównie obiektywnych wskaźników stopnia zaspokojenia potrzeb. Od kilku lat zaczęła się pojawiać tendencja do poszerzania perspektywy, w ramach której rozpatrywane jest to zagadnienie [Mularska-Kucharek 2013, s. 41]. Współcześnie pojęcie to weszło na stałe do terminologii takich nauk, jak: socjologia, medycyna, ekonomia, psychologia, pedagogika.

Przeгляд literatury na temat badań nad jakością życia ujawnia wiele niejednoznaczności, zarówno w rozumieniu, jak i w definiowaniu tego pojęcia. Kontrowersje wokół tego zagadnienia nie tylko pojawiają się w obrębie różnych nauk społecznych, ale dotyczą również przedstawicieli reprezentujących te same dziedziny wiedzy. Taka sytuacja wynika głównie z koncentrowania się badaczy na różnych aspektach jakości życia i interdyscyplinarnej naturze tego pojęcia. W naukach społecznych zgodne jest stanowisko co do faktu, iż przy opisie zakresu pojęcia jakości życia ważna jest zarówno analiza determinantów obiektywnych, jak i subiektywnych [Sompolska-Rzechuła 2013, s. 127]. Potwierdzenia na poparcie tej tezy dostarcza analiza literatury przedmiotu, w której można odnaleźć wiele modeli pomiaru jakości życia, odwołujących się do determinantów obiektywnych, jak i subiektywnych. Część z nich oparta jest na obiektywnych, część na subiektywnych aspektach jakości życia. Proponowane są także modele mieszane uwzględniające zarówno obiektywne, jak i subiektywne wymiary zjawiska [Michalska-Żyła 2015, s. 149].

Od kilkunastu lat można obserwować bardzo duży wzrost zainteresowania problematyką jakości życia. Jest on widoczny zarówno w przypadku przedstawicieli nauk społecznych, jak również nauk medycznych oraz nauk o zdrowiu. Od 1972 r. obserwuje się ustawiczny i spektakularny przyrost liczby przeprowadzanych badań i publikowanych prac naukowych dotyczących omawianego zagadnienia. Rozpa-

trując wszystkie publikacje, w których hasło *quality of life* pojawiło się w tytule, w stosunku do poprzedniego dziesięciolecia, obserwujemy sukcesywne zwiększenie się liczby publikacji. Podobna dynamika jest obserwowalna wśród artykułów naukowych, w których hasło *quality of life* zostało wykorzystane jako słowo kluczowe. W 1981 r. stwierdzono ponad 328-krotny wzrost liczby publikacji w stosunku do 1971 r. W 1991 r. – prawie 4-krotny wzrost w stosunku do poprzedniego okresu, w 2001 r. – również prawie 4-krotny wzrost, a w 2011 r. kolejny ponad 2-krotny wzrost liczny artykułów. Analizując liczbę publikacji, w których użyto hasła *quality of life* w tekście artykułu, stwierdzono, że w 1981 r. nastąpił 57-krotny przyrosty liczby tekstów naukowych w stosunku do 1971 r. W 1991 r. odnotowano 4-krotny wzrost liczby publikacji w stosunku do poprzedniego okresu, w 2001 r. – 4,5-krotny wzrost, a w 2011 r. niespełna 3-krotny przyrost liczby artykułów naukowych [Kukielczak 2012, s. 542–543].

W naukach społecznych dotąd nie opracowano przyjmowanej przez wszystkich uniwersalnej definicji jakości życia. Badacze starają się raczej poddawać konceptualizacji owo pojęcie, biorąc wówczas pod uwagę przede wszystkim kontekst jego użycia oraz cel prowadzonych badań [Trzebiatowski 2011, s. 26]. Znalazienie kompromisowej definicji jakości życia nie jest łatwe. Liu w 1976 r. wskazywał, że jest tak wiele definicji jakości życia, ilu jest ludzi [Rokicka 2013, s. 165]. Problemy te sprawiają, że trudno jest wskazać jedną całościową definicję jakości życia, która byłaby w pełni użyteczna dla badaczy reprezentujących różne nauki. Jedna z częściej używanych i powszechnie cytowanych definicji została sformułowana przez Quality of Life Group działającej w ramach Światowej Organizacji Zdrowia (WHO-QOL Group). Jakość życia definiowana jest jako spostrzeganie przez jednostkę jej pozycji w życiu w kontekście kultury i systemów wartości akceptowanych przez społeczeństwo, w jakich żyje, oraz w relacji do jej celów życiowych, oczekiwań, zainteresowań [Pluta 2010, s. 275]. Duże zainteresowanie przedstawicieli różnych nauk wiąże się również z kwestią odmiennej operacjonalizacji samego pojęcia. Wydaje się, że kompromisowym rozwiązaniem wynikającym z wieloznaczności pojęcia jest potrzeba, aby kompleksowe badania jakości życia przeprowadzane były w sposób wieloaspektowy. Interesującą koncepcją systematyzacji pojęć jest propozycja J. Trzebiatowskiego, który w celu uporządkowania powstałych w naukach społecznych definicji proponuje podzielić je na cztery grupy. Do pierwszej zaliczył definicje, które nazwał „egzystencjalnymi”, do drugiej definicje skupiające się na zadaniach, które określić można mianem „życiowych”, trzecia grupa sytuje jakość życia w kategorii potrzeb czwarta zaś, to te definicje, które wyróżniają obiektywne i subiektywne nurt jakości życia uwzględniając jednocześnie koncepcję potrzeb [Trzebiatowski 2011, s. 26].

2. Metodologia

W artykule zaprezentowane zostaną wyniki badania zrealizowanego w 2017 r. w Rzeszowie pt. „Rzeszowska Diagnoza Społeczna 2017”. Badanie zrealizowane zostało na reprezentatywnej próbie 618 dorosłych mieszkańców Rzeszowa. Respondentów wylosowano z bazy ewidencji ludności, udostępnionej przez Urząd Miasta Rzeszowa. W celu zapewnienia reprezentatywności badanej próby zastosowano dobór losowy systematyczny z ukrytym podziałem na warstwy. Operat został uporządkowany ze względu na płeć, osiedle zamieszkania oraz wiek mieszkańców Rzeszowa. Dzięki takiemu uporządkowaniu operatu było zarazem możliwe odpowiednie dobranie prób rezerwowych na wypadek odmowy udziału w badaniu przez osoby znajdujące się w próbie podstawowej. W przypadku takiej odmowy osobę z próby podstawowej zastępowano inną osobą tej samej płci, mieszkającą na tym samym osiedlu oraz w podobnym wieku. Przy założeniu zatem, że respondenci biorący udział w badaniu nie różnią się istotnie od respondentów, którzy udziału w badaniu odmówili, można szacować, że błąd z próby nie przekracza 3,5% przy poziomie ufności 95%, i z taką dokładnością uzyskane wyniki mogły być uogólniane na populację.

Rosnącemu znaczeniu badań nad jakością życia towarzyszy zapotrzebowanie na narzędzia pomiarowe. Najbardziej praktyczną i wiarygodną metodę zbierania danych stanowią kwestionariusze standaryzowane. Obecnie istnieje bogata baza skal pomiarowych, cechujących się wysoką wiarygodnością i odpowiednimi właściwościami psychometrycznymi nawet w przypadku ich wielokrotnego użycia podczas jednego badania [Krzysztozek i in. 2015, s. 178]. Mając na uwadze powyższe uwagi, do oceny jakości życia dorosłych mieszkańców Rzeszowa zastosowano ankietę WHOQOL – wersję WHOQOL-BREF (*World Health Organization Quality of Life BREF – Assessment Instrument*; wersja krótka) [The WHOQOL Group 1998]. Jest to kwestionariusz służący ocenie psychometrycznej jakości życia. W pięciostopniowej skali analizuje on stan emocjonalny oraz stan fizyczny respondenta [Kłak i in. 2012, s. 635]. Narzędzia WHOQOL występują w dwóch różnych wersjach: WHOQOL 100 oraz WHOQOL-BREF. Autorkami spolszczonej wersji narzędzia są L. Wołowicka i K. Jaracz. WHOQOL 100 zawiera 100 pytań, analizuje 8 domen życia, 24 kategorie, globalną jakość życia i samoocenę stanu zdrowia. WHOQOL Bref zawiera 26 pytań, analizuje 4 podstawowe domeny, 24 kategorie oraz globalną jakość życia i samoocenę stanu zdrowia [Wołowicka, Jaracz 2001, s. 196–197]. Szczegółowy opis zmiennych użytych do określenia poziomu jakości życia oraz samoceny stanu zdrowia przedstawia się następująco:

- Domena 1 – dziedzina fizyczna:
 - czynności życia codziennego,
 - zależność od leków i leczenia,
 - energia i zmęczenie,
 - mobilność,
 - ból i dyskomfort,

- wypoczynek i sen,
- zdolność do pracy.
- Domena 2 – dziedzina psychologiczna:
 - wygląd zewnętrzny,
 - negatywne uczucia,
 - pozytywne uczucia,
 - samoocena,
 - duchowość, religia, osobista wiara,
 - myślenie, uczenie się, pamięć, koncentracja.
- Domena 3 – dziedzina relacji społecznych:
 - związki osobiste,
 - wsparcie społeczne,
 - aktywność seksualna.
- Domena 4 – środowisko funkcjonowania:
 - zasoby finansowe,
 - wolność, bezpieczeństwo fizyczne i psychiczne,
 - zdrowie i opieka zdrowotna (dostępność i jakość),
 - środowisko domowe,
 - możliwości zdobywania nowych informacji i umiejętności,
 - możliwości i uczestniczenie w rekreacji i wypoczynku,
 - środowisko fizyczne (zanieczyszczenia, hałas, ruch uliczny, klimat),
 - transport.

Ponadto WHOQOL-BREF zawiera również dwie pozycje analizowane odrębnie – indywidualną ogólną ocenę jakości życia oraz indywidualną ogólną ocenę własnego stanu zdrowia. Skala oceny poszczególnych dziedzin ma kierunek pozytywny – im wyższa wartość skali, tym lepsza jakość życia. Punktację dla dziedzin ustala się przez wyliczenie średniej arytmetycznej z pozycji wchodzących w skład poszczególnych dziedzin. Zastosowane narzędzie WHOQOL-BREF ma współczynnik zgodności α -Cronbacha wynoszący dla podtestów (czterech domen – dziedzin) 0,746–0,848, a dla całego testu – 0,921.

3. Analiza wyników badań

Badaniem objętych zostało 618 mieszkańców Rzeszowa w wieku 18–75 lat. Średnia wieku badanych wyniosła 43,2 lata, mediana 41 lat, dominanta zaś 38 lat. W badanej zbiorowości dominowały kobiety, które stanowiły 53,2% badanych, odsetek mężczyzn wyniósł 46,8%. Respondenci byli zróżnicowani pod względem poziomu wykształcenia. Najliczniejsze kategorie stanowiły osoby z wykształceniem wyższym (47,0%) i średnim (38,8%). Badani z wykształceniem zasadniczym zawodowym stanowili 12,1%, a podstawowym i niższym 2,1%.

W tabeli 1 przedstawiono wyniki testu WHOQOL-BREF w poszczególnych domenach/dziedzinach w całej badanej populacji mieszkańców Rzeszowa.

Tabela 1. Wyniki uzyskane w teście WHOQOL-BREF w poszczególnych domenach

Dziedzina / domena	Minimum	Maksimum	Średnia	Odchylenie standardowe
Ogólna jakość życia, WHO1	1	5	3,90	0,71
Samocena stanu zdrowia, WHO2	1	5	3,84	0,86
Dziedzina fizyczna, DOM1	6,29	20,00	15,93	2,62
Dziedzina psychologiczna, DOM2	9,33	20,00	16,05	2,34
Relacje społeczne, DOM3	8,00	20,00	15,94	2,60
Środowisko, DOM4	7,00	20,00	14,74	2,16

Źródło: badania własne.

Ogólna jakość życia mierzona na 5-stopniowej skali (skala 1–5) dla zmiennej „indywidualna ogólna ocena jakości życia” (WHO1) była wysoka. Średnia dla zmiennej wyniosła $M = 3,90$; $SD = 0,71$. Prawie co szósty badany mieszkaniec Rzeszowa ocenił swoją ogólną ocenę jakości życia jako bardzo dobrą (17%), ponad połowa uważała, że ocena ta jest dobra (52,7%). Jako złą lub bardzo złą jakość życia oceniło zaledwie niespełna trzy procent badanych (0,5% – bardzo zła, 2,1% – zła). Co piąty badany nie potrafił jednoznacznie stwierdzić, czy jest ona dobra czy zła, udzielając odpowiedzi „ani dobra, ani zła” (21,1%). Nieznacznie niższe wartości odnotowano dla zmiennej „samocena stanu zdrowia” (WHO2). Wartość średniej wyniosła $M = 3,84$; $SD = 0,86$. Co piąty badany był bardzo zadowolony (20,1%), zaś ponad połowa była zadowolona ze swojego stanu zdrowia (52,7%). Niespełna 8% rzeszowian było niezadowolonych (6,6%) lub bardzo niezadowolonych (1,2%) z oceny swojego stanu zdrowia. Co piąty badany ambiwalentnie podszedł do jego oceny, stwierdzając, że jest „ani zadowolony, ani niezadowolony” (19,4%).

Zastosowanie zmiennych socjodemograficznych w analizie ze zmiennymi tworzącymi wymiary jakości życia: WHO1, WHO2, DOM1, DOM2, DOM3, DOM4, wykazało, że zmienna płeć nie różnicuje w istotny statystycznie sposób ogólnej oceny jakości życia, stanu zdrowia oraz jakości życia w czterech wyróżnionych dziedzinach. Czynnikiem, który istotnie różnicował te oceny, był wiek badanych. Ujemna wartość współczynnika korelacji ρ Spearmana wskazuje, że ocena ogólnej jakości życia, stanu zdrowia oraz jakości życia w czterech jej dziedzinach pogarsza się z wiekiem badanych. Im starszy respondent, tym ocena jest gorsza. Najsilniej zależność ta jest widoczna w przypadku dziedziny fizycznej jakości życia oraz samoceny stanu zdrowia. Wiek w najmniejszym stopniu różnicuje ocenę w zakresie dziedziny psychologicznej jakości życia oraz relacji społecznych badanych.

Analiza poszczególnych zmiennych tworzących dziedzinę psychologiczną DOM2 wykazała, że wiek w największym stopniu niekorzystnie wpływa na ilość radosnych chwil w życiu badanego ($\rho = -0,146$; $p < 0,001$) oraz poziomu zadowolenia z siebie ($\rho = -0,128$; $p < 0,001$). W dziedzinie relacji społecznych DOM3 z wiekiem korelowały dwie zmienne tworzące tę dziedzinę – poziom zadowolenia ze swojego

życia intymnego ($\rho = -0,230$; $p < 0,001$) oraz poziomu zadowolenia ze wsparcia, jakie dostaje badany od swoich przyjaciół ($\rho = -0,146$; $p < 0,001$).

Tabela 2. Wyniki uzyskane w teście WHOQOL-BREF w poszczególnych domenach a wiek badanych

Dziedzina / domena	Wartość testu*	Istotność statystyczna
Ogólna jakość życia, WHO1	-0,196	0,001
Samooceńca stanu zdrowia, WHO2	-0,281	0,001
Dziedzina fizyczna, DOM1	-0,320	0,001
Dziedzina psychologiczna, DOM2	-0,123	0,001
Relacje społeczne, DOM3	-0,181	0,001
Środowisko, DOM4	-0,146	0,001

* Ocena z użyciem współczynnika korelacji ρ Spearmana.

Źródło: badania własne.

Również wykształcenie badanych okazało się czynnikiem, który determinuje ocenę poszczególnych dziedzin jakości życia mieszkańców Rzeszowa. Dodatnie wartości współczynnika korelacji ρ Spearmana świadczą o tym, że wyższa ocena parametrów składających się na indywidualną ocenę poszczególnych domen jakości życia wiąże się z wyższym poziomem wykształcenia. Osoby lepiej wykształcone lepiej oceniają poszczególne dziedziny jakości życia niż osoby o niższym poziomie wykształcenia. Najwyraźniej zależność między poziomem wykształcenia a indywidualną oceną jakości życia widać w przypadku dziedziny fizycznej (DOM1) oraz dziedziny relacje społeczne (DOM3). W tych dwóch przypadkach wartości współczynnika są najwyższe. Można zatem zaryzykować wniosek, że inwestycja w wykształcenie przekłada się na wyższy poziom jakości życia. Zależność ta może wiązać się z dominującym, wśród osób z wyższym poziomem wykształcenia, umysłowym charakterem pracy zawodowej, lepszą sytuacją materialną czy też większą świadomością potrzeby profilaktyki i dbałości o zdrowie.

Tabela 3. Wyniki uzyskane w teście WHOQOL-BREF w poszczególnych domenach a wykształcenie badanych

Dziedzina / domena	Wartość testu*	Istotność statystyczna
Ogólna jakość życia, WHO1	0,207	0,001
Samooceńca stanu zdrowia, WHO2	0,262	0,001
Dziedzina fizyczna, DOM1	0,304	0,001
Dziedzina psychologiczna, DOM2	0,240	0,001
Relacje społeczne, DOM3	0,300	0,001
Środowisko, DOM4	0,254	0,001

* Ocena z użyciem współczynnika korelacji ρ Spearmana.

Źródło: badania własne.

Czynnikiem, który wykorzystano do analizy poszczególnych domen jakości życia była także sytuacja materialna respondentów. Do jej określenia użyto pytania z 5-stopniową skalą: 1) żyjemy bardzo biednie, nie starcza nam nawet na podstawowe potrzeby; 2) żyjemy skromnie, musimy na co dzień bardzo oszczędnie gospodarować; 3) żyjemy średnio, starcza nam pieniędzy na co dzień, ale musimy oszczędzać na poważne zakupy; 4) żyjemy dobrze, starcza nam na wiele bez specjalnego oszczędzania; 5) żyjemy bardzo dobrze, w porównaniu do innych możemy sobie pozwolić na luksus. Analizy wykazały, że istnieje statystycznie istotny związek między sytuacją materialną respondentów a indywidualną oceną jakości życia. Korelacje były istotne statystycznie w przypadku ogólnej oceny jakości życia, oceny stanu zdrowia oraz czterech dziedzin jakości życia (DOM1, DOM2, DOM3 oraz DOM4).

Tabela 4. Wyniki uzyskane w teście WHOQOL-BREF w poszczególnych domenach a sytuacja materialna badanych

Dziedzina / domena	Wartość testu*	Istotność statystyczna
Ogólna jakość życia, WHO1	0,370	0,001
Samoocena stanu zdrowia, WHO2	0,327	0,001
Dziedzina fizyczna, DOM1	0,290	0,001
Dziedzina psychologiczna, DOM2	0,300	0,001
Relacje społeczne, DOM3	0,271	0,001
Środowisko, DOM4	0,386	0,001

* Ocena z użyciem współczynnika korelacji ρ Spearmana.

Źródło: badania własne.

Najwyższe wartości współczynnika korelacji ρ Spearmana odnotowano w przypadku korelacji dziedziny środowiskowej (DOM4) oraz indywidualnej ogólnej oceny jakości życia (WHO1). W skład dziedziny DOM4 wchodzi następujące zmienne szczegółowe takie jak na przykład: zdrowie i opieka zdrowotna, możliwości i uczestniczenie w rekreacji i wypoczynku czy możliwości zdobywania nowych informacji i umiejętności. Możliwość dostępu do tych atrybutów jakości życia w dużym stopniu zależy od możliwości finansowych jednostki, dlatego też nie powinna dziwić wyraźna korelacja tych zmiennych.

Rzeszowska Diagnoza Społeczna – edycja z 2017 r., pozwoliła również wskazać inne czynniki, które mogą istotnie wpływać na ocenę jakości życia. Jednym z takich czynników okazał się wskaźnik masy ciała, czyli BMI (*Body Mass Index*). Jest to współczynnik powstały przez podzielenie masy ciała podanej w kilogramach przez kwadrat wysokości podanej w metrach. Na potrzeby analizy, na podstawie wartości współczynnika BMI wyodrębniono dwie grupy badanych: 1) osoby o prawidłowej wadze ciała – BMI 18,50–24,99 kg/m²; 2) osoby z nadwagą i otyłością – BMI ponad 24,99 kg/m². Do analiz zastosowano test *t*-Studenta dla prób niezależnych. W bada-

niu wzięło udział 250 osób z prawidłową masą ciała oraz 207 osób z nadwagą i otyłością. Współczynnik BMI istotnie różnicował poziom oceny jakości życia w trzech wymiarach – w przypadku ogólnej oceny jakości życia, oceny stanu zdrowia oraz dziedziny fizycznej (DOM1). W pierwszym przypadku – ogólna ocena jakości życia, średni poziom zmiennej wśród badanych o prawidłowej masie ciała był wyższy ($M=3,96$; $SD=0,47$) niż wśród badanych z nadwagą i otyłością ($M=3,81$; $SD=0,47$). Analiza wyników wykazała, że różnica jest istotna statystycznie $t(455,0) = 2,206$; $p < 0,028$. $\eta^2 = 0,011$. Siła efektu na poziomie η^2 jest przeciętna, ale możemy stwierdzić, że rzeszowianie, których waga mieści się w zakresie przewidzianej dla prawidłowej wartości lepiej oceniają swoją indywidualną ogólną jakość życia niż osoby z nadwagą i otyłością. Druga istotna zmienna to indywidualna ocena stanu zdrowia. Średni poziom zmiennej wśród badanych o prawidłowej masie ciała był wyższy ($M=3,94$; $SD=0,89$) niż wśród badanych z nadwagą i otyłością ($M=3,74$; $SD=0,84$). Analiza wyników wykazała, że różnica jest istotna statystycznie $t(453,0) = 2,358$; $p < 0,019$; $\eta^2 = 0,012$. Podobnie jak we wcześniej analizowanej zmiennej siła efektu na poziomie η^2 jest przeciętna, jednak i w tym przypadku można stwierdzić, że rzeszowianie o prawidłowej masie ciała lepiej oceniają swój ogólny stan zdrowia niż osoby z nadwagą i otyłością. Wynik ten nie powinien dziwić. Trzecią zmienną, która istotnie różnicowała ocenę jakości życia, była domena fizyczna (DOM1). Podobnie jak w przypadku ogólnej oceny jakości życia oraz oceny stanu zdrowia, również ta zmienna jest lepiej oceniana przez respondentów o prawidłowej masie ciała ($M=16,17$; $SD=2,65$) niż przez osoby z nadwagą i otyłością ($M=15,51$; $SD=2,62$). Analiza wyników wykazała, że różnica jest istotna statystycznie $t(453,0) = 2,660$; $p < 0,008$. $\eta^2 = 0,015$. Siła efektu na poziomie η^2 jest duża i można stwierdzić, że badani mający prawidłową masę ciała oceniają swoją jakość życia, postrzeganą przez pryzmat fizycznych możliwości funkcjonowania, lepiej niż osoby z nadwagą i otyłością.

4. Zakończenie

Jak wspomniano we wstępie, jakość życia jest pojęciem i zjawiskiem wielowymiarowym, trudnym do operacjonalizacji i mierzenia. Poszczególne domeny jakości życia są charakteryzowane przez zmienne opisujące różne jego aspekty. Jeżeli zmienne te są bezpośrednio obserwowalne, stają się miernikami danego aspektu jakości. Ze względu na złożony i jednocześnie trudny do bezpośredniej obserwacji charakter jakości życia, zmienne te nie są najczęściej bezpośrednio obserwowalne i dlatego nazywane są zmiennymi ukrytymi (*latent variables*) [Panek 2016, s. 35]. Zastosowanie do badania jakości życia wystandaryzowanego narzędzia w postaci kwestionariusza WHOQOL-BREF jest zasadnym rozwiązaniem. Jest to prosta i wiarygodna metoda oceny jakości życia.

Do analizy czynników różnicujących ocenę jakości życia mieszkańców zastosowano zmienne socjodemograficzne, w postaci płci, wieku oraz wykształcenia

i zmienne o charakterze czynników społecznych – sytuację materialną oraz wskaźnik masy ciała (BMI). Uzyskane wyniki wskazują, że płeć nie różnicuje jakości życia rzeszowian. Na jakość życia wpływają za to wiek, wykształcenie, sytuacja materialna oraz wskaźnik masy ciała. Jakość życia pogarsza się wraz z wiekiem, na co niewątpliwie wpływa naturalne obniżenie możliwości aktywnego funkcjonowania, związane z fizycznymi ograniczeniami starzejącego się organizmu. Optymistycznym wnioskiem, jaki płynie z analizy, jest to, iż mimo tego, że wiek jest determinantem pogorszenia jakości życia, w najmniejszym stopniu determinuje negatywne zmiany w dziedzinie psychicznej oraz środowiska funkcjonowania jednostki.

Wniosek, jaki można sformułować na podstawie badań, mówi, że jakość życia mieszkańców Rzeszowa może zależeć od poziomu wykształcenia. Lepiej swój dobrostan oceniają osoby o najwyższym poziomie wykształcenia. Można zatem zaryzykować twierdzenie, że inwestycja w wykształcenie przekłada się na wyższy poziom jakości życia. Zależność ta może się wiązać z dominującym, wśród osób z wyższym poziomem wykształcenia, umysłowym charakterem pracy zawodowej, lepszą sytuacją materialną czy też większą świadomością potrzeby profilaktyki i dbałości o zdrowie.

Badania potwierdziły również obiegową opinię, że byt określa świadomość. Sytuacja materialna badanych istotnie korelowała z oceną jakości życia. Najsilniej tę korelację widać było w przypadku dziedziny środowiska funkcjonowania respondentów (DOM4). W skład tej dziedziny wchodzi takie zmienne szczegółowe, jak np. zdrowie i opieka zdrowotna, możliwości i uczestniczenie w rekreacji i wypoczynku czy możliwości zdobywania nowych informacji i umiejętności. Możliwość dostępu do tych atrybutów jakości życia w dużym stopniu zależy od możliwości finansowych jednostki, dlatego też nie powinna dziwić wyraźna korelacja tych zmiennych.

Badania pozwoliły również na sformułowanie ciekawych wniosków związanych z fizycznymi atrybutami badanych, mających jednak konsekwencje o charakterze społecznym. Nadwaga i otyłość stają się coraz powszechniejszym problemem coraz większej rzeszy mieszkańców Polski oraz innych krajów Europy i Ameryki Północnej. Nadwadze i otyłości towarzyszy gwałtowny wzrost zapadalności na schorzenia będące następstwami nadmiaru tkanki tłuszczowej. Osoby z tym rodzajem problemów częściej zapadają na nowotwory, nadciśnienie tętnicze, choroby serca, cukrzycę czy też artrozę i choroby stawów. Osoby z nadwagą i otyłością istotnie gorzej oceniły stan swojego zdrowia oraz jakość życia we wszystkich czterech analizowanych dziedzinach niż osoby o prawidłowej wadze ciała. Fakt ten niewątpliwie powinien wpłynąć na pojawienie się programów profilaktyki zdrowia na poziomie lokalnym.

Badania dowiodły, że kwestionariusz WHOQOL-BREF jest interesującym narzędziem badawczym w dziedzinie badań nad jakością życia i może być przydatny w badaniach porównawczych jakości życia mieszkańców miast, powiatów czy regionów.

Literatura

- Adamiec M., Popiołek K., 1993, *Jakość życia – między wolnością a mistyfikacją*, Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny, nr 2, s. 93–102.
- Kałamucka W., 2017, *Jakość życia i zabezpieczenie egzystencji z perspektywy geograficznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Kłak A., Mińko M., Siwczyńska D., 2012, *Metody kwestionariuszowe badania jakości życia*, Problemy Higieny i Epidemiologii, nr 93 (4), s. 632–638.
- Kukielczak A., 2012, *Rozwój zainteresowania w naukach medycznych badaniami nad jakością życia*, Przegląd Epidemiologiczny, nr 66, s. 539–545.
- Krzysztożek J., Koligat D., Nowakowska E., 2015, *Przegląd systematyczny kwestionariuszy generycznych najczęściej wykorzystywanych w badaniach jakości życia w Polsce*, Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu, nr 3 (44), s. 177–182.
- Michalska-Żyła A., 2015, *Zadowolenie z życia a zaufanie społeczne mieszkańców miast postprzemysłowych*, Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica, nr 52, s. 147–168.
- Mularska-Kucharek M., 2013, *Kapitał społeczny a jakość życia. Na przykładzie zbiorowości wielkomiejskiej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Panek T., 2016, *Jakość życia od koncepcji do pomiaru*, Oficyna Wydawnicza Szkoły Głównej Handlowej w Warszawie, Warszawa.
- Pluta J., 2010, *Jakość i styl życia a system konsumpcji zbiorowej we Wrocławiu*, [w:] Błaszczyk M., Kłopot S.W., Pluta J. (red.), *Problemy społeczne w przestrzeni Wrocławia*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Rokicka E., 2013, *Jakość życia – konteksty, koncepcje, interpretacje*, [w:] Grotowska-Leder J., Rokicka E. (red.), *Nowy Ład? Dynamika struktur społecznych we współczesnych społeczeństwach. Księga pamiątkowa poświęcona Profesor Wielisławie Warzywodzie-Kruszyńskiej z okazji 45-lecia pracy naukowej i dydaktycznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Sompolska-Rzechuła A., 2013, *Jakość życia jako kategoria ekonomiczna*, Folia Pomeranae Universitatis Technologiae Stetinensis. Oeconomica, nr 71, s. 127–140.
- The WHOQOL Group, 1998, *Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment*, Psychological Medicine, vol. 28, no. 3, s. 551–558.
- Trzebiatowski J., 2011, *Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych*, Hygeia Public Health, nr 46 (1), s. 25–31.
- Wołowicka L., Jaracz K., 2001, *WHOQOL-BREF*, [w:] Wołowicka L. (red.), *Jakość życia w naukach medycznych*, Wydawnictwo Akademii Medycznej, Poznań.