

EUGEN AVRAM

- Coordonator -

PSIHOLOGIA SĂNĂTĂȚII

VOLUMUL 8

ABORDĂRI VALIDATE ȘTIINȚIFIC



EDITURA UNIVERSITARĂ
București, 2014

Eugen Avram este Conferențiar universitar, doctor în psihologie, Directorul Departamentului de Psihologie a Universității din București; psiholog clinician la Spitalul Bagdasar-Arseni din București. Este coordonator al programului de master *Psihologia sănătății: cercetare și optimizare comportamentală*, Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Universitatea din București. Email: eugen.avram@fpse.unibuc.ro

Barbara Crăciun este lector universitar la Universitatea "Titu Maiorescu" din București, doctor în psihologie, psihoterapeut și formator în hipnoză și psihoterapii cognitiv-comportamentale.

Romeo Zeno Crețu este conferențiar univ. dr. în Departamentul de Psihologie al Universității din București. Domeniile predilecte de cercetare și activitate didactică sunt psihologia personalității și metodologia cercetării psihologice. Este coordonatorul programului de master *Psihologie organizațională și managementul resurselor umane*.

Simona Maria Glăveanu este psiholog, doctor în psihologie, lector universitar la Universitatea Ecologică din București; absolventă a Facultății de Psihologie și Științele Educației din cadrul Universității București; absolventă a programelor de masterat: „Psihologie organizațională și economică”/ Universitatea București și „Psihoterapii cognitiv-comportamentale”/ Universitatea „Titu Maiorescu”.

Irina Holdevici este profesor universitar dr. la Universitatea „Titu Maiorescu”, formator în hipnoză și psihoterapii cognitiv-comportamentale. Autor a numeroase volume și studii privind psihoterapie; fondator al *Asociației de Hipnoterapie și Psihoterapie Cognitiv-Comportamentală* (AHPCC).

Daniela Ionescu este psihoterapeut și cercetător, a absolvit Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Universitatea București și două programe de master (Sănătate ocupațională la Universitatea din București și psihoterapie la Universitatea Babeș-Bolyai din Cluj-Napoca). Este doctorand la Universitatea Al. I. Cuza din Iași.

Denisa-Mihaela Marin este psiholog clinician, a absolvit Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Universitatea București și masterul de psihologie clinică.

Aurel Mohan este medic neurochirurg, doctor în medicină, asistent universitar, Universitatea din Oradea, Facultatea de Medicină și Farmacie.

Dumitru Mohan este conferențiar universitar dr. Facultatea de Medicină și Farmacie din Oradea, medic primar neurochirurg și șef al Clinicii de Neurochirurgie din cadrul Spitalului Clinic Județean de Urgență Oradea, Președinte al Colegiului Medicilor din Bihor, membru al Uniunii Medicale Balcanice.

Corina-Luiza Olteanu este psiholog clinician, a absolvit Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Universitatea București și masterul de psihologie clinică.

Andrada Pârvu este medic specialist hematolog, doctor în științe medicale, formator pentru educația adulților, consiliere psihologică, comunicare, formarea formatorilor, orientare profesională a tinerilor. Este fondator al Grupului de suport psihologic pentru pacienții cu hemopatii care se desfășoară în Clinica de Hematologie Cluj din 2005.

Horia Pleș este medic primar neurochirurg, doctor în medicină. Șef secție clinică de neurochirurgie Timișoara, șef disciplină neurochirurgie UMF Timișoara, Președinte C.A. a Centrului de Diagnostic Imagistic “Neuromed” Timișoara, Președinte Asociația Serviciilor Private de Ambulanță din România.

Ovidiu Pop este lector universitar dr. în Departamentul de Psihologie/ Facultatea de Psihologie și Științele Educației, Universitatea București, formator în psihoterapie. **Șerban A. Zanfirescu** este psihoterapeut în formare, masterand al programului de Psihologia Sănătății – Cercetare Clinică și Optimizare Comportamentală, din cadrul Facultății de Psihologie și Științele Educației, Universitatea București.

CUPRINS

Romeo Zeno Crețu	
Calitatea vieții: modele conceptuale și instrumente de evaluare	7
Eugen Avram, Corina-Luiza Olteanu, Denisa-Mihaela Marin	
Autoreglarea comportamentului de sănătate	20
Eugen Avram, Șerban A. Zanfirescu	
Percepția riscului asupra sănătății și comportamentul preventiv	57
Irina Holdevici, Barbara Crăciun	
Intervenții cognitiv-comportamentale și hipnoterapeutice în tulburarea de stres posttraumatic	70
Simona Maria Glăveanu	
Abordarea multidimensională a ADHD – diagnoză și intervenție	88
Andrada Pârvu	
Directiva în avans - beneficii și controverse	103
Horia Pleș	
Contextul terapeutic în reabilitarea neuropsihică	119

Aurel Mohan, Dumitru Mohan	
Calitatea vieții în hernia de disc lombară	138
Aurel Mohan, Dumitru Mohan	
Reabilitarea fizică și vocațională în hernia de disc lombară	161
Daniela Ionescu	
Autenticitatea sinelui, concordanța scopurilor cu sine și starea de bine psihologică	181
Ovidiu Pop	
Manifestări și conduite etice necesare, relevante și contextuale în spațiul clinic	193

CALITATEA VIEȚII: MODELE CONCEPTUALE ȘI INSTRUMENTE DE EVALUARE

Romeo Z. Crețu

1. Scurt istoric al conceptului de calitate a vieții

Lansat la jumătatea secolului trecut, conceptul de calitate a vieții a constituit un centru de interes pentru cercetările din domeniul medical, în special în raport cu afecțiunile cronice, cu un puternic efect de invalidare. Printre acestea, cel mai frecvent studiate au fost tulburările osteo-articulare, afecțiunile cardio-circulatorii și cancerul. Încă din anul 1948, Karnofski a realizat o serie de studii ce evaluau nivelul de performanță și starea psihologică a bolnavilor de cancer, însă abia în anul 1966, Elkinton, a utilizat pentru prima dată conceptul de „calitate a vieții” într-o publicație medicală (apud Lăzărescu, 1999).

În cercetările medicale, termenul a fost utilizat în special pentru măsurarea efectelor bolilor cu evoluție pe termen lung și pentru identificarea modificărilor produse de acestea în viața de zi cu zi a pacienților. Un alt scop important al studiilor întreprinse în domeniul medical a fost estimarea consecințelor pe termen scurt și lung ale diferitelor dizabilități și tulburări în cadrul diverselor populații (Chandrashekar & Benshoff, 2007). Albrecht și Fitzpatrick (1994) au identificat patru motive pentru care este importantă evaluarea calității vieții în medicină:

- ③ planificarea optimă a îngrijirii clinice a pacientului;
- ③ aprecierea serviciilor de sănătate;
- ③ identificarea nevoilor de sănătate;
- ③ justificarea alocării resurselor necesare îngrijirii.

După introducerea conceptului în medicina generală, acesta a fost treptat inclus și în studiile psihiatrice, respectiv psihologice. Astfel, tulburările cu evoluție îndelungată, ce invalidează bolnavul sub numeroase aspecte ale vieții personale, sociale și profesionale au constituit un centru de interes pentru evaluarea modificării calității vieții în contextul bolii. Astfel de boli invalidante sunt: schizofrenia, tulburările bipolare, depresia, tulburările anxioase etc.

Astăzi, conceptul de calitate a vieții capătă o extensie din ce în ce mai largă, el fiind aplicat în evaluarea modului de adaptare al persoanelor ce suferă de afecțiuni infraclinice (de exemplu: tulburări de personalitate) sau a celor ce caută optimizări psihologice și de funcționare socială și/ sau profesională, fără a fi diagnosticate cu o anumită condiție medicală. Pentru fiecare din aceste contexte de referință, modul de conceptualizare a calității vieții comportă soluții ușor diferite. De exemplu, Patrick și Erickson (1993) au inclus în definiția și măsurarea calității vieții următoarele aspecte: percepția oamenilor cu privire la planul social, fizic, psihologic, percepția sănătății și a oportunităților personale. Alți autori au definit calitatea vieții în termeni de stare de bine în plan fizic, psihic și social (Haas, 1999).

Inițial, în special în medicina generală și în psihiatrie, au fost favorizate definiții de tip obiectiv ale calității vieții. Astfel, susținătorii conceptualizării obiective a calității vieții au propus o inventariere a condițiilor fizice de existență, cum ar fi standardul locuinței personale, veniturile materiale, facilitățile materiale de care dispune persoana etc. Alături de acestea, s-au mai avut în vedere posibilitățile de deplasare, comunicarea cu ceilalți, dar și funcționarea persoanei în roluri sociale. Astfel de definiții operaționale sunt prezente în instrumentul WHOQoL propus de Harper și Power (1999).

Ulterior, au fost introduse și definiții subiective ale conceptului, în care operaționalizarea conceptului alocă o pondere mai mare dimensiunilor subiective comparativ cu cele obiective. Interesant este că una din definițiile de acest tip a fost propusă chiar de către Organizația Mondială a Sănătății (OMS). Astfel, conform OMS: „Calitatea vieții reprezintă percepția oamenilor cu privire la poziția lor în viață, în raport cu scopurile lor și cu sistemul de valori pe care l-au acceptat și interiorizat, din perspectiva deciziilor pe care le iau” (apud. Lăzărescu, 1999). Această definiție surprinde în mod evident aspectul subiectiv al termenului de calitate a vieții. Definiția a determinat apariția unei poziții critice vis-a-vis de conceptualizarea, operaționalizarea și măsurarea subiectivă. În special cercetătorii din domeniul psihiatriei și-au pus problema apariției unor distorsiuni specifice afecțiunilor psihiatrice care ar putea deforma percepția fericirii, satisfacției și propriei bunăstări psihologice.

2. Modele conceptuale ale calității vieții

Modelul satisfacției

Acest model a fost dezvoltat în pași succesivi de mai mulți autori. Lucrările lui Campbell et al. (1976) și ale lui Andrews și Withey (1976), au furnizat primele operaționalizări ale conceptului de calitate a vieții, în baza satisfacției. Potrivit acestor autori, măsurarea calității vieții implică atât evaluarea stării globale de bine, cât și satisfacția în diferite domenii ale vieții, incluzând aici atât indicatori subiectivi, cât și obiectivi. Inițial, dimensiunea subiectivă a calității vieții a fost evaluată sub aspectul stării psihologice de bine a persoanei, precum și sub aspectul sentimentului de fericire, de satisfacție globală a vieții. Starea de bine poate fi corelată în normalitate cu evenimentele de viață trăite, însă anormal, poate fi modificată prin cumulara psihotraumelor, prin oscilații endocrine sau, patologic, în cazul bolilor psihice. Atât starea de bine subiectivă, cât și satisfacția vieții nu se rezumă la trăirile afective. Ambele implică și evaluări cognitive, motiv pentru care, în cazul anumitor afecțiuni psihice ce sunt însoțite de distorsiuni cognitive, diminuarea percepției calității vieții se poate datora acestor distorsiuni (Lăzărescu, 1999).

Accentul pe dimensiunea subiectivă, în definirea a calității vieții, a fost pus ulterior și de Lehman (1983), potrivit căruia calitatea vieții este „o chestiune subiectivă, reflectată de starea de bine globală”. Mai mulți autori au căzut de acord că starea de bine generală ar fi condiționată de trei mari tipuri de variabile (Baker și Intagliata, 1982; Lehman, 1988):

- ③ caracteristicile personale;

- ③ calitatea obiectivă a vieții în diferite domenii de viață; ③ calitatea subiectivă în aceleași domenii ale vieții.

Printre domeniile de viață care ocazionalizează evaluări obiective și subiective au fost enumerate: activitățile recreative, contactele sociale, suportul social, stima de sine, profesia și statutul profesional, veniturile, alimentația, îngrijirile medicale, religia, siguranța etc. Modelul a fost ulterior adaptat la populația pacienților cu tulburări psihiatrice cronice (Lehman et al., 1988).

Modelul satisfacției lansează asumția de bază că nivelul calității vieții ar fi maxim în măsura în care condițiile sociale ar corespunde deplin nevoilor și dorințelor indivizilor. Modelul satisfacției nu specifică clar care sunt nevoile și dorințele oamenilor, de care depinde calitatea vieții lor.

Multe din scalele ce au măsurat calitatea vieții în studiile psihiatrice, au evaluat satisfacția vieții ca măsură a percepției subiective a calității vieții, dar nu au avut succes în identificarea predictorilor satisfacției vieții sau a relației dintre aceasta și starea subiectivă de bine. Unii autori au arătat că indivizii pot trăi în același timp sentimente de satisfacție, dar și de frustrare. Dacă însă nivelul de satisfacție nu corelează cu condițiile obiective, se pune problema interpretării satisfacției.

Angermeyer și Kilian (1997) arătau că un nivel ridicat de satisfacție al pacientului cu privire la un anumit domeniu al vieții sale, poate fi interpretat alternativ în cel puțin trei moduri distincte. În primul rând, poate fi interpretat ca o potrivire între ceea ce își dorește și ceea ce primește/are pacientul în acel domeniu al vieții. În al doilea rând, poate fi rezultatul faptului că acel domeniu are o atât de mică importanță pentru pacient, încât satisfacția sa nu e afectată de condițiile obiective de viață. În al treilea rând, este posibil ca pacientul să-și fi adaptat propriile dorințe la oportunitățile percepute, ceea ce înseamnă că, în acest caz, satisfacția reprezintă în realitate o resemnare. Conform lui Angermeyer și Kilian (1997), doar primul din cele trei argumente poate justifica evaluarea satisfacției ca indicator valid al calității vieții. Anumite studii privind satisfacția vieții la pacienții psihiatrici cronici relevă niveluri crescute ale acesteia în majoritatea domeniilor vieții. Este dificil de stabilit dacă aceste niveluri înalte de satisfacție pot fi interpretate ca indicatori ai calității vieții sau dacă ar trebui atribuite altor factori, ce țin de condiția patologică a pacienților. Apare deci imposibilitatea de a distinge între satisfacția succesului sau satisfacția resemnării, mai ales în cazul pacienților ale căror condiții de viață sunt sub standardele general acceptate (Barry, 1997).

Modelul combinat importanță-satisfacție

Acest model corectează modelul simplu al satisfacției. Modelul include alături de factorul *satisfacție subiectivă* și factorul *grad de importanță* pe care un anumit domeniu al vieții o are pentru o persoană. Potrivit lui Becker et al. (1993), sistemele de evaluare a calității vieții nu țin cont de diversitatea culturală și nu reflectă faptul că diferitele aspecte ale vieții nu au aceeași importanță pentru fiecare individ.

În măsura în care oamenii diferă ca valori și preferințe individuale, condițiile obiective ale aspectelor particulare ale vieții vor afecta și calitatea subiectivă vieții în moduri diferite. Astfel, pentru o persoană cu aspirații modeste pentru domeniul ocupațional, oportunitățile de promovare nu vor fi un criteriu important pentru

satisfacția profesională, în timp ce pentru un individ cu aspirații înalte acesta va fi criteriul cel mai important. De aceea, același grad de satisfacție profesională va avea sensuri diferite în cazul acestor două persoane. Fără o evaluare a importanței pe care un anumit domeniu de viață sau o parte a acestui domeniu îl reprezintă pentru pacient va fi imposibil de explicat de ce persoane care trăiesc în condiții obiective complet diferite prezintă același grad de satisfacție.

Deși modelul combinat importanță-satisfacție lărgeste considerabil capacitatea de predicție a calității vieții, el nu soluționează toate problemele de interpretare mai sus menționate. În timp ce accentuează semnificația valorilor și preferințelor individuale, acest model neglijează caracterul dinamic al acestor atitudini. Cercetările în domeniul disonanței cognitive au furnizat evidențe că persoanele sunt capabile și dornice să-și schimbe valorile și preferințele sub presiunea mediului și a disonanței cognitive. De aceea, nu putem exclude posibilitatea că importanța scăzută a unui anumit domeniu de viață, menționat de un pacient în timpul interviului despre calitatea vieții, reprezintă de fapt o adaptare resemnată la condițiile sale frustrante de viață.

Modelul funcționării în roluri sociale

Acest model arată că realizarea satisfacției de viață, ca variabilă majoră a calității vieții, este dependentă de contextul social. Conform lui Bigelow et al. (1982), atât fericirea cât și satisfacția sunt legate de condițiile sociale și de mediu necesare pentru a satisface nevoile bazale ale omului. Autorii consideră că satisfacția este condiționată de realizarea nevoilor bazale (hrana, adăpostul și siguranța) sau superioare (afilierea, stimă, autonomie și auto-realizare), descrise de Maslow (1954), dar la fel de importante pentru analiză sunt variabilele de mediu, respectiv oportunitățile prin care individul își poate satisface nevoile. Oportunitățile sunt atât de ordin material (locuința și hrana), dar mai ales sunt oportunități sociale. Acestea din urmă sunt cuprinse în rolurile sociale, precum cel de prieten, soț, soție, angajat, părinte care, pe de-o parte pot fi utilizate de individ pentru a-și satisface nevoile psihologice, dar care pe de altă parte sunt asociate cu nevoia de performanță.

Datorită acestei legături dintre oportunitățile și cerințele ambientale, gradul în care un individ își poate satisface nevoile depinde de abilitățile cognitive, afective, comportamentale și perceptuale ale acestuia de a răspunde cerințelor corespunzătoare diferitelor roluri sociale.

Funcționarea socială poate fi influențată de o serie de factori, cum ar fi factorii de personalitate, nivelul intelectual, anumite simptome sau circumstanțe. Performanța în exercitarea rolurilor sociale poate fi afectată semnificativ și de o multitudine de boli somatice și psihice care apar după ce persoana s-a dezvoltat și afirmat în diverse roluri sociale. Acestea pot diminua nivelul funcționării sociale. Potrivit lui Wiersma (1997), tulburările mentale puternic corelate cu disfuncționalitățile sociale sunt în special schizofrenia și tulburările afective majore, precum și tulburările de personalitate.

Pentru o perioadă lungă de timp, disfuncționarea socială a fost considerată parte a acestor tulburări mentale, criteriile de diagnostic a acestora fiind și în prezent derivate din domeniul profesional și al relațiilor sociale. Disfuncționarea socială ca

efect al unei boli sau tulburări a fost conceptualizată în termeni de dizabilitate socială sau handicap de rol, dar manualele de diagnostic cum ar fi ICD sau DSM nu oferă o soluție adecvată problemei clasificării și măsurării disfuncționării sociale.

OMS a publicat în anul 1980 clasificarea ICDH (International Classification of Impairments, Disabilities & Handicaps), ce a oferit un model conceptual util pentru studiul consecințelor pe termen lung ale dizabilităților sociale. Clasificarea propusă distingea trei niveluri de experiențiere și consecințe ale bolii sau tulburării:

③ deficiența, care se referă la o anormalitate la nivelul structurii sau funcției psihologice, fiziologice sau anatomice, constituind exteriorizarea unei stări patologice;

③ dizabilitatea, care reprezintă tulburarea sau lipsa abilității de a realiza o activitate, având la bază una sau mai multe deficiențe post-maladive;

③ handicapul, care se referă la consecințele sociale nefavorabile, la dezavantajele ce rezultă din dizabilități și deficiențe, consecutive unor boli cronice.

Ulterior termenii propuși de această clasificare au fost nuanțați, conceptul de dizabilitate fiind tot mai mult înlocuit de cel de „deficiență în acțiuni specifice umane”, iar cel de handicap de prin „deficiența în integrarea socială”. În 1987, OMS a publicat manualul de Clasificare a afectărilor, activităților și participărilor (CIA DH-2), unde funcționarea în roluri sociale consecutivă dizabilităților sunt denumite „deficiențe în participarea la viața socială” (Lăzărescu, 1999).

Prin încorporarea teoriei rolului social în conceptul calității vieții, Bigelow et al. (1982) au crescut comprehensiunea teoretică a asocierii dintre starea de bine subiectivă și condițiile de mediu. Tryer și Casey (1993), considerau că performanța de rol, mai mult decât oricare alt factor, surprinde integrarea și participarea persoanei la viața comunității sau societății din care face parte. Din acest motiv performanța de rol trebuie considerată o dimensiune cheie în evaluarea calității vieții.

Totuși, au fost formulate unele critici, în special legate de aplicabilitatea modelului în evaluarea calității vieții persoanelor cu tulburări mentale. Angermeyer și Kilian (1997) arătau că o consecință a nesatisfacerii permanente a unei nevoi bazale, cum este de exemplu cea de siguranță, poate domina structura de nevoi într-un mod patologic. Deoarece multe forme de boli mentale sunt asociate cu astfel de domenii patologice ale nevoii de siguranță, pare inadecvat să focalizăm orice teorie a calității vieții bolnavilor mentali doar pe satisfacerea unor nevoi de ordin mai înalt. De asemenea, asumarea implicită a faptului că doar rolurile sociale convenționale furnizează oportunități pentru satisfacerea nevoilor, limitează studiul celor bolnavi mental. Aceștia au frecvent nevoi specifice, datorate bolii lor, de exemplu, pentru îngrijire, protecție, beneficii financiare, medicație, terapie, fiind obligați să facă față cerințelor rolului de bolnav.

Modelul procesual dinamic al calității vieții

Angermeyer și Killian (1997) au pornit de la observația că modelele teoretice ale calității vieții persoanelor bolnave mental accentuează importanța evaluării subiective a pacienților privind condițiile lor obiective de viață, dar neglijează dinamica și factorii care influențează aceste evaluări subiective. Punctul de pornire

în analiza acestor dinamici ar trebui să fie un model al satisfacerii nevoilor umane, care să ia în considerare trei categorii de factori:

- ③ factorii environmentali-contextuali/ condițiile generale de viață;
- ③ factorii de ordin personal; ③ factorii de adaptare cognitivă.

În acest model de tipul persoană-environment, mediul este considerat o sursă de oportunități atât materiale, cât și sociale prin care trebuințele persoanei pot fi satisfăcute. Oportunitățile sociale sunt asociate însă cu cerințele de performanță. Astfel, gradul în care nevoile persoanei pot fi satisfăcute depinde în mare măsură de abilitatea acesteia de a îndeplini cerințele diferitelor roluri sociale (Katschnig et al., 1997). Potrivit lui Lăzărescu (1999) factorii contextuali operaționalizează următoarele aspecte:

③ calitatea locuinței, privită din perspectiva comodității, dar și a facilităților; de calitatea locuinței se leagă și relațiile cu vecinii, gradul de acceptare – factori ce țin mai degrabă de mediul social.

③ comunicarea prin deplasare, privită sub aspectul calității mijloacelor de transport în comun, calitatea drumurilor, existența mijloacelor personale de deplasare, dar și comunicarea la distanță prin telefon sau alte mijloace.

③ siguranța în viața socială și sentimentul de protecție în mijlocul comunității, acești factori putând fi asigurați de sistemul de ordine, de legislație.

③ facilitățile și șansele pe care le are persoana în grupul, comunitatea sau societatea în care trăiește, cum ar fi accesul la educație, la informare, la cultură, la îngrijiri medicale, șansele la acțiune independentă, eficiență sau creație.

③ resursele financiare, economice, care pot avea o importanță deosebită în evoluția negativă a stărilor malade, din cauza costului tratamentelor și a programelor de recuperare de exemplu.

③ nivelul de autonomie și libertate a persoanei, care pornește de la nivelul autonomiei în deplasare și se extinde până la nivelul autonomiei în context social, concretizată prin libertatea de manifestare.

③ domeniile de manifestare a convingerilor și credințelor persoanei, cum sunt cele politice sau religioase.

Halpern (1995) deosebea patru căi prin care environmentul poate afecta, pozitiv sau negativ, sănătatea mentală:

1. stresul environmental (poluare, zgomot, condiții meteo extreme, densitate mare a populației etc);
2. suportul social;
3. aspectele simbolice ale mediului (etichetarea de către ceilalți din mediul social);
4. relocarea forțată cu efecte negative asupra stării mentale.

Modelul dinamic se bazează pe asumția potrivit căreia calitatea subiectivă a vieții este rezultatul unui proces continuu de adaptare în timpul căruia individul trebuie să concilieze permanent între propriile dorințe/ scopuri, cu condițiile mediului său specific și cu capacitatea sa de a face față cerințelor sociale asociate cu îndeplinirea acestor dorințe și scopuri. În cadrul acestui model satisfacția nu este privită doar ca rezultat final, ci și ca mecanism care antrenează acest proces. Atunci când sunt examinate rezultatele cercetărilor privind calitatea vieții bazate pe

măsurarea satisfacției subiective, acestea vin să sprijine faptul că majoritatea oamenilor posedă o capacitate relativ mare de a-și menține nivelul de satisfacție relativ stabil prin mijloace cognitive și activități conative, chiar și în condițiile schimbărilor constante și obiective ale mediului. Aceasta înseamnă că, dacă un individ se simte nesatisfăcut deoarece percepe o discrepanță între valorile și preferințele sale individuale și condițiile actuale de viață, el poate reduce insatisfacția fie prin schimbarea condițiilor de mediu, fie prin schimbarea valorilor și preferințelor sale. Din experiența de zi cu zi se știe că oamenii folosesc continuu ambele strategii în diferite combinații. Datorită naturii nonrecursive a procesului nevoie-satisfacție, utilizarea măsurătorilor satisfacției subiective ca indicator al calității vieții nu permit diferențierea calității vieții unui individ care își reduce așteptările în asemenea măsură încât să fie satisfăcut în condiții precare, obiectiv vorbind și a cuiva care este satisfăcut cu viața datorită realizării tuturor scopurilor la care a aspirat.

Atunci când evaluăm condițiile de viață ale unui individ nu este suficient să avem în vedere o nevoie abstractă de hrană sau relații emoționale, ci trebuie definite standarde explicite privind condițiile particulare de viață prin care aceste nevoi pot fi satisfăcute în mod adecvat. Totuși, astfel de standarde de calitate pot fi rar stabilite pe baza nevoilor obiective; ele trebuie să fie ghidate de norme și sisteme de valori general acceptate. Dintr-un punct de vedere obiectiv, evaluarea calității vieții este posibilă comparând condițiile de viață obiective ale unui individ cu aceste standarde generale de satisfacere a nevoilor în societatea din care acesta face parte.

Scopul includerii perspectivei subiective în evaluarea calității vieții constă în special în faptul că sistemul de valori și preferințe ale unui individ nu este determinat în întregime de sistemul normativ general al societății din care face parte. Sistemele individuale de valori și preferințe sunt de asemenea modelate de caracteristicile personale și experiențele individuale. Desconsiderarea acestui aspect subiectiv al calității vieții ar neglija principiul fundamental potrivit căreia în societăți pluraliste, fiecare are dreptul să atingă starea de fericire în propriul său mod. Problema centrală a includerii punctului de vedere subiectiv în evaluarea calității vieții este aceea că, datorită naturii dinamice a procesului de satisfacere a nevoilor descris mai sus, sistemele individuale de valori și preferințe pot fi rezultatul unor condiții de mediu și individuale coercitive, care și ele sunt incompatibile cu principiul libertății personale.