

Jadwiga Daszykowska

Jakość życia w koncepcjach związanych ze zdrowiem

Z Wydziału Medycznego Uniwersytetu Rzeszowskiego
Z Instytutu Położnictwa i Pielęgniarstwa
Dyrektor: prof. dr hab. med. P. Januszewicz

Termin „jakość życia” pojawia się w wielu dziedzinach nauki, filozofii, polityki czy praktyki społecznej, w kontekstach historycznych i ideologicznych, w postaci zapytania o sprawy fundamentalne dla życia ludzkiego. Nie jest on bezpośrednio obserwowalny, mierzalny, dlatego charakteryzuje go nieograniczona dowolność interpretacyjna. Tej wieloznaczności założeń teoretycznych oraz definicyjnych można zawdzięczać szczególne nim zainteresowanie. W medycynie problematyka jakości życia jest rozpatrywana w związku ze zdrowiem. W niniejszym artykule autorka zaprezentowała wybrane koncepcje tego zagadnienia.

Słowa kluczowe: jakość życia, zdrowie

Life quality in concepts related to health

The concept „quality of life” appears in many fields of science, philosophy, politics or social practice taking into consideration historical and ideological context as the form of enquiry for fundamental issues of human life. It is not directly observed and measured, therefore it can be unlimitedly interpreted. Such ambiguity of theoretical and definitional assumptions is the reason of its interest. The problem of life quality is considered in relation to health in medicine. The author presents chosen concepts of such issue in the following article

Key words: *quality of life, health.*

WSTĘP

W ostatnich latach problematyka jakości życia wzbudza coraz większe zainteresowanie w obszarze wielu nauk, co pozwala na komplementarne jej ujmowanie w szerokiej perspektywie interdyscyplinarnej. Warto jednak podkreślić, że termin „jakość życia” rozumiany jest różnorodnie, gdyż posiada wiele wymiarów, między innymi: filozoficzny, społeczny, medyczny, ekonomiczny bądź kulturowy. Niezależnie jednak od sposobu pojmowania tej kategorii, najważniejszą kwestię stanowi optymalna jakość.

Wśród wielu celów nauki od niedawna wymienia się dbałość o jakość życia człowieka [1], zatem dążenie do podwyższania jakości wszystkich aspektów życia jest zasadniczym zadaniem dla teorii i praktyki naukowej. Autorka zgodnie

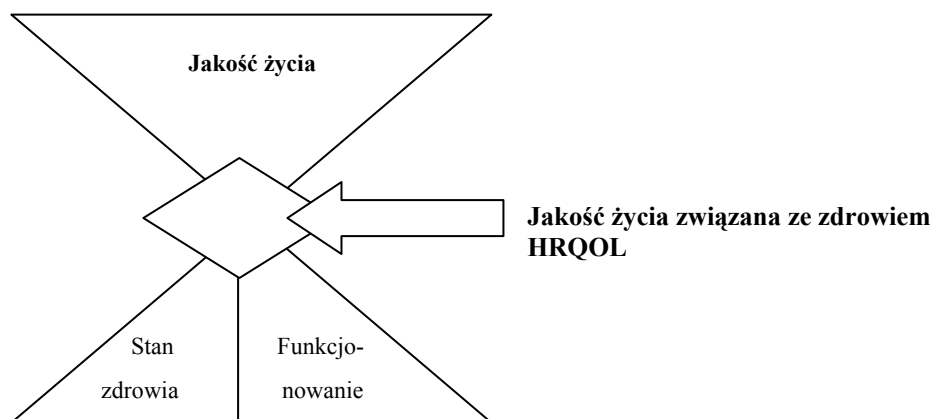
z tą przesłanką zaprezentowała wybrane koncepcje tego zagadnienia w związku ze zdrowiem.

ZNACZENIE JAKOŚCI W ŻYCIU CZŁOWIEKA

W wartość życia wpisana jest jego jakość. Termin „jakość” używany jest powszechnie w codziennym życiu, zakłada on istnienie wzorca, standardu formułującego jakieś wymogi i będącego odniesieniem dla efektu lub przebiegu działania. W sensie bezpośrednim jakość odnosi się do podmiotu, którym jest człowiek. Pozwala to uczestniczyć jakości w wyraźny sposób w istnieniu osoby, określając ją jako byt taki, a nie inny. Jakość determinuje w ten sposób specyficzne istnienie człowieka, przez co różni się ona od ilości.

T. Pszczołowski „jakość” definiuje jako sumę cech wytworu, w szczególności wyrobu lub samego działania do niego prowadzącego, najczęściej z oceną: dobra jakość – zła jakość. Ocenę wydaję-

się ze względu na istniejący obiektywnie lub idealnie wzorzec rzeczowy lub wzorzec działania.



RYC. 1. Relacje pomiędzy stanem zdrowia a jakością życia według L. Wołowickiej
FIG. 1. Relations between state of health and quality life according L. Wołowicka

W drugim przypadku, tj. w przypadku działania jakość utożsamiana jest ze sprawnością w sensie syntetycznym [2]. Mówiąc o życiu przez pryzmat tak rozumianej jakości, można je określić jako dobre lub złe, radosne lub smutne, szczęśliwe lub nieudane, itd. Zarówno w jednym, jak i drugim przypadku, (najczęściej jednak, gdy człowieka dosięgają niepowodzenia, nieszczęście, cierpienie) podejmuje on starania o znalezienie odpowiedzi na pytanie – dlaczego tak się dzieje? Pytanie to dotyczy wielu aspektów ludzkiego życia: bogactwa i biedy, sukcesów i niepowodzeń, także zdrowia i choroby [3]. U źródeł każdego z nich znajduje się zasadnicze pytanie o jakość.

PRZEGLĄD KONCEPCJI JAKOŚCI ŻYCIA ZWIĄZANYCH ZE ZDROWIEM

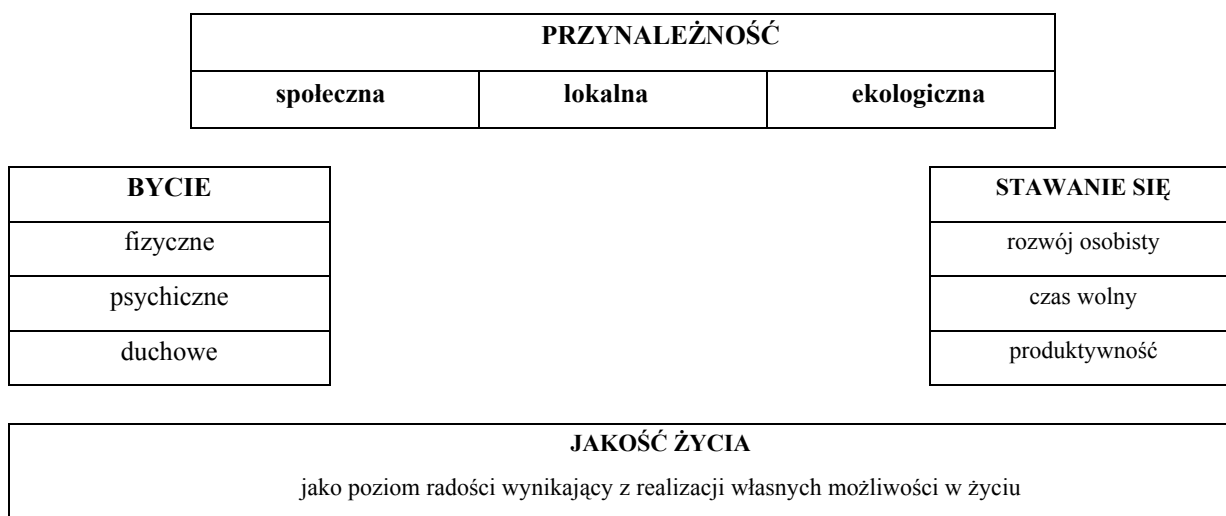
Dyscypliną zajmującą się w coraz większym zakresie problematyką jakości życia jest medycyna. Stanowi to wynik wielu przemian w tej dziedzinie, na przykład uwzględnianie w procesie leczenia w coraz większym stopniu czynników psychologicznych, obejmujących kontakty osób leczących z pacjentami oraz docenianie przez służbę zdrowia działań profilaktycznych, zmierzających do zachowania dobrego zdrowia człowieka.

Próby operacyjnej standaryzacji pojęcia „jakość życia” rozpoczęto w medycynie i psychologii zdrowia. Impulsem podjęcia rozważań teoretycznych była definicja zdrowia przyjęta w 1948 roku przez WHO (Światową Organizację Zdrowia), wykraczająca poza tradycyjne podejście biomedyczne, czyli negatywne mierniki zdrowia (umierność, zapadalność na choroby itp.), w kierunku szerszego modelu biopsychospołecznego, zgodnie z którym: „zdrowie, to nie tylko brak choroby czy kalectwa, ale pełny dobry stan fizyczny, psychiczny

i społeczny” [za: 4]. K. Denek proponuje uzupełnić przytoczoną definicję o jeszcze jeden wymiar: poczucie własnej tożsamości człowieka, którego istotą jest świadomość samego siebie i wolność oraz który jest czynnikiem decydującym o integracji pozostałych elementów zdrowia [zob. 5]. Implikacją wynikającą z tak postawionego sformułowania jest wskazanie, że choroba nie jest tylko zachwianiem fizycznego funkcjonowania organizmu człowieka, lecz rozgrywa się także na pozostałych płaszczyznach: psychicznego, społecznego i duchowego funkcjonowania. Zgodnie z takim rozumieniem koncepcji zdrowia, problemem staje się opracowanie wskaźników dobrostanu, zwłaszcza psychicznego i społecznego. Pojawiają się teoretyczne modele jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia – *Health Related Quality of Life* – HRQOL, (patrz ryc. 1), co ma oznaczać, że poczucie zdrowia jest jednym z podstawowych wyznaczników jakości życia [6].

Do koncepcji tych można zaliczyć pięć stanowisk wyróżnionych przez H. Schipperę, J. Clincha i V. Powella [za: 7]: podejście psychologiczne (G. E. Engela), kładące nacisk na spostrzegane przez pacjenta efekty choroby i terapii; model użyteczności oparty na teorii decyzji, rozpatrujący strategię postępowania w warunkach dylematów wynikających z ograniczonych zasobów świadczeń medycznych i sprzeczności między ilościowymi i jakościowymi kryteriami życia; koncepcję efektów promieniujących (J. E. Ware’a), wyróżniającą kilka kręgów efektów choroby i terapii, zaczynając od funkcji biologicznych, poprzez ogólny dobrostan psychiczny, po zachowania społeczne odbijające się na stanie rodziny i szerszego otoczenia pacjenta; model reintegracji do normalnego życia, wyróżniający takie wymiary, jak mobil-

ność, zdolność opieki nad sobą, codzienne czynności, aktywność rekreacyjna, role rodzinne, związki



RYC. 2. Struktura jakości życia według J. M. Reaburna i I. Rootmana
FIG. 2. Structure of life quality according to J. M. Reaburn and I. Rootman

przyjaźni, sposób prezentowania siebie i ogólną zdolność radzenia sobie; oraz zasadę dostosowywania aspiracji wynikających z możliwości stanu zdrowia (K. C. Calmana).

W literaturze przedmiotu spotykamy koncepcję jakości życia związaną ze zdrowiem H. Sęk. Autorka, zagadnienie to, ujmowane obiektywnie, traktuje jako zespół warunków życia człowieka, obiektywne atrybuty świata przyrody, przedmiotów i kultury oraz obiektywnie oceniane atrybuty człowieka związane z poziomem życia i pozycją społeczną. Wśród obiektywnych wyznaczników jakości życia wymienia także strukturę organizmu człowieka i poziom jego układów biologicznych, czyli zdrowia. Jakość życia rozpatrywana natomiast w wymiarze subiektywnym jest – zdaniem autorki – rezultatem wewnętrznych procesów wartościowania różnych sfer życia i życia jako całości. To wartościowanie zależy od struktury potrzeb i indywidualnego systemu wartości, a w szczególności od indywidualnego pojęcia sensu życia. Zdrowie, podobnie jak jakość życia, może być rozpatrywane obiektywnie i subiektywnie [8]. Potwierdza się reguła, że człowiek zapytany o źródło jakości życia stawia zdrowie na jednym z pierwszych miejsc. Zatem zdrowie jest warunkiem szczęścia (zadowolenia z życia) istotnym, choć nie jedynym [9], stanowi wobec jakości życia wartość instrumentalną (nie ostateczną), służy realizacji cenionych wartości i celów życiowych, jednak wobec nich pozostaje niejako w tle.

Koncepcję jakości życia związaną z promowaniem zdrowia stworzyli J. M. Reaburn i I. Rootman [zob. 10] (ryc. 2).

Jest ona oparta na stwierdzeniu, które wypowiedziano podczas I Międzynarodowej Konferencji Promocji Zdrowia w 1986 roku w Ottawie: „jeśli jednostki lub grupy zdolne są do rozpoznawania, określania i realizowania własnych aspiracji, to także mogą w zadowalający sposób zaspokajać swe potrzeby oraz dokonywać wyboru środowiska życiowego zgodnie z własnymi preferencjami, wówczas dochodzi do uzyskania w pełni dobrego fizycznego, umysłowego i społecznego samopoczucia (*well-being*)” [10]. Autorzy koncepcji przyjmują, że istotą jakości życia jest subiektywny stan radości, przeżywany przez człowieka. Doświadczenie tego stanu jest możliwe dzięki dziewięciu czynnikom, takim jak: przynależność społeczna, lokalna, ekologiczna; bycie fizyczne, psychiczne, duchowe; rozwój osobisty, czas wolny, produktywność. Wymienione determinanty stanowią warunek stawiania się człowieka, zwiększania własnej niezależności osobistej i zapewnienia swobody w decydowaniu o życiu. Wszelkie zakłócenia (np. choroba, niepełnosprawność, śmierć bliskiej osoby, niepowodzenia zawodowe) stanowią poważne zagrożenie dla czerpania radości z bycia w dobrym stanie psychicznym, fizycznym i duchowym.

H. Shipper, podobnie jak wspomniani wyżej autorzy, wprowadza na grunt medyczny pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia, którą definiuje jako spostrzegany przez pacjenta wpływ choroby i przebiegu jej leczenia na funkcjonowanie i ogólne poczucie satysfakcji życiowej [zob. 11]. Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia – zdaniem autora – dotyczy czterech pod-

stawowych wymiarów: stanu fizycznego i sprawności ruchowej (w tym także poziomu ogólnej

energii życiowej), stanu psychicznego (funkcjonowania poznawczego i emocjonalnego), sytuacji

TABELA 1. Kategorie wymienione przez WHO, które umożliwiają oszacowanie jakości życia
TABLE 1. Categories pointed by WHO enabling estimation quality of life

Zakresy	Kategorie
Psychiczny	Bóle, niesmak, energia, zmęczenie, sen, wypoczywanie
Psychologiczny	Uczucia pozytywne, myślenie, uczenie się, pamięć, koncentracja, szacunek do samego siebie, zewnętrzny wizerunek i negatywne uczucia
Stopień niezależności	Ruchliwość, czynności życia codziennego, zależność od medykamentów albo terapii, zdolność do pracy
Stosunki socjalne	Stosunki osobiste, wsparcie socjalne, aktywność seksualna
Środowisko	Bezpieczeństwo fizyczne, otoczenie domowe, zasoby finansowe, zdrowie i opieka socjalna, istnienie i jakość okazji uzyskania nowych informacji i sprawności, czas wolny i okazje do odpoczynku, fizyczne otoczenie (zanieczyszczenie, hałas, ruch uliczny, klimat), transport
Duchowy	Życie duchowe, religia, osobiste wyobrażenie o wierze

społecznych (pełnienia ról, uzyskiwania wsparcia) i warunków ekonomicznych oraz doznań somatycznych (objawów choroby, odczuwanego bólu) [12].

Poza wymienionymi głównymi obszarami jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia uwzględnia także wymiary funkcjonowania ludzi chorych, jak: seksualność, uczestnictwo w kulturze i duchowość. Trzy nurty partycypujące aktywnie w dzisiejszym rozumieniu jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia to: nurt społeczny (koncentrujący się na społecznych aspektach HRQOL); nurt medyczny (obejmujący biofizjologiczne aspekty HRQOL) oraz nurt etyczny (zajmujący się filozoficznymi aspektami HRQOL) [13].

We współczesnych modelach zdrowie jest ujmowane w ramach perspektyw: biomedycznej i holistyczno-funkcjonalnej.

Model biomedyczny rozpatruje zdrowie jako kategorię zobiektywizowaną. Podlega ono obiektywnym zasadom regulacji i jest determinowane wyposażeniem genetycznym, wrodzoną strukturą. Zależy od odporności biologicznej, a do załamania zdrowia dochodzi wówczas, gdy człowiek nie jest w stanie przeciwstawić się szkodliwym wpływom. Ten model autorzy zakładają w badaniach nad jakością życia dotyczących wartości zdrowia i jego znaczenia dla oceny życia.

W modelu holistyczno-funkcjonalnym nawiązuje się do nurtów humanistycznych w medycynie i trendów współczesnej ekologii. Zdrowie w tych ujęciach rozważa się we wzajemnej relacji, jaka zachodzi między człowiekiem a jego otoczeniem i jest procesem ukierunkowanym na zapewnienie dynamicznej równowagi. O poziomie zdrowia współdecydują czynniki patogenne, zaś do jego potencjałów w tym podejściu zalicza się energię witalną człowieka, jego odporność biologiczną,

ale również przyrodnicze i społeczno-kulturowe zasoby otoczenia, prozdrowotne i proekologiczne systemy wartości, a przede wszystkim cechy psychiczne jednostki (wiedzę, racjonalność postępowania, optymizm i poczucie sprawstwa). Wszystkie te cechy wyznaczają tzw. poczucie koherencji (*sense of coherence*), które stanowi złożone, globalne i względnie trwałe przekonanie, że świat wewnętrzny i zewnętrzny jest przewidywalny i że zmiany zachodzące są możliwe do opanowania oraz będą przebiegały w oczekiwanym kierunku [za: 14]. To złożone i całościowe podejście do problematyki zdrowia określa nowe spojrzenie na zagadnienie jakości życia. Można przypuszczać, że wysokie poczucie jakości życia ułatwia zmaganie się z chorobą (powoduje przesuwanie się w wymiarze: zdrowie – choroba w kierunku bieguny zdrowia) i umacnia procesy równoważenia zagrożeń z zasobami. Wynik tych procesów – wyższy poziom zdrowia – wpływa zwrotnie na zasoby warunkujące subiektywne poczucie jakości życia.

Aktualnie zakłada się, że zdrowie człowieka zależy od oddziaływań ekosystemów i od ich równowagi. Komitet Światowej Organizacji Zdrowia (*Health Research Strategy*) wyjaśnia, że większość chorób nieinfekcyjnych zależy od uwarunkowań środowiskowych, przez co są one dostępne dla prewencji. Pojęcie „środowisko” jest tutaj synonimem negatywnych, niegenetycznych wpływów. Choroby te być może w przyszłości zostaną nazwane chorobami „złego przystosowania” i będą obejmować nie tylko fizyczne środowisko, ale również zachowanie człowieka. Komitet badań medycznych WHO tworzy nową klasyfikację chorób: choroby genetyczne, niedostatki i niebezpieczeństwa, złe przystosowanie. Dwie pierwsze grupy dotyczą badań biomedycznych,

trzecia – zwraca uwagę na czynniki kolektywne (problemy środowiskowe) i indywidualne (czynniki stylów życia), przy czym te ostatnie są według WHO ważniejsze (patrz tab. 1).

Na podstawie tego podejścia jakość życia oznacza odczucie osoby, co do jej stanowiska w życiu w związku z kulturą i systemem wartości każdego społeczeństwa, z jego celami, oczekiwaniami i normami. Rozumienie jakości życia zależy tu od stanu zdrowotnego i psychicznego, niezależności, kontaktów społecznych, czynników środowiska i osobistej wiary człowieka [15].

Dotychczasowe rozważania nad definiowaniem jakości życia związanej ze stanem zdrowia pokazują, że oznacza ona wzajemne powiązanie dwóch aspektów egzystencji ludzkiej, możliwości pełni rozwoju jednostki ludzkiej oraz zadowolenia życiowego, jak również konfrontacji oczekiwań z rzeczywistością. Jednocześnie wymaga ona osadzenia w danym kontekście uwarunkowań ekonomiczno-społecznych, biologiczno-fizycznych i kulturowych. Dlatego wskazuje się na powiązanie jednostkowego poczucia szczęścia i zadowolenia z normami i wzorami obowiązującymi społecznie w danym miejscu i czasie. Relacja, jaka zachodzi pomiędzy obiektywnymi warunkami życia a subiektywnie doświadczanymi przez człowieka stanami, nie stanowi jednak gwarancji, że wysokie wskaźniki ekonomiczne będą czynnikami wysokiego stopnia zadowolenia [16]. Wbrew pozornie wysokim indykatorom dobrobytu – człowiek może odczuwać niezadowolenie, podobnie u osoby o bardzo dobrym stanie zdrowia może występować brak satysfakcji z życia [17]. To wzajemne odnośnienie wskaźników obiektywnych do subiektywnych i subiektywnych do obiektywnych wydaje się zasadne dla ustalenia, na ile zmiany w warunkach życia są odczuwane w stanach emocjonalnych człowieka i czy przemiany ocen subiektywnych są konsekwencją zmian w warunkach obiektywnych. Powyższa kwestia dotyczy między innymi wzajemnych relacji pomiędzy stanem zdrowia człowieka a stopniami jego zadowolenia z życia.

PODSUMOWANIE

Zainteresowanie zagadnieniem jakości życia jest przejawem dążenia wielu dyscyplin naukowych do poprawy dobrostanu psychicznego współczesnego człowieka. W medycynie stanowi ono także symptom odchodzenia od postawy koncentrującej uwagę na wąskim zakresie patologii i zwracania się w kierunku promocji i ochrony zdrowia. Aktualne rozumienie jakości życia

w związku ze zdrowiem ma charakter holistyczny, przekłada się bowiem na wartość leczenia pacjenta, obejmującego nie tylko jego cierpienie i chorobę, ale również całość egzystencji. Problemem „medycznych” koncepcji jakości życia jest położenie akcentu na indywidualizację, co wymaga zainteresowania się tożsamością i stylem życia danej osoby. Być może pozwoli to na przezwyciężenie tzw. „złudzenia patetycznego”, którego wynikiem jest uwzględnianie w jakości życia innych ludzi jedynie łatwo dostrzegalnych obiektywnych wskaźników sytuacji (np. stwierdzenie, że osoba ciężko chora odczuwa wyłącznie niską jakość życia), bez uwzględnienia działań prewencyjnych i mechanizmów psychologicznych warunkujących dynamikę subiektywnego dobrostanu.

Wydaje się, że uwzględnianie w nurcie badań nad jakością życia w związku ze zdrowiem oraz w praktyce wskaźników funkcjonowania psychicznego (emocjonalnego) wraz z jego determinantami obiektywnymi (zgodnie z założeniem holistycznym), nie tylko pozwoli na skuteczne diagnozowanie stopni zadowolenia z życia pacjenta, ale także na opracowanie programów służących utrzymaniu i przywracaniu mu zdrowia oraz podnoszeniu jakości życia.

PIŚMIENNICTWO

1. Bańka A., Derbis R. [red.], *Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia*, Wyd. „Gemini”, Poznań – Częstochowa, 1994, 5.
2. Pszczołowski T., *Mała encyklopedia prakseologii i teorii organizacji*, Ossolineum, Wrocław, 1978, 92.
3. Kolman R., *Jakość życia na co dzień. O umiejętności kształtowania jakości swego życia*, Oficyna Wyd. Ośrodka Postępu Organizacyjnego, Bydgoszcz, 2002, 92.
4. Juczyński Z., *Szlachetne zdrowie, niech każdy się dowie*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne”, 1999, 95, 3.
5. Denek K., *Poza ławką szkolną*, Wyd. ERUDITUS, Poznań, 2002, 124.
6. Wołowicka L., *Przegląd badań nad jakością życia chorych po intensywnej terapii dorosłych*, [w:] L. Wołowicka [red.], *Jakość życia w naukach medycznych*, Wyd. Akademii Medycznej, Poznań, 2001, 193.
7. Czapiński J., *Szczęśliwy człowiek w szczęśliwym społeczeństwie? Zrównoważony rozwój, jakość życia i złudzenie postępu*, „Psychologia Jakości Życia” 2002, 1, 1.
8. Sęk H., *Jakość życia a zdrowie*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, 1993, 113, 2.
9. Tatarakiewicz W., *O szczęściu*, PWN, Warszawa, 1990, 218.
10. World Health Organization, *Ottawa charter for health promotion*, Canadian Public Health Association, Ottawa, 1986, 18.
11. Shipper H., *Quality of life: principles of the clinical paradigm*, „Journal of Psychological Oncology”, 1990, 171, 185, 8.

12. Dziurawicz-Kozłowska A., *Wokół pojęcia jakości życia*, „Psychologia Jakości Życia”, 2002, 2, 88.
13. Levine S., *The meanings of health, illness and quality of life*, [w:] I. Guggenmoos-Holtzmann, K. Bloomfield, U. Flick [red.], *Quality of life and health: concepts, methods and applications*, Blackwell Wissenschafts-Verlag, Berlin, 1995, 7.
14. Sęk H., *Jakość życia a zdrowie*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, 1993, 2, 113.
15. Velimirivic B. (1997), *Jakość życia i komponenty standardu życia* [w:] M. Malikowski [red.], *Problemy społeczne w okresie zmian systemowych w Polsce*, Wyd. WSP, Rzeszów.
16. Dziewiecki M., *Dobrobyt a wychowanie*, „Wychowawca”, 2002, 11, 12.
17. Czapiński J., *Psychologia pozytywna*, PWN, Warszawa, 2004, 239.

Jadwiga Daszykowska
Wydział Medyczny Uniwersytetu
Rzeszowskiego
e-mail: jdaszykowska@neostrada.pl