

Artur Ostrzyżek, Jan Czernicki

Wymiary jakości życia w naukach medycznych

Dimensions of life quality in medical sciences

Instytut Nauk o Zdrowiu, Akademia Świętokrzyska, Filia w Piotrkowie Trybunalskim

Jakość życia jest wciąż w centrum zainteresowania. Liczba doniesień z zakresu tej problematyki, jaka pojawiła na przestrzeni ostatnich lat, jest imponująca. Wciąż brak jest jednomyślności – nie tylko co do definicji jakości życia, ale nawet, jak mówi Kowalik (7, 8), natury konceptu jakości życia. W odniesieniu do medycyny występuje szczególnie wyrazista tendencja do posługiwania się tym pojęciem w sposób ateoretyczny, tj. bez włączania go w jakiś szerszy system teoretyczny. W rezultacie nie daje to szansy na kumulowanie wiedzy z różnych obiektów i subiektywnie ważnych sfer życia pacjenta. Bańka (1) obraz jakości życia porównuje z fenomenem samego życia a jego wymiar deskryptywno-predykcyjny uzależnia od specyficznej perspektywy podmiotu podejmującego ten problem. Nie sposób nie zgodzić się z takim podejściem. Perspektywa zakreślana przez psychologów i socjologów medycyny, szczególnie o antynaturalistycznej orientacji, stawiających pytania w rodzaju: Jak powinno przebiegać wartościowe życie człowieka? Jak zapewnić człowiekowi jakość życia?, ma, naszym zdaniem, dla medycyny, szczególnie istotne znaczenie.

Jak się powszechnie uważa, podejmowanie badań jakości życia w medycynie było konsekwencją zwrotu tej dyscypliny w kierunku holistycznej koncepcji natury człowieka i próbą poszerzenia katalogu badanych cech o stany subiektywne, o których należało sądzić, że mogą

mieć istotny wpływ na całokształt sytuacji życiowej chorego. Zdaniem Tobiasz-Adamczyk (10), interdyscyplinarny charakter konceptu jakości życia wymaga na gruncie nauk medycznych przyjęcia perspektywy daleko wykraczającej poza tradycyjne koncepcje zdrowia i choroby, a w konsekwencji, przeprowadzenia zarówno obiektywnego, jak i subiektywnego pomiaru jakości życia.

Perspektywa uwzględniająca wyłącznie obiektywne wyznaczniki stanu zdrowia zwykle nie jest zgodna z percepcją zdrowia odbieraną przez chorego. Uzupełniona o ocenę, dokonaną przez samego pacjenta, może łączyć osąd wpływu wielu istotnych wskaźników zdrowia, zarówno obiektywnych, jak i subiektywnych, konstytuujących konstrukt jakości życia. Podejście takie, uznając złożoną strukturę konceptu jakości życia, oznacza odejście od redukcjonistycznego (biomedycznego) modelu postrzegania człowieka chorego.

W takim ujęciu przedstawia jakość życia Bullinger (2), odnosząc ją do normy klinicznej, normy społecznej i normy indywidualnej, rozumianej jako realizacja indywidualnych celów osobowych. Część autorów, reprezentująca psychosomatyczne podejście w medycynie, od dawna podkreśla znaczenie społecznego i środowiskowego kontekstu jakości życia (3, 6).

Współczesna medycyna, stojąc w obliczu wciąż nowych zagrożeń i wyzwań cywilizacyjnych, doświadcza trudnych do pogodzenia dylematów

etycznych i moralnych. Kiebert (5) uważa, że jednym z jej podstawowych problemów, jest oszacowanie korzyści lub strat płynących z podejmowanych interwencji medycznych w czasie, gdy są one jedynie w stanie zapewnić trwanie życia, a nie przynieść jego zmianę jakościową. Hayland i Sodergren (4) zwracają uwagę, że działania medyczne, które podtrzymują życie bez godności, bez wartości i bez jakości, są zwykle gorzej oceniane od godnej śmierci.

Widomska-Czekajska (11) przekonuje, że badania jakości życia w medycynie stanowią rodzaj globalnej metaanalizy, usytuowanej coraz powszechniej obok terorii i praktyki decyzji klinicznych.

Aktualnie w fachowym piśmiennictwie medycznym uwagę zwraca duża liczba doniesień, które opisują jakość życia pacjentów cierpiących na różne dolegliwości i schorzenia. Oferta dostępnych narzędzi do badania jakości życia w rozlicznych jednostkach chorobowych, a także do oceny ogólnego poziomu dobrostanu i satysfakcji życiowej, pozwala na dużą swobodę procedury badawczej. Niestety, w konsekwencji otrzymujemy często uśredniony, daleki od rzeczywistości obraz jakości życia pacjentów, będący wynikiem wycinkowych, nie dość szczegółowych pomiarów. Nadal w przekonaniu wielu badaczy zajmujących się jakością życia w kontekście zdrowia i choroby użyteczność tego pojęcia sprowadza się wyłącznie do oceny, na ile precyzyjnie można określić stan zdrowotny osoby lub grupy osób przy pomocy pomiaru jakości życia (9). Nierzadko również próbuje się łączyć, de facto nietożsamese składowe konceptu jakości życia w podobne konstrukcje znaczeniowe, degradując niejako ich indywidualny, normatywny wymiar. Pobieżny nawet przegląd literatury pozwala stwierdzić, że w obszarze nauk medycznych stan zdrowia i związana z nim jakość życia (HRQOL – Health – Related Quality of Life) używane są zarówno zamiennie, jak i jako terminy opisujące odmienne konstrukcje.

Należy podkreślić, że jakość życia jest pojęciem szerszym niż stan zdrowia czy jakość życia związana ze zdrowiem. Wydaje się, że przyjęcie tej oczywistej skądinąd tezy może ułatwić poprawne metodologicznie prowadzenie badań satysfakcji życiowej. Naturalnie w ocenie jakości życia na gruncie nauk medycznych trudno się

uwolnić od badania klinicznego, dopiero jednak oceny subiektywne są wynikiem konfrontacji z bólem, utratą sprawności, dysfunkcją czy niepełnosprawnością (10).

Część badaczy, przyjmując szeroką perspektywę dla swoich badań, dokonuje oceny obu wymiarów, tj. obiektywnego, składającego się na chorobę i leczenie, oraz subiektywnego, będącego wyrazem ogólnej percepcji sytuacji życiowej pacjenta.

Streszczenie

Podjęcie badań jakości życia w medycynie, było konsekwencją zwrotu tej dyscypliny w kierunku holistycznej koncepcji natury człowieka i próbą poszerzenia katalogu badanych cech o stany subiektywne, o których należało sądzić, że mogą mieć istotny wpływ na całokształt sytuacji życiowej chorego. Perspektywa badawcza, uwzględniająca wyłącznie obiektywne wyznaczniki stanu zdrowia, nie zawsze jest zgodna z percepcją zdrowia odbieraną przez chorego. Uzupełniona o ocenę, dokonaną przez samego pacjenta, może łączyć osąd wpływu wielu istotnych wskaźników zdrowia, zarówno obiektywnych, jak i subiektywnych, konstytuujących konstrukt jakości życia. Podejście takie, uznając wielowymiarową strukturę konceptu jakości życia, oznacza odejście od redukcjonistycznego (biomedycznego) modelu postrzegania człowieka chorego. Jakość życia jest pojęciem szerszym niż stan zdrowia czy jakość życia związana ze zdrowiem. Wydaje się, że przyjęcie tej oczywistej skądinąd tezy może ułatwić poprawne metodologicznie prowadzenie badań satysfakcji życiowej.

słowa kluczowe: **medycyna, zdrowie, jakość życia**

Summary

Taking up the research of life quality in medicine was the consequence of this field of study turning to the holistic concept of human nature and the attempt to expand the catalogue of the researched characteristics with the subjective

conditions, which could be considered to have a crucial influence on the whole of the patient's life status. The research perspective taking into consideration the objective factors of health state only, is not always in accordance with the perception of health perceived by the patient. Completed with the evaluation done by the patient himself can combine the assessment of the many crucial health factors' influence, both the objective and the subjective ones making up the concept of life quality. This approach, acknowledging the multidimensional structure of the concept of life quality, equals the leaving behind the minimalistic (biomedical) model of the perception of a sick person. Life quality is a broader concept than health status or health – related quality of life.

It seems that assuming this obvious thesis can facilitate proper methodological research into the problem of life satisfaction.

key words: **medicine, health, quality of life**

Piśmiennictwo

1. Bańka A.: Jakość życia w psychologicznych koncepcjach człowieka i pracy. [W:] Bańka A., Derbis R. (red.): Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia. Gemini, Poznań 1994, 19–40.
2. Bullinger M.: Quality of life: Definition, conceptualization and implications – a methodologist's view. *Theoretical Surgery* 1991, 6, 143–148.
3. Czernicki J., Broła W.: Jakość życia po udarze mózgu. *Postępy Rehabilitacji*, 1999, t. XII, (2), 37–44.
4. Hyland M. E., Sodergren S. C.: Development of a new type of global quality of life scale, and

comparison of performance for 12 global scales. *Quality of Life Research*, 1996, 5 (5), 469–480.

5. Kiebert G. M.: Jakość życia jako rezultat badań klinicznych w onkologii. [W:] Meyza J. (red.): Jakość życia w chorobie nowotworowej. Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, Warszawa 1997.
6. Kocur J.: Ekostres a choroby psychosomatyczne. *Medycyna psychosomatyczna i psychologia chorego somatycznie wobec zagrożenia i wyzwań cywilizacyjnych współczesnego świata*. Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 1996, 180–185.
7. Kowalik S.: Psychologiczne wymiary jakości życia. [W:] Bańka A., Derbis R. (red.): Myśl psychologiczna w Polsce Odrodzonej. Gemini 1993, 31–43.
8. Kowalik S.: Jakość życia pacjentów w procesie leczenia. [W:] Waligóra B. (red.): Elementy psychologii klinicznej. Tom 4, UAM Poznań 1994, 24–45.
9. Kowalik S.: Posłowie dyskusji o jakości życia. *Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny*, 1993, 2, 168–172.
10. Tobiasz-Adamczyk B.: Jakość życia w naukach społecznych i medycynie. *Sztuka Leczenia*, 1996, t. II (2), 33–40.
11. Widomska-Czekajska T., Skrzypek M.: Badania nad jakością życia w medycynie, próba namysłu etycznego. *Gazeta Lekarska*, 1997, 6, 37–39.

Adres do korespondencji

Dr n.med. Artur Ostrzyżek
Akademia Świętokrzyska
Filia w Piotrkowie Trybunalskim
Instytut Nauk o Zdrowiu
ul. Słowackiego 114 /118
97–300 Piotrków Trybunalski