

Ewa Kaniewska-Mackiewicz

Wyższa Szkoła Gospodarki w Bydgoszczy

PROBLEMATYKA JAKOŚCI ŻYCIA W DYSKURSIE NAUK SPOŁECZNYCH

QUALITY OF LIFE IN THE DISCOURSE OF SOCIAL SCIENCES

Streszczenie: Artykuł porusza problematykę dotyczącą obszaru jakości życia, postrzeganego z kontekstu wybranych nauk społecznych. Autor tekstu przytacza terminologię przedmiotu, ukazuje istotę edukacji do wartości kształtujących dobrą jakość życia człowieka, społeczeństwa. Zachęca także do refleksji nad czynnikami istotnymi w towarzyszeniu człowiekowi w budowaniu satysfakcjonującej dla niego i innych osób jakości życia.

Słowa kluczowe: jakość życia, nauki społeczne, edukacja, wartości, społeczeństwo.

Abstract: This article addresses issues related to quality of life from the perspective of selected social sciences. The author of the article quotes source terminology and shows the essence of value-based education, which shapes a good quality of life for individuals and societies. The author also encourages readers to think about important factors which accompany people when they build a quality of life satisfactory to themselves and others.

Keywords: Quality of life, social science, education, values, society

Wprowadzenie

Problematyka jakości życia towarzyszy człowiekowi od początku jego istnienia. Jako jeden z pierwszych użył tego terminu Arystoteles, mówiąc, że jeśli chcemy dobrze przeżyć życie, to musimy stać się filozofami¹ i odpowiedzieć na pytanie „być” czy „mieć”.

Zazwyczaj w czasie wypełniania codziennych obowiązków, a także poszukując stosownych dla siebie form wypoczynku, nie analizujemy, jak nasz sposób życia wpływa na jego jakość. Niemniej pragniemy przecież, aby nasze życie było jak najlepsze, chcemy czuć satysfakcję z tego co robimy i jakimi jesteśmy ludźmi. Je-

¹ A. Pawłowski, *Pojęcie jakości życia w oczach młodzieży*, [w:] J. Tomczyk-Tałkacz (red.), *Jakość życia w perspektywie nauk humanistycznych, ekonomicznych i ekologii*, Jelenia Góra 2003, s. 73.

żeli przyjąć założenie, że życie ludzkie stanowi wartość – wszak zgodnie z zapisem w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, prawo do życia jest prawem przyrodzonym, niezbywalnym i podlega ochronie² – to także kształt naszego życia, jego jakość jest poszukiwaną przez nas ludzi wartością.

Czym jednak jest owa jakość życia, co ją konstryuuje, co na nią wpływa? Takie i podobne pytania już od lat zadają sobie przedstawiciele różnych gałęzi nauk. Zainteresowania tą dziedziną odnaleźć można m.in. w ekonomii, socjologii, psychologii, pedagogice, medycynie czy filozofii. Okazuje się, iż nie ma w literaturze jednoznacznej definicji jakości życia. Prawdopodobnie wynika to z różnych perspektyw badawczych poszczególnych nauk. W filozofii czy w psychologii badania koncentrują się głównie na rozważaniach teoretycznych – czym jest szczęście, co stanowi o satysfakcji z życia. Z kolei w medycynie czy socjologii dominują badania skupione na praktycznej ocenie czynników wpływających na jakość życia. Pedagogika ujmuje to zagadnienie w perspektywie celu: najbardziej ogólnym celem edukacji jest odnowa (zmiana jakości) życia człowieka³.

Stanisław Kowalik uważa, iż każdy etap rozwoju nauki charakteryzuje się skupianiem na pewnych problemach badawczych, które akurat cieszą się zainteresowaniem opinii publicznej⁴. Według niego nie jest to tylko swego rodzaju moda, lecz prawdopodobnie autentyczna chęć znalezienia odpowiedzi na nurtujące ludzkość pytania i pomoc w rozwiązaniu konkretnych problemów.

Początek kształtowania się zainteresowania jakością życia jako obszarem badawczym przypada na początek XX wieku⁵. Niemniej już wcześniej zainteresowanie tą dziedziną przejawiali filozofowie, którzy w kontekście rozważań nad życiem i ludzkim szczęściem podejmowali się także kwestią jego oceny. To szczęście miało stanowić o zadowoleniu z różnych obszarów życia. Z czasem pytania o jakość egzystencji zaczęto stawiać także w innych dyscyplinach naukowych. Ekonomisci skupili się głównie na czynnikach materialnych życia człowieka, psychologowie natomiast wokół tzw. satysfakcji życiowej. Przełomem okazały się badania prowadzone w 1971 r. przez amerykańskiego uczonego Campbella, który za próbkę badaną przyjął wybranych przez siebie przedstawicieli społeczeństwa amerykańskiego. Narzędziem pomiarowym był specjalnie opracowany zestaw pytań, dzięki któremu określano następnie tzw. globalny wskaźnik jakości życia. Wskaźnik ten odnosił się do konkretnych 15 sfer życia, które poddano ocenie w skali od 1 do 7. Wśród badanych sfer były: rodzina, małżeństwo, zdrowie,

² Zob. A. Kwaśniewski, *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej*, Warszawa 1997, s. 7–8.

³ B. Milerski, B. Śliwierski, *Pedagogika Leksykon*, Warszawa 2000, s. 54.

⁴ Zob. S. Kowalik, *Użyteczność Koncepcji Jakości Życia dla procesu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych*, [w:] L. Wołowicka (red.), *Jakość życia w naukach medycznych*, Poznań 2001, s. 54.

⁵ Zob. ibidem, s. 54–56.

przyjaciele, sąsiedzi, praca zawodowa i prace domowe, sposób spędzania czasu wolnego, miejsce zamieszkania, standard zamieszkania, wykształcenie i zarobki. Zsumowane punkty z poszczególnych sfer miały być miarą zadowolenia z życia i określane były jako globalny wskaźnik jakości życia. Niewątpliwie wpływ na zainteresowanie uczonego tymi badaniami miały także przemiany ogólnospołeczne, które dokonywały się wówczas w Stanach Zjednoczonych: rozwój pomocy społecznej, holistyczne zainteresowanie ludzkim życiem, propagowanie idei dobrobytu, włączanie grup marginesowych do reszty społeczeństwa. W ten sposób badaniami Campbella zaczęli interesować się lekarze, politycy, pedagodzy, różnego rodzaju służby pomocowe. Zaczęto doskonalić narzędzia pomiarowe. Zwrócono uwagę na możliwość bardziej skutecznych oddziaływań poprzez wykorzystanie badań obiektywnego i subiektywnego wymiaru jakości życia.

Jedną z nauk, która wykorzystała te badania była medycyna. Na przestrzeni ostatnich lat diametralnie zmieniło się podejście do pacjenta. Poszanowanie jego godności, pochylenie nad światem przeżyć wewnętrznych zaowocowało lepszym i szybszym powrotem do zdrowia, a pacjenta przestano traktować jedynie jako kolejny przypadek.

Poglądy na jakość życia przedstawicieli nauk społecznych

W naukach społecznych początkowe zainteresowania tematyką jakości życia skupione były głównie na pomiarach dotyczących sfery obiektywnej jakości życia dużych zbiorowisk, z czasem zaczęto prowadzić badania określające subiektywne postrzeganie zadowolenia z różnych sfer życia poszczególnych osób. Rozumienie pojęcia jakości życia okazało się jednak różne.

Wspomniany już przeze mnie A. Campbel porównuje jakość życia do doświadczenia życiowego, zaś miernikiem tegoż miało być poczucie szczęścia i satysfakcji z życia⁶. W 1976 roku wraz ze swoimi współpracownikami Campbel opracował model wpływu porównań na zadowolenie, który uwzględniał porównanie z wcześniejszym, najbardziej lubianym doświadczeniem oraz odniesienie w stosunku do innych ludzi. Z kolei te porównania proponował zestawzić z osobistymi aspiracjami w określonej dziedzinie. Różnica pomiędzy dążeniami a stanem faktycznym miała mieć decydujący wpływ na zadowolenie z życia człowieka.

W latach 80. w oparciu o założenia Campbella powstała inna koncepcja. Autorem jej był A.C. Michalos i nadał jej nazwę koncepcji wielorakiej rozbieżności⁷.

⁶ Zob. K. Górna, *Rozwój badań nad jakością życia chorych na schizofrenię*, [w:] http://www.badania-nadschizofrenia.org/dat/files18_015_artykul_bns, (dostęp: 29.11.2008), s. 4.

⁷ Zob. J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*, Warszawa 2004, s. 62–63.

Uczony zgadzał się z Campbelem, iż luka pomiędzy założonym celem a osiągnięciami wpływa na zadowolenie z życia. Ponadto uważał, że dokładniejsze dane uzyskuje się z pomiarów poszczególnych sfer życia z osobna, aniżeli z danych, które łączą w sobie pomiary kilku dziedzin życia. Według Michalosa ważne jest także to, jakiej sfery życia badanie dotyczy. Im ma ona większe znaczenie dla człowieka, tym mniejsze niezaspokojenie w jej zakresie powoduje dyskomfort, a co z tego wynika – słabszą jakość życia. Na zadowolenie z życia wpływają według tej teorii: aspiracje, inni ludzie, własna przeszłość, oczekiwania, własne wartości oraz to, co według nas się nam należy. Michalos uważał również, iż wraz z wiekiem, pełnionymi funkcjami, a także pozycją społeczną sfery życia istotne dla człowieka zmieniają się.

W kolejnym dziesięcioleciu badania dotyczące jakości życia bardzo się rozpowszechniły. R.A. Cummins wyróżnił subiektywną i obiektywną jakość życia oraz uważał, iż na dobrostan życia człowieka w sposób pośredni wpływ mają pieniądze⁸. Dzieje się tak poprzez tzw. bufory osobowości. Poczucie szczęścia, zadowolenia z jakości własnego życia zależy od samooceny, optymizmu i poczucia kontroli nad biegiem zdarzeń. Zabezpieczenie przyszłości poprzez odpowiednie dochody wzmacnia te trzy osobowościowe bufory szczęścia, dzięki czemu człowiek odczuwa stabilność swojej sytuacji życiowej, co z kolei przekłada się na lepszą jakość jego życia.

D. Felce i J. Perry ukazywali jakość życia na trzech poziomach⁹. Pierwszy, według autorów – to poziom osobistych wartości obejmujący dobry stan fizyczny (zdrowie, mobilność, sprawność, bezpieczeństwo), dobry stan materialny (zarobki, mieszkanie, komunikację, bezpieczeństwo socjalne), dobry stan społeczny (związki osobiste, więzi społeczne, wsparcie), dobry stan emocjonalny (pozytywne emocje, zdrowie psychiczne, odporność na stres, wypoczynek), rozwój i aktywność (kompetencje, produktywność, samoocenę, wiarę, seks); na drugim poziomie jakości życia znajduje się osobista (subiektywna) satysfakcja życiowa, na trzecim zaś obiektywne warunki życia. Według badaczy warunki obiektywne życia mają wpływ na realizację wartości w życiu człowieka, które z kolei ściśle korelują z funkcjonowaniem w wymiarze fizycznym, materialnym, społecznym, emocjonalnym oraz na możliwości rozwoju. Od zadowolenia płynącego z wymienionych obszarów zależy poczucie życiowej satysfakcji a zarazem wysoka jakość życia.

W koncepcji M. Bacha oraz M.H. Rioux'a wysoki poziom jakości życia wiąże się ściśle z samostanowieniem, demokratyzacją życia i równością społeczną¹⁰. Sza-

⁸ Zob. ibidem, s. 86.

⁹ D. Felce, J. Perry, *Exploring Current Conception of Quality of Life: A Model for People with and without Disabilities*, [w:] J. Daszykowska, *Jakość życia w perspektywie pedagogicznej*, Kraków 2007, s. 51.

¹⁰ Zob. ibidem, s. 52.

cunek dla ludzkiej podmiotowości stanowi według autorów tej koncepcji podstawę dobrej jakości życia. Każdy człowiek będąc częścią społeczności winien mieć prawo do wypowiedzania własnego zdania, ale też powinien wysłuchać i szanować opinie innych. Równość społeczna z kolei ma dawać szansę na rozwój każdemu człowiekowi.

R. L. Schalock postrzega zależność dobrej jakości życia od zadowolenia płynącego z trzech sfer¹¹. Pierwszą stanowi dom i społeczność lokalna, kolejna to sfera zdrowia fizycznego i psychicznego, wreszcie trzeci obszar to szkoła lub praca. Autor tej propozycji nawiązuje do jakości życia ludzi chorych i niepełnosprawnych twierdząc, że zabezpieczenie ich życia w wymienionych trzech obszarach daje im możliwość pełniejszego rozwoju a co za tym idzie lepszej jakości życia.

Autorem kontrowersyjnej propozycji na osiągnięcie dobrostanu psychicznego, a tym samym zadowolenia ze swojego życia jest Ruut Veenhoven¹². Według niego szczęście jest funkcją zaspokojenia potrzeb. Uczony uważał, iż to pieniądze stanowią główne źródło zaspokojenia większości potrzeb, stąd dochód jest bardzo ważnym czynnikiem warunkującym dobrostan psychiczny. Człowiek posiadający wyższy dochód potrafi w sposób satysfakcjonujący dla siebie zaspokajać swoje podstawowe potrzeby. Oczywiście wiadomym jest, że bez pieniędzy człowiek nie jest w stanie funkcjonować w dzisiejszych czasach. Pieniądze zapewniają nam godziwe warunki mieszkaniowe, wyżywienie, naukę, leczenie czy choćby wyjazd na urlop. Nie są jednak, jak pokazują liczne badania, miernikiem szczęścia. Efekty bogacenia się społeczeństw dostrzegamy na co dzień. Są to problemy w relacjach interpersonalnych (rozwoły, samotność) czy problemy dzieci bogatych rodziców, którzy w pogoni za mamoną nie mają dla nich czasu i rozgrzeszają własne sumienia kolejną drogą zabawką. Ponadto często zdobywanie pieniędzy absorbuje tym bardziej, im ma się ich więcej. Czapiński dostrzega to, iż nawet gdyby zgodzić się z założeniem Veenhovena, to przecież trudno jest oczekiwać niekończącego się wzrostu zadowolenia z życia w efekcie ciągłej poprawy sytuacji materialnej. Wszak skala wzbogacenia materialnego jest nieograniczona, zaś szczęście ma swój pułap maksymalny. Prace naukowe Veenhovena nad jakością życia z czasem odnalazły nowe treści w badaniach nad jakością życia w medycynie, o czym napiszę w kolejnym rozdziale.

W latach 2000–2001 powstała teoria homeostazy subiektywnej jakości życia¹³. Autorem jej był R.A. Cummins, który przyjął założenie, iż miarą zadowolenia z życia są czynniki zewnętrzne i podmiotowe. Obie składowe powinny dążyć do

¹¹ Zob. S. Kowalik, *Użyteczność koncepcji jakości życia dla procesu rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, [w:] L. Wołowicka (red.), op. cit., s.71–72.

¹² Zob. J. Czapiński (red.), op. cit., s. 55–61.

¹³ Zob. S. Sadowska, op. cit., s. 39–41.

równowagi. Na wyznaczniki subiektywne wpływ mają: ekstrawersja i neurotyzm (czynniki genetyczne), kontrola, samoocena i optymizm, oraz wpływ środowiska. Według Cumminsa homeostaza jest zaburzona gdy pod wpływem niskiego poziomu warunków obiektywnych obniża się subiektywna jakość życia. Bardzo ważną kwestią w badaniach nad jakością życia były wartości osobiste. Badacze dostrzegali, iż ich rodzaj kształtowany jest pod wpływem środowiska, kultury, wieku, osobistych doświadczeń życiowych, płci, rasy, poziomu wykształcenia. Ustanawiane priorytety z biegiem lat ulegają zmianie pod wpływem rozwoju człowieka i wpływu czynników zewnętrznych. Stąd wszystkie składowe jakości życia są zmienne, dynamiczne. A zatem to, jakimi jesteśmy ludźmi, co jest dla nas ważne, jakie cele obieramy w życiu wpływa na jakość naszego życia. Model systemowy, którego współautorem jest Cummins zakłada, iż na wybory osobiste, których miarą jest subiektywny dobrostan, wpływają bezpośrednio: środowisko i polityka społeczna państwa. Z kolei nasze wybory zwrotnie wpływają na środowisko i wybory społeczne.

Inny model opracowany został przez badaczy z Centrum Promocji Zdrowia w Kanadzie (m.in. R. Renwick, I. Brown, D. Raphael, J.M. Raeburn, I. Rootman), którzy jakość życia określają jako subiektywny stan radości, doświadczany przez człowieka¹⁴. Przeżywanie tegoż możliwe jest dzięki takim elementom jak: przynależność społeczna, lokalna, ekologiczna; bycie psychiczne, fizyczne, duchowe; rozwój osobisty, czas wolny, produktywność. Na podstawie modelu tych uczonych opracowano tzw. Profil Jakości Życia – wykorzystywany odtąd jako narzędzie do pomiaru jakości życia. W ten sposób dostrzeżono wagę możliwości rozwoju człowieka, wpływ jego zaangażowania w budowanie własnego, lepszego życia, dającego mu poczucie satysfakcji.

R. Havighurst w swojej koncepcji rozwoju psychicznego człowieka nawiązywał do wypełniania tzw. zadań rozwojowych¹⁵. Uczony uważał, iż człowiek na każdym etapie swojego życia realizuje adekwatne dla tego okresu zadania rozwojowe. To umożliwia mu z kolei wchodzenie na kolejny etap rozwoju własnego z zadowoleniem i satysfakcją. Człowiek sam decyduje o sposobie realizacji tychże zadań i określa, które z nich są ważne dla niego. W ten sposób aktywnie może wpływać na poczucie jakości własnego życia.

W latach 80. i 90. w badaniach nad jakością życia pojawiły się nowe pojęcia, takie jak: „nastrój”, „samopoczucie”, „dobrostan”¹⁶. Jedną z osób, która wprowadziła te terminy do dyskursu, jest filozof szwedzki L. Nordenfelt, który określał jakość życia jako „dobrostan”, na który składają się odbierane z otoczenia wraże-

¹⁴ Zob. J. Daszykowska, op. cit., s. 58–59.

¹⁵ Zob. S. Sadowska, op. cit., s. 44.

¹⁶ Zob. ibidem, s. 45–47.

nia, przeżywane emocje (przede wszystkim szczęście) oraz nastrój. Wpływ na te doświadczenia psychiczne mają trzy elementy: środowisko, konstytucja cielesna człowieka i jego działalność. W ramach środowiska wyróżnia badacz zarówno środowisko kulturowe, jak i fizyczne (m.in. klimat, zasoby naturalne) oraz środowisko psychospołeczne (m.in. relacje międzyludzkie, prestiż społeczny). Całokształt odbieranych przez człowieka wrażeń, przeżywanych emocji, może mieć wydźwięk pozytywny bądź negatywny. Pozytywne odczucia dają poczucie sprawstwa, spełnienia, szczęścia. Człowiek czuje, że aktywnie uczestniczy w budowaniu własnej jakości życia. To z kolei daje pomyślne rokowanie na jego przyszłość, wiąże się z refleksją nad własnym życiem.

Podobnie uważa polski filozof Władysław Tatarkiewicz, dostrzegając istotę oceny przeszłości i przyszłości życia człowieka, które rzutują na teraźniejsze poczucie zadowolenia z niego¹⁷. Mając poczucie bezpieczeństwa, człowiek z pogodą ducha spogląda na swoją przyszłość, co z kolei sprawia, że potrafi czerpać radość z doznawanych przeżyć. Także spoglądanie na swoją przeszłość z akceptacją wpływa pozytywnie na funkcjonowanie człowieka. Przeszłość nie zalega wówczas, a wspomnienia czasem trudnych doświadczeń nie stanowią traumy, która uniemożliwia czerpanie radości z teraźniejszości. „Jeżeli doznajemy zadowolenia, to jest to zadowolenie aktualne i realne, ale niekoniecznie aktualne i realne zadowolenie jest zadowoleniem z rzeczy aktualnie i realnie istniejących”¹⁸.

Ciekawą i popularną w Polsce koncepcją w ramach rozważań nad jakością życia jest cebulowa teoria szczęścia opracowana przez Janusza Czapińskiego¹⁹. Człowiek ujęty jest w niej w sposób metaforyczny – niczym zbudowana z warstw cebula, także jego poczucie szczęścia ma charakter warstwowy. Najgłębiej położoną warstwą, a jednocześnie najbardziej odporną na zniszczenia jest rdzeń, czyli wola człowieka, która jest zdeterminowana genetycznie i nie zawsze w pełni doświadczana subiektywnie. Następną warstwą to przeżycia emocjonalne i ogólne poczucie dobrostanu. Wreszcie warstwę zewnętrzną, najbardziej podatną na uszkodzenie stanowi zadowolenie cząstkowe z różnych dziedzin życia (np. pracy, rodziny, finansów, warunków mieszkaniowych, wypoczynku). Z czasem Czapiński poszerzył swój model cebulowej teorii szczęścia o subiektywne doświadczanie własnego życia (sens życia), określane mianem pola eudajmonizmu. Model ten często wykorzystywany był do badań nad jakością życia, chociaż zarzutem wobec Czapińskiego był brak zdefiniowania samego pojęcia jakości życia.

¹⁷ Zob. W. Tatarkiewicz, *O szczęściu*, Warszawa 1985, s. 239–240.

¹⁸ Ibidem, s. 241.

¹⁹ Zob. J. Czapiński (red.), op. cit., s. 89–91.

Jakość życia w ujęciu ekonomicznym

Ekonomiści początkowo postrzegali jakość życia poprzez ocenę dobrobytu ogółu ludności w ramach określonego rejonu²⁰. Skupiali się głównie na kwestiach materialnych. Z czasem jednak zaczęto rozszerzać pojęcie dobrobytu. Dostrzeżono istotę potrzeb wyższych społeczeństwa. Zwrócono także uwagę na kwestie ekologii. Jednym słowem człowiek rozpatrywany był nie tylko holistycznie, ale także w kontekście przyszłości. W rezultacie wypracowano badania, które biorą pod uwagę harmonię na poziomie ekonomicznym, społecznym, przestrzennym, instytucjonalno-politycznym. Wszystkie podejmowane działania zostały ze sobą zintegrowane i miały na celu wypracowanie jednolitego, obiektywnego wskaźnika jakości życia. Zmianie w rozumieniu pojęcia jakości życia towarzyszyły także zmiany w zakresie stosowanych narzędzi badawczych i pomiarowych.

Na początku lat 70. obok miar produktu brutto zaczęto uwzględniać w ocenie dobrobytu ekonomicznego wagę czynników społecznych i środowiskowych. Na skutek krytyki istniejących do tej pory kategorii dobrobytu ustanowiono nowe rodzaje mierników: miernik krajowego dobrobytu netto (*Net National Welfare* – NNW), który brał m.in. pod uwagę straty związane z zanieczyszczeniem środowiska, miernik dobrobytu ekonomicznego dotyczący zestawienia korzyści z majątku i czasu wolnego (*Measure of Economic Welfare* – MEW), miernik ekonomicznych aspektów dobrobytu związany z wydatkami na służbę zdrowia, edukację, ochronę i koszty zanieczyszczenia środowiska (*Index of the Economic Aspects of Welfare* – EAW), miernik kosztów urbanizacji, wydatków związanych z wypadkami drogowymi, wydatków na reklamę, czy też strat ponoszonych wskutek długotrwałych zmian w środowisku (miernik trwałego dobrobytu ekonomicznego – *Index of Sustainable Economic Welfare* – ISEW)²¹.

Równoległe obok badań nad jakością życia, które brały pod uwagę wskaźniki pieniężne, dokonywały się także poszukiwania wskaźników niepieniężnych. Na uwagę zasługuje metoda genewska opracowana w 1966 roku w ramach Instytutu Badawczego Narodów Zjednoczonych ds. Rozwoju Społecznego (*United Nations Research for Social Development* – UNRISD)²². W metodzie tej zwracano uwagę na potrzeby wyższego i niższego rzędu. Wśród nich wyróżniano następujące grupy potrzeb: zagospodarowanie materialne, wyżywienie, warunki mieszkaniowe, zdrowie, rekreację, wykształcenie, zabezpieczenie społeczne. Następnie za pomocą dobranych wzorców – badano sposób i stopień zaspokojenia tychże potrzeb. W tym celu stosowano trzy mierniki, jeden określający zaspokojenie potrzeby

²⁰ Zob. S. Sadowska, op. cit., s. 17–18.

²¹ Zob. T. Borys, *Jakość życia jako kategoria badawcza i cel nadrzędny*, [w:] A. Wachowiak (red.), *Jak żyć? Wybrane problemy jakości życia*, Poznań 2001, s. 31–32.

²² Zob. T. Borys (red.), *Wskaźniki ekorozwoju*, Białystok 1999, s. 54–56.

w wymiarze ilościowym oraz dwa w wymiarze jakościowym. Metoda wzbudziła zainteresowanie, jednak nie była wolna od błędów. Zastanawiano się, czy wybór badanych grup potrzeb i ich mierników jest właściwy, wreszcie zwrócono uwagę na fakt, iż przenosząc ten sposób badań do innych krajów należy indywidualnie rozpatrywać warunki charakterystyczne dla badanego kraju, co ograniczało porównania międzynarodowe.

Nie mniej metoda genewska zastosowana była także w badaniach w naszym kraju. W Polsce do badania jakości życia dużych zbiorowości opracowano również inne wskaźniki społeczne, takie jak np.: statystyczny wskaźnik długości życia, wskaźnik samobójstw, wskaźnik zgonów w wypadkach związanych z cywilizacją techniczną, wskaźnik liczby osób na jedną izbę mieszkalną, poziom wykształcenia uzyskiwany w poszczególnych wybranych rocznikach²³.

Romuald Kolman w badaniach dotyczących jakości życia uwzględnił sześć sfer życia ludzkiego: rodzinną, psychiczną, funkcjonalną, somatyczną, środowiskową, siedliskową²⁴. Do każdej sfery dobierał adekwatne składniki cząstkowe i za ich pomocą przeliczał dane. Analizując je badacz doszedł między innymi do wniosków, iż jakość pracy ludzi jest zależna od jakości ich życia, jakość życia społeczeństwa zależy od jakości działań jego członków i wreszcie jakość życia – jest najważniejszą ze znanych odmian jakości.

W latach 90. w Stanach Zjednoczonych zaproponowano pomiar dobrobytu społecznego za pomocą Indeksu Rozwoju Społeczeństwa (*Human Development Index*), na który oprócz dochodu narodowego składały się następujące wskaźniki: śmiertelność niemowląt, długość życia ludności, umiejętność czytania i pisanie, ogólny poziom wykształcenia ludności, dostęp do środków masowego przekazu²⁵. W badaniach tych zwracano jednakże uwagę na brak danych związanych z subiektywną oceną jakości życia. Zapewne m.in. z tego powodu ta próba pomiaru jakości życia obywateli nie stała się tak popularna jak metoda genewska.

Trwające od lat prace ekonomistów nad stworzeniem obiektywnych wskaźników dotyczących jakości życia toczą się nadal. W celach ekorozwoju zapisanych w dokumencie ze Szczytu Ziemi z 1992 roku w Rio de Janeiro – Agenda 21 – naukowcy upatrują potrzebę analizowania 130 wskaźników w dziedzinach: społecznej, ekonomicznej, ekologicznej i instytucjonalnej²⁶. Wskaźniki te stanowią z kolei przyczynek do prac prowadzonych przez Komisję do spraw Trwałego Rozwoju ONZ.

²³ A. Wallis, *Jakość życia – problemy i propozycje*, [w:] S. Sadowska, op. cit., s. 20.

²⁴ Zob. R. Kolman, *Jakość życia na co dzień*, Bydgoszcz 2002, s. 35–37.

²⁵ B. Wejnert, *Problematyka subiektywnej i obiektywnej oceny jakości życia w badaniach amerykańskich*, [w:] A. Wachowiak (red.), op. Cit., s. 46.

²⁶ Zob. T. Borys (red.), *Wskaźniki...*, s. 103–105.

Stanowisko medycyny wobec jakości życia człowieka chorego

Troska o ludzkie życie to także zadanie medycyny. Początkowo skupiano się na maksymalnym wydłużeniu ludzkiego życia²⁷. Stworzono wskaźniki oceniające skuteczność leczenia. Były to przeżywalność oraz umieralność niemowląt. Wskaźniki te charakteryzować miały rozwój danego państwa. Postęp medycyny sprawiał, iż rzeczywiście można było ratować życie ludziom, którzy jeszcze kilka lat wstecz skazani byłiby na śmierć. Jednak coraz częściej dawały o sobie znać przypadki, kiedy wprawdzie człowiek przeżył, ale też jego życiu towarzyszyło wieloletnie leżenie w łóżku i potrzeba ciągłej opieki innych. To dało przyczynek do zauważenia, że uratowanie ludzkiego życie to tylko część sukcesu medycyny. Ważne jest jeszcze, aby to życie nacechowane było jak najlepszą jakością, ażeby było szczęśliwe. Zaczęto wówczas prowadzić badania poświęcone właśnie temu zagadnieniu.

Motywyem do podjęcia cyklu badań była definicja zdrowia zapisana w 1971 roku w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) „(...) zdrowie jest nie tylko brakiem choroby lub niedomagania, lecz w pełni dobrym samopoczuciem fizycznym i psychicznym”²⁸.

W 1972 roku R. M. Rossler jako pierwsza opracowała metodę służącą badaniu jakości życia pacjentów²⁹. Badaczka poprosiła wybranych lekarzy o wyznaczenie objawów, które odzwierciedlałyby głębokość stanu chorobowego. Zwrócono uwagę na dwa objawy: ograniczoną w związku z chorobą aktywność oraz stopień doświadczanego cierpienia. W ten sposób Rossler ze względu na pierwsze kryterium choroby wyodrębniła następujące stopnie niepełnosprawności:

- Brak niepełnosprawności.
- Niewielka niewydolność społeczna.
- Duża niewydolność społeczna i/lub niewielkie ograniczenia w pracy zawodowej.
- Zdolny do wykonywania wszelkich prac domowych z wyjątkiem najtrudniejszych zadań.
- Bardzo mocno ograniczona możliwość wyboru pracy.

Kobiety niepracujące i osoby w starszym wieku zdolne do wykonywania lekkich prac domowych łącznie z wykonywaniem zakupów.

²⁷ Zob. S. Kowalik, A. Ratajska, A. Szmaus, *W poszukiwaniu nowego wymiaru jakości życia związanego ze stanem zdrowia*, [w:] L. Wołowicka (red.), op. cit., s. 17.

²⁸ Cyt. za: J. Doroszewska, *Pedagogika specjalna*, t. I: *Podstawowe problemy teorii i praktyki*, Wrocław 1981, s. 37.

²⁹ Zob. S. Kowalik, A. Ratajska, A. Szmaus, *W poszukiwaniu nowego wymiaru jakości życia związanego ze stanem zdrowia*, [w:] L. Wołowicka (red.), op. cit., s. 18.

- Niemożność wykonywania płatnej pracy.
Niezdolność uczenia w warunkach szkolnych. Osoby w starszym wieku wychodzą na dwór na krótko i pod opieką. Kobiety niepracujące wykonują w domu drobne prace.
- „Przykucie” do krzesła, poruszanie się w domu przy pomocy opiekunów.
- Niewielka niewydolność społeczna.
- Duża niewydolność społeczna i/lub niewielkie ograniczenia w pracy zawodowej.
Zdolny do wykonywania wszelkich prac domowych z wyjątkiem najtrudniejszych zadań.
- Bardzo mocno ograniczona możliwość wyboru pracy.
Kobiety niepracujące i osoby w starszym wieku zdolne do wykonywania lekkich prac domowych włącznie z wykonywaniem zakupów.
- Niemożność wykonywania płatnej pracy.
- Niezdolność uczenia w warunkach szkolnych. Osoby w starszym wieku wychodzą na dwór na krótko i pod opieką. Kobiety niepracujące wykonują w domu drobne prace.
- „Przykucie” do krzesła, poruszanie się w domu przy pomocy opiekunów.
- „Przykucie” do łóżka.
- Brak świadomości.

Ze względu na drugie kryterium, Rossler wyodrębniła następujące stopnie cierpienia:

- Brak.
- Łagodne.
- Umiarkowane.
- Duże ³⁰.

Opierając się na tych kryteriach, wyróżniono początkowo 32, a następnie 29 stany w wymiarze zdrowie–choroba³¹. Rezultatem końcowym było opracowanie skali porządkowej, która nazwana została QALY, dzięki której można było mierzyć jakość życia chorych. Z czasem coraz bardziej doskonalono narzędzia pomiarowe. Brano pod uwagę wiele innych kryteriów do oceny stopnia jakości życia. Ponadto zaczęto także tworzyć metody badawcze związane z konkretną jednostką chorobową. Do badań włączono również kryteria, którymi posługiwano się do oceny

³⁰ Ibidem.

³¹ Zob. ibidem, s. 18–20.

jakości życia ludzi zdrowych. W ten sposób pojawiło się bardzo wiele narzędzi, które nie tylko pozwalały ocenić stan zdrowia, potrzeby chorego, ale także stwierdzić jaka jest efektywność leczenia, organizacja służby zdrowia, skuteczność stosowanych leków. Dostrzeżono, iż ludzkie potrzeby w chorobie to nie tylko zadbanie o stronę fizyczną, ale także duchową. Nie do przecenienia okazała się rola wsparcia społecznego, dostępność do dóbr kultury, warunki bytowe osoby chorej. Wczesniejsze wskaźniki długości życia chorych lub wskaźniki ich umieralności okazały się być niewystarczające. Atmosfera otaczająca chorego, życzliwość personelu medycznego, obecność rodziny, nie izolowanie chorego od reszty społeczeństwa, a także edukacja na temat chorób i niepełnosprawności ludzi zdrowych okazała się być bardzo ważna w procesie zdrowienia. Wszystkie te czynniki odgrywały niebagatelną rolę w codziennej aktywności, chęci do życia samego chorego.

W rezultacie powstały liczne procedury opisujące sposoby zachowania się lekarzy i pielęgniarek w danych okolicznościach. Niestety okazało się także, że zbyt często procedury stawały się ważniejsze od chorego. Wszak to, co najważniejsze to traktowanie każdego człowieka z szacunkiem dla jego indywidualności, wrażliwości, charakterystycznych często tylko dla niego potrzeb.

W 1990 roku Schipper wprowadził określenie jakości życia uwarunkowana stanem zdrowia – *health related quality of life* – HRQL³². Jakość życia odczytywana jest tutaj nie tylko jako fizyczny efekt choroby, ale także cały proces leczenia i związany z tym świat przeżyć chorego.

Peterman i Cell do wymiarów jakości życia zaliczają:

- dobrostan fizyczny, w tym odczuwane dolegliwości,
- dobrostan funkcjonalny, wyrażający się zdolnością do uczestniczenia w codziennej aktywności związanej z pracą i odpoczynkiem,
- dobrostan emocjonalny, obejmujący pozytywne i negatywne stany uczuciowe,
- zdolność do podtrzymywania relacji i kontaktów rodzinnych,
- funkcjonowanie w rolach społecznych oraz satysfakcja z ich pełnienia,
- satysfakcja z leczenia,
- sfera intymności, obraz własnego ciała³³.

Analizując powyższe informacje można zauważyć wyróżnienie w badaniach obiektywnej oceny jakości życia chorych oraz ich subiektywnego poczucia³⁴.

³² S. Steuden, W. Okła (red.), *Jakość życia w chorobie*, Lublin 2006, s. 6.

³³ Ibidem, s. 7.

³⁴ Zob. ibidem, s. 7–9.

W obiektywnej ocenie zwraca się uwagę na rodzaj choroby, nasilenie objawów i związanych z nimi ograniczeń w codziennym życiu, a także konsekwencje społeczne i ekonomiczne choroby. Pomiar tegoż odbywa się przez stosowanie wzorca zewnętrznego, a następnie scharakteryzowanie go. Ocena subiektywna to z jednej strony indywidualne doświadczenia i poczucie choroby, z drugiej zaś strony to także subiektywny odbiór jakości życia chorego przez wszystkie osoby zaangażowane w proces zdrowienia. Poczucie jakości życia chorego zależy od rodzaju objawów choroby, ich natężenia, czasu trwania, przebiegu i rokowania choroby. Jest to ocena świata ludzkich przeżyć i doświadczeń, co z kolei stanowi problem w stosowaniu rzetelnych metod badawczych i zmusza do stosowania skal szacunkowych. Subiektywny odbiór jakości życia zależy również od indywidualnego świata wartości danego człowieka, od tego jaką wagę jednostka przypisuje poszczególnym wydarzeniom w życiu. Subiektywne i obiektywne wymiary jakości życia mogą korelować ze sobą, mogą jednak również znacząco się różnić. Wszak nie zawsze to, co postrzegamy na zewnątrz jako poprawne funkcjonowanie, daje człowiekowi subiektywne poczucie dobrej jakości życia.

Koncepcja jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia opisywana jest także przez Van Dama, który wyróżnia: dolegliwości somatyczne i psychologiczne, funkcjonowanie seksualne, codzienną aktywność i dobre samopoczucie³⁵.

Ciekawą propozycją jest koncepcja jakości życia S. C. Hedricka, który bierze pod uwagę w ocenie szeroką gamę czynników, ujętych w poniższej tabeli³⁶:

Tabela 1. Jakość życia a stan zdrowia według S.C. Hedricka

Stan zdrowia (zdrowie fizyczne, psychiczne i społeczne)	Czynniki socjoekonomiczne i środowiskowe
Choroba (zaburzenia fizyczne, psychiczne, społeczne lub w sferze seksualności)	Stan funkcjonalny (sprawność fizyczna, psychiczna i społeczna, zachowania seksualne)
- wskaźniki fizjologiczne	- aktywność dnia codziennego
- oznaki i objawy	- osiągnięcia
- prognoza	- upośledzenie sprawności

Źródło: opracowanie własne

³⁵ K. Górna, *Obiektywny i subiektywny wymiar jakości życia chorych na schizofrenię po pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej*, Poznań 2005, s. 27.

³⁶ M. Kasprzyk., *Środowiskowe uwarunkowania jakości życia osób z chorobą Alzheimera*, [w:] E. Syrek, *Jakość życia w chorobie. Społeczno-pedagogiczne studium indywidualnych przypadków*, Kraków 2001, s. 41.

Helena Sęk z kolei postrzega jakość życia w wymiarze obiektywnym jako zespół warunków życia człowieka, atrybuty świata przyrody, przedmiotów i kultury oraz atrybuty człowieka związane z poziomem życia i pozycją społeczną, z kolei wymiar subiektywny według autorki jest rezultatem wartościowania różnych sfer życia i życia jako całości³⁷. Na wartościowanie wpływają uznane przez daną jednostkę wartości, cele życiowe, zaś dobry stan zdrowia umożliwia realizowanie tychże celów.

R. Veenhoven uznał, iż prostą oceną jakości życia pacjentów jest zestawienie liczby lat przeżytych szczęśliwie³⁸. Okazało się jednak, że ta metoda nie jest wolna od błędów. Wszak owe lata szczęśliwe człowieka wynikają nie tylko ze stanu zdrowia, ale także z sytuacji materialnej człowieka oraz ogólnej kondycji społecznej kraju (swobód obywatelskich czy solidarności społecznej). Te czynniki także biorą udział w budowaniu szczęśliwie przeżytego życia. Biorąc pod uwagę powyższe wnioski, Stanisław Kowalik zmodyfikował stanowisko Veenhovena i uwolnił je od oceny jakości życia w kontekście czynników poza zdrowotnych. Stwierdził, iż wartość jaka jest przypisywana życiu stanowić może istotny wskaźnik jego oceny. Powołując się na prowadzone badania, Kowalik wysnuł wniosek, że ludzie tym częściej myślą o śmierci, im bardziej ich życie staje się dla nich uciążliwe. Równocześnie im mniej czasu pozostaje nam do końca życia, tym bardziej cenimy wszystkie dane nam jego chwile. Ludzie ciężko chorujący reagują różnie. Są tacy, którzy dopiero gdy dowiadują się o swojej chorobie, zaczynają doceniać życie, czerpią z niego i odkrywają coraz to nowe swoje możliwości, jakby chcieli nasycić się nim na zapas. Jednak są też tacy, którzy wręcz przeciwnie, w obliczu ciężkiej choroby rezygnują i czekają jedynie na kres swego życia. Z pewnością dużą wagę w tak diametralnie różnych podejściach do życia odgrywa towarzyszące chorobie cierpienie.

Jedną z nowszych interpretacji R. Veenhovena w odniesieniu do definicji jakości życia przyjętej przez WHO jest analiza, w której wyodrębnił cztery rodzaje dobrego życia i za ich pomocą dokonywał pomiaru skalą jakości życia (WHOQOL)³⁹. Badacz swoje analizy zestawiał w tabeli nr 2⁴⁰ (na str. 215).

Pomimo rozmaitych niedoskonałości związanych z metodami pomiaru i stosowanymi narzędziami, reasumując, można stwierdzić, iż badania nad jakością życia w medycynie dały nie tylko informację oczywistą, iż każda choroba stanowi źródło pogorszenia standardu życia w wymiarze fizycznym, ale także wpływa na pogorszenie stanu psychicznego, stanowi źródło cierpienia chorego i jego bli-

³⁷ J. Daszykowska, op. cit., s. 56.

³⁸ Zob. S. Kowalik, *Społeczne konteksty jakości życia*, Bydgoszcz 2007, s. 154–155.

³⁹ S. Sadowska, op. cit., s. 29.

⁴⁰ R. Veenhoven, *Subjective Measures of Well-being*, [w:] S. Sadowska, op. cit., s. 29.

skich⁴¹. To z kolei wpłynęło na uwzględnianie w badaniach subiektywnego poczucia jakości życia. Badania ukazały również wielką rolę warunków bytowych chorego, co zapoczątkowało szereg zmian (np. podjazdy do sklepów, instytucji, przystosowanie szeregu urządzeń, środków komunikacji do potrzeb ludzi niepełnosprawnych, liczne reklamy na temat zachowań wobec chorych – jako źródło informacji dla ludzi zdrowych), rolę wsparcia społecznego, rozwój szeregu instytucji pomocowych, zmiany w podejściu i traktowaniu chorego przez służbę zdrowia, wprowadzanie rozmaitych innowacji do procesu leczenia.

Tabela 2. Analiza pomiaru skalą jakości życia WHO (WHOQOL) w odniesieniu do czterech rodzajów dobrego życia w ujęciu R. Veenhovena

	Cechy zewnętrzne	Cechy wewnętrzne
Życiowe szanse	<p>Życie w dobrym środowisku</p> <p>środowisko fizyczne środowisko domowe zasoby finansowe wsparcie społeczne bezpieczeństwo informacja transport</p>	<p>Zdolność do poradzenia sobie w życiu</p> <p>zdrowie fizyczne zdrowie psychiczne zdolność do pracy zdolność do uczenia się energia</p>
Życiowe rezultaty	<p>Bycie wartością dla świata</p>	<p>Cieszenie się życiem</p> <p>ból depresja zadowolenie ze zdrowia zadowolenie z siebie zadowolenie z życia</p>

Źródło: opracowanie własne

Wykazany w badaniach związek między zdrowieniem a samopoczuciem pacjenta odegrał znaczącą rolę w prowadzonych badaniach. Efektem tegoż było: doskonalenie diagnoz medycznych (wskaźniki jakości życia wykorzystywano do odróżnienia zaburzeń o charakterze psychogennym od zaburzeń somatogennych), wdrażanie programów profilaktycznych (niski poziom jakości życia stanowił sy-

⁴¹ Zob. S. Kowalik, A. Ratajska, A. Szmaus, *W poszukiwaniu nowego wymiaru jakości życia...*, [w:] L. Wołowicka (red.), op. cit., s. 20–22.

gnał dla zagrożenia utraty dobrego stanu zdrowia), ocena skuteczności stosowanych procedur terapeutycznych (np. ocena stosowanych leków, przydatności protez), wprowadzenie innowacji do organizacji pracy służby zdrowia (np. poprawa doskonałości usług medycznych, czy relacji lekarz – pacjent)⁴².

Od kilku już lat badaniami nad jakością życia w zdrowiu i chorobie zajmuje się Katedra Psychologii Klinicznej KUL⁴³. Poszukiwane są m.in. coraz to nowe psychologiczne narzędzia pomiaru poczucia jakości życia, a także narzędzia służące zbadaniu skuteczności działań służby zdrowia. W swoich rozważaniach uczeni coraz częściej koncentrują się na specyfice poszczególnych jednostek chorobowych, starając się dobrać indywidualne metody badawcze.

To, co wynika najważniejszego z szeregu prowadzonych badań, to to, że to człowiek jest podmiotem wszelkich działań medycznych, zaś integralnie rozumiana godność i świętość życia jest źródłem wewnętrznych treści praw człowieka i wyznacznikiem jego wolności w nadawaniu kształtu jakości życia zarówno indywidualnego jak i społecznego⁴⁴.

Jakość życia jako problem pedagogiczny

Wśród badań prowadzonych przez naukowców reprezentujących nauki społeczne z pewnością na uwagę zasługują poglądy na jakość życia pedagogów. Wśród nich pojawia się pogląd Bogdana Suchodolskiego, który wiąże jakość życia z potrzebą sprawstwa, samodecydowania, rozwijania osobowości⁴⁵. Uczony uważa, że nie ma jednej kategorii jakości życia. Wszak wartości, które o niej decydują są różne. Pedagog dostrzega pola działalności człowieka takie jak: kierowanie własnym życiem, poznawanie siebie, działalność społeczna, praca zawodowa, uczestnictwo w kulturze i we wspólnocie. Dostrzega, iż w zależności od danej jednostki zadowolająca jakość życia może przyjmować różny wyraz i związana być z zupełnie różnymi sposobami życia. Wyraźnie także akcentuje jak wielki wpływ na zadowolenie z życia mają nie tylko ludzkie doświadczenia, czynniki zewnętrzne, ale przede wszystkim zaangażowanie w budowanie własnego życia danej osoby. Uważa, iż to poprzez kształcenie człowieka powinna rozwijana być chęć samodoskonalenia.

⁴² S. Kowalik (red.), *Spoleczne konteksty jakości życia*, s. 147–148.

⁴³ Zob. S. Steuden, W. Okła (red.), op. cit., s. 9–10.

⁴⁴ Z. Raszczuk, *Bioetyczna koncepcja jakości życia. Istotne specyficzne cechy biomedycznego pojęcia jakości życia człowieka*, [w:] J. Tomczyk-Tolkacz (red.), op. cit., s. 98.

⁴⁵ Zob. B. Suchodolski, *Wychowanie mimo wszystko*, Warszawa 1990, s. 192–219.

Bogdan Suchodolski dostrzega zarazem niebezpieczeństwa w życiu człowieka związane z rozwojem współczesnej cywilizacji⁴⁶. Ratunkiem według niego jest edukacja humanistyczna, poprzez którą ludzie mają uczyć się empatii, odpowiedzialności za siebie i innych, troski o kształt własnego życia, ale także pochylenia i zrozumienia dla życia innych. Pedagog zwraca również uwagę na konieczność edukacji permanentnej: „W wielkiej batalii o jakość życia, która się rozpoczyna i której zadaniem jest przekształcić cywilizację rzeczy w cywilizację ludzi, nieustające kształcenie jest jednym z czynników zwycięstwa. Bo nie tylko pomaga w optymalnym urządzaniu życia, ale współdziała w wypełnianiu go treścią, która czyni je wartościowym i bardziej szczęśliwym”⁴⁷.

Humanistyczny wyraz pedagogiki, jej zainteresowania człowiekiem i jakością jego życia dostrzec można także w pracach Ireny Wojnar⁴⁸. Autorka, ukazując troskę o człowieka, zwraca uwagę na przyszłościowy model edukacji, której podmiotem wychowania jest osoba z całą swoją indywidualnością.

Zainteresowanie pedagogiki człowiekiem wiąże się bezspornie z jego relacjami z innymi ludźmi, umiejętnością kształtowania życia tak, aby czerpać z niego jak najwięcej satysfakcji, aby stawać się poprzez rozwój Człowiekiem. Podnoszenie i utrzymywanie na pożądanym poziomie jakości życia to podstawowe zadanie pedagogiki: „(...) przygotowanie człowieka do tego, by budując swój los rzeczywisty, przesuwał go w kierunku losu możliwie optymalnego”⁴⁹.

Rolą człowieka wszak nie jest tylko zachowanie życia, ale tworzenie jego kształtu, nieustanny rozwój poprzez budowanie świata wartości, który stanowić będzie swoisty drogowskaz. Na ludzkie życie składają się różnego rodzaju doświadczenia. Ucząc się je pokonywać, człowiek nabywa nowych umiejętności, pewności samego siebie, ale także często skłania go to do refleksji, uwrażliwia na życie innych. Doświadczenia życiowe nadają niejako sens ludzkiej egzystencji. Nawet te bardzo trudne z perspektywy czasu okazują się trwałą wartością w naszym życiu. Człowiek, aktywnie uczestnicząc w budowaniu własnej jakości życia, w rozwiązywaniu codziennych problemów, tworzy własną egzystencję, ma poczucie satysfakcji z dobrego życia, odnajduje jego cel. W tym wszystkim powinna go wspierać właśnie pedagogika poprzez wyzwalanie już od najmłodszych lat potencjału życiowego człowieka, jego zasobów fizycznych, biologicznych, duchowych i społecznych⁵⁰.

⁴⁶ Zob. Idem, *Wychowanie dla przyszłości*, Warszawa 1968, s. 11–16, 438.

⁴⁷ B. Suchodolski, *Kształt życia*, Warszawa 1982, s. 181.

⁴⁸ J. Daszykowska, op. cit., s. 61.

⁴⁹ T. Borkowska, *Pedagogia ograniczeń ludzkich egzystencji*, Warszawa 1998, s. 66.

⁵⁰ J. Daszykowska, op. cit., s. 62.

Bogdan Nawroczyński, należący do nurtu pedagogiki kultury, w swoich pracach nawiązuje właśnie do celów wychowania, jako składnika życia duchowego człowieka, zaś za największy ideał dydaktyczny uważa wychowanie osobowości⁵¹. Jakość życia w jego rozumieniu to po pierwsze przyjęcie zasad pedagogiki kultury i zarazem realizowanie świata wartości.

Augustyn Bańka postrzega jakość życia jako efekt rozwoju człowieka, który z kolei jest jednocześnie funkcją poczucia jakości życia⁵². Zorientowanie człowieka na rozwój stanowi podstawę humanistycznej jakości życia i należy do zadań pedagogiki. Psycholog Romuald Derbis uważa, iż poczucie jakości życia nie jest tym samym co jakość życia⁵³. W przypadku poczucia jakości życia autor zwraca uwagę na sferę przeżyciowo-doświadczeniową człowieka, uwzględniając zarazem rolę uznawanych wartości. W ten sposób wyróżnia subiektywną i obiektywną jakość życia. Do obiektywnych źródeł jakości życia zalicza warunki zewnętrzne i wewnętrzne, zaś subiektywność wiąże się z przeżywaniem tychże warunków i własnych procesów psychicznych. Zdarza się, iż obiektywna i subiektywna jakość życia nie pokrywają się. To, co odczuwa człowiek, nie zawsze jest spójne z informacjami odczytanymi przez społeczeństwo.

Według Tadeusza Tomaszewskiego wszechstronny rozwój człowieka to między innymi budowanie i podnoszenie na coraz wyższy poziom jakości życia⁵⁴. To człowiek jest autorem własnego życia, dokonując świadomych wyborów, angażując się w życie społeczne, ubogacając własny świat wewnętrzny, rozwijając zainteresowania. W ten sposób zapobiega monotonii. Osoba sama dokonuje wyboru własnej drogi. Odnoszone sukcesy w życiu społecznym dodatkowo stymulują jednostkę do dalszych działań i dają poczucie satysfakcji, spełnienia, podnoszą samoocenę. Z kolei brak aktywności w życiu często wiąże się z porażką, zaniżeniem własnej wartości. Tomaszewski wśród kryteriów jakości życia zwraca także uwagę na obfitość bodźców doznawanych przez jednostkę, jej świadome wybory, twórczość własną i wolność do wartości, otwartość na nie⁵⁵.

Józef Kuźma postrzega kształtowanie jakości życia człowieka jako zadanie edukacji humanistycznej: „(...) odrodzenie człowieka pod względem intelektualnym, kulturalnym i moralnym. (...) Nowe odrodzenie człowieka może być odpowiedzią na pytanie – jak odchodząc stopniowo od obecnego chaosu zapewnić przyszłemu człowiekowi względną harmonię we współdziałaniu ze środowi-

⁵¹ Zob. *ibidem*, s. 64–65.

⁵² A. Bańka, *Jakość życia a jakość rozwoju. Społeczny kontekst płci, aktywności i rodziny*, [w:] A. Bańka (red.), *Psychologia jakości życia*, Poznań 2005, s. 13.

⁵³ Zob. *ibidem*, s. 98–99.

⁵⁴ J. Daszykowska, *op. cit.*, s. 65.

⁵⁵ Zob. *ibidem*, s. 65–66.

skiem, współżyciu z innymi ludźmi i zapewnić mu ład wewnętrzny. Ta harmonia jest nieodzownym warunkiem dla osiągnięcia stanu równowagi psychicznej, zadowolenia i radości życia⁵⁶.

Narzędzia w jakie wzbogaca się człowiek poprzez taką edukację stanowią fundament, ale to od wyborów jednostki zależy, czy w swoim życiu z nich skorzysta. Stanisław Kowalik uważa, iż każdy ma prawo do realizacji samodzielnych planów życiowych, zaś poszanowanie podmiotowości stanowi podstawę uzyskania dobrej jakości życia⁵⁷.

Wśród drogowskazów, jakie otrzymuje młody człowiek w procesie edukacji na uwagę zasługują wspomniane już przeze mnie wartości. To od nich w dużej mierze zależy kształt naszego życia. Wartości związane z poszanowaniem innych ludzi przynoszą człowiekowi szacunek, wdzięczność, poczucie bycia potrzebnym i ważnym dla innych. Stąd tak ważna jest edukacja aksjologiczna, którą można „(...) zawrzeć w pytaniu jak budować człowieka w człowieku.”⁵⁸. Potrzebę edukacji ku wartościom dostrzega między innymi Alicja Szerłąg, zwracając uwagę na sytuację człowieka w XXI wieku⁵⁹. Człowiek współczesny według autorki wchodząc w nowy wiek nie tylko nie uwolnił się od poczucia braku bezpieczeństwa, osamotnienia, niepewności i wyobcowania, ale jeszcze bardziej pogłębił swoje zagubienie. Brakuje mu drogowskazów, wartości wskazujących drogę, którą ma kroczyć realizując własne życie.

Człowiek będąc wartością, jednocześnie poprzez wybór w codziennym życiu własnych wartości buduje swój świat, poprzez wartości dokonuje oceny własnego życia i życia innych. Wartości wskazują mu cele życiowe, decydują o podejmowanych wyborach.

Krystyna de Walden-Gałuszka uznaje wartości za jedno z kryteriów jakości życia⁶⁰. Dzięki nim człowiek może nie tylko dokonać oceny własnego życia, ale również dzięki temu podjąć trud zmiany tego, z czego nie jest zadowolony. Z kolei Marek Adamiec i Katarzyna Popiołek wprowadzają termin „wartości generatywnych”, które stanowią zbiór warunków budujących jakość życia⁶¹. Wśród nich wymieniają: samoświadomość, więź z ludźmi, autonomię, twórczość, rozwój, satysfakcję. Postrzegają człowieka jako „aktora” w życiu i jednocześnie „autora” własnego życia.

⁵⁶ Zob. J. Kuźma, *Nauczyciele przyszłej szkoły*, Kraków 2000, s. 15–16.

⁵⁷ J. Daszykowska, op. cit., s. 53.

⁵⁸ Zob. W. Stróżewski, *W kręgu wartości*, Kraków 1992, s. 56–57.

⁵⁹ Zob. A. Szerłąg, *Edukacja ku wartościom*, Kraków 2004, s. 7–9.

⁶⁰ J. Daszykowska, op. cit., s. 80.

⁶¹ Ibidem.

Można zatem wysnuć wniosek, iż pedagogiczna koncepcja jakości życia uznaje ciągły rozwój człowieka za fundament jakości życia jaką tworzy. Jadwiga Daszykowska przyjmuje „definicję jakości życia, jako poczucia życiowej satysfakcji wyrażonej możliwością kształtowania wielowymiarowego rozwoju i autokreacji człowieka oraz realizacja jego aspiracji i celów życiowych zgodnie z przyjętymi wartościami i oczekiwaniami, przy uwzględnieniu materialnych elementów statusu społecznego”⁶².

Podsumowanie

Budowanie dobrej jakości życia to zadanie na całe życie. Nie ma jednak jednoznacznej definicji czym jest owa jakość życia. Niewątpliwie jest to poczucie spełniania siebie każdego dnia: „spełnić siebie i być szczęśliwym – to prawie tożsamość. Nie znaczy to jednak, że sam czyn jako właściwy człowiekowi dynamizm, jest jakąś rzeczywistością szczęściorodną. Pola szczęśliwości należy szukać w tym, (...) co utożsamia się ze spełnieniem siebie jako osoby”⁶³. Wznosząc własną jakość życia na coraz wyższe horyzonty, mamy także wpływ na polepszenie jakości życia ludzi chorych i cierpiących. Ucząc się piękna, jakie płynie z wartości życia i jednocześnie pokory wobec niego, uczymy się także wrażliwości na ludzkie cierpienie, okazywania życzliwości, zrozumienia, akceptacji, wsparcia. Często, jak pisze Jean Vanier: „W spotkaniu z człowiekiem upośledzonym czy cierpiącym odkrywamy, jak bardzo sami jesteśmy upośledzeni”⁶⁴ – w brak empatii i szacunku dla chorych.

Edukacja zatem przepojona wartościami ogólnoludzkimi, powinna zająć bardzo ważny głos w dyskusji na temat jakości życia. Trzeba nam w szkołach więcej pochylenia nie tylko nad wiedzą, ale także nad postawą człowieka, nad internalizacją w nim świata wartości, którymi kierować się będzie w swoim dorosłym życiu. To w moim przekonaniu ogromne, wciąż niewykorzystane pole możliwości dla pedagogów. Jednak, aby tak się stało pedagodzy sami stanowić powinni wzór do naśladownictwa dla młodzieży. Dla wychowanków ważna jest ich postawa, drobne sytuacje, z jakich składa się codzienne życie, takie jak punktualność, odpowiedzialność, sumienność, konsekwencja, szczerłość, sprawiedliwość, dotrzymywanie danego słowa. Wszak jak powiedział na seminarium naukowym zorganizowanym w dniach 4–6 października 2000 roku w Kazimierzu ks. dr Marek Dziewięcki: „Aby wychowywać nie wystarczy mieć rację. Trzeba kochać. Z anty-

⁶² Ibidem, s. 68.

⁶³ K. Wojtyła, *Osoba i czyn oraz inne studia antropologiczne*, Lublin 1994, s. 216–218.

⁶⁴ H. Borzyszkowska, *Izolacja społeczna rodzin mających dziecko upośledzone umysłowo w stopniu lekkim*, Wyd. Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1997, s. 25.

wychowawczą, toksyczną więzią mamy do czynienia wtedy, gdy wychowawcy nie mają racji i/lub gdy nie potrafią dojrzałe kochać⁶⁵.

Zatem jakość życia nie zależy od zewnętrznych czynników, lecz spoczywa w naszych rękach⁶⁶. Ściśle wiąże się z naszą aktywnością, własną inwencją i refleksyjnością. Uzyskanie wysokiej jakości życia jest pewnego rodzaju sztuką, która wymaga pracy i dojrzałości. Zarówno zdrowi, jak i chorzy mają takie samo prawo cieszenia się życiem, spełniania w nim siebie, doświadczania wszystkich jego uroków, które budują jakość życia ludzkiego.

Profesor Antoni Kępiński w jednej ze swoich prac użył słów: „tylko dawanie miłości przynosi radość życia”⁶⁷.

Bibliografia

- Bańka A., *Psychologia jakości życia*, Wydawca Stowarzyszenie Psychologia i Architektura, Poznań 2005.
- Borkowska T., *Pedagogika ograniczeń ludzkich egzystencji*, Wydawnictwo IBE, Warszawa 1998.
- Borys T. (red.), *Wskaźniki ekorozwoju*, Wydawnictwo „Ekonomia i Środowisko”, Białystok 1999.
- Borzyszkowska H., *Izolacja społeczna rodzin mających dziecko upośledzone umysłowo w stopniu lekkim*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 1997.
- Czapiński J. (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2004.
- Daszykowska J., *Jakość życia w perspektywie pedagogicznej*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2007.
- Górna K., Jaracz K., Murawa T., Stasiak A., *Jakość życia chorych na schizofrenię hospitalizowanych psychiatrycznie po raz pierwszy w latach 1975–1976. Badania nad schizofrenią*, w: K. Górna, *Obiektywny i subiektywny wymiar jakości życia chorych na schizofrenię po pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej*, Wydawnictwo Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2005.
- Kępiński A., *Autoportret człowieka*, Wydawnictwo Literackie, Kraków 1997.
- Kolman R., *Jakość życia na co dzień. O umiejętności kształtowania własnego życia*, Oficyna Wydawnicza Ośrodka Postępu Organizacyjnego, Bydgoszcz 2002.
- Kowalik S. (red.), *Społeczne konteksty jakości życia*, Wydawnictwo Uczelniane Wyższej Szkoły Gospodarki w Bydgoszczy, Bydgoszcz 2007.

⁶⁵ M. Prajsner, *Alkohol i narkotyki w życiu polskiej młodzieży: dylematy profilaktyki*, Wydawnictwo Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2002, s. 118.

⁶⁶ Z. Palak, A. Lewicka, A. Bujnowska, *Jakość życia a niepełnosprawność. Konteksty psychopedagogiczne*, Lublin 2006, s. 22.

⁶⁷ A. Kępiński, *Autoportret człowieka*, Kraków 1997, s. 116.

- Kuźma J., *Nauczyciele przyszłej szkoły*, Wydawnictwo Naukowe AP, Kraków 2000.
- Kwaśniewski A., *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej*, Warszawa 1997.
- Milerski B., Śliwierski B., *Pedagogika Leksykon*, PWN, Warszawa 2000.
- Palak T., Lewicka A., Bujnowska A., *Jakość życia a niepełnosprawność. Konteksty psychopedagogiczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2006.
- Prajsner M., *Alkohol i narkotyki w życiu polskiej młodzieży: dylematy profilaktyki*, Wydawnictwo Państwowa Agencja Rozwiązywania Problemów Alkoholowych, Warszawa 2002.
- Sadowska S., *Jakość życia uczniów z niepełnosprawnością intelektualną w stopniu lekkim*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2006.
- Studen S., Okła W. (red.), *Jakość życia w chorobie*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2006.
- Stróżewski W., *W kręgu wartości*, Wydawnictwo „Znak”, Kraków 1992.
- Suchodolski B., *Kształt życia*, Wydawnictwo Nasza Księgarnia, Warszawa 1982.
- Suchodolski B., *Wychowanie dla przyszłości*, PWN, Warszawa 1968.
- Suchodolski B., *Wychowanie mimo wszystko*, Wydawnictwo Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1990.
- Syrek E., *Jakość życia w chorobie. Społeczno-pedagogiczne studium indywidualnych przypadków*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2001.
- Szerłaż A., *Edukacja ku wartościom*, Oficyna Wydawnicza „Impuls”, Kraków 2004.
- Tatarkiewicz W., *O szczęściu*, PWN, Warszawa 1985.
- Tomczyk-Tolkacz J. (red.), *Jakość życia w perspektywie nauk humanistycznych, ekonomicznych i ekologii*, Akademia Ekonomiczna im. Oskara Langego we Wrocławiu, Wydział Gospodarki Regionalnej i Turystyki w Jeleniej Górze, Wydawnictwo Katedra Zarządzania Jakością i Środowiskiem, Jelenia Góra 2003.
- Wachowiak A. (red.), *Jak żyć? Wybrane problemy jakości życia*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2001.
- WHOQOL Group., *Development of the WHOQOL: rationale and current status*, w: Górna, *Obiektywny i subiektywny wymiar jakości życia chorych na schizofrenię po pierwszej hospitalizacji psychiatrycznej*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2005.
- Wojtyła K., *Osoba i czyn oraz inne studia antropologiczne*, Wydawnictwo Towarzystwa Naukowego KUL, Lublin 1994.
- Wołowicka L. (red.), *Jakość życia w naukach medycznych*, Dział Wydawnictw Uczelnianych Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Poznań 2001.

Źródła internetowe:

- Angermeyer M. C., Holzinger A., Matschinger H., *Lebensqualität das bedeutet für mich... Ergebnisse einer umfrage bei schizophrenen patienten*, w: K. Górna, *Rozwój badań nad jakością życia chorych na schizofrenię*, http://www.badianianadschizofrenia.org/dat/files18_015_artykul_bns (dostęp: 29.04.2020 r.).