

# Jakość życia jako pojęcie pluralistyczne o charakterze interdyscyplinarnym

## Quality of life as a pluralistic and multidisciplinary construct

MARCIN WNUK, JERZY T. MARCINKOWSKI

Zakład Higieny, Katedra Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Jakość życia jest jednym z ważniejszych zagadnień współczesnej nauki. Pomimo tego, że jest to konstrukt o charakterze wielowymiarowym i interdyscyplinarnym współczesna nauka nie stworzyła dotychczas uniwersalnej koncepcji jakości życia, która byłaby możliwa do zastosowania na gruncie wszystkich dziedzin nauki. W zależności od danego obszaru nauki nacisk jest kładziony na odrębny aspekt jakości życia.

**Słowa kluczowe:** *jakość życia, dobrostan, satysfakcja z życia*

Quality of life is one of the most important issues of contemporary science. Despite its multifaceted character there is no universal conception of quality of life to implement in all areas of science. Every field of knowledge focuses on different aspects of quality of life.

**Key words:** *quality of life, well-being, life satisfaction*

© *Probl Hig Epidemiol* 2012, 93(1): 21-26

www.phie.pl

Nadesłano: 15.01.2012

Zakwalifikowano do druku: 06.02.2012

**Adres do korespondencji / Address for correspondence**

Dr Marcin Wnuk  
ul. Mateckiego 24/71, 60-689 Poznań  
tel. 664934268, mail: marwnuk@wp.pl

## Wprowadzenie

Pytanie o jakość życia człowieka ma charakter retoryczny. Już od najdawniejszych czasów próbowano zgłębić tajemnicę szczęścia, poszukując uwarunkowań satysfakcji i zadowolenia z życia oraz poczucia dobrostanu. Niestety do dnia dzisiejszego żadnemu badaczowi natury ludzkiej nie udało się znaleźć uniwersalnej recepty gwarantującej szczęście.

Jakość życia jest jednym z najpopularniejszych zagadnień nie tylko współczesnej psychologii, ale również wszystkich nauk i dziedzin życia obejmujących swym zasięgiem ludzką egzystencję, takich jak medycyna, filozofia, ekonomia, socjologia, pedagogika, polityka, itd.

Przegląd literatury na temat badań nad jakością życia ujawnia wiele niejednoznaczności, zarówno w rozumieniu, jak i w definiowaniu tego obejmującego szeroki zakres ludzkiej egzystencji pojęcia. Termin jakość życia należy do takich konstruktów naukowych, które bardzo trudno zdefiniować i uzgodnić wspólne stanowisko odnośnie sposobu ich rozumienia ze względu na ich dużą ogólność. Kontrowersje wokół tego zagadnienia pojawiają się nie tylko w obrębie różnych nauk społecznych, ale dotyczą również przedstawicieli reprezentujących te same dziedziny wiedzy. Wydaje

się, że jest to spowodowane głównie koncentracją na różnych aspektach jakości życia i interdyscyplinarną naturą tego pojęcia. Inaczej jakość życia jest ujmowana w ekonomii, gdzie stanowi raczej termin o charakterze homogenicznym, a inaczej w obrębie psychologii, gdzie mamy do czynienia z różnymi próbami konceptualizacji, podobnie jak w medycynie, pedagogice i socjologii. Ten partykularyzm pogłębia się wraz ze wzrostem badań, powodując coraz większe rozbieżności. Człowiek traktowany był zazwyczaj rozdzielnie i stanowił przedmiot dociekań różnych dyscyplin naukowych (socjologii, psychologii, filozofii, biologii, politologii, medycyny, psychiatrii, itd.), które w kategoriach sobie specyficznych próbowały go opisać. Badania nad jakością życia mają przyczynić się do integracji tych spojrzeń i sposobów analizy oraz wypracowywać możliwe płaszczyzny porozumienia [1]. W tej sytuacji postulat powołania do życia jak najbardziej precyzyjnego i systemowego ujęcia jakości życia, traktującego człowieka wielowymiarowo i holistycznie wydaje się nieodzowny.

Bańka [2] przytacza dwa wzajemnie się wykluczające sposoby rozumienia jakości życia, stanowiące przeciwstawne krańce tego samego kontinuum. Odejście od potocznego, nieprecyzyjnego, ale za to

całościowego rozumienia pojęcia jakości życia w kierunku teoretycznie uściślonych, lecz cząstkowych konceptualizacji, oddala jednocześnie możliwość skonstruowania spójnej koncepcji i powszechnie akceptowanej „technologii” podnoszenia jakości życia. Definicja, obraz oraz system deskryptywno-predykcyjny zjawiska uzależniony jest od specyficznej perspektywy podmiotu podejmującego ten problem. Może to być perspektywa szeroka, odwołująca się do szeroko rozumianej kultury, ideologii czy nawet religii. Może to być perspektywa wąska, zawężona do określonej teorii i metodologii naukowej. Te dwie perspektywy ujmowania jakości życia wzajemnie się wykluczają. Konstatując, jeden kraniec wspomianej przez niego dymensji składa się naukowej precyzji zredukowanej do teorii i traktującej jakość życia z zawężonej perspektywy, natomiast atutem drugiego jest szeroka perspektywa, a brakiem niedostateczna precyzja. Właśnie dzięki swej wieloznaczności, niedookreśleniu założeń teoretycznych i definicyjnych oraz, co za tym idzie, niemal nieograniczonej dowolności interpretacyjnej, pojęcie jakości życia zawdzięcza swoje niezwykle powodzenie [3]. Jakość życia jest pojęciem wielowymiarowym, obciążonym emocjonalnie, o charakterze często narzędzia ideologicznego, ewaluatywnym, niemożliwym do jednoznacznego ujęcia, uwikłanym w konteksty polityczne i kulturowe [4].

Według Jaracz [5] zamęt metodologiczny i terminologiczny dotyczący pojęcia jakości ma swoje podstawy w jego wieloznaczności terminologicznej, trudnościach w precyzyjnym definiowaniu, odmienności celów różnych dziedzin nauki zajmujących się tym zagadnieniem oraz faktu, że próby naukowej ewaluacji tego terminu dokonywane są często na podstawie potocznego rozumienia tego pojęcia bez objaśnienia *explicite* jego znaczenia. Wzrost zainteresowania tematyką jakości życia, poszukiwanie czynników warunkujących oraz zapotrzebowanie na tego rodzaju badania przez przedstawicieli różnych dyscyplin nauki implikują pogłębiającą się świadomość społeczną w obrębie dążeń indywidualnych poszczególnych jednostek do jak najlepszej egzystencji.

Zainteresowanie przedstawicieli różnych dyscyplin nauki problematyką jakości życia wynika z szeregu przesłanek. U podłoża pierwszej z nich znalazło się przekonanie, iż wzrost ilościowy nie jest żadną wartością samą w sobie, a poza pewnymi granicami dalszy rozwój nie jest możliwy bez zmiany jakościowej. Kolejna przesłanka wynika z dążeń do przywrócenia „zachwianych proporcji między tym, co subiektywne i tym, co obiektywne w życiu ludzi, aby skierować zainteresowanie badaczy na także ważne, choć często jeszcze uważane za nienaukowe problemy moralne i światopoglądowe współczesnego człowieka, jego postawy wobec istnienia i preferowane przezeń

wartości”. Trzecia z nich stanowi – wywodzącą się z filozoficznej refleksji – dążność do konstruowania prakseologicznej koncepcji kształtowania się jakości życia w procesie edukacyjnym jednostki [6].

Zbieżna z przesłanką pierwszą jest konstatacja Czapińskiego [7]. W jego opinii nie znaleziono żadnego empirycznego dowodu, że wzrost gospodarczy w krajach rozwiniętych ma bezpośredni wpływ na poprawę wskaźników rozwoju społecznego i subiektywnego dobrostanu. Większość ludzi ma przeświadczenie o tym, że zdobycie dóbr, które są właściwe dla wysokiej jakości życia i dobrego społeczeństwa, uczyni ich bardziej szczęśliwymi. Gdyby tak było, to dla poprawy jakości życia wystarczyłoby stworzyć optymalne warunki materialne dowodząc, że każdego człowieka można zredukować do wymiarów materializmu i ekonomizmu, a zamożność byłaby głównym predykatorem szczęścia i wysokiej jakości życia. A przecież holistyczne koncepcje człowieka uwzględniają, oprócz sfery fizycznej, obecność wymiaru psychicznego i duchowego jako konstytuujących każdą integralną jednostkę.

Według Kasprzak i Derbis [8] warunkiem poczucia wysokiej jakości życia nie jest zaspokojenie wszystkich potrzeb życiowych. Czynniki obiektywne w sposób bezpośredni nie stanowią o zadowoleniu z życia, ale wyznaczając percepcję tej rzeczywistości wpływają na poziom zadowolenia. Tak więc można zauważyć, że istotniejszą determinantą wysokiej jakości życia jest percepcja własnej sytuacji życiowej, co jest sprzeczne z powszechnymi przekonaniem na ten temat. Szczególnym zainteresowaniem, zwłaszcza psychologów zajmujących się badaniami nad jakością życia, cieszy się tzw. „paradoks zadowolenia”. Mamy z nim do czynienia wtedy, gdy subiektywnie odczuwana wysoka jakość życia jednostki nie koresponduje z obiektywnie istniejącymi warunkami, w których ta jednostka funkcjonuje i którym podlega [9,10].

Jakość życia jest uwikłana w wartości, ma z nimi związek, z pewnych wartości wynika. Jest pojęciem aksjologicznym i można spróbować opisywać ją przy pomocy terminologii aksjologicznej. Świat wartości przynależy do sfery duchowej człowieka, która stanowi o jego indywidualności i jest z natury rzeczy subiektywna [4]. Nie uwzględnienie tej kwestii w rozważaniach nad jakością życia byłoby nie tylko przejawem redukcjonizmu, ale i całkowitym sflacydowaniem ludzkiego bytu do funkcji przynależnych światu zwierząt. Dla harmonijnego rozwoju społeczeństwa nie wystarczy sterowanie wskaźnikami ekonomicznymi, bowiem osiągnięcia bądź niedostatki w tej dziedzinie nie przekładają się w prosty sposób na sferę społecznych i indywidualnych systemów wartości, które – jak się okazuje – są ważnym stymulatorem przemian, zarówno ich kierunku, zakresu, jak i tempa [11].

## Geneza i rozwój pojęcia jakości życia

Geneza pojęcia jakości życia nie jest zagadnieniem prostym, jasnym i oczywistym. Głównym powodem takiego stanu rzeczy jest jego wieloznaczność, ewolucja, jakiemu podlegało oraz fakt, że w obrębie różnych dyscyplin naukowych wiele terminów bliskoznacznych było i jest stosowanych zamiennie do niego. Zagadnienie jakości życia inaczej rozwijało w psychologii, gdzie jej obszar zainteresowań ograniczał się do zagadnień związanych z tą dziedziną nauki, a inaczej w medycynie. Nie oznacza to oczywiście, że korzystały one z własnego dorobku, ubogacając się wzajemnie rozwijając coraz to nowsze metody badań. Niewątpliwie łatwiej byłoby mówić o genezie pojęcia jakości życia w każdej z nauk osobno. Wydaje się to jednak sposobem niewystarczającym, a ujmowanie jakości życia w skali mikro (na poziomie jednej nauki) bez możliwości pokazania istotnych prawidłowości ujawniających się dopiero w skali makro (na poziomie ogólnonaukowym) oraz brak zachowania porządku chronologicznego jest rozwiązaniem niewystarczającym. Uchwycenie genezy pojęcia jakości życia i podkreślenie prawidłowości rozwojowych, jakim podlegało z obu perspektyw jednocześnie, pozwoli zachować w miarę rzetelny i pełny obraz tego zjawiska.

Termin jakość życia pojawił się po raz pierwszy po II Wojnie Światowej w Stanach Zjednoczonych i był kojarzony wyłącznie z dobrostanem materialnym [3,12]. Dopiero ze względu na zainteresowanie wartościami odnoszącymi się do Frommowskiego „być” zamiast „mieć” został rozszerzony na nowe obszary ludzkiego funkcjonowania. Ze zmianą tą szło w parze zainteresowanie subiektywnymi kryteriami jakości życia na rzecz obiektywnych warunków związanych z egzystencją.

O historii badań dobrobytu społecznego rozumianych jako pomiar jakości życia wspomina Borys [13]. Według niego badania w zakresie obiektywnej jakości życia są związane z udoskonalaniem pomiaru dobrobytu ekonomicznego poszerzonego o niektóre kwestie społeczne lub środowiskowe. Pierwsze próby konstruowania narzędzi pomiarowych miały miejsce już w latach międzywojennych, rozwinięte w latach pięćdziesiątych przeżywały swoje apogeum w latach sześćdziesiątych XX wieku. Duży wkład w dorobek metodyczny związany z obiektywizacją pomiaru jakości życia wniosły badania statystyczne, utożsamiające pojęcie jakości życia ze społeczno-ekonomicznymi warunkami życia, przede wszystkim stopniem zaspokojenia potrzeb. Od tamtej pory narastało zainteresowanie środowiskowymi cechami jakości życia, osiągając swój szczyt w latach osiemdziesiątych i dziewięćdziesiątych XX wieku.

Kolman [14] twierdząc, iż jakość życia nie jest nowym problemem, utożsamia ją z takimi terminami,

jak: warunki bytu, warunki życia, sposób życia, styl życia. W jego opinii istotne elementy treściowe tego pojęcia pojawiły się w literaturze specjalistycznej już w latach siedemdziesiątych XIX wieku. Przesuwa więc chronologię genezy jakości życia do XIX wieku, mimo, iż zagadnienie to istniało wtedy pod inną postacią. Kaleta [1] natomiast uważa, że głównym powodem zepchnięcia na drugi plan ekonomicznych aspektów jakości życia i koncentracji na jej humanistycznych komponentach był rozwój gospodarczy. Problematyka jakości życia pojawiła się przecież w nauce, publicystyce i polityce społecznej w krajach wysoko rozwiniętych jako efekt niekontrolowanego rozwoju i była ujmowana jako: sposób życia, tryb życia, czy stopa życia.

Wydaje się, że wydarzeniem przełomowym dla rozpowszechnienia badań nad jakością życia okazał się projekt badawczy zainicjowany w 1971 roku przez Cambella, którego efektem było wprowadzenie analogicznych do ekonomicznych wskaźników egzystencji ludzkiej dotyczących psychologicznych aspektów funkcjonowania [15]. Jego autor, używając miar ilościowych w odniesieniu do większej społeczności, umożliwił ocenę zmian dokonujących się w sferze psychologicznej respondentów. Dowiódł, że „w pomiarze zadowolenia z życia wskaźniki opisujące warunki życia nie mogą zastępować wskaźników odnoszących się do doświadczeń”. Związek między obiektywnymi warunkami życia a zadowoleniem z życia okazał się niejednoznaczny, co potwierdzało, że wraz ze wzrostem obiektywnych warunków życia nie zawsze idzie w parze subiektywne odczucie zadowolenia czy szczęścia. Otóż sam autor badań tłumaczył to w ten sposób, że obiektywne warunki życia oddziałują na jego zadowolenie w takim stopniu, w jakim mogą determinować jego doświadczenie życia. Chociaż Cambell wcale nie był prekursorem badań związanych z pomiarem subiektywnego stopnia zadowolenia z życia, to jednak popularność jego metody spowodowała niesłychany rozwój badań nad jakością życia i stała się przyczynkiem do tego typu pomiarów w służbie zdrowia [15].

## Jakość życia w medycynie

Jakość życia jako konstrukt teoretyczny w medycynie pojawił się na kanwie paradoksalnego postępu medycyny, który sprowadzał się do ratowania życia chorego często kosztem jego wieloletniej vegetacji [16]. Miało to niewątpliwie związek z kryzysem medycyny naprawczej, stawiającej sobie za główny cel utrzymanie pacjenta jak najdłużej przy życiu – bez względu na jego stopień niezadowolenia i spadek jakości życia [3]. Zainteresowanie jakością życia dało szansę nie tylko na przeanalizowanie poszczególnych metod terapeutycznych pod względem ich realnej wartości i skuteczności, ale także umożliwiało poszu-

kiwanie w ich obrębie wspólnych elementów odpowiedzialnych za ich korzystny wpływ na proces leczenia. Rok 1972 okazał się przełomowy w służbie zdrowia ze względu na pojawienie się nowej metody mającej na celu określenie jakości życia pacjentów, która była sprowokowana badaniami przeprowadzonymi przez Cambella. Dzięki pracom Rossera został do medycyny wprowadzony charakterystyczny sposób pojmowania jakości życia składającej się z dwu głównych wymiarów: behawioralnego i przeżyciowego. Od tamtej pory badania nad jakością życia w medycynie zaczęły się rozwijać, koncentrując na: wprowadzaniu większej liczby kryteriów do oceny jakości życia osób chorych, stosowaniu specyficznych wskaźników dostosowanych do jednostek chorobowych oraz włączaniu, oprócz założeń standardowych do mierzenia jakości życia związanych z przebiegiem choroby, kryteriów obejmujących także ludzi zdrowych. Narzędzia do badania jakości życia w medycynie można stosować praktycznie do wszystkich kategorii ludzi chorych [16]. Badania nad jakością życia w chorobach przewlekłych są cennym źródłem informacji medycznych i spełniają w medycynie trojaką funkcję: ukazują punkt widzenia pacjenta, który może być całkowicie odmienny od prezentowanego przez profesjonalną opiekę medyczną; subiektywne oceny pacjentów są dodatkowym źródłem informacji mogącym mieć znaczenie przy podejmowaniu decyzji terapeutycznych, szczególnie w sytuacji dylematu związanego z zastosowaniem danej metody leczenia; mogą wskazywać na nie zauważane przez lekarzy potrzeby pacjentów związane z zapewnieniem profesjonalnej opieki medycznej poza środowiskiem szpitalnym [17].

Początek badań jakości życia w psychiatrii dotyczył chorych na schizofrenię i łączył się z pogorszeniem sytuacji życiowej przewlekle chorych związaną z postępującą w latach sześćdziesiątych XX wieku deinstytucjonalizacją. Wielu badaczy uważało, że jakość życia przewlekle chorych psychicznie jest niższa i że chorzy psychicznie nie są zdolni do jej oceny [18,19]. Ten trend współcześnie już nie istnieje, a przedstawiciele nauk medycznych prezentują coraz ambitniejsze zamiary pomiaru jakości życia, aby można je było wykorzystać dla jeszcze innych celów. Do tendencji tej odwołuje się Kowalik [15] twierdząc, że badania nad jakością życia można stosować w profilaktyce oraz ocenie poziomu opieki zdrowotnej w określonych krajach, regionach lub konkretnych instytucjach. Leder [20] donosi o transkulturowych poprzecznych i podłużnych badaniach zainicjowanych przez Światową Organizację Zdrowia, dotyczących jakości życia w przebiegu chorób nowotworowych, układu krążenia i zaburzeniach psychicznych oraz wkładu opieki zdrowotnej w jej poprawę. Ich celem jest określenie skuteczności zabiegów profilaktycznych i rehabilita-

cyjnych oraz uwzględnienie tej zmiennej dla realizacji trafnej polityki społeczno-gospodarczej i zdrowotnej, a także ustalenie i sprecyzowanie czynników ryzyka zwiększających zagrożenie dla zdrowia.

Skłonność do traktowania zamiennie pojęć bliskoznacznych wobec jakości życia ujawnia się najdobitniej w medycynie, gdzie terminy takie jak dobrostan, satysfakcja z życia, zadowolenie czy szczęście zyskują niezwykle popularność [20, 21].

### Jakość życia w psychologii

W psychologii pojęcie jakości życia zostało zapożyczone z języka potocznego, z filozofii [22]. Początki filozofii humanistycznej, związane z nauką Sokratesa oraz idąca z nią w parze zmiana zainteresowań przedmiotu filozofii ze zjawisk kosmologiczno-przyrodniczych na zagadnienia koncentrujące się wokół funkcjonowania człowieka, były powodem pojawienia się pytań o determinanty szczęścia, sens ludzkiego życia, jego godność i wyjątkowość [23,24]. Pojęciem najdokładniej oddającym poziom zadowolenia człowieka z własnego życia było, podobnie jak w medycynie, szczęście [21].

W psychologii pojęcie jakości było używane zamiennie z terminem efektywności, niezawodności, bezpieczeństwa i humanizacji warunków pracy. W nurcie naturalistycznym psychologii (pawłowizm, behawioryzm), pojęcie jakości życia występowało sporadycznie, przybliżając psychologię do nauk przyrodniczych i oddzielając ją od problemów życia codziennego. Izolowane fragmenty wiedzy, jakie ze sobą niosła, spowodowały zwrot w kierunku klasycznych kategorii filozoficznych zapoczątkowany przez psychoanalizę [22], analizę egzystencjalną Ludwika Binswagera, logoteorię Ludwika Frankla oraz psychologię humanistyczną Abrahama Masłowa [25]. Towarzyszył mu spadek zainteresowania badaniami ilościowymi (podejście nomotetyczne) na rzecz badań jakościowych (podejście idiograficzne) oraz coraz głębsze dociekania na temat natury ludzkiej, wartości, jakie ze sobą niesie i potrzeb, które ją współtworzą. Jakość życia stała się pojęciem, dzięki któremu udało się przywrócić odpowiednie proporcje między tym, co subiektywne, a tym, co obiektywne w życiu ludzi i skierować zainteresowania badaczy na problemy moralne i światopoglądowe człowieka, jego postawy wobec życia i preferowane przezeń systemy wartości [1]. Przejście psychologii z pozycji naturalistycznych w kierunku humanistycznych spowodowało, że zaczęto wnikliwiej zajmować się takimi pojęciami, jak szczęście czy satysfakcja z życia. Najnowszym trendem w psychologii, powstałym na gruncie psychologii humanistycznej, jest tak zwana psychologia pozytywna – obejmująca swoimi zainteresowaniami poszukiwania pozytywnych determinant szczęścia i zadowolenia

z życia w opozycji do negatywnych czynników wpływających na brak satysfakcji z życia, poczucie braku szczęścia i niezadowolającą jakość życia [26-28]. Zainicjowane badania nad jakością życia, oraz czynnikami ją kształtującymi, kładą nacisk na subiektywne odczucia podmiotu w kontraście do obiektywnych warunków, których optymalny poziom niekoniecznie koresponduje ze wzrostem zadowolenia czy poczuciem szczęścia. Tendencje tą można zauważyć najwyraźniej w naukach medycznych, gdzie jakość życia jest coraz częściej definiowana jako wynik subiektywnej oceny własnego stanu pacjenta, weryfikowany w miarę potrzeb przez lekarza za pomocą narzędzi i instrumentów medycznych [29,30].

### Jakość życia w socjologii

W socjologii jakość życia pojawiła się jako aksjologiczna kontrpropozycja wobec powszechnie stosowanego w ekonomii terminu poziomu życia [31]. Socjologia w latach siedemdziesiątych XX wieku była jedną spośród wielu nauk społecznych, która zainteresowała się zagadnieniem jakości życia – analizując je co najmniej czterema sposobami [1]. Metoda pierwsza, charakterystyczna dla socjologii Zachodu, pojęciu jakości życia przypisuje dwojakie znaczenie, zakładając, że w ostatnich latach nastąpiły zmiany jakościowe w życiu społeczeństw wysoko uprzemysłowionych, których źródłem jest postęp techniczny, rewolucja naukowa i masowość produkcji. Pierwsze oznacza wysoki poziom konsumpcji dóbr materialnych oraz bardziej sprawiedliwe zasady życia społecznego, drugie zaś jest synonimem powrotu do tradycyjnych form egzystencji, opartych na zasadach etyki protestanckiej z początków kapitalizmu. W nurcie drugim, prezentowanym głównie przez ekonomistów i statystyków społecznych, kategoria jakości życia jest wielowymiarowym pojęciem dobrobytu społecznego związanego z badaniami nad konsumpcją dóbr i usług, które w latach sześćdziesiątych XX wieku uległy znacznej intensyfikacji. Trzeci sposób, preferowany głównie przez socjologię i politykę społeczną, wydaje się być wynikiem wysunięcia na plan pierwszy kwestii

związanych z tzw. potrzebami socjalnymi w stosunku do potrzeb materialnych. Chociaż w ramach socjologicznego sposobu rozpatrywania tej tematyki funkcjonuje wiele odmian, to ich wspólnym trzonem jest odzwierciedlenie sposobów i stopnia zaspokojenia różnych potrzeb człowieka [1]. Gałęski rozróżnia na tym gruncie pojęcia poziomu życia, odnoszące się do stopnie zaspokojenia potrzeb oraz jakości życia jako sposobów zaspokojenia potrzeb [31]. Stanowisko czwarte, określane mianem lokalizującego, koncentruje się na pewnym zakresie zainteresowań, których przyczyną jest pragnienie poznania i wpływania na elementy wytyczające bieg ludzkiego życia oraz to życie wartościujące. Jakość życia w tym rozumieniu jest pewną kategorią symboliczną nie dającą się zoperacjonalizować i zastosować w badaniach empirycznych [1].

### Podsumowanie

Na gruncie każdej z nauk społecznych powstaje wiele koncepcji jakości życia. Przeciętny badacz, zaciekawiony problematyką jakości życia, najczęściej zajmuje się tylko jednym z jej elementów. Na bazie przyjętej koncepcji formułuje on wnioski dotyczące determinant jakości życia – identyfikując je zgodnie ze swoimi preferencjami teoretycznymi albo w strukturze wewnętrznej człowieka (zasoby endogeniczne), albo w otaczającej rzeczywistości (zasoby egzogeniczne). Dla ekonomistów predyktorami jakości życia są obiektywne warunki życia, a szczególnie zasobność finansowa członków społeczeństwa. Przedstawiciele medycyny doszukują się determinant szczęścia w dobrym zdrowiu traktowanym jako dobrostan psychiczny, fizyczny i społeczny. Socjologowie poszukują istoty jakości życia w obrębie stosunków społecznych, pedagogowie dopatrują się jej w wychowaniu i wartościach, natomiast dla psychologów w zależności od wyznawanego paradygmatu jest to jakość dorastania, zadowalająca więź z obiektem przywiązania, posiadanie adaptacyjnych nawyków i schematów poznawczych lub zdolność do samoaktualizacji, samorealizacji, autoekspresji i autotranscendencji.

## Piśmiennictwo / References

1. Kaleta A. Jakość życia młodzieży wiejskiej i miejskiej: studium podobieństw i zróżnicowań międzyśrodowiskowych. UMK, Toruń 1998.
2. Bańka A. Jakość życia w psychologicznych koncepcjach człowieka i pracy. [w:] Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia. Bańka A, Derbis R (red). UAM, Poznań 1994: 19-40.
3. Dziurawicz-Kozłowska A. Wokół pojęcia jakości życia. Psychologia Jakości Życia 2002, 1: 77-99.
4. Adamiec M, Popiołek K. Jakość życia – między wolnością a mistyfikacją. Ruch Prawn Ekonom Socjol 1993, 2: 92-117.
5. Jaracz K. Sposoby ujmowania i pomiaru jakości życia. Próba kategoryzacji. Pielęgn Pol 2001, 2: 219-226.
6. Zandecki A. Wykształcenie a jakość życia: dynamika orientacji młodzieży szkół średnich. Edytor, Toruń-Poznań 1999.
7. Czapiński J. Szczęśliwy człowiek w szczęśliwym społeczeństwie? Zrównoważony rozwój, jakość życia i złudzenie postępu. Psychol Jakości Życia 2002, 1: 9-34.
8. Kasprzak E, Derbis R. Miejsce zamieszkania a poczucie jakości życia bezrobotnych. Forum Psychol 1999, 1: 45-59.
9. Sęk H. Jakość życia a zdrowie. Ruch Prawn Ekonom Socjol 1993, 2: 110-117.
10. Adamczak M, Sęk H. Znaczenie jakości życia w nowoczesnej opiece paliatywnej pacjentów onkologicznych. [w:] Jakość życia w chorobie nowotworowej. Meyza J (red). Centrum Onkologii – Instytut, Warszawa 1997: 248-260.
11. Gawlina Z. Jakość życia jako kategoria opisu ludzkiej egzystencji stosowana w naukach społecznych. Materiały Międzynarodowej Konferencji Naukowej „Pielęgniarstwo a jakość życia człowieka”, Kraków, 7-8 wrzesień 2000.
12. de Walden Gałuszko K. Ocena jakości życia uwarunkowana stanem zdrowia. [w:] Jakość życia w chorobie nowotworowej. Meyza J (red). Centrum Onkologii – Instytut, Warszawa 1997: 77-82.
13. Borys T. Jakość życia jako kategoria badawcza i cel nadrzędny. [w:] Jak żyć, wybrane problemy jakości. Wachowiak A (red). Humaniora, Poznań 2001: 17-41.
14. Kolman R. Jakość życia na co dzień: o umiejętności kształtowania jakości swego życia. Ośrodek Postępu Organizacyjnego, Bydgoszcz 2002.
15. Kowalik S. Pomiar jakości życia – kontrowersje teoretyczne. [w:] Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo i bezrobotnych. Bańka A, Derbis R (red). Środkowoeuropejskie Centrum Ekonomii Działania Społecznego, Poznań 1995: 75-85.
16. Kowalik S, Ratajska A, Szmaus A. W poszukiwaniu nowego wymiaru jakości życia związanego ze stanem zdrowia. [w:] Jakość życia w naukach medycznych. Wołowicka L (red). AM, Poznań 2002: 17-29.
17. Tobiasz-Adamczyk B. Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby. UJ, Kraków 2000.
18. Górna K, Suwalska A. Badanie jakości życia w psychiatrii. [w:] Jakość życia w naukach medycznych. Wołowicka L (red). AM, Poznań 2001: 158-176.
19. Goffron A. Zagadnienie „jakości życia” w koncepcji pedagogicznej B. Nawroczyńskiego. [w:] Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia. Bańka A, Derbis R (red). UAM, Poznań 1994: 71-77.
20. Leder S. Jakość życia a psychiatria konsultacyjna i psychoterapia. [w:] Jakość życia w chorobie nowotworowej. Meyza J (red). Centrum Onkologii – Instytut, Warszawa 1997: 210-224.
21. Stelcer B. Jakość życia jako pojęcie subiektywne i wielowymiarowe. Pielęgn Pol 2001, 2: 227-233.
22. Bańka A. Jakość życia w psychologicznych koncepcjach człowieka i pracy. [w:] Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia. Bańka A, Derbis R (red). UAM, Poznań 1994: 19-40.
23. Reale G. Historia filozofii starożytnej. Tom II. KUL, Lublin 1999.
24. Tatarkiewicz W. Historia filozofii. Tom I. PWN, Warszawa 1998.
25. Kratochvil S. Psychoterapia. Kierunki, metody badania. PWN, Warszawa 1974.
26. Czapiński J. Psychologia szczęścia: przegląd badań teorii cebulowej. Akademos, Warszawa-Poznań 1992.
27. Argyle M. Psychologia szczęścia. Astrum, Wrocław 2004.
28. Czapiński J. Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka. PWN, Warszawa 2004.
29. Kiebert M. Jakość życia jako rezultat badań klinicznych. [w:] Jakość życia w chorobie nowotworowej. Meyza J (red). Centrum Onkologii – Instytut, Warszawa 1997: 43-57.
30. Aronson NK, Cull A, Kassa S, Sprangers AG. Kwestionariusz EORTC do oceny jakości życia chorych na nowotwory. Nowelizacja. [w:] Jakość życia w chorobie nowotworowej. Meyza J (red). Centrum Onkologii – Instytut, Warszawa 1997: 13-36.
31. Wrzesień W. Jakość życia a pokolenie. [w:] Jak żyć, wybrane problemy jakości życia. Wachowiak A (red). Humaniora, Poznań 2001, 113-147.