

# Jakość życia jako pozytywny wskaźnik zdrowia

## Quality of life as a positive health index

ARTUR OSTRZYŻEK <sup>1/</sup>, JERZY T. MARCINKOWSKI <sup>2/</sup>

<sup>1/</sup> Zakład Pedagogiki Terapeutycznej, Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach, Filia w Piotrkowie Trybunalskim

<sup>2/</sup> Zakład Higieny Katedry Medycyny Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Wśród wskaźników opisujących stan zdrowia populacji i jej reprezentatywnych grup, zazwyczaj stosujemy podział dychotomiczny oparty na ocenie wybranych parametrów funkcjonowania biologicznego człowieka oraz na miarach epidemiologicznych, uwzględniających kierunek, natężenie i czas trwania określonych zjawisk zdrowotnych. Mierniki te mają pozytywny lub negatywny wymiar oraz ilościowy lub jakościowy charakter. Uzyskane wyniki pomiarów ilościowych, zachowując swoją kliniczną istotność i obiektywność, utraciły obecnie walor uniwersalnych determinantów zdrowia. W obliczu dokonujących się przemian w obrazie i dynamice chorób oraz demograficznych wyzwań XXI wieku, parametrem coraz powszechniej opisywanym z pozycji pozytywnych miar zdrowia jest jakość życia, będąca kompilacją zadowolenia i satysfakcji z różnych obiektywnie i subiektywnie ważnych sfer życia człowieka.

**Słowa kluczowe:** jakość życia, wskaźniki zdrowia populacji

In order to differentiate among the health indices of the population and its representative groups a dichotomic division is applied with the use of selected parameters of human biological functions and epidemiological measures regarding direction, intensity and duration of selected health phenomena. Such indices can be positive or negative, of quantitative or qualitative character. The results of quantitative measurements, although their clinical impact and objectivity have remained intact, have lost the value of universal health determinants. In face of the changes in the dynamics of diseases and demographic challenges of the 21st century, the quality of life has become the parameter increasingly often described as a positive health measure, being a compilation of satisfaction with objectively and subjectively different aspects of human life.

**Key words:** quality of life, health indices of population

© Hygeia Public Health 2012, 47(4): 408-411

www.h-ph.pl

Nadstawo: 30.09.2012

Zakwalifikowano do druku: 18.11.2012

**Adres do korespondencji / Address for correspondence**

Dr n. med. Artur Ostrzyżek

Uniwersytet Jana Kochanowskiego w Kielcach Filia w Piotrkowie

Trybunalskim, Zakład Pedagogiki Terapeutycznej

ul. Słowackiego 114/118, 300 Piotrków Trybunalski

tel. 694 7777 00, e-mail: a.ostrzyzek@unipt.pl

### Problemy definicji zdrowia

Światowa Organizacja Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) definiując zdrowie w 1946 r. z pozycji wielowymiarowego dobrostanu, ukształtowała na wiele lat nowoczesną perspektywę zdrowia, a także wskazała kierunek eksploracji poszczególnych jego komponentów. Ta prosta i trafna zarazem definicja zdrowia, wciąż pozostaje dobrym punktem wyjścia do rozważań dotyczących problematyki zdrowia [1].

Broniąc tezy WHO o spójności „triady czynników zdrowia” należy stwierdzić, że struktura „dobrostanu” nie wymaga arbitralnej operacjonalizacji, a samo pojęcie mieści się w ramach pozasystemowych konstruktów fenomenologicznych. Podstawową i pozytywną konsekwencją nowego spojrzenia WHO na złożone uwarunkowania zdrowia było uwolnienie się od koncepcji akcentujących biomedyczny punkt widzenia i odniesienie do choroby oraz przyjęcie tezy, o dynamicznym charakterze związku zdrowia i życia człowieka.

W okresie ostatnich kilkunastu lat nowego stulecia formuła: „*state of complete physical, mental, and social well-being*” – stała się przedmiotem ponownej krytyki.

Przeciwnicy przekonują, że nie wytrzymała próby czasu, w szczególności gdy stan zdrowia człowieka opisywany jest już na poziomie komórkowym i molekularnym, a zakreślana przez WHO idealistyczna perspektywa pełni zdrowia może być co najwyżej zadaniem i celem do osiągnięcia, niż realnie dostępnym dla większości ludzi stanem rzeczy [2,3].

Pojawiają się głosy, że wymóg pełnego zdrowia nieświadomie przyczynia się do „medykalizacji społeczeństwa”, a nowe „warunki”, wcześniej niezdefiniowane jako problemy zdrowotne, napędzają przemysł farmaceutyczny i nowe technologie [4].

Zapis Konstytucji WHO w części dotyczącej istoty zdrowia należy jednak nierozdzielnie łączyć z kolejnym postanowieniem w Preambule stanowiącym, iż korzystanie z najwyższego, osiągalnego poziomu

zdrowia jest jednym z podstawowych praw każdej istoty ludzkiej. Wydaje się, że autorzy – postulując optymalny poziom dobrostanu – i tak zakładali możliwe nierówności w dostępie do „pełni zdrowia”, a z pozycji minionych lat od uchwalenia Konstytucji WHO za nadzwyczaj postępowy i wciąż aktualny należy uznać zapis o niezbywalnym dla człowieka prawie do zdrowia, usytuowanym współcześnie w konstytucjach narodowych wielu państw, obok kategorii podstawowych: wolności, równości i godności człowieka.

Warto w tym miejscu przywołać definicję zdrowia Marcina Kacprzaka z 1960 roku, która współbrzmi z definicją zdrowia WHO i jest jakby jej syntezą: „Zdrowiem nazywamy nie tylko brak choroby czy niedomagania, ale i dobre samopoczucie oraz taki stopień przystosowania się biologicznego i społecznego, jaki jest osiągalny dla danej jednostki w najkorzystniejszych warunkach”.

Postulaty jeszcze szerszego powiązania stanu zdrowia ze światem zewnętrznym zawiera, sformułowana przez francuskiego lekarza i filozofa Georges-a Canguilhema, definicja zdrowia, zgodnie z którą dodatkowym i koniecznym elementem każdej charakterystyki zdrowia, obok opisu indywidualnej zdolności przystosowania się do warunków zewnętrznych, powinny być dane płynące z całego świata ożywionego, a nawet z materii nieorganicznej [5].

Trudno kwestionować potrzebę poszerzenia katalogu determinantów zdrowia o miary obiektywne i subiektywne, stąd też prawdopodobnie doskonalenie definicji zdrowia, a także renesans definicji zdrowia Canguilhema.

Trudno również nie spostrzec, że obserwowana przemiana w podejściu do problemów zdrowia ma zasadniczo jakościowy charakter. Ma to szczególnie znacznie dla podmiotu identyfikującego i przeżywającego swoje zdrowie oraz ukształtowania jego potrzeb i kompetencji zdrowotnych.

Wyniki badań C. Herzlich wskazały na trzy istotne typy potoczego rozumienia zdrowia:

- zdrowie w próżni (*health in a vacuum*) – zdrowie to życie bez konieczności zwracania na nie uwagi, nieświadomienie sobie faktu istnienia zachowań zdrowotnych,
- zdrowie w sensie rezerwy (*reserve of health*) – zdrowie jako uświadamiany i rozpoznawany atrybut oraz kapitał podlegający indywidualnej ocenie,
- zdrowie jako równowaga (*health as equilibrium*) – zdrowie jest identyfikowane w kategoriach wysoko indywidualnej normy oraz pragnienia dążenia do szczęścia.

Zasadniczo wyniki tych badań są zgodne z pojmowaniem zdrowia na kontinuum a nie jako na różnych wymiarach, całkowicie odrębnych kategorii [6].

## Ocena stanu zdrowia populacji

Wśród wskaźników opisujących stan zdrowia populacji i jej reprezentatywnych grup, zazwyczaj stosujemy podział dychotomiczny oparty na ocenie wybranych parametrów funkcjonowania biologicznego człowieka oraz na miarach epidemiologicznych, uwzględniających kierunek, natężenie i czas trwania określonych zjawisk zdrowotnych. Wskaźniki te mają ilościowy lub jakościowy wymiar oraz pozytywny lub negatywny charakter.

Ocena epidemiologiczna stanu zdrowia zbiorowości powinna pozostawać w zgodzie z obowiązującą definicją zdrowia oraz uwzględniać możliwie liczne uwarunkowania zdrowia. W praktyce bywa to bardzo trudne, gdyż epidemiolog ogranicza się najczęściej do jednoznacznego różnicowania stanu zdrowia i choroby w kategoriach „normy” oraz podania zakresów ich zmienności. Określenie stanu zdrowia w epidemiologii sprowadza się zazwyczaj do faktycznego ustalenia stanu rzeczy: „choroba występuje” lub „brak choroby” [7].

Nie sposób kwestionować takiego podejścia, gdyż ma ono swoje uzasadnienie praktyczne wynikające z potrzeb opisu przebiegu chorób w oparciu o jednoznacznie zdefiniowane kryteria.

Pomiar epidemiologiczny, jakkolwiek obiektywny, klinicznie istotny i potrzebny skupia się na miernikach ilościowych, nie może więc mieć uniwersalnego zastosowania dla oceny uwarunkowań stanu zdrowia, szczególnie gdy ocena ta ma uwzględniać subiektywnie różnicowane sfery życia człowieka lub zawierać elementy prognozy stanu zdrowia.

W efekcie, współczesne zdrowotne standardy cywilizacyjne kształtowane są głównie w oparciu o jakościowe, nie zaś wyłącznie ilościowe kryteria [8].

Zdrowie, rozumiane jako pozytywna i odrębna od choroby kategoria, określana jest czasem mianem zdrowia pozytywnego i wiązana z potencjałem jakim dysponuje człowiek (rezerwą życiową) i jego jakością życia.

## Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia

Pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia HRQOL (*Health-Related Quality of Life*) wprowadzili do medycyny Schipper i wsp. w 1990 r., definiując je jako „funkcjonalny efekt choroby i leczenia subiektywnie lub obiektywnie odbierany przez pacjenta” [9].

Za najważniejsze obszary funkcjonowania osoby chorej uznaje się w takim podejściu:

- stan fizyczny i sprawność ruchową,
- stan psychiczny,
- sytuację społeczną i warunki ekonomiczne,
- doznania somatyczne.

HRQOL jest źródłem szeregu danych dotyczących chorego i jego funkcjonowania w aspekcie przeżywanego choroby oraz oceny jej wpływu na poziom życiowej satysfakcji.

W szczególności umożliwia badanie jakości życia poszczególnych pacjentów lub grup chorych pod kątem efektywności stosowanych leków oraz skuteczności interwencji i programów terapeutycznych. Badając jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia uzyskujemy dane pozwalające ocenić ogólny poziom subiektywnego zadowolenia ze stanu zdrowia chorego, identyfikując przy tym udział poszczególnych kategorii sprawczych (domen) i ich wpływ na kształtowanie ogólnej jakości życia.

Wyniki wielu badań jakości życia, szczególnie w populacji osób w starszym wieku, potwierdzają najwyższą pozycję rangową zdrowia dla modelowania ogólnego poziomu dobrostanu. Czasem subiektywne niezadowolenie ze stanu zdrowia jest w istocie mijaniem się oceny chorego z oceną kliniczną. Bywa też, że obiektywne niezadowolenie ze stanu zdrowia bezpośrednio nie przekłada się na niski poziom odczuwanej jakości życia. Sytuacja taka jest jednak raczej wyjątkiem od reguły, niż potwierdzeniem prawidłowości w tym zakresie.

### Pozytywne mierniki zdrowia a jakość życia

Do stosowanych w praktyce – „pozytywnie” ukształtowanych miar oceny jakości życia pozostającej w bezpośrednim związku ze stanem zdrowia – należą:

- przeciętna oczekiwana długość życia (LE – *Life Expectancy*),
- oczekiwana długość życia w zdrowiu (HALE – *Health Adjusted Life Expectancy*),
- potencjalnie utracone lata przeżyte w dobrym zdrowiu (DALY – *Disability Adjusted Life Years*),
- oczekiwana długość życia bez niepełnosprawności (DFLE – *Disability-Free Life Expectancy*),
- równoważnik lat życia przeżytych w zdrowiu (HYE – *Healthy Years Equivalent*)
- oczekiwana liczba lat życia dobrego jakościowo (QALY – *Quality-Adjusted Life Years*) [10].

O ile parametr przeciętnego dalszego trwania życia ludzkiego ontogenetycznie nie stracił na znaczeniu, a w epidemiologicznym ujęciu wciąż zachowuje swoją kliniczną istotność, o tyle w obszarze zdrowia publicznego coraz powszechniej wykorzystuje się te wskaźniki stanu zdrowia populacji, dla których pod-

stawową kategorią i punktem odniesienia jest wolne od dysfunkcji i niepełnosprawności, dobre jakościowo życie.

W okresie kilku minionych dekad, szczególnie HALE, DALY i QALY uzyskały status syntetycznych wskaźników zdrowia.

Wydaje się, że w grupie czynników „*close to health*”, najbardziej dynamicznie rozwijającym się i coraz powszechniej opisywanym z pozycji pozytywnych miar zdrowia jest jakość życia. Przesądza o tym kilka powodów:

- Jakość życia jest indywidualną i autonomiczną komponentą pozycji życiowej jednostki i zwykle jest identyfikowana z ogólną satysfakcją z życia. W takim aspekcie ma dodatnią korelację zarówno materialną jak i funkcjonalną ze zdrowiem i jego uwarunkowaniami.
- Można zaryzykować stwierdzenie, że jakość życia – będąca kompilacją zadowolenia i satysfakcji z różnych obiektywnie i subiektywnie ważnych sfer życia człowieka – jest syntetycznym parametrem „komfortu życiowego jednostki”.
- W praktyce klinicznej ocena jakości życia umożliwia uzyskanie wglądu w ocenę stanu zdrowia dokonaną bezpośrednio przez chorego, pozwala na zweryfikowanie istotnych pomiarów i wyników badań, a także sprzyja aktywnemu włączeniu pacjenta w proces leczenia i rehabilitacji.
- Gdy przyjmimy założenie, że jakość życia jest swoistym substratem „rezerwy zdrowia pozytywnego”, to okaże się, że nawet w czasie gdy samo trwanie życia jest jedynym elementem jego jakości, posiada ono pozytywny walor.

W literaturze przedmiotu podkreśla się, że precyzyjne określenie mierników zdrowia pozytywnego nie jest łatwe pomimo powszechnie panującej zgodności co do potrzeby ich uporządkowania, a nawet nowego zdefiniowania podstawowych kwestii w tym zakresie [11, 12].

Należy sądzić, że prowadzone w przyszłości badania uwarunkowań stanu zdrowia, będą dodatkowo uwzględniać problemy pomiaru jakości życia rozpoznawanej jako pozytywny wskaźnik zdrowia. Umożliwić to może lepsze monitorowanie istotnych wskaźników zdrowia z punktu widzenia jego profilaktyki i promocji, co pozwoli na uzyskanie szerszego wglądu w sytuację zdrowotną populacji.

**Piśmiennictwo / References**

1. Constitution of the World Health Organization. *AMJ Publ Health Nations Health* 1946, 36(11): 1315-1323.
2. What is health? The ability to adapt. Editorial. *Lancet* 2009, 373: 781.
3. Greaves D. The obsessive pursuit of health and happiness. *BMJ* 2000, 321(7276): 1576.
4. Huber M, Knottnerus JA, Green L, et al. How should we define health? *BMJ* 2011, 343(4163): 235-237.
5. Canguilhem G. *Writings on Medicine*. Fordham University Press, 2012.
6. Herzlich C. *Health and illness. A social psychological analysis*. Academic Press, London 1973.
7. Miller M, Gębska-Kuczerowska A. Epidemiologia – metoda pomiaru stanu zdrowia zbiorowości. *Post Nauk Med* 2009, 4: 290-297.
8. Ostrzyżek A, Marcinkowski JT. Wymiary jakości życia w podeszłym wieku. *Probl Hig Epidemiol* 2009, 90(4): 465-469.
9. Schipper H. Quality of life: Principles of the clinical paradigm. *J Psychosoc Oncol* 1990, 8(23): 171-185.
10. Hyder AA, Morrow RH. Measures of Health and Disease in Populations [in:] *International Public Health. Diseases, Programs, Systems, and Policies*. Merson MH, Black RE. Jones & Bartlett, Sudbury 2006: 1-38.
11. Karski JB, Duda-Zalewska A, Bruśk I. Poczucie zdrowia pozytywnego i świadomość jego potencjału. *Zdr Publ* 2007, 117(3): 308-313.
12. Mc Horney CA. Health status assessment methods for adults: past accomplishments and future challenges. *Ann Rev Publ Health* 1999, 20: 309-35.