

Agata Woźniak-Krakowian
Dorota Ortenburger
Akademia im. J. Długosza w Częstochowie

Zdrowie jako wymiar jakości życia

Wstęp

W artykule przedstawiono próbę pokazania udziału czynnika zdrowia jako składnika jakości życia. Skupiono się na pojęciu zdrowia w relacji do jakości życia, starając się nie ograniczać się do ujęcia tradycyjnego, klinicznego rozumienia go jako braku objawów choroby. Przyjęto, że oceniane jako dobre zdrowie fizyczne i psychiczne jest krytyczne dla dobrostanu jednostki (Turner Helms 1999, s. 557). Jako dopełnienie przytoczono wybrane dane epidemiologiczne o zachorowaniach i utracie zdrowia w wyniku czynników cywilizacyjnych.

Jakość życia a zdrowie

W przyjętym tu rozumieniu jakość życia odnosi się do rezultatów wewnętrznych procesów wartościowania różnych sfer życia — w tym własnego zdrowia — i życia jako całości (Sęk 1993). Zdrowie i jego ocena w relacji do innych wartości i celów życiowych pełni odmienną rolę niż świadomość zdrowia i znaczenie jego wagi dla jakości życia. Przemawiają za tym badania, które wskazują, że zdrowie należy traktować bardziej jako wartość instrumentalną (czemuś służącą: pracy, zdobywaniu dochodów, wychowaniu dzieci itp.) niż wartość autoteliczną (Woźniak-Krakowian, 2000).

W świetle literatury zasadne jest przyjęcie, że najistotniejsze obiektywnie istniejące wskaźniki jakości życia odnoszą się do zdrowia, małżeństwa i rodziny, płci, poziomu zaspokajania potrzeb materialnych, warunków bytowych: poziomu życia oraz pracy

Obecnie, we współczesnym rozumieniu zdrowia badacze w różnym stopniu odwołują się do poszczególnych modeli: w tym modelu medycznego, biopsychospołecznego, a ostatnio również ujęcia salutogenetycznego, w którym istotną rolę pełni duchowy wymiar zdrowia. Dostrzegane obecnie różnorodne jego aspekty w różnym zakresie stanowią o obiektywnych warunkach i indywidualnym, subiektywnym wartościowaniu zdrowia. Badacze

tej problematyki wskazują, że obiektywne warunki poziomu życia nie są jedynym wyznacznikiem poczucia jakości życia. (por. Diener 1984). Nie są tym samym także jednoznacznym predyktorem poczucia jakości życia. Związane jest to między innymi ze znanym w psychologii „dylematem niezadowolenia”, polegającym na odczuwaniu niskiej jakości życia przez ludzi wbrew korzystnym warunkom życia, lub „paradoksem zadowolenia”, związanym z wystąpieniem u ludzi wysokiego poczucia jakości życia, mimo że człowiek przebywa w niekorzystnych warunkach.

Zdrowie zdaniem niektórych badaczy, w tym socjologów, psychologów, jest określane zarówno obiektywnie, jak i subiektywnie, jako: świadomość zdrowia oraz jego poczucie. Przykładowo, definicja zdrowia w ujęciu socjoekologicznym mówi, że zdrowie to umiejętność adaptacji do zmieniających się warunków. Warto zauważyć, że często spotykane subiektywne, metaforyczne określenia zdrowia są związane z cenionymi wartościami. W ujęciu Sęk (1993) zdrowie jest widocznie częściej traktowane jako wartość instrumentalna niż ostateczna; służy do realizacji cenionych wartości podobnie jak inteligencja i kompetencje — pozostaje więc niejako w tle. Interesujące, że ludzie stawiają zdrowie na jednym z czołowych miejsc w swej hierarchii wartości, ale ma to raczej charakter deklaracyjny, ponieważ jednocześnie odczuwają mniejsze zadowolenie z jego posiadania niż z innych sfer życia, np. z życia rodzinnego, małżeństwa, przyjaciół, warunków finansowych. Wydaje się, że różna jest natura świadomości zdrowia i znaczenie jego wagi dla jakości życia. Inną zaś funkcję pełni ocena zdrowia w relacji do innych wartości i celów życiowych.

W literaturze podkreślany jest fakt wieloznaczności zarówno w ocenie zdrowia, jak i jego rozumieniu. Badacze przytaczają dane informujące o pewnych sprzecznościach. W rezultatach badań Campbella i in. (1976), potwierdzonych przez Czapińskiego (1992), okazuje się, że ludzie stawiają zdrowie na jednym z pierwszych miejsc określających źródła jakości życia. Uważają również, że człowiek określający siebie jako szczęśliwy ma poczucie dobrego zdrowia (Sęk, 1993). Paradoks zadowolenia powstaje wówczas, gdy ludzie określają zdrowie jako proces stałego równoważenia zasobów zdrowia z zagrożeniami. Wówczas w sytuacji krytycznej i długotrwałej choroby ludzie tacy mają wysokie poczucie jakości życia, bowiem dzięki zastosowaniu adekwatnych sposobów radzenia sobie np. w czasie choroby przekształcają strukturę życia i czerpią zadowolenie z innych niż dotychczas sfer życia (Sęk, 1993, s. 115).

Uniwersalne znaczenie wydaje się tu mieć perspektywa temporalna. Ludzie dokonują oceny własnego zdrowia ze względu na jakość życia: bieżącego, przeszłego i przyszłego. Łączy się to z ewaluacją warunków życia, także dokonywaną z uwzględnieniem perspektywy temporalnej. Warunki życia można podzielić na korzystne i niekorzystne dla człowieka, co implikuje ocenę jakości życia: pozytywną i negatywną. Kombinację obiektywnych i subiektywnych aspektów określania jakości życia przedstawiona w tabeli 1.

Tabela 1. Obiektywny i subiektywny aspekt określania jakości życia

Obiektywne warunki życia	Subiektywna ocena jakości życia	
	Pozytywna	Negatywna
Korzystne	A. Zadowolenie uzasadnione	A. Dylemat niezadowolenia
Niekorzystne	B. Paradoks zadowolenia	B. Niezadowolenia uzasadnione

Relacja między zdrowiem a jakością życia jest złożona, o czym świadczą wyniki analiz. Istnieją dane empiryczne pokazujące, że nie tylko jakość życia zależy od zdrowia, ale że również w oczywisty sposób zdrowie jest w dużej mierze uwarunkowane jakością życia. Trzeba podkreślić znaczenie, jakie miał Raport Lalonda dla zrozumienia roli, jaką pełni styl życia dla zdrowia społeczeństw. Wskazano w nim na cztery grupy czynników wpływających na zdrowie. Są to czynniki genetyczne, czynniki środowiska zewnętrznego, czynniki związane ze stylem życia, efekty związane z działalnością służb medycznych. Na zdrowie w 50% ma wpływ styl życia, w 20% środowisko fizyczne i społeczne, w 20% czynniki genetyczne, w 10% służba zdrowia.

Styl życia w literaturze przedmiotu jest kategorią pojęciową różnie określaną i interpretowaną. Według B. Wojnarowskiej to zespół postaw, zachowań i ogólna filozofia życia jednostki lub grupy. Zależy od środowiska, norm społecznych i kulturowych, w których żyje człowiek, od społeczności, do której należy (lub z którą się identyfikuje), a także od osobistych przekonań, systemów wartości, postaw, ogólnej ekonomii, polityki i organizacji struktury społeczeństwa (Wojnarowska 2000). Oprócz szeroko rozumianego środowiska elementem współtworzącym styl życia są zachowania zdrowotne człowieka, wśród których wymieniane są sprzyjające zdrowiu (np. odpowiednia aktywność fizyczna, racjonalne żywienie, higiena ciała i otoczenia, zachowania bezpieczeństwa) oraz zachowania zdrowotne ryzykowne dla zdrowia (np. palenie tytoniu, nadużywanie alkoholu, używanie środków psychoaktywnych). Z perspektywy jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia wydaje się optymistyczny fakt, że zarówno zachowania zdrowotne, jak i styl życia, należą do najważniejszych czynników, które dają się kontrolować i modyfikować.

Raport Lalonda stał się więc jednym ze źródeł inspiracji w nowym spojrzeniu na zdrowie publiczne oraz na edukację, a szczególnie na wychowanie w świadomości zdrowia. Istotne jest tu oddziaływanie dorosłych na zdrowie i dbanie o zrównoważony rozwój dzieci. Działanie to powinno skupiać się na kształtowaniu właściwego stylu życia, wprowadzaniu pozytywnych zmian środowiska fizycznego i społecznego oraz niwelować skutki trudnych warunków i wpływu niewłaściwych czynników zewnętrznych.

Zgodnie z przywoływanym raportem ważna jest jakość usług medycznych, przez którą rozumie się zaspokojenie lub przekroczenie oczekiwań pacjenta, spełnienie standardów i stopień osiągania (realizacji) założonych celów. Z punktu widzenia zadań klinicznych owa „jakość” to stopień, w jakim proces opieki podwyższa prawdopodobieństwo uzyskania pomyślnego wyniku zdrowotnego u pacjenta. Ze strony pacjenta — to stopień zaspokojenia potrzeb i wyniku klinicznego (poprawa samopoczucia) także w sferze wygód, komunikacji z personelem i otoczeniem. „Jakość” to również stopień dostępności do świadczeń dla mieszkańców, a udzielane świadczenia zdrowotne powinny być godne zaufania.

Jednym z wskazywanych w literaturze problemów z określeniem kryteriów jakości życia jest nadawanie temu pojęciu bardzo szerokie znaczenie. Ciągłe nie ma precyzyjnych kryteriów umożliwiających jednoznaczne odróżnienie obiektywnych wymiarów poczucia jakości życia, które można porównywać na dużych populacjach (od samopoczucia ludzi i ocen własnego życia) (Kowalik, 1995). Pewną formą odpowiedzi są propozycje, by predyktorami jakości życia określić sytuacje (wybrane), w których przebywa człowiek albo też jego cechy osobowości dotyczące stosunku do własnego życia. Ogólnie można przyjąć, że pojęcie jakości życia obejmuje nie tylko zewnętrzne warunki ekonomiczne i społeczne,

ale i stany przeżyciowe człowieka, dobrostan psychiczny, a także mechanizmy radzenia sobie ze stresem, istotne są wskaźniki umożliwiające porównanie standardów osiągniętych w różnych sferach życia. Dlatego często przedmiotem badań są cechy sposobu, poziomu, stanu życia, które przejawiają się w masowej konsumpcji dóbr materialnych, alternatywnych sposobach życia zorientowanych nie na wartości stricte materialne, ale na samorealizację, poczucie tożsamości, intymność, godność ludzką (Sufin 1988). Jakość życia to, jak wiadomo, nie to samo co poczucie jakości życia, a rozróżnienie to opiera się na Campbella refleksyjnej ocenie różnych sfer życia (Derbis, 2000). Stąd mówi się jednocześnie na przykład o poczuciu lęku i lęku, poczuciu frustracji i frustracji, poczuciu kontroli i kontroli, więc nacisk kładziony jest na sferę przeżyciowo-doświadczeniową procesów regulacyjnych człowieka (Kowalik, 2000). Z wymiarami obiektywnymi mają związek wskaźniki subiektywne, które są opiniami ludzi na temat własnego życia. Istotną trudność stanowi określenie powiązań między cząstkowymi wskaźnikami globalnej jakości życia oraz wyjaśnienie zależności pomiędzy obiektywnymi i subiektywnymi wskaźnikami jakości życia. Wobec tego nie może dziwić wielość cząstkowych często różnych wskaźników.

Pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia

Semantycznym wyrazem związku między pojęciem jakości życia a zdrowiem jest pojęcie jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia Schipper (1990). Termin (ang.) Health Related Quality of Life (HRQOL) w polskiej literaturze przedmiotu funkcjonuje jako: jakość życia zależna od zdrowia, jakość życia związana ze stanem zdrowia i jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia. Najistotniejszą rolę pełni tu spostrzegany przez pacjenta wpływ stanu zdrowia, ewentualnie choroby oraz jej przebiegu i leczenia, na funkcjonowanie i ogólne poczucie satysfakcji życiowej.

Jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia dotyczy dużej mierze dokonywanej przez jednostkę oceny jego aktualnego stanu funkcjonowania i poczucia zadowolenia w odniesieniu do przyjętej przez niego sytuacji idealnej (Cella i Tulskey, 1992). Pojmowana w ten sposób jakość życia jest jednym z najbardziej istotnych elementów opisujących stan zdrowia, w którym uwzględnia się subiektywną perspektywę choroby i podmiotowy charakter relacji między personelem medycznym a pacjentem.

Gotay, McCabe, Moor określają jakość życia uwarunkowaną stanem zdrowia jako stan dobrego samopoczucia, składającego się z dwu elementów: zdolności radzenia sobie z codziennymi zadaniami, co odzwierciedla dobre samopoczucie człowieka w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej, oraz satysfakcji z jego funkcjonowania we wszystkich obszarach, a także kontroli nad chorobą i/lub objawami związanymi z zastosowaną metodą leczenia (1992, za: Kiebert, 1997).

W modelu jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia przedstawionym przez Kuchlera rozważa się trzy czynniki: system odniesienia (ang. *reference*), charakterystykę czasową (ang. *time*) oraz doświadczenie (ang. *experience*). Każdy z czynników wpływa na indywidualną ocenę jakości życia pacjenta w danym momencie. Jakość życia w tym modelu jest więc wielowymiarowym konstruktem uwzględniającym subiektywną ocenę doświadczeń psychologicznych, somatycznych i społecznych w określonym czasie (Kuchler i Albrechts, 1995).

Zdrowie publiczne a paradoks zadowolenia i niezadowolenia z własnego zdrowia w kontekście wybranych teoretycznych modeli zdrowia

Niejednokrotnie nie są ostre rozróżnienia między zdrowiem rozumianym jako zdrowie prywatne i jako zdrowie publiczne, szczególnie w obrębie wielowymiarowych holistycznych modeli zdrowia.

Zdrowie można ujmować w ramach teoretycznych i biomedycznych jako stan braku zakłóceń w funkcjach biologicznych organizmu, holistyczno-funkcjonalnej jako wzajemna relacja, jaka zachodzi między człowiekiem a jego otoczeniem, będąca zarazem procesem zapewniającym dynamiczną homeostazę (Antonowsky, 1987).

W psychologii gorącej ludzie, określając własne zdrowie, różnie je definiują. Przykładowo, zgodnie z modelem biomedycznym jako brak objawów choroby. Subiektywne odczucia i rzutują na obiektywne pomiary zdrowotnych determinant jakości życia. Z jednej strony zdrowie traktowane bywa jako potencjał zdrowotny, rezerw sił i energii życiowej. Stąd zdrowie przyjmuje obiektywny wymiar jakości życia. Z drugim ujęciu patrzymy na zdrowie jako na wynik równoważenia zasobów i zagrożeń, a więc poczucia dobrostanu biologicznego, psychologicznego czy społecznego. Odpowiada to subiektywnej jakości życia (por. H. Sęk, 1993; Antonowsky, 1987 i inni). W tym kontekście staje się oczywisty fakt, że centralnie zdrowie związane jest subiektywnym poczuciem zadowolenia lub niezadowolenia z życia (well being), będąc jednym z wymiarów jakości życia. Dotyczy parcjalej oceny, z jednej sfery co trafnie określił W. Tatarkiewicz (1979), iż „zdrowie jest warunkiem szczęścia istotnym, choć nie jedynym” (s. 218).

Sytuacja zdrowotna ludzi w Polsce nie jest jednoznacznie oceniana. Subiektywne i obiektywne kryteria oceny często wykazują rozbieżność. W naszym kraju pewnego typu normą stało się narzekanie na zdrowie. Jest ono jednak jedną z najbardziej cenionych i ważnych sfer życia

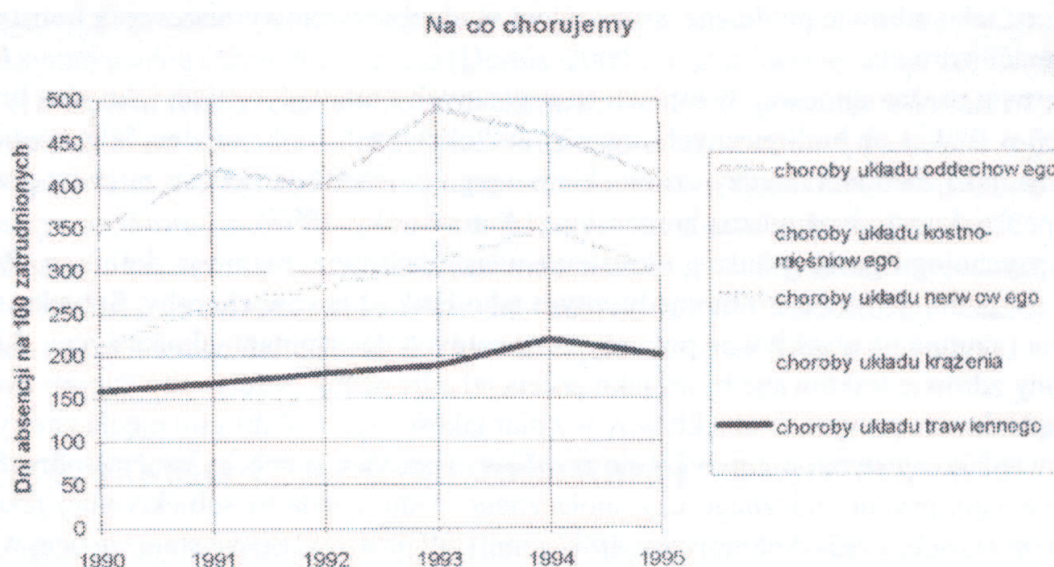
Obiektywnie w pewnych dziedzinach następuje poprawa, co znajduje m.in. odbicie we wzroście przeciętnej długości życia, spadku umieralności niemowląt czy umieralności z powodu chorób krążenia. Jednocześnie wzrasta umieralność z powodu nowotworów, spustoszenie sieje wzrosła w ostatnich latach liczba wypadków drogowych wraz z ich negatywnymi następstwami w postaci trwałych urazów. Jako społeczeństwo starzejące się i poddawane silnym stresom okresu transformacji na niektóre choroby chorujemy częściej, ale też i częściej zwracamy uwagę na swój stan zdrowia (por. Kopczyński, Halik, 1997). Obecnie największy udział w kształtowaniu obrazu zdrowotnego w Polsce mają choroby układu krążenia, nowotwory złośliwe oraz urazy (wypadki) i zatrucia. Jednak od 1994 roku następuje spadek chorób o podłożu miażdżycowym.

Zdrowie publiczne w powiązaniu z aktywnością zawodową jest przedmiotem zainteresowania Instytutu Medycyny Pracy. Najczęstszymi przyczynami absencji chorobowej w Polsce wg Instytutu Medycyny Pracy są wśród mężczyzn: choroby układu oddechowego (22%), choroby układu kostnomięśniowego (18%), choroby układu nerwowego i narządów zmysłów (16,7%), choroby układu krążenia (15%), choroby układu trawiennego (11%). Kobiety najczęściej korzystają ze zwolnień lekarskich z powodu: chorób narządów płciowych, powikłania ciąży, poronienia (21%), chorób układu oddechowego (18,4%), chorób układu kostnomięśniowego (14,5%), chorób układu trawiennego (11%), chorób

układu nerwowego i zmysłów (10,5%) (na podstawie danych Instytutu Medycyny Pracy 2000).

Dokładne dane liczbowe przedstawia wykres 1. Na co chorujemy.

Wykres 1



Źródło: Instytut Medycyny Pracy

Przyczyn niezadowolającego stanu zdrowia jest wiele, istotną rolę odgrywa brak świadomości zdrowotnej i zdrowego stylu życia (por. J. Heszen-Klemens, 1992). Przejawia się ona w wzrastającej liczbie osób palących papierosy, alkoholizmie Polaków, braku aktywności fizycznej, braku skutecznej profilaktyki.

W badaniach nad poczuciem jakości życia mamy do czynienia z paradoksem zadowolenia i niezadowolenia z własnego zdrowia. Najbardziej widoczne jest to w przypadku służby zdrowia¹ (lekarzy), terapeutów, pracowników socjalnych. Ma to również związek z obawami badanych. Pracownicy służby zdrowia najczęściej obawiają się utraty zdrowia. Wyniki takie otrzymano w badaniach nad dobrostanem wybranych grup zawodowych. W ich świetle nauczyciele są niezadowoleni ze swego zdrowia, co jest logiczne w porównaniu z wynikami uzyskanymi w teście STAI, które mówią iż nauczyciele ze wszystkich badanych grup wykazują największy poziom lęku jako stanu (aktualnego), a także lęku cechy dyspozycji. Obawa o zdrowie może być współzmienna z podwyższonym poziomem lęku rozumianym jako uogólniona cecha, która prawdopodobnie przejawia się to zaniepokojeniem również o swój stan zdrowia (A. Woźniak-Krakowian 2000).

Ocena własnego zdrowia i zadowolenia z niego u ludzi odbywa się w dalszym ciągu w myśl fraszki J. Kochanowskiego: „Szlachetne zdrowie [...] tako smakujesz, aż się zepsujesz”.

Wielu badaczy problematyki zdrowia publicznego podkreśla, że aktualnie brakuje miarodajnych informacji na temat zachorowań i najczęściej występujących chorób wśród

¹Według A. Kępińskiego, najczęściej w wśród lekarzy występują nasilone obawy o własne zdrowie (1992).

badanej populacji w ostatnich latach, bowiem nie docenia się socjologicznych badań min. nad absencją chorobową. Interpretować je można wyłącznie w dłuższych okresach czasu. Nie znajdują się w takim rejestrze osoby potocznie określane jako pracoholicy. Wiele z tych osób, nie zwracając uwagi na stan swojego zdrowia i złe samopoczucie, mimo tzw. obiektywnych symptomów chorobowych określa swe zdrowie jako dobre. W takich przypadkach poczucie jakości życia wydaje się bardziej zależeć od pełni aktywności zawodowej niż ostrzegawczych sygnałów biologicznych.

Badania socjologiczne pokazują, że respondenci odczuwają zdrowie jako brak objawów chorobowych, wpływający na zdecydowanie na ich jakość życia. Zdrowie jest jednym z wymiarów jakości życia, jest zależne od zadowolenia z życia i różnych postaci optymizmu (por. H. Sęk, 1993). Jest to związek obustronny, bowiem wysokie poczucie jakości życia wpływa na zmaganie się z chorobą, a lepsze zdrowie (wyższy jego poziom) wpływa na zasoby warunkujące subiektywne poczucie jakości życia.

Refleksje końcowe

Biorąc pod uwagę doniesienia w literaturze, może powiedzieć, że nadal trwa dyskusja badaczy zakresu różnych dyscyplin nad pojęciami zdrowia oraz jakości życia oraz ich relacją. Krytycznej analizy wymagają treściowe i formalne aspekty tych pojęć.

Z uwagi na ramy artykułu zrezygnowano z próby przedstawiania systematycznej analizy złożonych pojęć zdrowia i jakości życia. Wielu badaczy podkreśla, że są to zjawiska niezmiernie złożone ze względu na rolę aspektów biomedycznych, kulturowo-społecznych ekonomicznych, psychologicznych

W świetle współczesnej wiedzy problem obustronnej zależności między jakością życia a zdrowiem wyrażony w Raporcie Lalonda nie stracił nic ze swojej aktualności, a wynikające z niego przesłanie — jako psychologowie — odczytujemy w psychologii zdrowia. Badania psychologiczne i socjologiczne pokazują, że jest to związek obustronny, ujawniający się w różnych okolicznościach życiowych, w tym kryzysowych, ponieważ wysokie poczucie jakości życia wpływa na skuteczniejsze zmaganie się z chorobą, a lepszy stan zdrowia wpływa na zasoby warunkujące subiektywne poczucie jakości życia.

Jakość życia i jej wymiary związane są z możliwością realizacji własnych satysfakcjonujących celów, czerpaniem zadowolenia z życia. Stąd kategoria jakości życia — w rozumieniu psychologicznym — niezbywalnie odnosi się do: świata wartości, jego charakteru i hierarchii, przeżyć uczuciowych, problemów bycia za sobą i akceptacji siebie. Powoduje to wyraźne implikacje dla poczucia jakości życia, bowiem samodzielny wybór i skuteczna realizacja głównych celów życiowych decyduje o jakości życia. Kategoria ta odnosi się do subiektywnej oceny przebiegu własnego życia i wydaje się aktualna w każdej perspektywie temporalnej. Określają ją treści przeżyć psychicznych, które odnoszą się do codziennego doświadczenia otaczającej rzeczywistości. Tak rozumianą jakość życia można metodą ekstrapolacji przenosić na różne pola życiowej aktywności człowieka, dotyczące między innymi zdrowia, rodziny, małżeństwa, pracy, życia religijnego itp. Nieodłączną częścią będą tu sądy, przekonania, odczucia, przeżycia, czyli wszystkie subiektywne stany psychiczne dotyczące własnego zdrowia.

Bibliografia

- Antonowsky A. (1987), *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*. San Francisco.
- Campbell A. (1976), *Subjective measures of well-being*. American Psychologist, 31.
- Czapiński J. (1992), *Psychologia szczęścia*. Warszawa.
- Cella D.F., Tulsky D.S. (1992), *Measuring quality of life today: methodological aspects*. Oncology, 4, 29 – 38
- Derbis R. (2000), *Doświadczenie codzienności. Poczucie jakości życia, swoboda działania, odpowiedzialność. Wartości osób bezrobotnych*. WSP, Częstochowa.
- Diener E. (1984), *Subjective well-being*. Psychological Bulletin, 95, 542 – 575.
- Heszen-Klemens I. (1983), *Psychologia medyczna. Główne kierunki badań*. Uniwersytet Śląski, Katowice.
- Kępiński A. (1992), *Rytm życia*. Kraków.
- Kiebert G. (1997), *Jakość życia jako rezultat badań klinicznych w onkologii*. W: J. Meyza (red.) *Jakość życia w chorobie nowotworowej* (s. 43 – 57). Warszawa: Centrum Onkologii Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie.
- Kopczyński J., Halik J. (1997), *Zdrowie ludności i jego ochrona*. W: A. Rajkiewicz (red.), *Spółeczeństwo polskie w latach 1989 – 1996*. Warszawa.
- Kowalik S. (1995), *Pomiar jakości życia — kontrowersje teoretyczne*. W: A. Bańka, R. Derbis (red.), *Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo i bezrobotnych*. Poznań – Częstochowa.
- Kowalik S. (2000), *Jakość życia psychicznego*. W: R. Derbis (red.), *Jakość rozwoju a jakość życia*. Częstochowa.
- Kuchler T., Albrechts Ch. (1995), *Quality of life research in oncology*. W: I. Guggenmoos Holtzmann, K. Bloomfield i U. Flick (red.), *Quality of life and health: concepts, methods and applications* (s. 89-98). Berlin: Blackwell Wissenschafts-Verlag.
- Schipper H. (1990), *Quality of life: principles of the clinical paradigm*. Journal of Psychological Oncology, 8 (23), 171 – 185, 2
- Sęk H. (1993), *Jakość życia a zdrowie*. Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny.
- Sufin Z. (1988), *Tendencje w sposobie życia — uwarunkowania obiektywne i subiektywne*. Studia Socjologiczne, 2.
- Tatarkiewicz W. (1979), *O szczęściu*. Warszawa.
- Turner J., Helms D. (1999), *Rozwój człowieka*. WSiP S.A., Warszawa.
- Wojnarowska B. (red.) (2000), *Zdrowie i szkoła*. Warszawa.
- Woźniak-Krakowian A. (2000), *Jakość życia nauczycieli*. W: B. Pawlica, M.S. Szczepański, I. Wagner (red.), *Polska szkoła: szkoła i system edukacji w procesie przemian*. Częstochowa – Katowice.