

## Koncepti kvalitete života

Stjepan Orešković

Medicinski fakultet, Zagreb

### Sažetak

U radu se analiziraju značenja pojma »kvaliteta života«. Koncepti svetosti života, kvalitete i socijalne upotrebljivosti života nisu apstraktni idealni tipovi. Postmoderno poimanje kvalitete života socijalno je izraženo kroz fitness pokret, a u medicini kroz koncept »dobrog života«. Pošto kriteriji za mjerenje kvalitete života u zdravstvenoj zaštiti nisu uspostavljeni, u radu je dano nekoliko mogućih definicija i koncepata, kao što su:

- shvaćanje kvalitete života kao ispunjenja ciljeva;
- kvaliteta života koja je izjednačena s osobnom socijalnom identifikacijom;
- koncept tzv. racionalnog čovjeka;
- individualistička gledišta.

Također su analizirane različite skale za mjerenje kvalitete života (Kornfieldova, Katzova, Weinsteinova, Lehmanova, Spitzerova, Lawtovova skala) te njihova primjena u istraživanjima.

Na konkretnim primjerima pokazano je kako liječnici–profesionalci reteriraju od koncepta svetosti života prema ideji kvalitete života kada se nalaze u situaciji dnevne njege (tretman bolesnika kojima je ugrađen by–pass, kemoterapija kod bolesnika oboljelih od raka pluća, bolesnici u terminalnim stanjima itd.).

**Ključne riječi:** kvaliteta života, mjerenje kvalitete života, zdravstvena zaštita

## 1. UVOD

### 1.1 Kvaliteta života – nova socijalna i znanstvena paradigma

Početkom osmog desetljeća ovoga stoljeća u svim se znanostima – od ekonomije preko ekologije do epidemiologije – počela dovoditi u pitanje nekoliko stoljeća stara paradigma napretka shvaćenog kao rast (Kirn, 1991). Na socijalnom planu ta se promjena očitovala kroz narastanje »pokreta socijalnih indikatora« (*social indicators movement*). U početku su različite marginalne i alternativne ekološke, mirovne, duhovne i zdravstvene socijalne skupine počele zastupati ideju kvalitete života. Ona se ubrzo »preselila« u znanosti o radu, jeziku i životu.

Što je sadržaj pojma »kvaliteta života«?

Odgovor na to pitanje jednako je težak kao i onaj na pitanja: što je to svetost života; što je to socijalna ili biološka održivost (sposobnost za autoreprodukciju) života (Orešković, 1991)? U liječničkoj praksi, od genetskih eksperimenata do ginekoloških intervencija, nastaju situacije u kojima se liječnici moraju odlučivati koji je život kvalitetan a koji nije, koji je socijalno i biološki održiv a koji ne, i sve to na osnovi kriterija oko kojih još uvijek ne postoji znanstveni konsenzus (Fulford, 1989).

Nakon što su objavljene analize kvalitete života kronično oboljelih bolesnika situacija je tek donekle jasnija (Katz, 1979). Mjerenja, međutim, i dalje veoma variraju, »jednako u teorijskoj osnovi kao i u metodološkoj sofistifikaciji. Zbog toga postoji potreba da se ojača definicija kvalitete života u konceptualnim i empirijskim pojmovima« (Lawton, 1987).

Brojni autori upozoravaju na teškoće pri definiranju pojma »kvaliteta života« – jedni ističu **objektivnost** i **mjerljivost**, a drugi pak **subjektivnost** i **nemjerljivost**. Svakako je jedna od osnovnih poteškoća u tome što objašnjenje nastanka i održanja života još uvijek nije konzistentno znanstveno utemeljeno.

Pristup problemu kvalitete života u sociološkoj literaturi mogli bismo podijeliti u dvije skupine koje se podudaraju s dvama vremenskim razdobljima. Prvu i poznatiju skupinu čine oni pristupi koji kvalitetu života ispituju samo kod bolesnih osoba; bave se, dakle, utjecajem bolesti na kvalitetu života. Ti pristupi posljedica su utjecaja sustava vrijednosti na kojem je nastala zapadna medicina, a prema kojem se bolest nalazi u središtu medicinskog interesa. Zbog toga se u medicini i zdravstvenoj zaštiti najčešće mjeri kvaliteta života ljudi koji se već nalaze u stanjima koje zapadna medicina označava kao *sickness* (slabost), *illness* (boležljivost) i *disease* (bolest).

Tek od početka devedesetih godina počinju se razvijati i pristupi mjerenju kvalitete života »zdravih ljudi« – neoboljelih, dakle u rasponu od zdravlja do bolesti. Bitan utjecaj na razvoj takvih pristupa imala je konferencija u Alma Ati 1978. godine, kada je ideja o kvaliteti života prvi puta dobila značajno mjesto u dokumentima WHO-a (WHO, 1993).

Pritom se interes za unapređenje zdravlja stavlja ispred interesa za otklanjanje bolesti ili poteškoća. Njihov izraz analizirat ćemo kroz ideje tzv. *fitness* pokreta i postmodernog definiranja osobnosti (Glassner, 1989).

## 2. FITNESS POKRET I POJAM KVALITETE ŽIVOTA

### 2.1 *Fitness* pokret kao oblik postmodernog izražavanja individualiteta

Reorijentacija od kurativne prema preventivnoj medicini, od bolesti prema zdravlju, rezultirala je i potrebom da se kvaliteta života stanovništva poboljšava neovisno o neposrednoj medicinskoj njezi. Zašto je došlo do naglašene orijentacije na zdravlje umjesto kurativnog posezanja u već nastalo oboljenje ili bolest?

Razlozi su ekonomske naravi. Rast troškova medicinske zaštite u ranim je osamdesetim godinama kudikamo nadmašio rast bruto nacionalnog dohotka i time, nakon kraja epohe hladnog rata, postao središnjim ekonomskim problemom. Godine 1953. troškovi zdravstvenog sustava iznosili su 4.5% GNP, 1965. narasli su na 5.6%, 1981. su već iznosili 9.4%, da bi 1985. iznosili već gotovo nevjerojatnih 10.8%, a u 1993. godini u SAD-u su dosegli 13.8% GNP (The World Bank, 1993). Stoga ne čudi da su središnjom temom izborne kampanje u SAD-u 1992. godine bili upravo zdravstveni troškovi i djelotvornost zdravstvene zaštite. Novi socijalni pokreti poput *fitness* pokreta, *pro-choice* pokreta, ekoloških pokreta, dakle pokreti za kvalitetu života nasuprot pokreta za svetost življenja prevladali su u strukturi civilnog društva.

Suvremena *fitness* praksa ima izvorište u estetskim i ideološkim projektima postmoderne (Glassner, 1989). *Fitness* praksa je oblik postmodernističkog izražavanja osob-

nosti/individualiteta putem brige za zdravlje. Estetske sličnosti Glassner prepoznaje u upotrebi *pastiche* pristupa, u upotrebi aparata za vježbanje i videorekordera. Ideološki se taj pristup iskazuje kao pojedinčeva mogućnost da izbjegne brojne zdravstvene rizike prisutne u modernom društvu. Kao i u svakoj drugoj djelatnosti modernog tržišnog društva, potrošnja određene robe, znanja ili aktivnosti, izražena u dolarima, najbolji je pokazatelj njene stvarne društvene relevantnosti. Istraživanja provedena u proteklih desetak godina (Castillo-Salgado, 1990) pokazuju veliki porast interesa američke srednje i više klase za primjenu *fitness* metoda. »Klubovi zdravlja težili su 5 bilijuna u 1987, a društva za vježbu 738 milijuna (u odnosu na 5 milijuna dolara deset godina ranije), potrošnja dijetalne hrane odnosila je 74 bilijuna dolara, a vitaminski proizvodi 2.7 bilijuna. Tijekom osamdesetih godina videokasete s programima vježbi dospjele su na tjednu Billboard listu najprodavanijih videoprovoda, a časopisi kao što su *American Health*, *Prevention* i *Self* prodavali su se (svaki) u više od milijun primjeraka« (Castillo-Salgado, 1990:354). Gdje je uzrok golemog porasta zanimanja za *fitness* kao oblik aktivne brige za zdravlje?

– Za razliku od starijih naraštaja koje su mučile kronične i degenerativne bolesti, novi naraštaji oboljevaju od pada fizičkih sposobnosti.

– Medicinske asocijacije, posebice bolnice, počele su u razdoblju najvećeg porasta troškova klasičnog pristupa liječenju primjenjivati metode *fitnessa*.

– Kompanije u kojima je zbog pada radnih sposobnosti počela padati i produktivnost počele su ulagati u *fitness* kao oblik investicija u produktivnosti zaposlenih. Oko 50000 kompanija uvelo je programe dijete, vježbi i ostale oblike *fitnessa* za svoje zaposlene.

## 2.2 *Fitness* pokret u odnosu prema drugim pokretima za zdravlje

Kakav je odnos *fitness* pokreta prema suvremenim pokretima za zdravlje i prema suvremenoj znanstvenoj medicini? Prvo valja naglasiti da su unutar samog *fitness* pokreta prisutna dva pristupa tumačenju značenja i biti pokreta. Entuzijastički raspoloženi pripadnici i aktivisti tog pokreta odvajaju pojam »zdravlje« od pojma *fitness*. U svakodnevnoj upotrebi ti su pojmovi izjednačeni. Pojava pokreta za unapređenje zdravlja uglavnom je praćena tumačenjima kako se radi o ideji novog koncepta u bogatoj kulturi unapređenja zdravlja individualističke tradicije. Riječ je o nastavku bogate individualističke tradicije zaštite i unapređenja zdravlja koja se tijekom sedamdesetih i osamdesetih godina manifestirala kroz djelovanje pokreta za zaštitu zdravlja. Tijekom osamdesetih godina taj pristup zdravlju dobiva svoju institucionalnu i teorijsku artikulaciju prihvaćanjem »Povelje iz Ottawe« (WHO, 1993).

Unapređenje zdravlja definirano je kao »proces osposobljavanja ljudi da jačaju kontrolu i da poboljšaju zdravlje. Pojedinci i grupe moraju biti sposobni identificirati i ostvariti svoje želje, mijenjati svoju okolinu, kao i suočavati se s njom, kako bi dosegli stanje potpune fizičke, mentalne i društvene dobrobiti. Stoga je zdravlje shvaćeno kao zaliha snaga za svakodnevni život, a ne kao cilj života, dakle zdravlje je pozitivan pojam. Prema tome, zdravlje nije samo odgovornost zdravstva, te ono znači više od (kolokvijalnog značenja) zdravih životnih navika i individualnog osjećanja dobiti« (Barath, 1990:24).

Pretpostavka zdravlja jest kvaliteta života, čije vrijednosti čine:

- mir;
- obrazovanje;
- hrana;
- prihod;
- eko-sustav;
- održive rezerve;
- društvena pravda i jednakost.

Reorijentacija od bolesti prema zdravlju i od kvalitete bolničke zaštite prema kvaliteti života vidljiva je i iz sljedećeg zaključka. »Uloga sektora zdravstva mora se postupno pomicati u smjeru unapređenja pozitivnog zdravlja. To je cilj koji danas stoji daleko iza neposrednih odgovornosti u pružanju kliničkih i kurativnih usluga. Zdravstvene službe moraju imati jedan prošireni mandat, koji bi ih zadužio za veću osjetljivost i pažnju prema kulturnim potrebama naroda« (Barath, 1990:25).

Iz odnosa prema dominantnom kliničkom i kurativnom sustavu medicinske zaštite evidentno je da se u Povelji percipiraju kritike koje su upućivane medicini u proteklom razdoblju. U povratku na individualističku tradiciju očituje se tendencija napuštanja ideje čovjeka kao pacijenta. Promjena referentnog sustava pomoću kojega se određuje pojam zdravlja (eko-sustav, kulturni sustav) evidentan je pomak i prema kvaliteti života kao kriteriju dobrog zdravlja.

### 3. OTAWSKA DEKLARACIJA ZA UNAPREĐENJE ZDRAVLJA

#### 3.1 Čovjek kao subjekt i zdravlje kao središnji element projekta unapređenja zdravlja

U tom sustavu novi pojmovi zaštite zdravlja, holizma i ekologije dolaze na mjesto kurativne njege i redukcionizma. Ciljevi koji u novom kontekstu postaju bitni jesu »uvažavanje ljudi kao glavnih stvaralaca zdravlja, njihovo podržavanje i osposobljavanje za samoodržanje, za pružanje pomoći i njege svojim obiteljima i prijateljima financijskim i drugim sredstvima, kao i uvažavanje zajednice kao središnjeg posrednika u javnom oblikovanju zdravlja, uvjeta života i dobrobiti naroda« (Barath, 1990:25). Time se Deklaracija iz Ottawe, donesena 21. studenog 1986, definitivno izjašnjava za povratak osobe, subjekta, pojedinca – dakle čovjeka – s njegovim integralnim potrebama u središte sustava koji omogućava ili pak ugrožava čovjekovo zdravlje.

Deklaracija se temelji na dvjema postavkama: na čovjeku kao središnjem subjektu proizvođenja, održanja i unapređenja zdravlja te na zdravlju kao pozitivnom cilju i elementu kvalitetnog života.

Polazne postavke programa za novu kvalitetu zdravlja čine sljedeći stavovi:

1. Unapređenje zdravlja je sveobuhvatni pojam. Stoga on uključuje sve mjere koje doprinose zdravlju, sprečavanju bolesti odnosno hendikepa; jednako na mentalnom, tjelesnom i društvenom planu.

2. Unapređenje zdravlja prepoznaje da zdravlje nije produkt individualnog stila života i osobnih izbora, već je ono pod značajnim utjecajem društvenog i fizičkog okruženja. Stoga unapređenje zdravlja traži stvaranje zdravstvene javne politike i kreaciju poticajne okoline za optimalan razvoj.

3. Unapređenje zdravlja traži intersektoralnu suradnju, odnosno koordinaciju društvenih, političkih, zdravstvenih i drugih ustanova i polja odlučivanja i djelovanja u suvremenom društvu.

4. Unapređenje zdravlja stavlja naglasak na uključivanje laika u stvaranju zdravlja. Glavni će cilj projekta unapređenja zdravlja biti osposobljavanje ljudi da sami preuzmu kontrolu nad svojim životom, nad zdravljem i nad zdravstvenim službama.

5. Unapređenje zdravlja traži demedikalizaciju svakodnevnog života, zajedno s preorijentacijom zdravstvenih službi prema pozitivnim aspektima, sadržajima i pretpostavkama zdravlja pojedinca, obitelji i lokalne zajednice.

### 3.2 Američki protestantsko-individualistički i europski javnozdravstveni pristup

Praksa novih pokreta za zaštitu zdravlja razlikuje se u Europi i u Americi, gdje su ti pokreti najrazvijeniji. »Konceptualno postoje određene razlike u modelima zdravstvene politike za unapređenje zdravlja u Sjevernoj Americi i Evropi. Dosljedno radikalno-individualističkoj (protestantskoj) tradiciji, pokret za unapređenje zdravlja u SAD i Kanadi uglavnom je usmjeren pojedincu i njegovom načinu rada i života. Masovni mediji, zakonodavstvo, zdravstveno informiranje i druge mjere potiču zdrav način života: odvikavanje od pušenja, fizičke aktivnosti, stres *management*, socijalna podrška, zdrav način prehrane i sl. Evropska verzija tog pokreta nastoji u politiku unapređenja zdravlja uključiti sve navedene individualno-bihevioralne elemente, ali im dodaje i sve klasične i nove javnozdravstvene elemente: zaštita i unapređenje životne – prirodne – sredine, socijalna politika, reorijentaciju zdravstvene službe i prakse, itd.« (Letica, 1989:132). Pokret unapređenja zdravlja, kao i njegovo artikuliranje u dokumentima WHO-a i teorijskim radovima, pokazuje veoma jasnu tendenciju čovjekova povratka u status subjekta – shvaćenog na klasičan liberalno-modernistički način – i napuštanje ideje čovjeka kao objekta liječenja. U okviru tog pokreta prvi puta se materijaliziraju kritike odnosa liječnik – pacijent. Stvaranje širokog pokreta koji se temelji na individualizmu i subjektivizmu značilo je zapravo povratak medicine iz predmodernog tretiranja čovjeka prema punoj primjeni dostignuća moderne. Nasuprot strpljivom, pasivnom i pokornom pacijentu – s laičkim sustavom vrijednosti i znanja, tehnološki i zdravstveno needuciranog (čovjeka koji se identificira sa simbolom bolničke čekaonice), čovjeka koji je pasivan u odnosu na svoje zdravlje, na svoju bolest i na proces liječenja, u odnosu na liječnika, na institucije i na farmakološku industriju, koji je u statusu totalnog objekta – razvija se ideja čovjeka koji živi život nove kvalitete. On je *manager* svoga zdravlja, koji u zdravlje ulaže, zdravo živi, za zdravlje trči, jede, vodi ljubav, čita i kreira.

### 3.3 Medicinska reakcija – koncept dobrog života

Medicinska »reakcija« na socijalni pokret za unapređenje kvalitete života prepoznatljiva je u konceptu »dobrog života« (Badenter, 1988), kojim se pokušavaju evaluirati svi aspekti života. To se odnosi na tzv. objektivno mjerljiva područja ljudskog ponašanja i izvanjske okoline, u koje se obično ubrajaju:

- biološko zdravlje;
- funkcionalno zdravlje;
- spoznaja;

- upotreba vremena;
- socijalno ponašanje.

Metode koje se koriste za mjerenje ovih stanja jesu: medicinska dijagnoza, mjerenje mentalnog statusa, bilježenje dnevnih aktivnosti i socijalne interakcije. Jednako tako pokušava se mjeriti izraz subjektivne percepcije kvalitete života i psihološkog blagostanja koje se izražava:

- zadovoljstvom zdravljem;
- zadovoljstvom slobodnim vremenom;
- zadovoljstvom odnosima s prijateljima.

## 4. VRIJEDNOSNI ELEMENTI ZA PROCJENU KVALITETE ŽIVOTA

### 4.1 Eudemonički koncept ispunjenja osobnih ciljeva

Identificirano je pet različitih skupina argumenata koji se u medicinskoj praksi koriste za procjenu kvalitete života (Edlund i Tancredi, 1990). Prvu skupinu čine shvaćanja kvalitete života kao »ispunjenja osobnih ciljeva« (*fulfillment of personal goals*). Korijen tog shvaćanja jest eudemonička filozofija starih Grka, koja je u modernoj interpretaciji zastupljena konceptom samoaktualizacije (Maslow, 1968). Ideja samoaktualizacije vezuje se uz šire pojmove narcisističke kulture, ideje »imperijalne osobnosti« i puritanske kulture (Lash, 1978). Kolokvijalnim jezikom izražena, ta ideja glasi: budi sve što možeš biti.

### 4.2 Normalizacija patologije života

Drugu skupinu čine shvaćanja kvalitete života kao sposobnosti vođenja »normalnog života«. »Normalnost« kao životni koncept je također veoma cijenjena u američkoj kulturi, tako da se u lingvističkoj konotaciji često izjednačava s kvalitetom života. Teorija normalizacije ima ulogu sprečavanja razvoja sekundarne devijantnosti. Tim pojmom mogli bismo obuhvatiti sve oblike devijantnosti koji nastaju zbog uvjerenja bivšeg oboljelog ili njegove okoline da on tu etiketu mora nositi čitav život. Pokret »normalizacije« dio je socijalnih pokreta reformnog karaktera, a pokrenula ga je nova elita profesionalaca s ciljem reformiranja starih medicinskih institucija, što krajem devedesetih prerasta u pokret za povećanje kvalitete života. Kao primjer socijalno-političke implementacije pojma »normalizacije« možemo uzeti predsjednika SAD-a, W. Hardinga, koji je stvorio neologizam *normalcy* i vodio predsjedničku kampanju za »povratak normalnosti«.

Pojam »normalizacija« izvedenica je pojma »normalan«. Njime se u 19. stoljeću istodobno označavalo prototip škole prema kojem su se kasnije vršile reforme školstva (tzv. *Ecolé normale*) i ono stanje organizma koje smatramo zdravim. Reforma škola i bolnica, kojom se htjela provesti racionalizacija pod utjecajem rastuće industrijske mehanizacije odvijala se prema tim dvama obrascima – normalne škole i normalnog funkcioniranja tijela. Proces je u pravnoj sferi nazvan »normiranje«, a u medicinskoj i socijalnoj sferi »normalizacija« (Canquihem, 1987). Socijalno-terapeutsko značenje toga pojma (Wolfensberger, 1972) prvi puta je u upotrebi tek nakon 1969. godine u zdravstvenoj zaštiti. Vezan je uz procese resocijalizacije osoba koje su označene kao mentalno retardirane ali se ubrzo širi od općeg pojma devijantnosti prema upotrebi u čitavom zdravstvenom menadžmentu. Što je to normalizacija? Normalizacija je proces

izjednačavanja, usklađivanja nečijeg ili nekakvog ponašanja s onim što služi kao norma. Da bismo opisali proces normalizacije, potrebne su nam vrijednosti koje su »normativne« kako bismo u odnosu na njih pratili tijekom normalizacije. Za Wolfensbergera normativnima se smatraju one vrijednosti koje imaju »više statistička nego moralna značenja i moglo bi ih se izraziti i pojmovima 'tipično' ili 'konvencionalno'« (Wolfensberg, 1972:28). Normalizacija se, dakle, definira kao »upotreba značenja koja su kulturalno normativna s namjerom da uspostave/podupru ponašanja i osobne karakteristike koja su kulturalno prihvatljiva«. Postupci i procedure kojima se postiže normalizacija ponašanja kroničnih bolesnika postali su dio uobičajenog repertoara profesionalnog znanja. Autori koji su istraživali posljedice »normalizacije« na ponašanje pacijenata (Felix, 1967; Goldstein, 1979) došli su do zaključka da ideja normalizacije nastaje kao rezultat nastojanja liječnika (najprije psihijatar, pa onda specijalista i konačno liječnika opće prakse) da pacijenta oslobode znaka/oznake koju on dobiva kao nositelj određene kronične bolesti, tjelesne »mane« ili »psihičkog oboljenja«.

### 4.3 Medicinski ciljevi normalizacije individue

Ideja normalizacije u medicini ima cilj neutralizirati učinke socijalne izolacije, u koju osobu sa znakom bolesti stavlja dodijeljena etiketa (kolokvijalno: invalid, tuberan, šećeraš, luđak...). Teorija normalizacije zato se razvija kao teorijska i terapijska suprotnost onome što je izraženo kroz teoriju etiketiranja (*labelling theory*) koju je razvio Goffman (Goffman, 1961; Goffman, 1964). Normalizacijom bismo, s tog stajališta, mogli označiti one naučene tehnike i postupke kojima je cilj promjena ponašanja i omogućavanje označenom/etiketiranom da se riješi etiketa koje nosi i time lakše u potpunosti obavlja normalne društvene uloge. Jednako tako kao što označavanje služi socijalnoj izolaciji, postupci normalizacije trebali bi služiti resocijalizaciji pacijenata. Normaliziran čovjek (vraćen normama koje mu omogućuju da u svojoj okolini ne bude primijećen kao negativno različit) lakše podnosi svoju »bolest« ili etiketu kojom je označen tijekom bolesti. Zbog toga postupci normalizacije dovode pojedinca do psihičkog olakšanja, smanjenja socijalne izolacije i distance te veće funkcionalne sposobnosti u obavljanju društvenih uloga. Wolfenbergovi radovi imali su veliki utjecaj na organizaciju zdravstvene zaštite djece, a u širem smislu utjecali su na ponašanje zdravstvenih profesionalaca prema pacijentima koji pokazuju želju da ih se podučiti korištenju tehnika normalizacije. Neka istraživanja pokazala su da se te tehnike koriste i izvan profesionalne prakse, u obiteljima koje su formirale »bolesničko iskustvo«. Foucault upravo iz ove namjene normalizacije izvodi i kritiku tih procedura jer smatra da činjenje nekoga normalnim »ne može biti shvaćeno samo kao postupak koji je dobar za individuu, već i kao nastojanje za povećanjem produktivnih osobina tijela« (Foucault 1979:234). Osoba etiketirana kao »normalna« mora preuzeti sve obveze vlasitog uzdržavanja i funkcioniranja u društvu. Tijelo može postati korisnom snagom jedino ako je istodobno produktivno i subjektivizirano (Armstrong, 1983). Zbog tih se kritika ideja normalizacije teško može smatrati legitimnom pretečom socijalnog pokreta za poboljšanje kvalitete života.

### 4.4 Kvaliteta života interpretirana kao socijalna korisnost

Treću skupinu čine shvaćanja kvalitete života kao »socijalne korisnosti« (*social utility*). Kvaliteta života se izjednačava sa sposobnošću da se vodi socijalno koristan život. Pod time se prije svega misli na produktivnost u nacionalnoj ekonomiji, ali i na sposobnost

obnašanja uloge oca, majke, učitelja, građanina itd. Starac obolio od artritisa vodi kvalitetan život ukoliko dobro vrši svoju ulogu djeda. »Racionalan čovjek« je važan obrazac vođenja kvalitetnog života i on počiva na pretpostavci da pravda i kvaliteta života u društvu nisu samo mogućnosti nego i izvjesnosti ukoliko se ponašamo racionalno. I konačno, individualistička definicija kvalitete života polazi od pretpostavke da pacijent koji je nositelj života ima izričito pravo odrediti liječniku pod kojim uvjetima je spreman nastaviti življenje (Norton, 1976). Zagovornici individualističkog pristupa smatraju da je jedinka životom koji joj je podaren neponovljiva, različita od bilo koje druge osobe. Time joj pripada i univerzalno pravo na odlučivanje o vlastitoj sudbini, uključujući i pravo na smrt. U medicinskoj praksi to načelo dovodi do sukoba triju načela:

- načela svetosti života;
- načela kvalitete života;
- i socijalno-biološke održivosti života.

## 5. ZNANSTVENA KVANTIFIKACIJA »KVALITETE ŽIVOTA«

### 5.1 Skale za ispitivanje kvalitete života

Razvoj teorije preferencija rezultat je početka reorijentacije medicinskih vrijednosti, njihova usmjeravanja od vrednovanja kvalitete života oboljelih prema poboljšanju kvalitete života uopće. Zasniva se na jednostavnoj logici mogućnosti izbora. »Čega biste se radije odrekli?« Tako glasi pitanje uz koje se postavlja mogućnost izbora: deset godina kraći život uz užitek pušenja ili deset godina duži bez toga »užitka«; deset do petnaest godina duži život uz visok stupanj sportskih aktivnosti ili uživanje u neaktivnosti uz kraći život. Na toj osnovi sačinjena je tabela preferencija s očekivanim trajanjem života i njegovom kvalitetom ovisno o životnom stilu i zdravstvenom ponašanju za koje se opredijelimo. Teorija preferencija zasniva se na pretpostavci da svi imamo jednaku mogućnost izbora – na sociologiji je da te izbore kvantificira i ponudi na uvid. Te vrijednosno-teorijske promjene odražavaju se i na razini sociološke analize prilikom koncipiranja skala za mjerenja vrijednosti kvalitete života oboljelih. Pojam kvalitete života koristi se u tom kontekstu za opisivanje utjecaja bolesti na svakodnevno funkcioniranje oboljelog. Skale se koriste za dvije svrhe:

- da bi se mogla procijeniti korisnost medicinskog tretmana na kvalitetu života oboljelih,
- da bi se donosile zdravstvene odluke o načinu liječenja, eliminirali određeni terapijski postupci koji u longitudinalnim istraživanjima ne potvrde kurativnu učinkovitost itd.

Većina skala koncentrira se na utvrđivanje dnevnog funkcioniranja: kako i koliko bolesnik spava, kako se hrani, pere, oblači ili kreće te u kojoj je mjeri samostalan u obavljanju svakodnevnih kućnih poslova. Neke od postojećih skala mjere i socijalne aktivnosti bolesnika (druženje, izlasci, način provođenja slobodnog vremena) te emocionalne reakcije na bolest i njezine učinke. Najpoznatije skale ovoga tipa su McMasterov upitnik za određivanje indeksa zdravlja nazvan »Profil efekata bolesti« (Krizmanić i Kolesarić, 1990) te nekoliko skala namijenjenih ispitivanju kvalitete života



oboljelih od raka. Pomoću sociopsiholoških skala za mjerenje kvalitete života veoma se često izražavaju stanja kronične bolesti ili pak terminalna stanja:

- oboljelih od karcinoma u terminalnim stanjima (Morris et al, 1986);
- kroničnih mentalnih bolesnika (Lehman, 1988);
- mentalnog života umirućih (Kastenbaum, 1967);
- postoperativnog života ljudi s ugrađenim *by-passom* (Kornfield, 1982; Lamendola, 1979);
- upotrebe kemoterapije u različitim terminalnim stanjima (Carbone i sur., 1977; Plotkin, 1983);
- kvalitete posljednjih triju tjedana života (Morris et al, 1986);
- kvalitete posljednje godine života (Lawton, 1990).

Ispitivanja odnosa prema kvaliteti života na osnovi subjektivnih indikatora temelje se na ranim radovima A. Maslowa (Maslow, 1968) i H. Cantrila (Cantril, 1965). Maslow je već 1954. godine sačinio klasifikaciju osnovnih ljudskih potreba na pet razina:

- fiziološke potrebe čine prvu razinu (hrana, voda, spavanje, sklonište, seks itd.);
- sigurnost pojedinca i obitelji čine drugu razinu;
- treću razinu čine potrebe pripadanja i ljubavi;
- četvrti nivo čine potrebe za neovisnošću i slobodom;
- petu i najvišu razinu čine potrebe za ljepotom i znanjem kao vrijednostima po sebi.

Maslow smatra da se sve potrebe realiziraju u okviru potreba za samoaktualizacijom (kvalitetom života), koja može biti podržana ili onemogućena tipom društva u kojem pojedinac živi. Sličan pristup razvio je Cantril (Cantril, 1965) nudeći ljestvicu od deset stupnjeva pomoću kojih pojedinac izražava odnos između idealne situacije i njegove aktualne situacije. Cantrilova *Self-Anchoring Striving Scale* izražava sve moguće varijacije i stanja pojedinca u različitim životnim uvjetima. Razvijena je i slična skala prosudbe, u kojoj se umjesto brojeva nude vrijednosti određene rasponom »izvanredno – užasno« (Andrews i Whitey, 1976). Andrews i Whitney razvili su i dvodimenzionalnu skalu u kojoj se uspostavljaju relacije između područja i kriterija. Same tehnike mjerenja temelje se na upitnicima sastavljenim od serija skala za vrednovanje, koje od ispitanika traže da kodificiraju svoje zadovoljstvo određenom pojavom ili pak da evaluiraju neki životni događaj.

## 6. ZAKLJUČCI

Pojam kvalitete života postmoderni je produkt nastao kao posljedica socijalnih gibanja i teorijskih osmišljavanja koja teže prevladavanju modernističke kvalitativne paradigme rasta. U medicini se on prvi puta pojavljuje kao rezultat težnji da se prevlada patolojska paradigma, izraz koje je bio i pomalo morbidni interes za empirijsko mjerenje kvalitete života osoba osuđenih na skoro umiranje. Nova paradigma najvažnije je izražena dvama sadržajno suprotstavljenim sloganima. Predmodernom i modernom težnjom da se što više godina doda životu (*ADD YEARS TO LIFE*) izražavana je borba nerazvijenih zajednica da u ekonomski i ekološki teškim okolnostima produže prosječni očekivani vijek trajanja života koji ponegdje još uvijek iznosi manje od pedeset godina, dok je novi slogan (*ADD LIFE TO YEARS*) slogan postmodernih

društava ili društava nakon blagostanja (*postwelfare* ili *postaffluent societies*), čija središnja paradigma nije isključivi rast.

Socijalno-regionalni aspekt problema može se izraziti i ovako:

U *established market economies*, koje čine 15% svjetske populacije i troše 87% svih sredstava potrošenih za zdravlje u svijetu (a samo zemlje OECD-a troše godišnje 1483 milijarde dolara od ukupno 1702 milijarde dolara potrošenih u svijetu na zdravstvenu zaštitu; The World Bank, 1993:52), središnji problem više ne predstavlja kronološko, biološko i medicinski inducirano produljenje života koji se za prosječnog stanovnika Zapada približava biološkim granicama. Problem je kako dug život učiniti kvalitetnim. Zbog toga je slogan *ADD LIFE TO YEARS*, iako promoviran od WHO-a i mišljen kao stuba na putu do zdravlja za sve, slogan koji izražava težnje stanovnika postmodernog svijeta. Jednako je tako i borba za višu kvalitetu života dio teorijske, konceptualne i empirijske problematike koja pripada svijetu razvijenih. Izolirano od problema održivosti i svetosti života te odvojeno od problema kantovski shvaćenog vječnog mira, društvene pravde i eko-ravnoteže, takvo shvaćanje kvalitete života predstavlja racionalistički odgovor na holistička pitanja svođenjem univerzalnih postavljanja na biološko-funkcionalne aspekte. Unutar tako postavljenog konteksta moguće je raspravljati o različitim teorijskim i metodološkim konceptima kvalitete života, o njihovim korijenima, o njihovom cirkuliranju između područja medicine, znanosti o životu, socijalnih znanosti i ekologije.

## LITERATURA:

- Andrews F. M. i Whitey S. B. (1976). **Social Indicators of Well-Being**. New York: Plenum Press.
- Amstrong, D. (1983). **Political Anatomy of the Body. Medical Knowledge in Britain in the Twentieth Century**. Cambridge: Cambridge University Press.
- Barath, A. (1990). **Praktikum**. Zagreb: Medicinski fakultet Svučilišta u Zagrebu.
- Badenter, E. (1988). **Jedno je drugo**. Sarajevo: Svjetlost.
- Canquihem, G. (1987). **Normalno in patološko**. Ljubljana: Škuc.
- Cantril, H. (1965). **Pattern of Human Concerns**. New Brunswick, New York: Rutgers University Press.
- Carbone P. P. i sur. (1977). Chemoterapy of disseminated breast cancer: current status and prospects. **Cancer**, 39:2916-22.
- Castillo-Salgado, J. (1989). Assessing Recent Developments and Opportunities in the Promotion of Health in the American Workplace. **Soc. Sci. Med.**, 19:349-58.
- Coates, A. i sur. (1987). Improving the Quality of Life During Chemotherapy for Advanced Breast Cancer. **New England Journal of Medicine**, 317(24):1490-1495.
- Elund, M. i Tancredi, L. R. (1987). Quality of Life: An Ideological Critique. **Perspectives in Biology and Medicine**, 28 (4):591-606.
- Foucault, M. (1979). **The History of Sexuality, Volume One**. London: Alen Lane, Penguin Books.
- Felix, R. H. (1967). **Mental Illness: Progress and Prospects**. New York: Columbia University Press.
- Fulford, K. W. M. (1989). **Moral Theory and Medical Practice**. Cambridge: Cambridge University Press.

- Glassner, B. (1989). Fitness and the Postmodern Self. **Journal of Health and Social Behaviour** 1989, (30):180-191.
- Goffman, E. (1961). **Asylums**. Harmondsworth: Penguin Books.
- Goffman, E. (1964). **Stigma, Notes on the Management of the Spoiled Identity**. New Jersey: Englewood Cliffs, Prentice Hall.
- Kastenbaum, R. (1967). The Mental Life of Dying Geriatric Patients. **Gerontologist**, 7:97-100.
- Katz, S. (1979). Measuring Quality of Life and Functional Status in Clinical Epidemiological Research. **Journal of Chronic Diseases**, 40(6):459-650.
- Kirri, A. (1991). **Zaton Nietscheanske civilizacijske dogme**. Ljubljana, Teorija in Praksa.
- Kornfeld, D. S. i sur. (1982). Psychological and behavioral responses after coronary artery bypass surgery. **Circulation**, 66(Suppl. 3):42-29.
- Krizmanić, M. i Kolesarić, V. (1990). **Pokušaj konceptualizacije pojma »kvalitet života«**. Rukopis.
- Lamendola, W. I. i Pellegrini, R. V. (1979). Quality of life and coronary artery bypass surgery patients. **Soc. Sci. Med.**, 13.A:457-461.
- Lash, C. (1978). **The Culture of Narcissism: American Life in an Age of Diminishing Returns**. New York: Norton.
- Lawton, M. P. (1990). Environment and Other Determinants of Well-being in Older People. **Gerontologist**, 23:349-357.
- Lawton, M. P., Moss, M. i Glicksman, A. (1988). Quality of the Last Year of Life. **The Milbank Quarterly**, 68(1):1-28
- Lehman, A. F. (1988). A Quality of Life Interview for Chronically Mentally Ill. **Evaluation and Program Planning**, 11:51-62.
- Letica, S. (1989). **Zdravstvena politika u doba krize**. Zagreb: Naprijed.
- Liječnički Vjesnik (1988). Zagreb, 110:53-55.
- Maslow, A. (1968). **Toward a Psychology of Being**. New York: Van Nostrand.
- Moriss, J. N. i sur. (1986). Last Days: A Study of the Quality of Life of Terminally Ill Cancer Patients. **Journal of Chronic Diseases**, 39:47-62.
- Norton, D. L. (1976). **Personal Destiny: A Philosophy of Ethical Individualism**. Princeton N. Y: Princeton Univ. Press.
- Orešković, S. (1991). **Pravo na život**. Zagreb: Medicinski fakultet Sveučilišta u Zagrebu.
- Plotkin, D. i Waugh, W. J. (1983). Hypothesis: discontinuous chemotherapy for advanced breast cancer. **Am. J. Clin. Oncol.**, 6:375-9.
- Spitzer, W. O. i sur. (1981). Measuring the Quality of Life of Cancer Patients. A Concise Q L Index. **Journal of Chronic Diseases**, 34:585-597.
- The World Bank (1993). **Investing in Health**. Oxford: Oxford University Press.
- WHO-EURO (1993). **Health for all Strategies - Eight Evaluation**. Geneva.
- Wolfensberg, D. (1972). Normalization. **Journal of Health and Behavior**, 16:56-69.