

Patrycja STYLEC-SZROMEK  
Politechnika Śląska  
Wydział Organizacji i Zarządzania  
Katedra Stosowanych Nauk Społecznych  
patrycja.stylec-szromek@polsl.pl

## JAKOŚĆ ŻYCIA W PROCESIE STARZENIA SIĘ A ROZWÓJ TECHNIKI MEDYCZNEJ

**Streszczenie.** W artykule poruszone są zagadnienia związane z jakością życia zwłaszcza z perspektywy nauk medycznych oraz proces społecznych zmian rozumienia starości. Prezentuje również techniki medyczne, które w przyszłości mogą mieć wpływ na poprawę jakości życia wśród osób starszych. Analizuje również obszary bioetyki implikujące problemy etyczne takie jak przedłużanie życia czy eutanazje z perspektywy dwóch orientacji etyczno-filozoficznych: absolutyzmu i relatywizmu.

**Słowa kluczowe:** jakość życia, techniki medyczne, starzenie się, medykalizacja, eutanazja, bioetyka

## QUALITY OF LIFE IN THE PROCESS OF AGING AND DEVELOPMENT OF MEDICAL TECHNOLOGY

**Abstract.** The article deals with issues related to quality of life, especially from the perspective of medical sciences and the process of social change of understanding of old age. It also presents medical techniques that can improve the quality of life for the elderly in the future. It also analyzes areas of bioethics implying ethical issues such as prolonging life or euthanasia from the perspective of two ethical-philosophical orientations: absolutism and relativism.

**Keywords:** quality of life, medical technology, aging, medicalisation, euthanasia, bioethics

## 1. Wstęp

Interdyscyplinarną nauką, która zajmuje się zagadnieniami związanymi z problematyką życia ludzkiego oraz jakością życia jest bioetyka. Odwołuje się ona nie tylko do biologii czy medycyny, ale także filozofii moralności. Rozwój technik medycznych sprawia, że możliwe jest przedłużanie życia, jednak należy się zastanowić nad jakością tego życia. Artykuł ma na celu przedstawienie zagadnień związanych z jakością życia zwłaszcza wśród osób starszych z perspektywy różnych nauk oraz wpływ jaki może mieć na nie rozwój technik medycznych. Konkluzją są rozważania na temat eutanazji a możliwości uporczywej terapii z perspektywy bioetycznej.

## 2. Jakość życia – definicje, historia, problematyka

Jakość życia to pojęcie (koncepcja) wielowymiarowe i interdyscyplinarne, dlatego bardzo ciężko wskazać tylko jedną definicję. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) określa jakość życia jako „spostrzeganie przez jednostkę jej pozycji w życiu w kontekście kultury i systemów wartości w jakich żyje oraz w relacji do jej celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań”<sup>1</sup>. Badania nad jakością życia mają za zadanie utworzenie pewnej płaszczyzny porozumienia pomiędzy różnymi dyscyplinami naukowymi w zakresie spojrzenia na to pojęcie oraz sposobów analizy. Dotychczas bowiem człowiek traktowany był rozdzielnie przez różne dyscypliny m.in. filozofię, socjologię, medycynę, psychologię, biologię, politologię i był przedmiotem ich dociekań<sup>2</sup>.

Jakość życia jest pojęciem, które interesowało ludzkość już w czasach starożytnych. Zarówno na gruncie filozofii jak i medycyny szukano fundamentów szczęśliwego i satysfakcjonującego życia. Hipokrates uważał, że szczęśliwe życie wyraża się poprzez stan wewnętrznej równowagi, Sokrates natomiast dążeniem do eudajmonii, czyli możliwie najwyższego osiągalnego dobra. Filozofia chrześcijańska szczególnie w średniowieczu jako najważniejsze uważała życie pełne poświęceń, za które czekała nagroda po śmierci, czyli życie wieczne. W filozofii wschodu szczęście wyraża się równowagą pomiędzy Yang i Yin, w buddyzmie natomiast stanem nirwany<sup>3</sup>. Samo pojęcie jakości życia po raz pierwszy pojawiło się w Stanach Zjednoczonych po II Wojnie Światowej i łączone było tylko i wyłącznie z dobrostanem materialnym. W późniejszym czasie koncepcja została poszerzona

<sup>1</sup> <http://gabinetzdrowia.net.pl/definicja-zdrowia-i-jakosci-zycia-wg-who.php>, 28.06.2017.

<sup>2</sup> Kaleta A.: Jakość życia młodzieży wiejskiej i miejskiej: studium podobieństw i różnicowań między-środowiskowych. UMK, Toruń 1998, [w:] Wnuk M., Marcinkowski J.T.: Jakość życia jako pojęcie pluralistyczne o charakterze interdyscyplinarnym. „Problemy Higieny i Epidemiologii”, nr 93(1), 2012, s. 21.

<sup>3</sup> Trzebiatowski J.: Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. „HYGEIA Public Health”, nr 46(1), 2011, s. 26.

również o sferę „być” dołączając kryteria szczęścia, zdrowia, wolności i edukacji. Wzrost dobrobytu materialnego nie musi bowiem powodować wzrostu pomyślności<sup>4</sup>. Współcześnie wzrost zainteresowania tą problematyką przypadł na lata 50. XX w. i był stosowany w ekonomii, socjologii, psychologii, czy polityce społecznej<sup>5</sup>. W kolejnych latach pojęcie to z nauk społecznych zostało przeniesione do medycyny i wiązało się z nowym podejściem do chorego człowieka – przedłużaniem życia i zachowaniem odpowiednich standardów<sup>6</sup>.

W Polsce badania nad jakością życia rozpoczęto od lat 70. XX w., jednak niektóre aspekty, choć nie pod tą nazwą były badane już w XIX w. Tą problematyką zajmował się m.in. Instytut Gospodarstwa Społecznego<sup>7</sup>. „Subiektywnej oceny zadowolenia społeczeństwa polskiego z życia i różnych jego dziedzin dokonano na podstawie badań ankietowych przeprowadzonych w latach 1983-1988 przez Departament Badań Społecznych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) i Polskiej Akademii Nauk (PAN)”<sup>8</sup>.

### 3. Pojęcie jakości życia w medycynie

Od początku istnienia medycyny towarzyszy jej troska o dobro pacjenta. Głównym jej celem było leczenie chorób a w przypadku, gdy nie było to możliwe, przedłużanie ludzkiego życia. Wzrost skuteczności leczenia i postęp medycyny skutkował spadkiem umieralności, przedłużanie ludzkiego życia oraz wzrost osób starszych i chorych przewlekle. W związku z tym cele medyczne przestały być jedynym celem leczenia. Pozamedyczne cele takie jak poprawa samopoczucia chorego i sprawne funkcjonowanie w życiu codziennym stały się ważniejsze. Poprawa jakości życia stała się dla lekarzy równie ważna jak jego wydłużanie<sup>9</sup>. Z różnych definicji dotyczących jakości życia z perspektywy medycznej można wysnuć wniosek, że „że choroba nie jest tylko zachwianiem fizycznego funkcjonowania organizmu człowieka, lecz rozgrywa się także na pozostałych płaszczyznach: psychicznego, społecznego i duchowego funkcjonowania”<sup>10</sup>. Można wskazać różnice w definiowaniu jakości życia, która jest niezależna od stanu zdrowia – Nonhealth Related Quality of Life i od niego zależną (HRQOL), która jest pojęciem węższym. Poczucie zdrowia jest jednym z najważniejszych wyznaczników jakości życia, dlatego istnieją wiele teoretyczne modele jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia: Health Related Quality of Life – HRQOL. H. Shipper,

<sup>4</sup> Trojanowska A.: Znaczenie badań nad jakością życia w medycynie. „Zdrowie Publiczne”, nr 121(1), 2011, s. 100.

<sup>5</sup> Ibidem, s. 26.

<sup>6</sup> Kuzior A.: Jakość życia, [w:] Gluchman V (red.): Metodologicke a metodicke otazky bioetyki sucasnosti. Preszów 2009, s. 118.

<sup>7</sup> <http://encyklopedia.pwn.pl/haslo/jakosc-zycia;3916390.html>, 28.06.2017.

<sup>8</sup> Trojanowska A.: op.cit., s. 100.

<sup>9</sup> Ibidem, s. 101.

<sup>10</sup> Daszkowska J.: Jakość życia w koncepcjach związanych ze zdrowiem. „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego”, nr 2, Rzeszów 2006, s. 123.

zdefiniował jakoś życia uwarunkowaną stanem zdrowia jako „spozrzegany przez pacjenta wpływ choroby i przebiegu jej leczenia na funkcjonowanie i ogólne poczucie satysfakcji życiowej”<sup>11</sup>. Jego zdaniem dotyczy ona 4 obszarów:

- stanu fizycznego i sprawności ruchowej,
- stanu psychicznego,
- sytuacji społecznych i warunków ekonomicznych,
- doznań somatycznych.

We współczesnych modelach jakość życia ujmowana jest z 2 perspektyw:

- biomedycznej,
- holistyczno funkcjonalnej<sup>12</sup>.

Do oceny jakości życia wykorzystywanych jest wiele narzędzi, które umożliwiają dokonywanie porównań. Jedną z nich jest zastosowanie standaryzowanych kwestionariuszy oceny HRQOL. Mogą to być narzędzia specyficzne, ale także ogólne. Najczęściej wykorzystywane to: Profil Zdrowia Nottingham (Nottingham Health Profile – NHP), Profil Wpływu Choroby (Sickness Impact Profile – SIP) oraz skrócony formularz MOS 36 (Medical Outcomes Survey – Short Form 36 MOS – SF – 36). Formularze te nie pozwalają jednak na ocenę zmian w jakości życia w czasie, jedynie umożliwiają porównania między populacjami chorych na różne schorzenia. W związku z tym opracowanych zostało kilka rodzajów kwestionariuszy do oceny jakości życia w zależności od schorzenia. Pełniejszą ocenę jakości życia dają formularze dla danej choroby, ponieważ mają większą czułość w porównaniu do kwestionariuszy ogólnych i wyłapują niewielkie, ale istotne dla chorych, zmiany jakości życia<sup>13</sup>.

Badania nad jakością życia związaną ze stanem zdrowi pokazują powiązania pomiędzy dwoma aspektami ludzkiej egzystencji: możliwości rozwoju jednostki ludzkiej oraz zadowolenia z życia. Wymagane jest również uwzględnienia uwarunkowań ekonomiczno-społecznych, biologiczno-fizycznych oraz kulturowych. Badanie jakości życia w związku ze zdrowiem ma charakter holistyczny, ponieważ nie skupia się tylko na cierpieniu pacjenta, ale również na całej jego egzystencji. Dostarcza to informacji na temat tego, w jakiej sytuacji znajduje się chory, oraz mogą pomóc w planowaniu opieki nad chorym i dzięki temu podniosą jakość opieki nad nim<sup>14</sup>.

---

<sup>11</sup> Ibidem, s. 124.

<sup>12</sup> Ibidem, s. 125.

<sup>13</sup> Trojanowska A.: op.cit., s. 102-103.

<sup>14</sup> Daszykowska J.: op.cit., s. 126.

#### 4. Społeczne zmiany rozumienia starości a jakość życia osób starszych

Konsekwencją przemian w dwóch składowych ruchu naturalnego: rozrodzności i umieralności jest postęp starzenia się ludności. W ciągu ostatnich 250 lat większość społeczeństw na świecie przeżyła zmianę od systemu reprodukcji rozrzutnej, która charakteryzowała się wysokim natężeniem urodzeń i zgonów, do reprodukcji oszczędnej, która przejawia się niską rozrodznością i umieralnością<sup>15</sup>. W sposób stopniowy i stały wzrasta więc ilość osób w wieku podeszłym. Wpływa na to przede wszystkim rozwój medycyny, profilaktyka chorób zakaźnych, opieka społeczna oraz jakość życia i postęp cywilizacyjny. Chorobami przewlekłymi, które mogą w znaczący sposób obniżyć jakość życia wśród osób starszych to przede wszystkim nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna serca, cukrzyca, choroby układu ruchu, przewlekła niewydolność nerek. Terapia, rehabilitacja oraz pielęgnacja tych pacjentów może wymagać wysokich nakładów finansowych<sup>16</sup>.

„Medykalizacja” jest procesem, który problemy niemedyczne definiuje jako problemy medyczne. Świadczy to o rosnącym znaczeniu medycyny w społeczeństwie. Zjawisko to obejmuje większość sfer życia we współczesnym świecie. W związku z tym można zauważyć zmianę podejścia do starzenia się, które w chwili obecnej wydaje się nieuniknionym etapem życia<sup>17</sup>. Łączy się on również z „szerszym zjawiskiem „dekonstrukcji cyklu życia”, polegającym na zacieraniu się różnic pomiędzy dzieciństwem, dojrzałością oraz starością. Przejawia się ono między innymi coraz większą „dorosłością” dzieci i „dziecinnością” dorosłych – osoby w różnym wieku upodabniają się do siebie poprzez sposoby autoprezentacji, gesty, postawy, mody, sposób spędzania wolnego czasu. Coraz bardziej powszechne staje wyzwanie rzucone swoim latom, co przejawia się np. w niechęci do przejścia na emeryturę, podtrzymywaniu za wszelką cenę aktywności charakterystycznej dla osób młodszych”<sup>18</sup>. Konsekwencją dominacji medykalizacji oraz biomedycacji jest traktowanie procesów starzenia się w kategoriach choroby. Może prowadzić to do kreowania przekonania osób starszych, że ich stan jest stanem patologicznym i niepożądanym. Konsekwencją tego jest poczucie osób starszych, rodziny i społeczeństwa, że proces starzenia się mają charakter biologiczny i fizjologiczny, w związku z tym rozwiązania szukają w kosztownych medycznych technologiach<sup>19</sup>.

<sup>15</sup> Szukalski P.: Proces starzenia się ludności. Przyczyny, etapy, konsekwencje, [w:] Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.): Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów. Wydawnictwo Via Medica, Gdańsk 2006, s. 13.

<sup>16</sup> Muszaliński M., Kędziora-Kornatowska K.: Jakość życia przewlekle chorych pacjentów w starszym wieku. „Gerontologia Polska”, t. 14, nr 4, s. 188.

<sup>17</sup> Nowakowski M., Nowakowska L.: Medykalizacja starości: dylematy i zagrożenia, [w:] Kałuża D., Szukalski P. (red.): Jakość życia seniorów w XXI wieku. Ku aktywności. Uniwersytet Łódzki, Łódź, s. 210.

<sup>18</sup> Ibidem, s. 210.

<sup>19</sup> Ibidem, s. 214.

## 5. Nowoczesne technologie medyczne a poprawa jakości życia osób starszych

Nowoczesne technologie są oczywistym elementem współczesnego świata. W medycynie przejawiają się głównie w dostępie do nowoczesnych leków oraz aparatury medycznej. Coraz większą rolę w opiece nad osobami starszymi będą pełniły technologie informacyjne i komunikacyjne<sup>20</sup>.

Rozwój w ostatnim dwudziestoleciu nie tylko biotechnologii, ale także technik inżynierii genetycznej czy genetyki wywarł również wpływ na rozwój przemysłu farmaceutycznego i pozwolił na rozwój diagnostyki oraz wielu schorzeń<sup>21</sup>.

Automatyzacja i robotyzacja są tymi czynnikami, które mogą poprawić jakość życia osobom starszym i przewlekle chorym. Rozwiązaniem, które umożliwia jest wykorzystanie robotów terapeutycznych. Może to wzbogacić interakcję pacjenta z otoczeniem oraz stymulować jego aktywność w pożądanym kierunku. Roboty przyjmują często postać zwierząt lub maskotek a ich aspekty kliniczne to:

- poprawiania samopoczucia pacjenta, w tym (poprzez proste testy wplecione w normalną interakcję) ciągłej kontroli nastroju, poczucia samotności i braku depresji z możliwością generowania alertów,
- możliwości realizacji zarówno profilaktyki, jak i wybranych zaplanowanych elementów terapii, w tym stymulowania wymaganej terapią aktywności pacjenta, np. poprzez określone zabawy, zaplanowany rodzaj i poziom aktywności fizycznej, przez określony czas itp.,
- możliwości realizacji zdalnej opieki nad pacjentami z demencją, zaburzeniami orientacji czy zwiększonym ryzykiem upadków,
- działań edukacyjnych, wprowadzanie u pacjenta właściwych nawyków zdrowotnych, regularnego ruchu, zmian trybu życia itp.<sup>22</sup>.

Kolejnym nowoczesnym rozwiązaniem możliwym do wykorzystania w opiece nad osobami starszymi są systemy inteligentnego domu. Pozwala to na wsparcie pacjenta, całodobowy monitoring, wykorzystujący moduły medyczne i telemedyczne zapewniające bezpieczeństwo pacjentowi<sup>23</sup>.

W związku z upowszechnianiem się negatywnego obrazu starzenia się, społeczeństwo jest przekonane, że tylko medycyna może pomóc w rozwiązaniu tej sytuacji. Instytucje zarządzające funduszami wspierają ten obraz przekazując ogromne kwoty na badania chorób

<sup>20</sup> Kostka T.: Innowacyjność w medycynie. Nowoczesne technologie w służbie osobom starszym, [w:] Samoliński B., Raciborski F.: *Zdrowe starzenie się: BIAŁA KSIĘGA*. Scholar, Warszawa 2013, s. 133-134.

<sup>21</sup> Kamieniarz K., Nawrot R., Grajek K., Goździcka-Józefiak A.: *Biotechnologia w medycynie regeneracyjnej i reprodukcyjnej*. „Biotechnologia”, nr 2(73), 2006.

<sup>22</sup> Mikołajewska E., Mikołajewski D.: *Możliwości automatyzacji i robotyzacji otoczenia osoby niepełnosprawnej*. „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania”, nr II(7), 2013, s. 112-113.

<sup>23</sup> *Ibidem*, s. 111.

wieku podeszłego. W Stanach Zjednoczonych osiemdziesięcioletkowi są najszybciej rosnącą grupą, która jest poddawana zabiegom chirurgicznym. „Rewaskularyzacja z użyciem krążenia pozaustrojowego, angioplastyka i wszczepianie stentów są częstymi procedurami stosowanymi u pacjentów, którzy ukończyli 80 lat, nie jest także rzadką praktyką u dziewięćdziesięcioletków. Wszczepianie automatycznego kardiowertera-defibrylatora jest od 2003 roku refundowane przez Medicare i rutynowo stosuje się go u pacjentów osiemdziesięcioletnich”<sup>24</sup>. Rutynowe jest także przeszczepianie nerek, nawet od młodszych członków rodziny. Rozwój technologii sprawił, że operacje stają się mniej inwazyjne i spokojnie można je stosować wśród osób starszych. Przyczynia się to do sytuacji w której lekarze jak i rodzina pacjenta czują obowiązek przedłużania życia za wszelką cenę<sup>25</sup>. Należy się zastanowić czy istnieją granice przedłużania życia, które bardzo często powoduje spadek jakości życia.

## 6. Bioetyka a jakość życia

Bioetyka jest młodą gałęzią nauki, której zadaniem jest dokonywanie ocen moralnych, które wynikają z postępu nauk przyrodniczo-technicznych. Bioetycy są zdania, że każde działanie naukowe powinno podlegać ocenie i odpowiedzialności moralnej. W 1978 r. podczas konferencji UNESCO w Warnie wskazano obszary, które implikują problemy etyczne. Są wśród nich m. in. zapobieganie procesom starzenia się, przedłużanie życia czy eutanazja<sup>26</sup>.

Tadeusz Ślipko uważa, że w bioetyce można wyróżnić dwie konfrontacyjne orientacje etyczno-filozoficzne:

- absolutyzm etyczny, który reprezentuje etyka chrześcijańska,
- relatywizm etyczny, który odbija się w utylitarystyce oraz etyce sytuacyjnej.

Różnią się one ocenami, normami i argumentacjami.

Zazwyczaj aprobowane są czyny ratujące życie a potępiane te, które je przerywają. Bardzo trudne jest jednak zastosowanie norm, które dotyczą obrony życia w przypadkach nie przynoszących korzyści choremu, które można nazwać uporczywymi czy heroicznymi<sup>27</sup>. Wydłużanie życia w nieskończoność prowadzi do sytuacji, w której pacjent pomimo starszego wieku nie sprzeciwiają się interwencjom medycznym, czują się zobowiązani do przeżycia, bez względu na jakość późniejszej egzystencji. Postęp medycyny sprawił, że

<sup>24</sup> Nowakowski M., Nowakowska L.: op.cit., s. 215.

<sup>25</sup> Ibidem, s. 216.

<sup>26</sup> Ślęczek-Czakon D.: Problem wartości i jakości życia w sporach bioetycznych. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2004, s. 13.

<sup>27</sup> Ibidem, s. 22-23.

zarówno lekarze jak i najbliższa rodzina nie wyobrażają sobie możliwości zaprzestania leczenia<sup>28</sup>.

Termin eutanazja oznacza dobrą, bezbolesną, łatwą i piękną śmierć. Nicholas Aumonier zwraca uwagę na fakt, że w starożytności pojęcie to odnosiło się do dwóch praktyk: „dobrej śmierci” oraz samobójstwa. Śmiercią uznawaną z pożądaną a czasami nawet chwalebna było samobójstwo<sup>29</sup>.

Jednym z przedstawicieli relatywizmu etycznego jest Australijski etyk Peter Singer. Jego poglądy sprowadzają się do kilku zasadniczych kwestii. Najważniejszym jest przyznanie głównej roli w etyce rozumowi. To on odpowiada za właściwe działanie, poprawną argumentację oraz rzetelną ocenę formułowanych rozstrzygnięć<sup>30</sup>. Singer zaproponował hierarchię istot i wyróżnia ich trzy rodzaje: bez świadomości, świadomie odczuwające i osoby. Nie każda istota ludzka jest osobą, o jej wartości stanowi rozumna natura. Osobą jest się wtedy, gdy posiada się wszystkie cechy bycia nią:

- chce kontynuować własne życie, ponieważ odczuwa zadowolenie z zaspokajania przyjemności i pragnień,
- czuje się z tego powodu szczęśliwy<sup>31</sup>.

Uważa on również, że: „[...] czasami można pozbawić życia osobę, która nie wybiera śmierci, jeśli miałyby się okazać, że przypadłoby jej w udziale nieszczęśliwe życie.

Bywają również sytuacje, w których wysoka ranga przyznana respektowi dla autonomii osoby może zostać obniżona przez jakieś ważne interesy<sup>32</sup>. W związku z tym można również rozróżnić trzy rodzaje eutanazji: dobrowolna (na życzenie osoby chorej), niedobrowolna (w drastycznych przypadkach stosowana jest wbrew woli pacjenta) i adobrowolna (dotyczy sytuacji w której nieuleczalni chorzy, czy niepełnosprawni nie mieli możliwości wyboru między życiem i śmiercią). Eutanazja może być więc uznana za akt altruizmu, w przypadku gdy ma na celu oszczędzenia cierpienia i niską jakość życia.

Warto wspomnieć również o eugenicie jako formie eutanazji. Deprecjonuje ona wartość ludzkiego życia i ze względu na doskonalenie dziedzicznych właściwości gatunku postuluje eliminację nic nie wartego ludzkiego życia<sup>33</sup>.

Każdy z nas ma świadomość, że śmierć jest kresem naszej egzystencji i czymś nieuniknionym, u większości z nas wzbudza lęk. Jak zauważa Ch. Bernard, dla osób doświadczonych bólem i udręką starości, których jakość życia pogorszyła się w związku chorobą śmierć może być przyjacielem. Dlatego pomimo rozwoju technologii, który daje nam możliwość przedłużania ludzkiego życia powinniśmy się zastanowić gdzie są granice

<sup>28</sup> Nowakowski M., Nowakowska L.: op.cit. s. 216.

<sup>29</sup> Kuzior A.: Zrozumieć los – rozważania o życiu i śmierci, [w:] Probuca D. (red.): Etyka wobec sytuacji granicznych. Kraków 2007, s. 204.

<sup>30</sup> Olech M.: Utylitaryzm Petera Singera. Rozważania o eutanazji. „Edukacja Humanistyczna”, nr 1(28), 2013, s. 123.

<sup>31</sup> Ibidem, s. 124-125.

<sup>32</sup> Ibidem, s. 125.

<sup>33</sup> Kuzior A.: op.cit., s. 206.



uporczywej terapii. Strach przed utratą najbliższej osoby może być większy niż jej strach przed śmiercią. Jednak z perspektywy etyki chrześcijańskiej ludzkie życie ma największą wartość i to nie człowiek powinien decydować o życiu i śmierci.

Bez względu na własne poglądy powinniśmy zrozumieć los: wypełnić go do końca, bez ucieczki w samobójstwo czy śmierć uzgodnioną; oswoić śmierć, która jest końcowym etapem życia i przestać się jej lękać<sup>34</sup>.

## Bibliografia

1. Daszykowska J.: Jakość życia w koncepcjach związanych ze zdrowiem. „Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego”, nr 2, Rzeszów 2006.
2. Kaleta A.: Jakość życia młodzieży wiejskiej i miejskiej: studium podobieństw i różnicowań międzyrodowiskowych. UMK, Toruń 1998, [w:] Wnuk M., Marcinkowski J.T.: Jakość życia jako pojęcie pluralistyczne o charakterze interdyscyplinarnym. „Problemy Higieny i Epidemiologii”, nr 93(1), 2012.
3. Kamieniarz K., Nawrot R., Grajek K., Goździcka-Józefiak A.: Biotechnologia w medycynie regeneracyjnej i reprodukcyjnej. „Biotechnologia”, nr 2(73), 2006.
4. Kostka T.: Innowacyjność w medycynie. Nowoczesne technologie w służbie osobom starszym, [w:] Samoliński B., Raciborski F.: Zdrowe starzenie się: BIAŁA KSIĘGA. Scholar, Warszawa 2013.
5. Kuzior A.: Jakość życia, [w:] Gluchman V. (red.): Metodologicke a metodicke otazky bioetyki sucasnosti. Preszów 2009.
6. Kuzior A.: Zrozumieć los – rozważania o życiu i śmierci, [w:] Probučka D. (red.): Etyka wobec sytuacji granicznych. Kraków 2007.
7. Mikołajewska E., Mikołajewski D.: Możliwości automatyzacji i robotyzacji otoczenia osoby niepełnosprawnej. „Niepełnosprawność – zagadnienia, problemy, rozwiązania”, nr II(7), 2013.
8. Muszaliak M., Kędziora-Kornatowska K.: Jakość życia przewlekle chorych pacjentów w starszym wieku. „Gerontologia Polska”, t. 14, nr 4.
9. Nowakowski M., Nowakowska L.: Medykalizacja starości: dylematy i zagrożenia, [w:] Kałuża D., Szukalski P. (red.): Jakość życia seniorów w XXI wieku. Ku aktywności. Uniwersytet Łódzki.
10. Szukalski P.: Proces starzenia się ludności. Przyczyny, etapy, konsekwencje, [w:] Grodzicki T., Kocemba J., Skalska A. (red.): Geriatria z elementami gerontologii ogólnej. Podręcznik dla lekarzy i studentów. Wydawnictwo Via Medica. Gdańsk 2006.

---

<sup>34</sup> Ibidem. s. 212.

11. Ślęczek-Czakon D.: Problem wartości i jakości życia w sporach bioetycznych. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2004,
12. Trojanowska A.: Znaczenie badań nad jakością życia w medycynie. „Zdrowie Publiczne”, nr 121(1), 2011.
13. Trzebiatowski J.: Jakość życia w perspektywie nauk społecznych i medycznych – systematyzacja ujęć definicyjnych. „HYGEIA Public Health”, nr 46(1), 2011.
14. <http://gabinetzdrowia.net.pl/definicja-zdrowia-i-jakosci-zycia-wg-who.php>, 28.06.2017.
15. <http://encyklopedia.pwn.pl/haslo/jakosc-zycia;3916390.html>, 28.06.2017.