

HELENA SĘK

## JAKOŚĆ ŻYCIA A ZDROWIE

Pojęcia "jakość życia" i "zdrowie" coraz częściej spotyka się w literaturze psychologicznej. Kategorie te, podobnie jak pojęcie "szczęścia", mają wiele cech wspólnych. Wydaje się, że cechą najbardziej charakterystyczną jest to, że są one skrajnie wieloznaczne, a jednocześnie bardzo istotne dla życia człowieka. Bardzo wnikliwą analizę porównawczą kategorii "szczęście" i "zdrowie psychiczne" przeprowadził Tatarkiewicz [1979]. Analiza ta stosuje się także do kategorii jakości życia, gdyż w nowoczesnych badaniach jest ona często ujmowana i "mierzona" jako poczucie zadowolenia z życia lub jako dobrostan (well being).

Z analizy tej wynika, że wspomniane wyżej kategorie są obiektywne i subiektywne zarazem. W sytuacji porównywania zdrowia i jakości życia to zagadnienie wydaje się najważniejsze i dlatego właśnie problem ten stanie się myślą przewodnią dalszych rozważań.

Na wstępie zasygnalizuję, iż przyjmuję założenie, że jakość życia ujmowana obiektywnie to zespół warunków życia człowieka, obiektywne atrybuty świata przyrody, przedmiotów i kultury oraz obiektywnie oceniane atrybuty człowieka związane z poziomem życia i pozycją społeczną. Wśród tych obiektywnych wyznaczników jakości życia mieści się także struktura organizmu człowieka i poziom funkcjonowania jego układów biologicznych, czyli zdrowie. Jakość życia, ujmowaną subiektywnie, określam jako rezultat wewnętrznych procesów wartościowania różnych sfer życia i życia jako całości. Jest to więc kategoria poznawczo-przeżyciowa (emocjonalna), a podmiot jest najważniejszym, jeżeli nie jedynym źródłem danych, na podstawie których wnioskuje się o poziomie jakości życia.

Owo wartościowanie zależy oczywiście od struktury potrzeb i indywidualnego systemu wartości a zwłaszcza od indywidualnego pojęcia sensu życia.

Nawet fragmentaryczny przegląd literatury na temat jakości życia, jego natury, obiektywnych i subiektywnych uwarunkowań [Bauer 1966; Bradburn 1969; Campbell i in. 1976; Czapiński 1992; Diener 1984], sposobów badania poziomu jakości życia i niektórych aspektów szczęścia, a zwłaszcza prac zajmujących się predyktorami jakości życia oraz związkiem jakości życia ze zdrowiem [Filipp, Ferring 1991; Czapiński 1992] wskazuje na ogromne zróżnicowanie podejść i sprzeczność wyników badań empirycznych. Z lektury tych prac wyłania się zarówno duża liczba różnych problemów natury teoretycznej, metodologicznej, jak i zachęta do nowych badań.

Sądzę, że pewien istotny postęp w rozumieniu zależności pomiędzy zdrowiem a jakością życia będzie możliwy wówczas, gdy zostaną podjęte pewne zasadnicze problemy ważne dla empirycznych badań nad predyktorami ja-

kości życia oraz gdy do określenia kategorii zdrowia wykorzystana się nową wiedzę na ten temat. W dotychczasowych badaniach poświęconych zadowoleniu z życia, szczęściu i jakości życia, zmienne związane ze zdrowiem traktowano w sposób zbyt uproszczony, jednostronny.

Zadaniem tego artykułu jest więc przedstawienie:

- wybranych problemów badania jakości życia,
- najważniejszych podejść do kategorii "zdrowie",
- analiza wybranych zagadnień współzależności pomiędzy jakością życia i subiektywną koncepcją zdrowia, holistyczno-funkcjonalną koncepcją zdrowia i problemami zachowań zdrowotnych.

## I. PROBLEMY POMIARU JAKOŚCI ŻYCIA

Z licznych badań, zarówno na dużych próbach populacyjnych, prowadzonych zwłaszcza w USA [por. Flanagan 1980; Diener 1984], jak i na grupach osób zdrowych i chorych po ciężkich wypadkach [Brickman i in. 1978] wynika, że obiektywne warunki poziomu życia nie są jednoznacznymi predyktorami poczucia jakości życia. Z faktu, że pewni ludzie posiadają znacznie wyższy poziom finansowy (np. na skutek dużej wygranej w grze losowej), a inni mają obiektywnie zły stan zdrowia (np. na skutek urazu kręgosłupa) nie można przewidywać, że pierwsi będą mieli znacznie wyższe wyniki w pomiarach poczucia zadowolenia z życia. Dotyczy to zwłaszcza pomiarów jakości życia rzutowanych w czas przeszły i projektowanych w czas przyszły. Badania Brickmana i in. [1978] wykazały jednoznacznie, iż w przypadku określania jakości życia u osób, które w okresie badania były uczestnikami krytycznych wydarzeń życiowych pomiary jakości życia odniesione do czasu sprzed tych wydarzeń, czasu związanego z tymi wydarzeniami oraz czasu przyszłego, wykazują znaczące różnice. Trzeba się więc liczyć z tym, że zupełnie inne będą wyniki i inną funkcję będą pełniły oceny jakości życia: a) bieżącego, b) przeszłego, c) przyszłego.

Gdy dokonamy, podobnie jak Filipp i Ferrigen [1991], podziału warunków życia na korzystne i niekorzystne oraz ocenę jakości życia na pozytywną i negatywną otrzymamy cztery możliwe kombinacje przedstawione w tabeli 1.

Tabela 1

### Obiektywny i subiektywny aspekt określania jakości życia

Obiektywne warunki życia	Subiektywna ocena jakości własnego życia	
	POZYTYWNA	NEGATYWNA
KORZYSTNE	A. Zadowolenie uzasadnione	B. Dylemat niezadowolenia
NIEKORZYSTNE	C. Paradoks zadowolenia	D. Niezadowolenie uzasadnione

Z punktu widzenia psychologicznego ważne problemy pojawiają się wówczas, gdy stwierdzimy zaistnienie układu B "Dylemat niezadowolenia", mianowicie wbrew korzystnym warunkom życia dana osoba odczuwa niską jakość życia. Dla psychologii zdrowia szczególnie ważny jest układ zwany "Paradoksem zadowolenia" (pole C). Wyjaśnienia wymaga, dlaczego osoba, która przebywa w niekorzystnych warunkach będących obiektywnie złym predyktorem jakości życia posiada wysokie poczucie jakości życia.

Przechodząc do ważnych problemów natury metodologicznej trzeba zaznaczyć, że nawet wówczas, gdy zakładamy, że w badaniu jakości życia kierujemy się indywidualną, subiektywną oceną osób badanych, istotna jest dbałość o minimalizowanie "błędów pomiaru". Z badań [por. Strack, Argyle, Schwarz 1991] wynika, że osoby badane podają wyższe wartości dla ocen zadowolenia z życia w sytuacji bezpośredniej rozmowy z badającym niż w sytuacji wypełniania kwestionariusza, że globalne oceny jakości życia w ogóle znacznie bardziej podlegają wpływowi aktualnej sytuacji i aktualnego stanu emocjonalnego badanych, aniżeli wówczas, gdy ogólny pomiar jakości życia jest wynikiem zsumowania ocen składowych, dotyczących różnych obszarów życia i działalności.

Stwierdzono też, że trafniejsze jest podejście, w którym oceny jakości życia przeprowadza się tak, aby np. parcjalne oceny zadowolenia z sytuacji materialnej, mieszkaniowej, rodzinnej, małżeńskiej, koleżeńskiej, edukacyjnej i politycznej kraju, itp. wyprzedzały globalną ocenę bieżącego życia. Trafniejszą diagnozę jakości życia uzyskuje się także wówczas, gdy pomiary jakości życia będą dotyczyły zarówno poznawczego aspektu — satysfakcji i aspektu emocjonalnego, zadowolenia z uczuciem radości życia. Można też stawiać pytania ukryte o chęć życia, dążenie do zmian, czy też stawiając badanym zadania o charakterze pobudzania do refleksji i bilansowania życia w całości lub jego etapów.

Jednym z ważnych, a często pomijanych zabiegów powinno być ważenie sfer życia poprzez wprowadzanie do oceny poziomu zadowolenia np. z życia rodzinnego lub zawodowego wskaźnika wagi (miejsca w hierarchii wartości) tych obszarów życia i aktywności. Filipp i Ferring [1991] wykazali, że procedura taka zmienia w sposób istotny wyniki badań nad poczuciem jakości życia. W badaniach nad jakością życia w sytuacjach krytycznych wydarzeń i w sytuacji choroby bierze się ponadto pod uwagę poczucie nasilenia zmiany w wyniku konfrontacji z wydarzeniem, walencję zmiany "in plus" czy "in minus" oraz zakres tzn. liczbę obszarów życia, w których zmiany wystąpiły a także to, w jakim stopniu zmiana ta jest pożądana lub nie. W wielu wczesnych badaniach oraz niektórych nowszych nie stosowano takich ważnych procedur, chociażby tej, która polega na ważeniu sfer życia. Może to być jedną z przyczyn, że przy porównywaniu różnych ocen jakości życia z wymiarami zdrowia uzyskuje się bardzo różne, często sprzeczne wyniki.

## II. SPOSOBY UJMOWANIA KATEGORII ZDROWIA W RELACJI DO JAKOŚCI ŻYCIA

Zarówno profesjonaliści zajmujący się ochroną zdrowia i leczeniem zaburzeń, jak i badacze różnych dziedzin medycyny, przedstawiciele nauk huma-

nistycznych i społecznych: filozofii, socjologii i psychologii są jednomyślni co do tego, że zdrowie może być określane obiektywnie jak i subiektywnie - jako pojęcie, świadomość zdrowia i poczucie zdrowia. Sposoby myślenia naukowego o zdrowiu odzwierciedlają się w bardzo różny sposób w świadomości potocznej [Faltermaier 1990; Herzlich 1973; Sęk i in. 1992]. Gdy więc - studiując predyktory jakości życia - pytamy o to, czy zdrowie jest ważne dla jakości życia, nie wiemy nic o tym, jak badani rozumieją owo zdrowie.

Najbardziej charakterystyczna dla porównań pomiędzy jakością życia (w ujęciu dobrostanu) a zdrowiem jest sprzeczność stwierdzana już w badaniach Campbella i in. [1976] i potwierdzona przez Czapińskiego [1992] wyrażająca się w tym, że ludzie zapytani o źródło jakości życia stawiają zdrowie na jednym z pierwszych miejsc; uważają też, że człowiekowi szczęśliwemu można oprócz poczucia bezpieczeństwa i wolności przypisać poczucie dobrego zdrowia [por. Sokołowski 1990]. Natomiast rzeczywista siła związku pomiędzy zadowoleniem z życia, czyli poczuciem jakości życia a zadowoleniem ze stanu zdrowia, jest znacznie słabsza. Wkład jakości życia zdrowego do globalnego poczucia jakości życia jest istotnie mniejszy niż zadowolenie z życia rodzinnego, warunków finansowych i mieszkaniowych, przyjaciół itp. Wyjaśnić to można na kilka sposobów. W pierwszym rzędzie można stwierdzić, że zależy to od błędu pomiaru jakości życia spowodowanego tym, że pomiary zadowolenia z różnych sfer życia nie są korygowane wskaźnikiem wagi danej sfery dla poszczególnych ludzi. Inne wyjaśnienie można zbudować na tym, że odrębna jest natura świadomości zdrowia i znaczenie jego wagi dla jakości życia, a zupełnie inną funkcję pełni ocena zdrowia w relacji do innych wartości i celów życiowych. Przemawiałyby za tym nasze badania, które wykazały, że subiektywne, metaforyczne określenia zdrowia są związane z cenionymi wartościami, a zdrowie jest jednocześnie częściej traktowane jako wartość instrumentalna niż ostateczna; służy do realizacji cenionych wartości, podobnie jak inteligencja i kompetencje — pozostaje więc niejako w tle. Wyraził to zresztą bardzo trafnie Tatarkiewicz pisząc, że "Zdrowie jest warunkiem szczęścia istotnym, choć nie jedynym" [Tatarkiewicz 1979, s.218].

W literaturze z zakresu zdrowia psychicznego znajdziemy podejścia, które identyfikują zdrowie psychiczne z psychicznym dobrostanem co znalazło zresztą swoje odzwierciedlenie w definicji Światowej Organizacji Zdrowia Psychicznego. Przy takim podejściu zdrowie jest utożsamiane z jakością życia jako jednym z wymiarów szczęścia. Nie jest to jednak podejście, które odgrywa istotne znaczenie we współczesnych modelach zdrowia. Stwierdza się bowiem wraz z rozwojem medycyny behawioralnej i psychologii zdrowia, iż zdrowie można ujmować w ramach innych perspektyw teoretycznych - biomedycznej i holistyczno-funkcjonalnej [por. Sęk i in. 1992].

W modelu biomedycznym ujmuje się zdrowie jako kategorię zobiektywizowaną. Zdrowie jest najczęściej rozumiane jako stan braku zakłóceń w funkcjach biologicznych organizmu. Organizm w stanie zdrowia realizuje normalnie te funkcje. Zdrowie człowieka podlega obiektywnym zasadom regulacji i jest zdeterminowane wyposażeniem genetycznym, wrodzoną strukturą. Zdrowie zależy od odporności biologicznej, a do załamania zdrowia

dochodzi wówczas, gdy człowiek nie jest w stanie przeciwstawić się szkodliwym wpływom. W tym modelu zdrowie i choroba pozostają poza kontrolą podmiotu; o tym decyduje fachowa opieka zdrowotna i przestrzeganie jej zaleceń oraz powszechnie obowiązujących reguł higieny. Prawdopodobnie taki model zdrowia najczęściej zakładano w badaniach nad jakością życia i taki też model był z pewnym przybliżeniem odwzorowywany przez respondentów, gdy odpowiadali na pytania o wartość zdrowia i znaczenie zdrowia dla jakości życia.

W modelu holistyczno-funkcjonalnym nawiązuje się do humanistycznych nurtów w medycynie i trendów współczesnej ekologii [Sęk 1992]. Zdrowie wyraża się we wzajemnej relacji jaka zachodzi między człowiekiem a jego otoczeniem i jest procesem ukierunkowanym na zapewnienie dynamicznej równowagi. W tych procesach równoważenia człowiek wykorzystuje dostępną energię do sprostania wymaganiom otoczenia. O poziomie zdrowia współdecydują czynniki patogenne - także stresory i zgeneralizowane zasoby odpornościowe [Antonovsky 1979; Hobfoll 1989], jako cechy pozytywne z punktu widzenia transakcji między otoczeniem i podmiotem, są więc też swoistym potencjałem zdrowia. W tym podejściu, do potencjałów zdrowia zalicza się nie tylko energię witalną jednostki i jej odporność biologiczną, ale także przyrodnicze i społeczno-kulturowe zasoby otoczenia, prozdrowotne i proekologiczne systemy wartości, a nade wszystko cechy psychiczne podmiotu, takie jak: wiedzę, racjonalność postępowania, optymizm i poczucie sprawstwa. Wszystkie te cechy wyznaczają "sense of coherence" — poczucie koherencji, które jest bardzo złożonym, globalnym, względnie trwałym przekonaniem, że świat wewnętrzny i zewnętrzny jest przewidywalny i że zmiany w nim zachodzące są możliwe do opanowania i będą przebiegały w oczekiwanym kierunku [Antonovsky 1979]. To poczucie scala działanie potencjałów zdrowia i określa miejsce na wymiarze: ZDROWIE-CHOROBA, zwanym też wymiarem "HE-DE" (health - disease).

Tak złożone, całościowe i funkcjonalne podejście do zdrowia sprawia, że można stawiać zupełnie nowe problemy badawcze dotyczące zależności pomiędzy nim i jakością życia. Przed zaprezentowaniem niektórych z nich warto może jeszcze dodać, że badania nad potocznymi koncepcjami zdrowia [Herzlich 1973; Sęk i in. 1992] wykazały, że w świadomości potocznej w różnym stopniu odzwierciedlają się naukowe koncepcje zdrowia.

Badani definiują zdrowie zgodnie z modelem biomedycznym w sposób negatywny, jako brak objawów chorobowych; brak możliwości odczuwania zdrowia, odczuwa się jedynie jego zakłócenie. Takie funkcjonowanie subiektywnej koncepcji zdrowia może w sposób istotny rzutować na obiektywne pomiary zdrowotnych determinant jakości życia.

Inne określenia potoczne sprowadzają się do definiowania zdrowia jako potencjału lub rezerwuaru zdrowia. W tym ujęciu zdrowie oznacza obiektywne cechy jednostki jako organizmu; najczęściej wymienia się tu witalność, odporność i biologiczno-konstytucjonalne zasoby. Jeżeli zdrowie jest tak pojmowane, to jest ono wówczas najbardziej podobne do innych obiektywnych determinant jakości życia.

I wreszcie pewna grupa badanych określa zdrowie jako wynik procesów równoważenia zasobów i zagrożeń, jako poczucie pełnego dobrostanu bio-

logicznego, psychologicznego i społecznego. Przy takim potocznym ujęciu zdrowia jest ono - jak to już zaznaczono - bardzo podobne do subiektywnej jakości życia. Byłoby więc bardzo interesujące badanie tego jak przedstawia się jakość życia — jego poziom i struktura - u osób posiadających, czy też ściślej mówiąc, preferujących jedno z powyższych podejść do zdrowia.

Te trzy potoczne modele zdrowia wyznaczają także odmienne ustosunkowania do choroby. Przy pojmowaniu zdrowia jako swoistej "próżni", zdrowie zostaje przez chorobę zniesione, przy pojęciu zdrowia jako potencjału (rezewuaru) stanowi ono zespół cech używanych do przeciwstawiania się chorobie, a przy ujmowaniu zdrowia jako wyniku procesów przystosowywania się, objawy choroby są asymilowane w mechanizmy zdrowia.

Powstaje więc problem, czy nie jest tak, że właśnie ludzie preferujący zdrowie jako proces stałego równoważenia zasobów z zagrożeniami należą do tej grupy, która w sytuacji krytycznego wydarzenia i przewlekłej choroby zachowuje wysokie poczucie jakości życia i przekształca jego strukturę. W wyniku zastosowania adekwatnych sposobów radzenia sobie z chorobą (np. pod postacią redefinicji sensu) czerpie zadowolenie z innych niż dotychczas sfer życia. Byłoby to prawdopodobne wyjaśnienie przytoczonego na wstępie "paradoksu zadowolenia".

Przy porównywaniu niektórych miar jakości życia, zadowolenia i różnych postaci optymizmu ze zdrowiem, powstają najciekawsze i najważniejsze dla psychologii zdrowia problemy.

Najlepiej zbadano wpływ zadowolenia z życia, optymizmu i różnych form zaufania do życia na rozwój zdrowia, jego ochronę [Antonovsky 1987; Deneke i in. 1987; Taylor 1989] i na skuteczność zmagania się z chorobą [Scheier, Carver 1987; Scheier i in. 1989]. Związki są tu prawdopodobnie dwustronne: wysokie poczucie jakości życia ułatwia zmaganie się z chorobą, czyli powoduje przesuwanie się na wymiarze ZDROWIE-CHOROBA w kierunku bieguna zdrowia i umacnia procesy równoważenia zagrożeń z zasobami. Następnie wynik tych procesów - wyższy poziom - zdrowia wpływa wrotnie na zasoby warunkujące subiektywne poczucie jakości życia.

Sprawą najbardziej kontrowersyjną i nie wyjaśnioną do końca jest wpływ optymistycznych złudzeń i nierealistycznego zadowolenia z życia oraz antycypacja stabilnej, wysokiej jakości życia w przyszłości - na zdrowie. Sprawdzenia wymagałaby teza, że osoby optymistyczne i charakteryzujące się wysokim poczuciem jakości życia są jednocześnie wystarczająco wyczulone na sygnały ryzyka. Oznaczałoby to, że osoby z wysokim poczuciem zadowolenia z życia potrafią też trafnie i szybko przeciwdziałać zagrożeniom dla zdrowia, przewidywać je i zapobiegać im. Największe wątpliwości budzi jednak nastawienie tej grupy ludzi do propozycji zmian nawyków antyzdrowotnych (np. palenie tytoniu) na zachowania prozdrowotne. O tym, że w tym zakresie należy się spodziewać znacznie bardziej złożonych zależności przekonują badania Schwarzera [1992], który wykazał, że optymizm "obronny", a zwłaszcza złudzenia całkowitej odporności na zagrożenia chorobowe (np. AIDS), zaniżają motywację do podjęcia decyzji zmiany zachowań ryzykownych. Natomiast tzw. złudzenia "funkcjonalne" dotyczące zarówno optymistycznego przewidywania jakości życia, jak i zdolności pora-

dzenia sobie w sytuacjach podwyższonego ryzyka, globalnego poczucia samoskuteczności są gwarantem włączenia we właściwym momencie decyzji zmiany zachowań względem zdrowia i wprowadzenia ich następnie w czyn. Schwarzer [1992] wykazał, że specyficzny wzór polegający na przewadze optymizmu funkcjonalnego nad obronnym wpływa na generowanie podmiotowych decyzji zmiany zachowań na prozdrowotne.

Szczególnie ciekawe możliwości dalszych badań nad różnymi wymiarami zdrowia w porównaniu z jakością życia i optymizmem przynosi ze sobą koncepcja salutogenezy i jej kluczowe pojęcie, "sense of coherence". Ten wieloaspektowy model ujmowania zdrowia zaproponowany przez socjologa medycyny wymaga jednak dalszych badań, aby można było go połączyć z problematyką jakości życia.

#### BIBLIOGRAFIA

- Antonovsky A. 1979, *Health, stress and coping*, San Francisco, Jossey — Bass.
- Antonovsky A. 1987, *Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well*, San Francisco, Jossey - Bass.
- Bauer R. (ed.) 1966, *Social indicators*, Cambridge, MIT Press.
- Brickman P., Coates D., Janoff-Bulman R. 1978, *Lottery winners and accident victims: Is happiness relative?*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, s. 917 - 927.
- Campbell A, Converse P. E., Rotgers W. L. 1976, *The quality of American Life*, New York, Russel Sage Foundation.
- Czapiński J. 1992, *Psychologia szczęścia*, Warszawa, Ademedos.
- Deneke F-W., et all, 1987, *Wie erleben siech Gesunde?*, *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie*, 5 (37), s. 149 -184.
- Diener E. 1984, *Subjective well-being*, *Psychological Bulletin*, 95, s. 542 - 575.
- Faltermaier T. 1990, *Subjective Theorien von Gesundheit*, *Augsburger Berichte*, 45.
- Filipp S-H., Ferring D. 1991, *Zur inhaltlichen Bestimmung und Erfassung von Lebensqualität im Umfeld schwerer körperlicher Erkrankungen*, *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 16, s. 274 - 283.
- Flanagan J. C. 1980, *Quality of life*, w: *Competence and coping during adulthood*, pod red. L. A. Bonda, J. C. Rosena, Nanover N. H., University Press of New England, s. 157 - 177.
- Herzlich C. 1973, *Health and illness: A social psychological analysis*, London, Academic Press.
- Hobfoll S. 1989, *Conservation of resources. A new attempt to conceptualizing stress*, *American Psychologist*, 44(3), s. 513 - 523.
- Scheier M. F., Carver C. S. 1985, *Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies*, *Health Psychology*, 4, s. 219 - 247.
- Schwarzer R. 1992, *Health-related cognitions: vulnerability, optimism and self-beliefs*, w: *Self-efficacy: Thought control of action*, pod red. R.Schwarzera, Washington, Hemisphere.
- Sęk H. 1992, *Idee ekologii w psychologii zdrowia*, w: *Idee ekologii w świadomości społecznej*, pod red. K. Łastowskiego, M. Rafińskiego, Poznań, s. 97 - 105.
- Sęk H., Ścigała T, Pasikowski T., Beisert M. Bleja A. 1992, *Subjective concepts of health. Some personal and societal determinants*; w: *Readings in health and preventive psychology*, pod red. H. Sęk, Poznań, UAM, s. 95 -119.
- Strack F., Argyle M., Schwarz N. (eds.) 1991, *The social psychology of subjective well-being*, Oxford, Pergamon.
- Tatarkiewicz W. 1979, *O szczęściu*, Warszawa, PWN.
- Taylor S. E. 1989, *Positive illusions: Creative self-deception and the healthy mind*, New York, Basic Books.

## QUALITY OF LIFE AND THE CONDITION OF HEALTH

## S u m m a r y

The article presents the results of research indicating that there is no simple correlation between the condition of health and the satisfaction with life. The analysis indicates that the valuation of one's life depends on the conception of health (health as a lack of illness; health as vital forces; health as the outcome of balancing resources and threats), irrespective of the actual condition of health of an individual.