

IRENA HESZEN-NIEJODEK

## JAKOŚĆ ŻYCIA W BADANIACH PSYCHOLOGICZNYCH

Pierwsze użycie określenia „jakość życia” przypisuje się amerykańskiemu prezydentowi Johnsonowi w 1964 roku. Najwyraźniej pojęcie to zawierało w sobie treść istotną dla współczesnego człowieka, dla którego problemem jest już nie „przeżycie”, a „życie na odpowiednim poziomie”, ponieważ szybko się upowszechniło. Zaczęło być używane przez przedstawicieli różnych dyscyplin naukowych, przede wszystkim w naukach medycznych, społecznych i ekonomicznych, w odniesieniu do odpowiednich aspektów życia człowieka. W 1977 roku stało się słowem kluczowym w serwisie bibliograficznym Medline i słowem tytułowym w *Index Medicus*, jednak prawdziwą popularność zyskało w latach osiemdziesiątych. W psychologii znajduje to wyraz nie tylko w rosnącej liczbie publikacji, ale w pewnej instytucjonalizacji „jakości życia”, wykorzystywanej w tytułach czasopism (np. „Quality of Life Research. An International Journal”) i nazwach konferencji (np. konferencja Europejskiego Towarzystwa Psychologii Zdrowia w 1994 roku zatytułowana była: „Health Psychology and Quality of Life Research”). W publikacjach poświęconych temu zagadnieniu nie znajdujemy jednak jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, czym jest jakość życia.

### I. JAKOŚĆ ŻYCIA JAKO POJĘCIE PSYCHOLOGICZNE

Pojęcie jakości życia dzieli los innych pojęć, które przeniknęły do nauki z języka potocznego. Z pozoru nośne informacyjnie, charakteryzują się one nieostrością i brakiem precyzji. Trafnie zostało to ujęte w przypisywanej św. Augustynowi wypowiedzi na temat czasu: „Wszyscy wiedzą doskonale, co to jest, dopóki ktoś nie zapyta o definicję”. Spróbujmy jednak dla celu tych rozważań poszukać specyfiki „jakości życia” jako obszaru zainteresowania psychologii.

Istotne jest tu rozróżnienie obiektywnego i subiektywnego wymiaru jakości życia (Pasikowski, Sęk, 1995). Oceniając jakość czyjś życia w wymiarze obiektywnym, z pozycji zewnętrznego obserwatora, posługujemy się jakimś zewnętrznym modelem, wzorcem dobrego, wartościowego życia. Nie wynika z tego jednak niestety jednoznaczność kryteriów. Przyjęcie możliwości zaspokojenia odczuwanych przez człowieka potrzeb jako wskaźnika jakości życia wydaje się rozwiązaniem płytkim i nie ujmującym istoty rzeczy (Ratajczak, 1993). Bardziej przekonujące są ujęcia opisowe. Wysoką jakość życia charakteryzować ma różnorodność doznań, świadomość (w tym samoświadomość) i rozumienie świata, aktywność, zwłaszcza aktywność twórcza i bogactwo kontaktów społecznych (tamże). Opis ten można rozwijać, dodając autentyczność przeżyć i działań, spójność pragnień, celów i dążeń. Warunkiem tak rozumianej jakości życia jest brak lęku i wolność wewnętrzna, także wolność od wewnętrznych konfliktów, w tym konfliktów sumienia. Widzimy jednak, że taki opis, bogatszy, intuicyjnie trafniejszy i przy tym bardziej „psychologiczny”, zawiera już kategorie wymykające się ocenie z pozycji obiektywnego obserwatora. Dotykamy tutaj subiektywnego wymiaru „jakości życia”.

Koncentrując się na tym wymiarze, przyjmujemy, że każdy człowiek jest sam ostatnim sędzią wartości własnego życia. Postawa wobec własnego życia ma jednak charakter złożony; wyróżnić w niej można przynajmniej dwa aspekty: poznawczy i emocjonalny. Pierwszy odnosi się do oceny życia – jako dobre, wartościowe, udane albo wręcz przeciwnie; drugi natomiast – do zadowolenia z życia nazywanego też dobrostanem czy po prostu szczęściem. Mimo wyraźnych związków nie są to dokładnie dwie strony tej

samej monety. Życie wypełnione pracą może być uważane za wartościowe, ale niekoniecznie odczuwane jako szczęśliwe. Z drugiej strony literackie analizy mrocznej strony ludzkiej duszy dowodzą przewrotnej możliwości znajdowania zadowolenia w życiu ocenianym jako niegodziwe. Ilustracją jest wypowiedź bohatera powieści: *Wybieram piekło, ponieważ lubię je* (Lowry, 1976), którą psycholog traktowałby już jednak w kategoriach patologii.

Ocenę jakości życia komplikuje ponadto fakt istnienia różnych jego obszarów. Opis czy choćby porządne wyliczenie tych obszarów jest zadaniem wykraczającym poza ramy tej wypowiedzi; przykładowo wymienię tutaj pracę zawodową, materialny komfort życia, rodzinę, stan zdrowia fizycznego. Oczywiście trudno oczekiwać, że jakość czyjegoś życia w różnych dziedzinach będzie dokładnie taka sama, a niekiedy wręcz można spodziewać się czegoś odwrotnego. Silne zaangażowanie w jedną dziedzinę życia prowadzić bowiem może do zaniedbywania innej i obniżenia jej jakości.

Istnienie różnych obszarów charakteryzuje zarówno subiektywny, jak i obiektywny wymiar jakości życia. Powstaje jeszcze pytanie o zależność tych wymiarów, konkretnie o to, czy z zewnętrzną oceną czyjegoś życia jako wartościowe i udane (lub wręcz przeciwnie) wiąże się podobna ocena osoby, o której życie chodzi. Odpowiedź znowu nie jest prosta, choć zapewne istnieje tu jakiś związek. Jednak życie obiektywnie trudne, obfitujące w niepomysłne wydarzenia losowe lub zmuszające do wyrzeczeń i wysiłków, może być wysoko oceniane przez człowieka dzięki postawie religijnej czy wypracowaniu odpowiedniej filozofii życiowej. Weźmy sytuację odwrotną, odwołując się do zaspokojenia potrzeb jako prostego, obiektywnego kryterium jakości życia. Nadmiar w tym zakresie może prowadzić do przesytu i braku satysfakcji, a nawet wywoływać „smutek spełnienia” Istnieje też mechanizm samonapędzania się niektórych potrzeb, polegający na ich wzroście w miarę zaspokajania. Wtedy mimo obiektywnie dobrego zaspokojenia człowiek odczuwa ciągły niedosyt i brak satysfakcji.

Ostatni przykład odwołuje się nie tylko do specyfiki niektórych potrzeb, ale i do różnic indywidualnych między ludźmi. Te różnice powodują też, że życie podobne z punktu widzenia obiektywnego obserwatora może być dla różnych osób w różnym stopniu satysfakcjonujące. Dobrą ilustracją jest różnica w zapotrzebowaniu na stymulację. Przy małym zapotrzebowaniu życie obfitujące w różnorodne doznania, obiektywnie bardzo atrakcyjne, może wcale nie prowadzić do zadowolenia, a wręcz męczyć.

Ostatni fragment, artykułujący znaczenie różnic indywidualnych między ludźmi, kieruje uwagę na inną jeszcze, obok obiektywnej i subiektywnej, perspektywę oceny jakości życia. Możemy ją określić jako „relacyjną”, jako że jej istota polega na relacji między „subiektywnym” (indywidualnie zróżnicowane potrzeby) a „obiektywnym” (zewnętrzne, niezależne od człowieka okoliczności). Pozostając przy zagadnieniu różnic indywidualnych, warto jeszcze dodać, że indywidualność człowieka wyraża się przede wszystkim w jego aktywności w świecie. Życie człowieka jest funkcją owej aktywności z jednej strony i niezależnych od niego wydarzeń zewnętrznych z drugiej. Człowiek określa czy zdobywa jakość własnego życia, świadomie oddziaływając zarówno na własne otoczenie, jak i na siebie. Znaczenie tej okoliczności znalazło wyraz w wypowiedziach uczestników mojego seminarium magisterskiego, którzy określali jakość życia jako „relację między wybranymi wartościami a ich realizacją”, „realizację celów życiowych”, „realizację posiadanego potencjału” czy „autorstwo własnego życia”. Te wypowiedzi młodych adeptów psychologii ujmują relacyjność jakości życia wzbogaconą o podmiotowy udział człowieka w jej kształtowaniu.

## II. JAKOŚĆ ŻYCIA W BADANIACH EMPIRYCZNYCH

### I. Dwa nurty badań

W badaniach psychologicznych nad jakością życia wyodrębniają się dwa nurty. Pierwszy z nich nazywany jest w uproszczeniu badaniami nad szczęściem – punktem

wyjścia i centrum zainteresowania jest tu subiektywny wymiar jakości życia. Nie oznacza to pomijania wymiaru obiektywnego, ważnego choćby dla określenia uwarunkowań szczęścia (Czapiński, 1992). Przez kontrast, drugi może być nazwany „badaniami nad nieszczęściem” – punktem wyjścia są tu obiektywnie zaistniałe, niekorzystne dla jakości życia okoliczności, jak kryzys ekonomiczny, choroba czy różne niepomyślnie wydarzenia życiowe. Ten drugi nurt również w dużym stopniu uwzględnia subiektywny wymiar jakości życia, co wynika z perspektywy właściwej psychologii. W odróżnieniu od pierwszego zakres badań musi tu jednak uwzględniać przede wszystkim ujemne następstwa niepomyślnych wydarzeń czy sytuacji, zaistniałe uszczerbki w jakości życia (Ostrowski, 1992).

Drugi nurt będzie tu głównie odnoszony do następstw choroby dla jakości życia. Wynika to nie tylko z zainteresowań autorki, ale przede wszystkim z dostępności materiału empirycznego. Powodem zainteresowania chorobą i zdrowiem w interesującym nas kontekście jest to, że z jednej strony choroba stanowiąc zagrożenie dla zaspokojenia różnych potrzeb, może drastycznie obniżać jakość życia, a z drugiej – zdrowie rozumiane szeroko jako dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny (odpowiednio do współczesnych tendencji) staje się niemal synonimem subiektywnej jakości życia.

## 2. Psychologiczne miary jakości życia

Ocenę ujmującą całą złożoność jakości życia, z uwzględnieniem jej różnych aspektów, wewnętrznego zróżnicowania i indywidualnych odcieni, można uzyskać jedynie w badaniach klinicznych. W badaniach naukowych potrzebne są wyniki porównywalne, nadające się do opracowania statystycznego. Uzyskujemy ocenę okrojoną, ograniczającą się do pewnego wycinka, będącą ilościowym wskaźnikiem jakości życia. Oto kilka przykładów takich miar.

W badaniach nad szczęściem wyróżnić można metody jedno- i wielowymiarowe. Pierwsze obejmują uogólnione sądy dotyczące życia jako całości. Przykładem jest tzw. drabina szczęścia. Wybierając odpowiedni szczebel, badany umieszcza na niej swoje życie między dwiema skrajnymi możliwościami: „najlepsze życie, jakiego mógłbym się spodziewać” i „najgorsze życie, jakiego mógłbym się spodziewać”. W metodach wielowymiarowych badany formułuje cząstkowe oceny jakości życia, odnoszące się do jego różnych dziedzin. Na przykład w obszernym polskim programie badawczym „Cebula” zostały wyróżnione następujące dziedziny: rodzina, sytuacja finansowa, koledzy i przyjaciele, zdrowie, osiągnięcia życiowe, sytuacja w kraju, praca lub nauka, warunki mieszkaniowe, usługi i dzieci (Czapiński, 1992).

Jak już o tym była mowa, w warunkach niepomyślnych możemy oczekiwać uszczerbku w jakości życia, co powinno być uwzględnione w odpowiednim nurcie badań. Ilustrują to miary jakości życia związanej ze zdrowiem. Wyróżnić tu można metody ogólnego zastosowania i metody specyficzne dla konkretnych chorób.

W pierwszej grupie na uwagę zasługuje Kwestionariusz Zdrowia McMaster (*The McMaster Health Index Questionnaire*) ze względu na szeroki zakres nawiązujący do definicji zdrowia WHO. Jest to kwestionariusz samoopisowy, składający się z 59 punktów i obejmujący skale funkcjonowania fizycznego, emocjonalnego i społecznego (Kaplan, 1985). Miary jakości życia dostosowane do poszczególnych chorób opracowano dotąd między innymi dla chorych na raka, po zawale serca, chorych na AIDS i epilepsję, na astmę, artretyzm i inne choroby powodujące ból (Winfield, 1995). Uwzględnione są w nich objawy specyficzne dla określonych chorób, uciążliwość tych objawów i związane z nimi ograniczenia.

## 3. Warunki szczęścia

Potocznie wiąże się subiektywne poczucie szczęścia z takimi okolicznościami obiektywnymi, jak majątek, małżeństwo, dzieci, zdrowie fizyczne, młodość, wykształcenie itp.

Te obiegowe opinie znajdują bardzo słabe potwierdzenie w wynikach systematycznie prowadzonych badań. Wymienione okoliczności, a także inne uważane w zdroworozsądkowym myśleniu za warunki szczęścia okazują się albo zupełnie bez znaczenia, albo tłumaczą kilka, a najwyżej około 10% różnic dobrostanu. W dodatku nawet w wypadku stwierdzenia związku nie można przesądzać o kierunku wielu zależności ze względu na korelacyjny charakter badań. Tak więc szczęście w niewielkim stopniu zależy od okoliczności zewnętrznych, a także od takich „twardych”, uchwytnych obiektywnie właściwości człowieka, jak wiek czy poziom wykształcenia.

Znacznie silniejsze są związki między niektórymi indywidualnymi cechami człowieka a poczuciem szczęścia. Takie cechy, jak ekstrawersja, samoocena, poziom aktywności czy poczucie panowania nad własnym losem osiągają korelacje nawet powyżej 0,50 z miarami szczęścia (Czapiński, 1992). Trafne wydaje się zatem sformułowanie, że „szczęście nosi się w sobie”. Trzeba jednak zauważyć, że większość wspomnianych czynników stanowi cząstkowe definicje jakości życia (por. wyżej „aktywne życie” czy „autorstwo własnego losu”).

#### 4. Nieszczęście a jakość życia

Jeszcze bardziej zaskakujących danych dostarcza drugi nurt badań nad jakością życia. Okazuje się, że wprawdzie nieszczęście doraźnie obniża subiektywną jakość życia, ale przeważnie następuje potem powrót do poprzedniego poziomu szczęśliwości. Trwałe negatywne następstwa obserwujemy tylko w przypadku wyjątkowo dramatycznych wydarzeń i to tylko u 20-30% ludzi. Według Czapińskiego (1992), poczucie nieszczęścia jest stanem przejściowym, a zdecydowana większość ludzi bez względu na wydarzenia losowe i obiektywne warunki egzystencji przejawia pozytywną postawę wobec życia.

Teza ta znajduje częściowe potwierdzenie w systematycznych badaniach nad jakością życia związaną ze zdrowiem. Nawet u osób doświadczonych przez bardzo ciężkie i groźne dla życia choroby nie stwierdza się po okresie adaptacji dużego ani trwałego obniżenia dobrostanu psychicznego. W wielu pracach stwierdzono na przykład, że osoby chore na raka podobnie oceniają jakość swojego życia, jak starannie dobrane grupy kontrolne osób zdrowych (Olweny i inni, 1993; Rijken i inni, 1995).

Jednak zaskakująco optymistyczne wnioski na temat subiektywnej oceny jakości życia u osób ciężko chorych nie są być może dostatecznie udokumentowane empirycznie, ponieważ większość prac nad jakością życia w chorobie ukierunkowana jest na badanie dynamiki wewnątrzgrupowej. Wyniki dowodzą wzrostu jakości życia w miarę postępów terapii (np. Hurny i inni, 1992; Moore, 1995), co uzasadnia celowość badań.

Warto dodać, że u chorych, podobnie jak u zdrowych, obserwowano niezależność jakości życia rozumianej jako subiektywny dobrostan od obiektywnego standardu życia (Skantze i inni, 1992).

### III. PARADOKS SATYSFAKCJI I JEGO PSYCHOLOGICZNA INTERPRETACJA

Nawet na podstawie powyższego krótkiego przeglądu można dojść do wniosku, że wiele wyników psychologicznych badań nad jakością życia nie potwierdza obiegowych opinii. Najbardziej zaskakujący jest potwierdzony przez wielu autorów fakt, że subiektywna ocena jakości życia może być wysoka w niesprzyjających warunkach, a nawet w obliczu prawdziwego nieszczęścia. Wyjaśnienie tego paradoksu satysfakcji jest prawdziwym wyzwaniem dla psychologów, wymaga bowiem odwołania się do psychologicznych mechanizmów adaptacyjnych.

Psycholodzy opisują więc zarówno pojedyncze strategie pozwalające skutecznie radzić sobie z niesprzyjającymi okolicznościami czy traumatycznym wydarzeniem, jak też tworzą całe koncepcje procesu adaptacji. Przykładowo przedstawię jedną z nich – teorię adaptacji poznawczej, S. Taylor (1983), zbudowaną na podstawie badań osób, które

spotkało wydarzenie zagrażające ich życiu, jak poważna choroba, gwałt czy inne. Autorka stwierdziła, że osoby takie przechodzą przez proces umożliwiający im odzyskanie poprzedniego dobrostanu, a nawet poprawę samopoczucia. Proces ten obejmuje trzy etapy: poszukiwanie sensu zagrażającego wydarzenia, odzyskiwanie nad nim kontroli i rekonstrukcję poczucia własnej wartości. Na uwagę zasługuje pierwszy etap, prowadzący często do przewartościowania własnego życia, zbudowania lub rekonstrukcji dotychczasowej filozofii życiowej, u podstaw czego leży mechanizm poszukiwania dobrych stron zaistniałej sytuacji. Zresztą, choć w każdym z etapów znaleziono specyficzne dlań mechanizmy przystosowawcze, ich wspólna właściwość polegała na poznawczej interpretacji własnej sytuacji w kierunku optymistycznym.

Na zakończenie przytoczę wypowiedź polskiego psychologa na temat semantycznej reprezentacji świata: „...wizja dobrego świata jest człowiekowi zadana, jest czymś w rodzaju ogólnej hipotezy, z którą się rodzi i którą w szczegółach koryguje w miarę zdobywania doświadczeń. Psychologicznie wydaje się nawet niemożliwe uznać za dobro coś, co stanowiłoby wyizolowaną w przestrzeni życia wyspę, co nie miałyby przejść do innego dobra, pozbawione byłoby nieprzerwanej bezkresnej ciągłości ku absolutowi. W sensie psychologicznym dobrem jest tylko to, co posiada jakiś związek z tak czy inaczej pojmowanym dobrem absolutnym.” (Czapiński, 1992, s. 146).

### Piśmiennictwo

- Czapiński, J., *Psychologia szczęścia. Przegląd badań i zarys teorii cebulowej*, Warszawa 1992.
- Hurny, Ch. i in., *Quality of life measures for patients receiving adjuvant therapy for breast cancer: an international trial*, „Eur. J. Cancer” 1992, nr 28, s. 118.
- Kaplan, R. M., *Quality-of-life measurement*, w: P. Karoly (red.), *Measurement Strategies in Health Psychology*, New York 1965.
- Lowry, M., *Pod wulkanem*, Warszawa 1976.
- Moore, K.A., *Quality of life: Personality predictors post liver transplantation*, w: J. Rodrigues-Martin (red.), *Health Psychology and Quality of Life Research*, Alicante 1995.
- Ołwenty, Ch. L. M. i in., *Long-term effects of cancer treatment and consequences of cure: Cancer survivors enjoy quality of life similar to their neighbours*, „Eur. J. Cancer” 1993, nr 29A, s. 826.
- Ostrowski, T. M., *Emotional Quality of life after myocardial infarction*, w: D. G. Forgays, T. Sosnowski, K. Wrzesniewski (red.), *Angiety. Recent Developments in Cognitive, Psychophysiological and Health Research*, Washington 1992.
- Pasikowski, T., Sęk, H., *Quality of life, health experiences and sense of coherence*, w: J. Rodrigues-Martin (red.), *Health Psychology and Quality of Life Research*, Alicante 1995.
- Ratajczak, Z., *W pogoni za jakością życia. O psychologicznych kosztach radzenia sobie w sytuacji kryzysu ekonomicznego*, w: Z. Ratajczak (red.), *Zmiany społeczne. Zagrożenia i wyzwania dla jednostki*, Warszawa 1993.
- Rijken, P. M. i in., *Conceptual differences in quality of life between elderly female cancer patients and controls: Changes over time*, w: J. Rodrigues-Martin (red.), *Health Psychology and Quality of Life Research*, Alicante 1995.
- Skantze, K., *Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic outpatients*, „British Journal of Psychiatry” 161 (1992) s. 797.
- Taylor, S. E., *Adjustment to threatening events: A theory of cognitive adaptation*, „American Psychologist” 38 (1983) s. 1161.
- Winefield, H., *Quality of life in chronic disease*, w: J. Rodrigues-Martin (red.), *Health Psychology and Quality of Life Research*, Alicante 1995.