

JAKOŚĆ ŻYCIA CZŁOWIEKA W ZDROWIU I CHOROBIĘ

Aleksandra Błachnio

Instytut Psychologii
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego
Bydgoszcz

QUALITY OF LIFE EXPERIENCED BY HEALTHY AND ILL MAN

Summary. To what extent can man experience high quality of life? The answer to this question seems to depend very much on the way the term is defined. This paper is to cover main perspectives and most significant findings of research on the quality of life. Again, it incorporates ideas about objective and subjective measures of the concept. Depending on whether a man is in good or poor health, the situation may be experienced differently. A final consideration is the changeability of the life quality during the life span.

Wprowadzenie

Problematyka jakości życia ma już wieloletnią tradycję w rozważaniach interdyscyplinarnych, tym niemniej nadal pozostaje kategorią aktualną w rozważaniach nad rozwojem i funkcjonowaniem człowieka. Świadczą o tym tytuły obszernych prac, pojawiające się na rynku wydawniczym w ostatnich latach: *Well-being: The foundations of hedonic psychology* (Dobrostan: Podstawy psychologii hedonistycznej) pod redakcją Daniela Kahnemana, Eda Dienera i Norberta Schwarz (1999), *Handbook of positive psychology* (Podręcznik psychologii pozytywnej) pod redakcją C. R. Snyder i Shane J. Lopez (2002), *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology* (Psychologia potencji człowieka: Podstawowe zagadnienia i przyszłe kierunki rozwoju psychologii pozytywnej) pod redakcją Lisy Aspinwall i Ursuli Staudinger, czy wreszcie rodzima *Psychologia pozytywna. Wybór tekstów* pod redakcją Janusza Czapińskiego (2005).

Wprowadzone po II wojnie światowej pojęcie jakości życia zyskało zainteresowanie oraz dużą popularność zarówno w gronie badaczy, jak i praktyków życia społecznego. W ramach polityki społecznej – propagatorem kategorii jakości życia stał się prezydent Eisenhower (Raport Komisji Celów Narodowych, 1960) (za: Eysymontt, 2001). Jego zaangażowanie przyczyniło się

Adres do korespondencji: Zakład Psychologii Ogólnej i Osobowości Instytut Psychologii UKW, ul. Leopolda Staffa 1, 85-867 Bydgoszcz, e-mail: alblach@ukw.edu.pl

do zainicjowania badań nad jakością życia w sferze ekonomicznej, w której rozumiano ją jako globalny wskaźnik poziomu bytowego grup społecznych (por. Oleś, 2002). Pomiar kosztów życia przeciętnego obywatela przeprowadzano w obrębie państwa i na płaszczyźnie międzynarodowej, inicjując badania, które zaowocowały szeregiem analiz porównawczych (patrz: badania metodą genewską, dotyczące stopy życiowej przedstawicieli różnych nacji za: Czapiński, 2002). Przedmiotem analiz uczyniono kwestie zależności dochodu krajowego brutto na mieszkańca, od wskaźnika inflacji, bezrobocia, ubóstwa oraz wpływ zróżnicowania dochodów na jakość życia obywateli. Badania potwierdziły tezę, że szereg zmiennych demograficzno-społecznych, takich jak m.in.: zdrowie, status społeczno-ekonomiczny, religia, aktywność społeczna, stan cywilny, płeć czy wiek, moderują dobrostan psychiczny badanych. Siatka zależności okazała się na tyle gęsta, że trudne stało się jednoznaczne zidentyfikowanie, co i w jakim stopniu determinuje jakość życia narodów. Jak wyjaśnia Janusz Czapiński „(...) komplikacja polega na tym, że w wymiarze międzynarodowym wysokość dochodu idzie w parze z bardzo wieloma innymi jeszcze wskaźnikami społecznymi, które mogą wpływać na dobrostan obywateli: różnego rodzaju wolnościami, indywidualizmem, poziomem edukacji, opieki społecznej, zdrowia” (2004, s. 235). Dodatkowo powszechna zasada, że pieniądze mają moc uszczęśliwiania całych społeczności, podważona została kontrowersyjną tezą, że to raczej szczęście przysparza pieniędzy (Graham, Fitzpatrick, 2002, za: Czapiński, 2004).

Odchodząc od wymiaru makro, a skupiając się na problemie jakości życia w skali mikro, czyli jednego człowieka, stwierdzić należy, że pojęcie inspirowało nie tylko lekarzy, z grona których Karnofski zapoczątkował nowy kierunek myślenia¹ o pacjencie (1949, za: Tylka, 2003), ale również psychologów akademickich oraz praktyków (por. Trzebińska, Łuszczynska, 2002). Począwszy od lat sześćdziesiątych minionego stulecia, myślenie i badanie jakości życia skupiło się na systematycznych rozważaniach zwolenników dwóch jakościowo odrębnych ujęć filozoficznych: hedonizmu i eudajmonizmu. Analizy nawiązujące do tradycji hedonizmu, wzbogacone na przełomie XVIII i XIX w. o wymiar jednostkowej i społecznej użyteczności², wyrażają bilans doświadczanych osobowo przyjemności i przykrości.

Eudajmonizm natomiast wiąże wysokie poczucie jakości życia z byciem „w pełni i trwale zadowolonym ze swego całego życia” (Czapiński, 2004, s.195). Oznacza to konieczność nadania własnemu życiu w ogóle sensu i wartości oraz potrzebę dyscyplinowania w sferze codziennej aktywności (tj. przy wytyczaniu celów, wartościowaniu i realizowaniu własnych potrzeb).

Tak różnorodne ujęcia oraz duża aktywność badaczy w obszarze problematyki jakości życia prawdopodobnie związane są z naturą cywilizacji, w której żyje współczesny człowiek, a której hasłem przewodnim wciąż pozostaje szczęście. Zarówno kampanie medialne, jak i wsparte na rzetelnym pomiarze naukowe doniesienia pokazują, iż jakość życia – mając zdecydowanie heterogeniczną naturę – może ulegać zmianie w czasie. Jej doświadczanie ma poza uniwersalnym, głęboki wymiar jednostkowy, przez co trudno jest jednoznacznie zdefiniować, co warunkuje ludzkie szczęście. Zgodnie z aktualnym dziś przesłaniem humanizmu, czynniki podmiotowe w dużym zakresie moderują jakość życia człowieka. Umiejętność rozwinięcia w sobie dystansu

¹ Jako jeden z pierwszych podkreślał, że w chorobie nowotworowej nie tyle liczy się wzrost wskaźnika przeżywalności, co sytuacja życia chorego.

² Jeremy Bentham, propagator myśli utilitarystycznej, wyznawał zasadę maksymalizowania przyjemności jednostki jako warunek formowania się dobrego społeczeństwa („jak najwięcej jak najszczęśliwszych”; za: Czapiński, 2004, s.194).

psychicznego i ciągła reinterpretacja sensu życia wyznacza wysoki poziom egzystencji osoby (por. Obuchowski, 2000a,b,c, 2002). Przy tym wola i aktywność jednostki nie stanowią jedyne źródła zmienności. Jakość życia i poczucie tej jakości warunkuje z jednej strony zdolność utrzymania stanu homeostazy, z drugiej ciągłą transgresję w życiu człowieka. Pisał o tym Alfred Adler w kontekście mechanizmu hiperkompensacji: „Podstawowym prawem życia jest więc przewyciężenie. Przewyciężeniu służy dążenie do samozachowania, do równowagi cielesnej i duchowej, wzrost cielesny i duchowy i dążenie do perfekcji” (1986, s. 79). W regule tej zawarty jest przepis na szczęście, ale i wskazanie na źródło porażek człowieka. Zanim jednak wiele czynników warunkujących wysoką jakość życia zostanie przedyskutowanych, należy uprzednio usystematyzować kolejność konceptualizacji samego pojęcia – jakości życia w psychologii.

Status jakości życia w psychologii

Sposób rozumienia kategorii jakości życia znacznie ewoluował w psychologii i obecnie nie ma „sztywno” określonych ram jego konceptualizacji³. Obszerne studia teoretyczne przeprowadzone przez Stanisława Kowalika (1995) zaowocowały wyłonieniem czterech kolejno z siebie ewoluujących kierunków myślenia o jakości życia człowieka, tzn.:

- kierunku prototeoretycznego,
- kierunku pragmatycznego,
- kierunku normatywno-ideologicznego, oraz
- kierunku teoretyczno-psychologicznego.

I tak prototeoretyczny kierunek myślenia sprowadzał się do identyfikacji składowych jakości życia, takich jak poczucie satysfakcji z: pracy zawodowej, życia rodzinnego, pożycia małżeńskiego itd. W efekcie dążono do skompletowania listy czynników optymalizujących i zakłócających subiektywne doświadczanie zadowolenia z życia przez człowieka. Badania te (Campbell, 1976; Oberg, Gallopin, 1992; Brown, Renwick, Nagler, 1996; Felce, Perry, 1996; za: Kowalik, 1999) skupiały się zarówno na ocenie egzystencji ludzkiej w jej pełnym wymiarze, jak i w sztucznie z niej wydzielanych płaszczyznach. Z tego powodu sprawdzano, w jakim stopniu zaspokajanie potrzeb warunkuje jakość życia. Przeprowadzano szereg pomiarów, których celem była identyfikacja rodzaju potrzeb i zakresu ich zaspokojenia (pełny, częściowy lub całkowita deprywacja), modyfikujących jednostkowe zadowolenie z życia. Szukano również zależności pomiędzy niezaspokojeniem potrzeb, a odczuwanym poczuciem bezradności bądź smutkiem czy cierpieniem. Takie rozszerzenie perspektywy poznawczej z pewnością wzbogacało, ale równocześnie uniemożliwiało przeprowadzenie zasadnych uogólnień w obszarze jakości życia.

Wskutek tego w pragmatycznym nurcie myślenia podjęto „radykalną próbą zredukowania wielowątkowości badań psychologicznych zadowolenia z życia” (Kowalik, 1999). Pojęcie jakości życia zredukowano o wymiar przeżyciowo-doświadczany, pozostawiając jedynie subiektywną ocenę satysfakcji życiowej, którą normowały kryteria społeczne. Osoba przeprowadzała bilans pozytywnych i negatywnych przeżyć, uwzględniając stopień zaspokojenia poszczególnych po-

³ Paragraf ten pt. „Historyczny rys ewaluacji pojęcia jakości życia” został przygotowany w pierwszej wersji do autorskiego rozdziału poświęconego problemowi jakości życia człowieka w okresie późnej dorosłości, zamieszczonego w książce pt.: „Starość i osobowość” pod red. Kazimierza Obuchowskiego, Wydawnictwo Uczelniane AB, Bydgoszcz 2002.

trieb⁴, zakres wykorzystania potencjałów środowiskowych, społecznych i jednostkowych (por. teoria luk A. Michalosa, 1986 za: Kowalik, 1999).

Kolejne badania wykazały, iż i to rozumienie pojęcia nie jest pozbawione błędów. Zainicjowano kolejne, trzecie, podejście, stanowiące kierunek normatywno-ideologiczny w myśleniu o jakości życia. Reprezentują go J. M. Roeburn i I. Rootman (1996 za: Kowalik, 1999). W jego ramach doprowadzono do syntezy problematyki jakości życia z zagadnieniem potencjału rozwojowego człowieka. Zakładano, że maksymalne wykorzystanie jednostkowych możliwości spowoduje wzrost jakości życia człowieka. Ponadto dostrzeżono duże znaczenie kontekstu społecznego w jednostkowej ocenie własnego życia. Oczywiście nie ograniczono pozytywnego czy negatywnego oddziaływania innych osób jedynie do płaszczyzny poznawczej. Udowodniono, że środowisko reguluje w znacznej mierze cały rozwój jednostki. Z drugiej jednak strony dostrzeżono w człowieku jego wymiar podmiotowy. W tym nurcie po raz pierwszy mówi się o jednostce jako o bycie sprawczym, który w działaniu kieruje się własnymi celami i sam nadaje kierunek i sens własnemu życiu.

W ostatnim, wyróżnionym przez Stanisława Kowalika podejściu teoretyczno-psychologicznym, podkreśla się fakt postępującej autonomizacji człowieka wobec środowiska zewnętrznego. Oznacza to, że choć nie neguje się wpływu środowiska na kształt i jakość życia ludzkiego⁵, to zdecydowanie odmawia się mu statusu głównej determinanty, w tym również w odniesieniu do poczucia jakości życia. Stanowi to konsekwencję ujmowania człowieka jako podmiotu, którego psychika stanowi „system otwarty, aktywny i samoorganizujący się” (Ossowski, 1999, s. 47).

W ramach tego nurtu analizuje się ponadto rolę różnych modalności psychicznych w procesie kształtowania jakości życia, którą po raz pierwszy ujmuje się jako aktualną i charakterystyczną dla konkretnego człowieka dyspozycję do podejmowania wyznaczonych sobie zadań i określonego sposobu przeżywania ich realizacji. Analizując jakość życia psychicznego, uwzględnia się zarówno różnice intrapersonalne, interpersonalne, jak i środowiskowe. Przykładem takiego ujmowania jakości życia jest definicja, którą proponuje Bogusław Stelcer: „(...) sens, wartość i spostrzegana jakość ludzkiego życia zależą od percepcji i znaczenia jakie człowiek nadaje swojemu istnieniu. Istotne jest to, w jaki sposób jednostka interpretuje własne doświadczenia, co o nich myśli i czuje, mówiąc inaczej jak doświadcza własne życie” (1995, s. 107).

Podobnie Antonina Ostrowska (1999) opisuje jakość życia jako wypadkową ustosunkowania się człowieka do: własnego samopoczucia psychicznego i fizycznego, bytu materialnego, posiadanych stosunków interpersonalnych, możliwości rozwoju osobistego i podmiotowości. Zarazem podkreśla, iż ocena jakości życia jest zmienną i zależy od kontekstu, w którym jest dokonywana. A jej wartość nie jest obojętna dla funkcjonowania człowieka, zwłaszcza w zakresie efektywności realizacji dążeń i pragnień, czerpania satysfakcji z realizowanych wartości czy samooceny.

Przegląd istniejących definicji pojęcia z obszaru analizy psychologicznej nie byłby kompletny bez uwzględnienia stanowiska Stanisława Kowalika (1995). Według badacza w jakości życia dostrzec można dwa komponenty – wartościujący i przeżyciowy (Kowalik, 1995; por. również:

⁴ Okazało się jednak, iż samo zaspokajanie potrzeb i realizacja celów nie gwarantuje wzrostu jakości życia. „Nie każdy postęp jest dobroczynnym”, a jedynie ten, który wynika z osiągnięcia celów pozytywnie zintegrowanych ze strukturą Ja (patrz: Sheldon, Elliot, 1999).

⁵ Przemawiają za tym wyniki zgromadzonych badań, które dowodzą, że osoby, które mają wsparcie społeczne, deklarują wyższy poziom jakości życia. Prawidłowość ta obserwowana jest bez względu na wiek osób badanych (Sarason, Sarason i Pierce, 1990; Windle, 1992 za: Weigel, Devereux, Leigh, Ballard-Reisch, 1998).

Błachnio, 2002; Brzeziński, 1994; Kowalik, 1994). Pierwszy – jak sama nazwa wskazuje – polega na samodzielnym ustosunkowaniu się do sytuacji, które stają się udziałem jednostki i działań zeń wynikających. Poznawcze ustosunkowanie się człowieka do własnego Ja, a także stylu życia przez niego przeżywanego, Stanisław Kowalik (1995) opisał jako „świadomość refleksyjną”. W niej wyraża się m.in. podmiotowość człowieka, gdyż przez fakt refleksji nad własną egzystencją rozwinię w sobie dystans i zwiększy własną autonomię wobec bezpośrednich wpływów otoczenia. Dodatkowo, często w oparciu o chwilę bieżącą i odczuwany poziom jakości życia, człowiek dokonuje bardziej lub mniej optymistycznej antycypacji własnej przyszłości (patrz: Oishi, Wyer, Jr. i Colcombe, 2000). Drugi komponent przeżyciowy sprawia, że: „Jakość życia nie polega TYLKO (dop. A. B.) na refleksyjnym ustosunkowaniu się do tego, co przeżywamy lub co przeżyliśmy. Jest to charakteryzujący nasze życie psychiczne zbiór stanów subiektywnych: złości, zastanawiania się nad czymś, niepewności, podziwiania kogoś lub czegoś, znużenia, itd.” (Kowalik, 1994, s. 44).

Podejście teoretyczno-psychologiczne, choć aktualnie wydawać się może słuszne, z pewnością nie kończy wysiłków psychologów w poznaniu kompletnej i uniwersalnej natury pojęcia jakości życia, o ile taka w ogóle istnieje.

Jakość życia w zdrowiu i chorobie – podejście medyczne

Jakość życia jako kategoria analizy medycznej jest pojęciem dookreślonym w sposób satysfakcjonujący. Definiowane jest jako „subiektywnie odbierane poczucie satysfakcji z sytuacji życiowej w kontekście potrzeb i możliwości” (Jarema, 1995, za: Eysymontt, 2001). Przy czym konstytuowane jest na podstawie obiektywnych i subiektywnych jej determinantów.

Wymiar obiektywny, łatwo mierzalny, ale względny w oddawaniu faktycznego stanu człowieka, jest sumą wskaźników ilościowych, takich jak np.: zmniejszenie śmiertelności, kontrola i redukcja bólu, ograniczenie farmakoterapii, wzrost wydolności fizycznej, którą często oceniają lekarze prowadzący. Pamiętać jednak trzeba, że rodzaj choroby czy niepełnosprawności nie jest obojętny dla oceny jakości życia pacjenta, co pokazuje bogata literatura poświęcona jakości życia dorosłych chorych przewlekle, np.: onkologicznych, psychiatrycznych, geriatrycznych (Dyga-Konarska, 2000). Dlatego obok ogólnej oceny doświadczania choroby i procesu zdrowienia opracowano wiele specyficznych dla danej jednostki chorobowej miar jakości życia, w których uwzględnione są parametry konstytuujące określoną grupę pacjentów (wiek, płeć, itp.), terapię lub rodzaj i stopień dysfunkcji⁶. Jak zauważa Maria Pąchalska: „Każdy klinicysta, który utrzymuje jakiś kontakt z pacjentem po jego wypisie ze szpitala, wie, że los tych pacjentów różni się nie tylko w zależności od specyfiki ich sytuacji życiowej, lecz także od pewnych prawidłowości grupowych. Inaczej wygląda codzienne życie pacjenta po udarze mózgu, inaczej – pacjenta z podejrzeniem choroby Alzheimera, jeszcze inaczej – pacjenta po urazie czaszkowo-mózgowym” (Grochmal-Bach, Pąchalska, 2004, s. 242–243).

⁶ Podejścia te zapoczątkowały wyodrębnienie jako autonomicznej nowej kategorii analizowanego pojęcia, a mianowicie jakości życia w chorobie. W literaturze przedmiotu spotyka się terminy: „jakość życia zależna od stanu zdrowia”, „uwarunkowana stanem zdrowia” (z ang. *health-related quality of life*) (por. Oleś, 2002).

Jak diametralnie różna jest jakość życia doświadczana przez chorego obrazuje przykład pacjenta po urazie czaszkowo-mózgowym. Staje on przed wyzwaniem najpierw przezwyciężenia stanu całkowitej zależności i bezradności po wybudzeniu go ze śpiączki, a następnie długotrwałej i mozolnej odbudowy ciągłości tożsamości, formatowania pamięci autobiograficznej i innymi procesami zachodzącymi równoległe z trudną nauką nowych umiejętności (np. jazda na wózku inwalidzkim) i odzyskiwaniem tych wyuczonych w dzieciństwie (np. komunikowanie się, chodzenie). Przy tym „(...) po upływie pewnego okresu tolerancji dla chorego, otoczenie powoli traci cierpliwość do »dziecięcych« zachowań osoby, która – jak się wydaje – nie chce wykonać podstawowych, codziennych czynności i tylko udaje, że tego nie umie. (...) Pacjenci ci, o ile potrafią mówić, skarżą się, że zostali pozostawieni sami sobie i już nie mogą liczyć na nikogo” (Grochmal-Bach, Pąchalska, 2004, s. 242). Przykład ten unaocznia, że obiektywny wymiar jakości życia (kontrolowany w pierwszej fazie rehabilitacji psychofizycznej pacjenta) współwystępuje z wymiarem subiektywnym (którego znaczenie rośnie, zwłaszcza w dalszych etapach jego intensywnej psychospołecznej rehabilitacji).

Jakość życia w chorobie warunkowana jest ponadto postacią, w jakiej ujawnia się ona u człowieka. Za przykład niech posłuży demencja, której warto poświęcić nieco więcej uwagi. Aktualnie zdiagnozowano około 50 jej postaci (Haase, 1977, za: Stuart-Hamilton, 2000), choć faktycznie najczęściej spotyka się demencję typu alzheimerowskiego, demencję wielozawalową i otępienie naczyniopochodne. Rzadziej występują: choroba Picka, choroba Creutzfeldt-Jakoba, choroba Parkinsona czy choroba Huntingtona (Stuart-Hamilton, 2000). Ta ostatnia, błędnie łączona ze starością, faktycznie występuje w każdym wieku, a fakt, że jej osiowe objawy obniżania się sprawności funkcji poznawczych nie korespondują z obrazem młodości powoduje, że osoby młodsze wiekiem po prostu szybciej trafiają do lekarza. Niestety różnorodność postaci demencji, wynikająca z tego, iż: „(...) (a) istnieje więcej niż jedna przyczyna tych samych symptomów; (b) ta sama przyczyna może wywołać więcej niż jeden zespół symptomów, chociaż wszystkie one są na tyle zbieżne, iż klasyfikuje się je pod jedną jednostkę nozologiczną; lub (c) zachodzą permutacje (a) i (b)” (Stuart-Hamilton, 2000, s.171) powoduje, że trafność diagnozy jest często niska (aż 30–50% przypadków błędnych diagnoz pozostaje niewykrytych (zobacz Gurland i Toner, 1983; Lezak, 1995; Roth, 1979, za: Stuart-Hamilton, 2000). W konsekwencji brak dobrej diagnozy lub niepewność co do kierunku, w którym rozwinie się choroba, ogranicza skuteczność leczenia, a także zmniejsza poczucie jakości życia pacjenta. Charakter artykułu nie pozwala na poruszenie wszystkich istotnych kwestii dotyczących natury omawianej choroby. Warte podkreślenia jest jednak to, że troska o poczucie jakości chorego wymaga również uwzględnienia faktu postępującej u niego utraty intencjonalności, podmiotowości i świadomości. W bardziej zaawansowanych stadiach choroby pacjent traci kontakt z własną biografią, a także z otaczającą go rzeczywistością, co nie jest łatwym przeżyciem dla osób mu bliskich, często sprawujących nad nim opiekę⁷. Wówczas bowiem pacjent, choć z wyglądu przypomina osobę bliską i rozumną, faktycznie traci jakiegokolwiek przejawy odczuwania. Tym samym ubożeje znacznie jego jakość życia.

Przykład demencji pozwala zrozumieć, dlaczego popularny jest pogląd, że nawet rzetelnie przeprowadzony pomiar i ocena obserwowanych zmian w funkcjonowaniu pacjenta nie oddają

⁷ Niszczące oddziaływanie procesu choroby u osób bliskich i kosztów psychicznych wiążących się z pielęgnacją chorego na poczucie jakości życia opiekunów stanowi odrębny, a w ostatnich latach coraz wyraźniej podkreślany, problem w literaturze przedmiotu (por. Stuart-Hamilton, 2000; Pąchalska, 2003; Grochmal-Bach, 2005)

faktycznej jakości doświadczania przez niego stanu choroby czy procesu zdrowienia. Obok wielu zmiennych środowiskowych, jak: poziom i zakres opieki zdrowotnej, mieszkaniowe i materialne warunki życia badanego, praca lub jej brak, rodzina i jej postawa wobec chorego, itp. istotne są osobowe właściwości chorego bezpośrednio warunkujące jego subiektywną ocenę jakości życia. Zaakceptowanie tego faktu przez gremia lekarskie wprowadziło nową jakość w obszar leczenia, gdzie – jak podkreśla Piotr Oleś – „Mniej chodzi już zatem o utrzymanie pacjenta przy życiu za wszelką cenę, niezależnie od subiektywnych kosztów i cierpień, a bardziej o absolutną konieczność brania pod uwagę indywidualnej oceny chorego, co czyni jego życie takim, by warto było żyć” (Peterman, Cella, 2000, s. 493, za: Oleś, 2002, s. 42).

W ocenie jakości życia coraz większą uwagę zaczęto obdarzać jej wymiar subiektywny. Zdefiniowany on został jako: „ocena osobistego funkcjonowania chorego, stresu psychologicznego, ogólnej subiektywnej percepcji stanu zdrowia oraz funkcjonowania chorego w rolach społecznych” (Aaronson i in., 1997, s. 16, za: Oleś, 2002; por. Ossowski, 1999⁸). Podobnie jak przy zewnętrznych próbach określania jakości życia, tak i w subiektywnym szacunku uwzględniane są najczęściej takie wymiary, jak: dobrostan fizyczny (określany jako odczuwanie własnego ciała, w tym doświadczanie bólu), dobrostan funkcjonalny (czyli stopień, w jakim jednostka dysponuje możliwościami podejmowania różnego rodzaju aktywności), dobrostan emocjonalny (stosunek afektów pozytywnych do negatywnych), dobrostan rodzinny (czyli potrzeba i otwartość na empatię pozostałych członków rodziny), funkcjonowanie społeczne (w tym role zawodowe mogące stanowić dodatkowe źródło satysfakcji życiowej), satysfakcja z leczenia (subiektywna ocena zysków i kosztów leczenia) oraz sfera seksu i intymności (z uwzględnieniem stosunku do własnego Ja fizycznego) (Oleś, 2002).

Berzon Richard, uwzględniając dwa powyżej scharakteryzowane wymiary jakości życia, definiuje ją jako: „wszystkie dziedziny dobrostanu chorego, które są ważne dla niego (włączając np. sferę duchową)” (1997, s. 37). Zwraca ponadto uwagę, iż pojęcie jakości życia nie jest kulturowo obojętne. Oznacza to, iż postrzeganie chorego i jego funkcjonowania oraz czynników istotnie nań oddziałujących będzie różnić się w zależności od miejsca, gdzie pomiar jakości życia będzie przeprowadzany. Fakt ten implikuje konieczność zmiany mentalności społecznej w stosunku do chorego i niepełnosprawnego, tak by w duchu tolerancji, akceptacji i twórczej kooperacji optymalizować jakość życia najsłabszych (por. Ossowski, 1999).

Podsumowując, w medycynie ugruntowane jest, o czym świadczy powyższa bogata egemplifikacja, ujmowanie jakości życia jako:

- 1) złożonej kategorii konstytuowanej przez: stan somatyczny osoby, sprawność fizyczną, samopoczucie psychiczne i relacje społeczne,
- 2) przyjmującej charakter skrajnie subiektywnej oceny,
- 3) pojęcia dynamicznego⁹, a nie stałego (de Walden-Gałuszko, 1997; Eysymontt, 2001; Tylka, 2003).

⁸ Autor, w kontekście niepełnosprawności pokazuje, jak percepcja własnego położenia, otoczenia zewnętrznego i samego siebie w perspektywie innych wpływa na kształtowanie się postaw człowieka.

⁹ Wystarczy bowiem w procesie rehabilitacji chorego zaktywizować go do wytworzenia pozytywnego pojęcia własnego Ja w przyszłości, by istotnie podnieść mu poczucie własnej wartości i użyteczności, a tym samym podwyższyć jego jakość życia.

Ponieważ w konsekwencji takiego myślenia pojęcie jakości życia staje się kategorią nadrzędną w stosunku do większości aspektów ludzkiej psychiczności, modulowanych stanem zdrowia, nie dziwi krytyka wyrażona słowami Stanisława Kowalika: „Bez przesady można powiedzieć, że wszystko to, czym zajmuje się psychologia, może zostać zaliczone do jakości życia, o ile dany parametr psychologiczny będzie ulegał zmianie pod wpływem pogarszania lub polepszania się stanu zdrowia pacjenta” (1995, s. 27). Prawdopodobnie nie wszyscy badacze podzielają równie radykalny osąd.

Badania nad jakością życia

Pomiar jakości życia, niejako w naturalnej konsekwencji płynności konceptualizacji pojęcia, budzi wiele polemik i sporów. Często uzyskiwane wyniki okazują się sprzeczne, a przynajmniej różnią się w sposób istotny. Według Magdaleny Dygi-Konarskiej: „Próbując oceniać jakość życia pacjentów, a także rozumieć ich subiektywne oceny, często rozbieżne z obiektywnymi wskaźnikami, czy też ocenami innych osób, napotykamy wiele trudności” (2000, s.69). Na fakt ten zwraca również uwagę Janusz Czapiński, przywołując jako przykład fakt, że „(...) odsetek zadowolonych z życia Polaków w tym samym roku (1996) wyniósł w Polskim Generalnym Sondażu Jakości Życia (kwestionariusz wypełniany samodzielnie przez respondentą) 85%, a w World Value Survey (wywiad przeprowadzany przez ankietera) – zaledwie 62%” i podsumowując, że „forma pytania i skala odpowiedzi mogą drastycznie zmieniać szacunki” (2004, s. 207).

Problem kontekstu badań i pomiaru jakości życia podjął również Jerzy Brzeziński (1994) podkreślając, iż zmienność często wynika ze specyfiki grupy osób badanych. Sam – jako tzw. grupy „specjalne” – zinterpretował społeczności zamieszkujące trudne warunki (w aspekcie geograficznym: pustynie, obszary górskie czy polarne; ekonomicznym: bezdomni, emeryci), następnie osoby specjalistycznie przeszkolone (np.: ratownicy, pracownicy platform wiertniczych, kosmonauci) oraz osoby, które losowo doświadczyły sytuacji ekstremalnych (i tu obok kataklizmów autor wskazuje również na sytuację ciężkiej i długotrwałej choroby).

Zmienność wartości pomiaru stanowi konsekwencję subiektywnej natury mierzonej kategorii. Poczucie jakości życia sprowadzane jest często do samodzielnie przeprowadzanych przez respondentów bilansów stosunku doświadczanych powodzeń do osobistych porażek. Stąd w opisie jakości życia badacze wprowadzają kategorię dobrostanu opisywanego intensywnością oraz częstością pozytywnego i negatywnego afektu oraz satysfakcji z życia (Diener 1984; Diener i Lucas 1999; Diener i in. 1999, za: Klonowicz, 2002; por. też: Oishi, Wyer, Colcombe, 2000). Przy tym przyjmuje się, że szczęście doświadczane jest przez jednostkę w sytuacji przeżywania wielu dodatnich doświadczeń. I to stanowi podstawę myślenia zgodnie z modelem dół – góra. W gronie badaczy są oponenti tego porządku, którzy proponują przeciwny kierunek, czyli góra – dół. Według nich podstawą doświadczania wysokiej jakości życia są nie tyle uwarunkowania sytuacyjne, co zdecydowanie bardziej określona struktura osobowości człowieka (por. też: Nurmi, Berzonsky, Tammi, Kinney, 1997). Są wreszcie i tacy, którzy starają się pogodzić oba podejścia, zakładając zasadność każdego z nich w zależności od predyspozycji osobowych i uwarunkowań zewnętrznych (Brief i in. 1993; Feist i in. 1995, za: Klonowicz, 2002). Konsekwencją przedstawionej różnicy podejść jest różnica tak w jakości, jak i wartości pomiaru jakości życia.

Podobnie Małgorzata Adamczak i Helena Sęk (1997), systematyzując zakres treściowy jakości życia, wskazały na istotną rozbieżność istniejących stanowisk i idących w ślad za nimi przeprowadzanych operacjonalizacji. Jakość życia jest bowiem ujmowana jako:

- brak obciążeń i trudności, brak przykrych objawów,
- bilans emocjonalny, w którym przewaga emocji pozytywnych implikuje wysoką jakość życia jednostki,
- stan zaspokojenia ważnych potrzeb,
- bogactwo celów życiowych i aktywności,
- bogactwo przeżyć, wysoki poziom świadomości i aktywności,
- twórczość oraz uczestnictwo w życiu społecznym,
- pozytywna postawa do życia, wola życia,
- rezultat złożonej oceny swojego życia i jego sfer, określający poziom zadowolenia z życia i satysfakcji życiowej.

Same autorki przyjmują za własną jeszcze ogólniejszą definicję, zgodnie z którą: „jakość życia oceniana obiektywnie stanowi zespół warunków życia człowieka, obiektywne atrybuty pola życiowego, środowiska przyrodniczego, obiektywny stan zdrowia, atrybuty świata materialnego i społeczno-kulturowego. (...) Subiektywna jakość życia jest kategorią podmiotową poznawczo-emocjonalną, wyrażającą się satysfakcją życiową i zadowoleniem z życia; może ona mieć charakter przejściowego poczucia lub uogólnionego nastawienia do życia” (1997, s. 249).

Pomiar jakości życia dodatkowo komplikuje wspomniana już relacyjność jej natury. Według Romualda Derbis (2000), w analizowanym pojęciu występują jako składowe przeżycia, oceny, ale również dyspozycje i warunki sytuacyjne aktywności życiowej człowieka, które rozumiane są odpowiednio: dyspozycje jako rozwinięte samodzielnie przez jednostkę mechanizmy radzenia sobie ze stresem, natomiast warunki sytuacyjne jako potencjał ekonomiczny i społeczny, jakim osoba dysponuje.

Dodatkowo kontekst kulturowy nie jest obojętny również dla pomiaru. Unaocznia to znana operacjonalizacja jakości życia jako zadowolenia z życia autorstwa Campbella. Skonstruował on narzędzie kwestionariuszowe badające ustosunkowanie ludzi do piętnastu dziedzin życia, czyli: małżeństwa, życia rodzinnego, zdrowia, sąsiadów, przyjaciół i znajomych, prac domowych, pracy zawodowej, życia w rodzinnym kraju, miejsca zamieszkania, czasu wolnego, mieszkania, przydatności własnego wykształcenia, standardu życia, poziomu wykształcenia oraz posiadanych oszczędności. Sam autor, we własnych badaniach, podkreślał znaczenie wartości, zwłaszcza ich aktualności i atrakcyjności w obrębie danej kultury, dla oceny jakości życia człowieka. Przy tym podkreślał, że to właśnie w obrębie zindywidualizowanych wartości następuje transformacja warunków obiektywnych na subiektywne, a co dalej z tego wynika ukierunkowanie własnej aktywności i oszacowanie uzyskanej jakości życia.

Przeciwna tendencja obserwowana na poziomie empirycznym polega na upraszczaniu rozumienia jakości życia, nawet kosztem adekwatności i użyteczności pomiaru. Przykładem jest operacjonalizacja i pomiar jakości życia, przeprowadzone przez Annę Brzezińską (2000). Opierając się na obszarach satysfakcji życiowej Flanagana, wyróżniła ona pięć grup treściowych, w skład których weszły kolejno: bezpieczeństwo, związki z ludźmi, działalność dla innych, aktywność i praca oraz wypoczynek i czas wolny. Jakość życia oceniała jako wypadkową sumy ważności poszczególnych wymiarów i stopnia zaspokojenia potrzeb je konstytuujących. Stąd im osoba

miała mniej zaspokojonych istotnych dla siebie potrzeb, tym ocena jakości jej życia była niższa, i odwrotnie: im pełniej realizowane były kluczowe potrzeby, tym wartość jakości życia rosła.

Rozważań nad trudnościami pomiaru jakości życia nie można zakończyć bez krótkiego chociażby ustosunkowania się do dynamizmu natury omawianego pojęcia. Wyraża się on m.in. w jej „uczasowieniu”. Człowiek określa bowiem jakość własnego życia na podstawie oceny przeszłych doświadczeń, sposobu doświadczania bieżącej chwili oraz otwartości na realizację swojego potencjału w przyszłości. Zaznaczyć przy tym trzeba, że odczuwanie satysfakcji z własnego życia, co wyraża się w deklarowanym wysokim poczuciu jakości życia, dokonuje się w terażniejszości. Badania pokazują, że faktycznie koncentracja na „tu i teraz” pozostaje w pozytywnym związku z jakością życia (Sobol, Oleś, 2002), choć pamiętać trzeba, że patologiczny prezentyzm – z wyłączeniem osobistej przeszłości i przyszłości – łączy się z niskim poziomem zadowolenia z życia.

Tym samym, wraz z biegiem życia ludzkiego następuje zmiana w obrębie doświadczanej przez jednostkę jakości życia. Jej geneza i przebieg opisane zostaną w kolejnym podrozdziale.

Zmienność jakości życia w paradygmacie life-span

Tak jak definicja jakości życia, tak i proces jej doświadczania jest złożony, gdyż „poczucie jakości życia ulega stałym przekształceniom wraz z rozwojem człowieka w cyklu życia” (Bańka, 2002, s. 15). Oznacza to, że jego jakość jest inna w zależności od wieku i fazy życia osoby. Badania przeprowadzone przez Annę Brzezińską (2000) w trzech grupach wiekowych: wczesnej, średniej i późnej dorosłości pokazały istnienie różnicy w doświadczaniu jakości życia przez osoby badane. Okazało się, że odrębna jest jakość ludzi młodych, dla których najważniejsze są potrzeby społeczne¹⁰ i bezpieczeństwa, zwłaszcza w sferze rozwoju zawodowego i zarobkowania.

I tu sytuację komplikują dokonujące się zmiany socjoekonomiczne. Rynek pracy stracił zdolność „szybkiego wchłonięcia” dorastającego młodego pokolenia. John Coleman (2002), opierając się na konkretnych statystykach z krajów Unii Europejskiej, wskazał na zatrważające ich rezultaty, które już teraz w makroskali można zaobserwować. Badacz uświadomił, iż brak szansy na częściową chociażby niezależność finansową młodych powoduje wydłużanie się okresu moratorium z adolescencji do dorosłości. Pozostając w rodzinach pochodzenia, młodzi odraczają decyzję założenia własnych rodzin, tym samym nie zaspokajają kluczowych dla rozwoju i jakości własnego życia potrzeb. W dalszej perspektywie zachowania te nie pozostają objęte dla sfery aksjologicznej i funkcjonalnej młodych ludzi. W miejsce rodziny i związku małżeńskiego pojawiają się nieformalne związki, które nie dają jednak poczucia bezpieczeństwa. W zachowaniu młodych utrwała się tendencja do czasowych rozwiązań, a w działaniu zaczynają przeważać strategie bazujące na mechanizmie „prób i błędów” i tzw. „paradygmacie odwracalności” (Ricolfi, 1984, za: Lanz i Rosnati, 2002, s. 17–18). Kształtują one w młodych ludziach przekonanie, że podejmowane zadania, decyzje i wybory nie są „na całe życie”, a jedynie na „tu i teraz”. Wpływając na ich poczucie kontroli, zwrrotnie oddziałują również na jakość życia (por. Grob, Little, Wanner i Wearing, 1996).

¹⁰ Podobne wyniki uzyskali Katarina Salmela-Aro i Jari-Erik Nurmi (1997). Pokazali oni, że młodzi realizujący zadania normatywne odnoszące się do wymiaru My, zwłaszcza w relacjach rodzinnych, deklarują zdecydowanie wyższy poziom jakości życia od tych, którzy koncentrowali się głównie na potrzebach z zakresu Ja.

W sferze edukacyjno-zawodowej młodzi również tracą poczucie decyzyjności. Przeprowadzone w Polsce badania pokazały, iż powszechne stają się: obawa dotycząca braku możliwości dostania się do wybranej szkoły (na upragniony kierunek studiów), lęk dotyczący niezrealizowania swoich planów w przyszłości, lęk przed tym, że nie ułoży się życie osobiste oraz lęk przed bezrobociem (Czerwińska-Jasiecka, 1996). To istotnie ogranicza sferę wolicjonalności młodego człowieka, jak bowiem w takich uwarunkowaniach może „akceptować odpowiedzialność za siebie” czy „podejmować niezależne decyzje”¹¹? Stąd, konstruowanie własnej przyszłości w sposób realistyczny i emocjonalnie nagradzający wydaje się trudne, jeśli nie niemożliwe do osiągnięcia dla dorastającego człowieka. Pamiętając, że istnieje zależność między perspektywą przyszłościową a jakością życia (Cycoń, Zaleski; 1998; por. też: Klinger, 1994), niepokój o jakość życia w młodości staje się w pełni zasadny.

Tak jak młodości zwykło się przypisywać wysoką jakość życia – choć być może aktualna sytuacja życiowa młodych sąd ten zweryfikuje – tak w starości społeczeństwo zwykło przeciwnie – zaniżać jej poziom. Współczesna kultura nadal bowiem nie uwolniła się od istniejących uprzedzeń i stereotypów wiekowych (patrz: Nelson, 2003). Tym samym starość często postrzegana jest w „krzywym zwierciadle” jako czas schyłku i niepełnosprawności. Dodatkowo obserwowane powszechnie trudne warunki ekonomiczne sprawiają, że człowiek stary wydaje się nie mieć możliwości doświadczania wysokiej jakości życia. Badania jednak pokazują, iż nie jest to regułą (Brzezińska, 2000; Stuart-Hamilton, 2000). Autorskie badania przeprowadzone nad jakością życia ludzi starych objętych opieką instytucji, jak i osób starych nadal z niej niekorzystających, pokazały, iż w większości osoby badane pozytywnie doświadczały własnej starości. Przy tym zdecydowana większość deklarowała wysokie poczucie jakości życia (patrz: Błachnio, 2002).

Ludzie starzy, podobnie jak osoby we wcześniejszych stadiach rozwojowych, doświadczają w sposób wysoce zindywidualizowany jakości życia. Związane jest to z ich wewnętrznym potencjałem, którym potrafią lepiej lub gorzej zarządzać, w zależności od upodmiotowienia, jak również od sytuacji. Kontekst życia, szczególnie społeczny, niestety często ogranicza aktywność człowieka stariego. Poczucie jakości życia osoby starej obniżają wciąż obecne w społeczeństwie uprzedzenia i brak rzetelnej wiedzy o naturze starości (por. Cichocka, 1993; 2000). Na szczęście świat przeobraża się szybko, a jak słusznie zauważa Olga Czerniawska: „Starość w wymiarze społecznym uległa przemianom. Stała się zjawiskiem znaczącym. Starość subiektywna nadal zależy od wewnętrznych sił jednostki – jej bilansu życiowego, od tego, kim jest starzejący się człowiek, kim był, ale także od czasu historycznego i środowiska społecznego. Starość w świecie cybernetycznym może być swarliwa i mądra, tak jak była we wspólnocie lokalnej, może być aktywna lub bierna, nudna lub fascynująca, roszczeniowa lub nastawiona na dawanie, na innych, na świadczenie” (2002, s. 53). Podobnie jak w sam proces starzenia się i przeżywania własnej starości, tak i w kategorię jakości życia wpisana zostaje jako własność konstytuująca – zmienność. Ona sprawia, że badania i rozważania dotyczące natury problemu długo jeszcze pozostaną atrakcyjne tak dla psychologów, jak i dla badaczy innych dyscyplin naukowych.

¹¹ O tych i innych wyznacznikach jakości życia w adolescencji szeroko pisze Augustyn Bańka (2002).

Podsumowanie

Zgodnie z maksymą Seneki, człowiekiem szczęśliwym jest ten, który się sam za szczęśliwego uważa. Tą starą prawdę wcale nie jest łatwo zrealizować we współczesnym świecie. Wynika to przede wszystkim z warunków, w jakich przyszło jednostce żyć. To, co różni dzień dzisiejszy od „wczorajszego”, to głównie dynamizm zmian. Wskazuje na to Zdzisław Cackowski: „W dawnych czasach stabilność górowała nad zmiennością. Dzisiaj ta relacja ulega – jak się wydaje – odwróceniu: zmienność zaczyna jakby przesłaniać ciągłość, stabilność form życia i działania. Coraz więcej w sposobie życia i myślenia trzeba zmieniać w ciągu jednego pokolenia, żeby trwać, żeby zapewnić bezpieczeństwo pokoleniu aktualnemu i najbliższemu” (1995, s. 217). Ma to również bezpośrednie przełożenie na płaszczyznę jakości życia. Dużo trudniej jest dzisiaj zachować bezpieczne poczucie ciągłości własnej egzystencji, a przyszłość staje się wręcz niemożliwa do przewidzenia.

Powoduje to, m.in.: w płaszczyźnie funkcjonalnej, ugruntowanie w naturze ludzkiej znaczenia jakości życia jako podstawowego wymiaru deskryptywno-wartościującego. Społeczeństwo edukowane przez interaktywne media coraz częściej zabiega o prawo do bycia szczęśliwym, choć często działania jego przyjmują formę zaspokajania fasadowych i modnych pseudopotrzeb, co – jak pokazują wspomniane już badania Kennona M. Sheldon i Andrew J. Elliota (1999) – wcale nie optymalizuje ich jakości życia. Nie zmienia to jednak faktu, że w percepcji społecznej pojawiła się konieczność rozwinięcia w człowieku umiejętności sprawczego wpływu i kontroli poziomu jakości życia.

W obszarze badawczym natomiast należałoby po raz kolejny zrewidować rozumienie i metodę pomiaru jakości życia. Konieczność ta wynika z zaistnienia nowych jakości, zarówno w płaszczyźnie socjokulturowej, np.: anomia kulturowa (Obuchowski, 2000a, b, c), wydłużony okres moratorium z adolescencji do dorosłości (Coleman, 2002; Lanz i Rosnati, 2002; Confalonieri, 2002), starzenie się społeczeństw (Stuart-Hamilton, 2000), jak i w sferze psychiki człowieka, np.: prezentyzm młodych i wzrost poczucia bezradności, wyrażające się w sferze funkcjonalnej wspomnianym „paradygmatem odwracalności” (Ricolfi, 1984, za: Lanz i Rosnati, 2002, s. 17–18), niepokój przyszłościowy (Czerwińska-Jasiewicz, 1996; Zaleski, 1997). Ich pojawienie się uczyniło heterogeniczną naturę jakości życia jeszcze bardziej złożoną i zindywidualizowaną. Tym samym okazuje się, że wspomniany dynamizm wpisał się również w naturę samej nauki, która – by utrzymać swoją funkcję informacyjno-eksplikacyjną – musi stale podlegać weryfikacjom umożliwiającym jej aktualizację, zwłaszcza w zakresie poruszanej jakości życia. Słuszność tezy potwierdzają słowa: „Nasze czasy charakteryzują się tym, że dążeniu do szczęścia przypisuje się szczególnie dużą wagę, a od nauki oczekuje się wyjaśnienia, od czego zależy zadowolenie z życia, jakie warunki mu sprzyjają, a jakie mu przeszkadzają, oraz jak można na jedno i drugie wpływać” (Diener, 2000, za: Trzebińska, Łuszczczyńska 2002).

LITERATURA CYTOWANA

- Adamczak, M., Sęk, H. (1997). Znaczenie pojęcia „jakość życia” w opiece psychologicznej pacjentów onkologicznych. W: J. Meyza (red.) *Jakość życia w chorobie nowotworowej* (s. 248–260). Warszawa: Centrum Onkologii – Instytut.
- Adler, A. (1986). *Sens życia*. Warszawa: PWN.

- Bańka, A. (2005). Jakość życia a jakość rozwoju. Społeczny kontekst płci, aktywności i rodziny. W: A. Bańka (red.) *Psychologia jakości życia* (s. 11–78). Poznań: Wydawca Stowarzyszenie Psychologia i Architektura.
- Berzon R. (1997). Dostosowanie narzędzi oceniających jakość życia związaną ze zdrowiem do badań wielonarodowych. W: J. Meyza (red.) *Jakość życia w chorobie nowotworowej* (s. 37–42). Warszawa: Centrum Onkologii – Instytut.
- Błachnio, A. (2002). Pytanie o jakość życia w kontekście rozważań nad naturą starości. W: K. Obuchowski (red.), *Starość i osobowość* (s. 13–52). Bydgoszcz: Wydawnictwo AB.
- Brzezińska, A. (2000). *Społeczna psychologia rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Brzeziński, J. (1994). Metodologiczny i etyczny kontekst badań nad jakością życia. W: A. Bańka, R. Derbis (red.) *Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia* (s. 11–18). Poznań-Częstochowa: UAM, WSP.
- Cackowski, Z. (1995). *Ból. Lęk. Cierpienie*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Cichocka, M. (1993). Psychologiczne problemy starzenia się i starości. W: S. Krzymiński (red.) *Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego* (s. 249–265). Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
- Cichocka, M. (2000). Starość, smutek, niemoc, bezradność? *Profile starości* (s. 97–104). Poznań: Wydawnictwo Miejskie. Biblioteka „IBISa Poznańskiego”.
- Coleman, J. (2002). Adolescence and Social Change: Are Developmental Theories Keeping Pace? Referat wygłoszony na *Conference of the European Association for Research on Adolescence*, Oxford, 3–7 IX 2002.
- Confalonieri, E. (2002). A Narrative Perspective on the Future: Transition to Adulthood. W: J. Trempała, L.-E. Malmberg (red.) *Adolescents' Future Orientation. Theory and Research* (s. 35–47). Frankfurt a. Main: Peter Lang GmbH.
- Cycoń, A., Zaleski, Z. (1998). Future Time Perspective and Quality of Life among High School Students. *Journal for Mental Changes, IV(2)*, 65–75.
- Czapiński, J. (2002). Szczęśliwy człowiek w szczęśliwym społeczeństwie? Zrównoważony rozwój, jakość życia i złudzenie postępu. *Psychologia jakości życia, 1 (1)*, 9–34.
- Czapiński, J. (2004). Ekonomiczne przesłanki i efekty dobrostanu psychicznego. W: T. Tyszka (red.) *Psychologia ekonomiczna* (s. 192–242). Gdańsk: GWP.
- Czerwińska-Jasiewicz, M. (1996). Ocena własnych perspektyw życiowych przez młodzież w zmieniającej się sytuacji społecznej w Polsce. *Polskie Forum Psychologiczne, 1 (1–2)*, 71–82.
- de Walden-Gałuszko, K. (1997). Ocena jakości życia uwarunkowana stanem zdrowia. W: J. Meyza (red.) *Jakość życia w chorobie nowotworowej* (s. 77–84). Warszawa: Centrum Onkologii – Instytut.
- Derbis, R. (2000). *Doświadczenie codzienności. Poczucie jakości życia, swoboda działania, odpowiedzialność, wartości osób bezrobotnych*. Częstochowa: Wydawnictwo WSP.
- Dyga-Konarska, M. (2000). Jakość życia w naukach społecznych i medycznych. *Standardy Medyczne, 10*, 64–69.
- Eysymontt, Z. (2001). Znaczenie oceny jakości życia w procesie rehabilitacji pacjentów po zabiegach kardiochirurgicznych. *Rehabilitacja medyczna, 5*, 39–43.

- Grob, A., Little, T. D., Wanner, B., Wearing, A. J. (1996). Adolescents' Well-Being and Perceived Control Across 14 Sociocultural Contexts. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(4), 785–795.
- Grochmal-Bach, B., Pąchalska, M. (2004). *Tożsamość człowieka a teoria mikrogenetyczna*. Kraków: WSF-P „Ignatianum”.
- Klinger, E. (1994). On Living Tomorrow Today: the Quality of Inner Life as a Function of Goal Expectations. W: Z. Zaleski (red.) *Psychology of future orientation* (s. 97–106). Lublin: Towarzystwo Naukowe KUL.
- Klonowicz, T. (2002). Ucieczka do przeszłości: bezrobocie i satysfakcja z życia. *Psychologia jakości życia*, 1(1), 53–78.
- Kowalik, S. (1994). Temporalne uwarunkowania jakości życia. W: A. Bańka, R. Derbis (red.) *Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia* (s. 41–52). Poznań-Częstochowa: UAM, WSP.
- Kowalik, S. (1995). Pomiar jakości życia – kontrowersje teoretyczne. W: A. Bańka, R. Derbis (red.), *Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo i bezrobotnych*. Poznań-Częstochowa: Print-B.
- Lanz, M., Rosnati, R. (2002). Adolescents' and Young Adults' Construction of the Future: Effects of Family Relations, Self-Esteem, and Sense of Coherence W: J. Trempała, L-E. Malmberg (red.) *Adolescents' Future Orientation. Theory and Research* (s. 17–34). Frankfurt a. Main: Peter Lang GmbH.
- Nelson, T. D. (2003). *Psychologia uprzedzeń*. Gdańsk: GWP.
- Obuchowski, K. (2000a). *Człowiek intencjonalny czyli o tym jak być sobą*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Obuchowski, K. (2000b). *Od przedmiotu do podmiotu*. Bydgoszcz: Wydawnictwo AB.
- Obuchowski, K. (2000c). *Galaktyka potrzeb. Psychologia dążeń ludzkich*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Oishi, S., Wyer Jr., R. S., Colcombe, S. J. (2000). Cultural Variation in the Use of Current Life Satisfaction to Predict the Future. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(3), 434–445.
- Oleś, P. (2002). Jakość życia w zdrowiu i chorobie. W: P. Oleś, S. Steuden, J. Toczotowski (red.) *Jak świata mniej widzę: zaburzenia widzenia a jakość życia* (s. 37–42). Lublin: Towarzystwo naukowe KUL.
- Ossowski, R. (1999). *Teoretyczne i praktyczne podstawy rehabilitacji*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane WSP.
- Ostrowska, A. (1999). Jakość życia osób niepełnosprawnych w świetle badań socjologicznych. W: R. Ossowski (red.), *Kształcenie specjalne i integracyjne*. Materiały z konferencji Kościelisko, 11–13 marca 1999. Warszawa: Ministerstwo Edukacji Narodowej.
- Pąchalska, M. (2003). Reintegration of Identity in Patients with Severe Traumatic Brain Injury. *Acta Neuropsychologica*, 1(3), 311–344.
- Salmela-Aro, K., Nurmi, J.-E. (1997) Goal Contents, Well-being, and Life-Context During Transition to University: A Longitudinal Study. *International Journal of Behavioral Development*, 20(3), 471–491.

- Sobol, M., Oleś, P. (2002) Orientacja temporalna *carpe diem* a poczucie satysfakcji z życia. *Przegląd Psychologiczny*, 45(3), 331–346.
- Sheldon, K. M., Elliot, A.J. (1999) Goal Striving, Need Satisfaction, and Longitudinal Well-Being: The Self-Concordance Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76(3), 482–497.
- Stelcer, B. (1995). Jakość życia w opiece paliatywnej. W: A. Bańka, R. Derbis (red.), *Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo oraz bezrobotnych*. Poznań – Częstochowa: UAM, WSP.
- Stuart-Hamilton, I. (2000) *Thy Psychology of Ageing*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Trempała, J., Malmberg, L.-E. (red.) (2002) *Adolescents' Future Orientation. Theory and Research* (s. 35–47). Frankfurt a. Main: Peter Lang GmbH.
- Trzebińska, E., Łuszczynska, A. (2002) Psychologia Jakości Życia. *Psychologia jakości życia*, 1(1), 5–8.
- Tylka, J. (2003) Czy badanie jakości życia jest dobrym kryterium oceny skuteczności rehabilitacji? *Rehabilitacja medyczna*, 7(4), 50–53.
- Weigel, D.J., Devereux, P., Leigh, G. K., Ballard-Reisch, D. (1998) A Longitudinal Study of Adolescents' Perceptions of Support and Stress: Stability and Change. *Journal of Adolescent Research*, 13(2), 158–177.
- Zaleski, Z. (1997) Niepokój przyszłościowy. Pojęcie i narzędzie pomiaru. *Roczniki Filozoficzne*, XLV (4), 191–197.