

# Livskvalitet som psykisk velvære

SIRI NÆSS

*I samarbeid med*

Arne Mastekaasa, Torbjørn Moum og Tom Sørensen

Norsk institutt for forskning om  
oppvekst, velferd og aldring  
NOVA Rapport 3/2001

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA) ble opprettet i 1996 og er et statlig forvaltningsorgan med særskilte fullmakter. Instituttet er administrativt underlagt Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet (KUF).

Instituttet har som formål å drive forskning og utviklingsarbeid som kan bidra til økt kunnskap om sosiale forhold og endringsprosesser. Instituttet skal fokusere på problemstillinger om livsløp, levekår og livskvalitet, samt velferdssamfunnets tiltak og tjenester.

Instituttet har et særlig ansvar for å

- utføre forskning om sosiale problemer, offentlige tjenester og overføringsordninger
- ivareta og videreutvikle forskning om familie, barn og unge og deres oppvekstvilkår
- ivareta og videreutvikle forskning, forsøks- og utviklingsarbeid med særlig vekt på utsatte grupper og barnevernets temaer, målgrupper og organisering
- ivareta og videreutvikle gerontologisk forskning og forsøksvirksomhet, herunder også gerontologien som tverrfaglig vitenskap

Instituttet skal sammenholde innsikt fra ulike fagområder for å belyse problemene i et helhetlig og tverrfaglig perspektiv.

© Norsk institutt for forskning om oppvekst,  
velferd og aldring (NOVA) 2001  
NOVA – Norwegian Social Research

ISBN 82-7894-110-6  
ISSN 0808-5013

Forsidefoto: *Stig Tronvold / NN / Samfoto*  
Desktop: *Hussein Monfared*  
Trykk: GCS

**Henvendelser vedrørende publikasjoner kan rettes til:**

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring  
Munthesgt. 29 · Postboks 3223 Elisenberg · 0208 Oslo

Telefon: 22 54 12 00

Telefaks: 22 54 12 01

Nettadresse: <http://www.isaf.no/nova>

# Forord

I 1988 ble det gitt ut en rapport ved Institutt for samfunnsforskning under tittelen «Livskvalitetsforskning». Den var skrevet av Arne Mastekaasa, Torbjørn Moum, Siri Næss og Tom Sørensen.

Denne rapporten ble mye lest og kom i stadige opptrykk. Vi ble enige om å oppdatere den, og den foreliggende publikasjonen er resultatet av en slik revisjon. Den følger opplegget fra den første utgaven, men er blitt ganske sterkt utvidet. Den er i hovedsak ført i pennen av undertegnede. Alle fire forfatterene fra den opprinnelige rapporten har vært med i prosessen og har lest og kritisert de utkastene som etterhvert er skrevet ut. Likevel er det ikke mulig at alle er enige i alt som er kommet med i det endelige manuset. I siste instans er det undertegnede som står ansvarlig.

Da vi representerer flere fag, er vi rimeligvis knyttet til forskjellige arbeidsplasser. Selv har jeg arbeidssted ved Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA), de andre tre ved Universitetet i Oslo: Arne Mastekaasa ved Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Torbjørn Moum ved Institutt for medisinske atferdsfag og Tom Sørensen ved Instituttgruppe for psykiatri.

Den forrige rapporten ble særlig lest av lærere og studenter ved universiteter og høyskoler og av forskere ved medisinske og samfunnsvitenskapelige institutter. Også denne gangen henvender vi oss først og fremst til denne lesergruppen.

I skriveprosessen har vi hatt støtte fra Verdikommisjonens Verdinett. NOVA har gitt arbeidsplass til undertegnede. Det har vært til stor nytte og glede.

*Siri Næss*



# Innhold

|   |    |
|---|----|
| <b>1 Begrepet livskvalitet. Definisjoner og verdifilosofiske grunnlagsproblemer</b> ..... | 7  |
| 1.1 Ordet «livskvalitet».....   | 8  |
| 1.2 En definisjon .....   | 9  |
| 1.3 En utdyping av definisjonen .....   | 12 |
| 1.4 Andre definisjoner .....  | 16 |
| 1.5 Begrunnelser for valg av definisjon .....   | 22 |
| 1.5.1 Metodisk-vitenskapelig begrunnelse.....   | 22 |
| 1.5.2 Verdifilosofisk begrunnelse.....  | 24 |
| 1.5.2.1 Et rettferdig samfunn .....   | 28 |
| 1.5.2.2 Å redusere lidelse .....  | 30 |
| 1.5.2.3 Frihet.....   | 31 |
| 1.5.2.4 Å forlenge livet .....  | 32 |
| 1.5.2.5 Det gode menneske .....   | 34 |
| 1.5.2.6 Sannhet og innsikt .....  | 34 |
| 1.5.2.7 Et følsomt sinn .....   | 35 |
| 1.5.2.8 Mangfold og likevekt i naturen.....   | 37 |
| 1.6 Hvem bestemmer?.....  | 39 |
| <b>2 Metoder</b> .....  | 43 |
| 2.1 Kan livskvalitet måles?.....  | 43 |
| 2.2 Oversikt over metoder.....  | 44 |
| 2.2.1 Selvrappporter.....   | 44 |
| 2.2.2 Rapporter fra andre. Observasjon .....  | 45 |
| 2.2.3 Rapporter om opplevelser, om atferd og om fysiologiske tilstander.....              | 46 |
| 2.2.4 Antall målinger.....  | 47 |
| 2.2.5 Opplevelsenes intensitet, varighet, hyppighet.....                                  | 48 |
| 2.2.6 Rapporter om fortid, nåtid eller fremtid .....                                      | 49 |
| 2.2.7 Eksperimentelle opplegg .....   | 49 |
| 2.3 Valg av metode.....   | 50 |
| 2.3.1 Praktiske og økonomiske hensyn ved valg av metode .....                             | 51 |
| 2.3.2 Pålitelige og relevante data. Målefeil .....  | 51 |
| 2.3.2.1 Tilfeldige målefeil .....   | 52 |
| 2.3.2.2 Systematiske målefeil .....   | 55 |
| 2.3.2.3 Hva bygger respondenten på når vurderinger foretas? .....                         | 56 |
| 2.3.2.4 Reliabilitet. Tiltak for å redusere tilfeldige målefeil.....                      | 57 |
| 2.3.2.5 Validitet. Tiltak for å redusere systematiske målefeil .....                      | 60 |
| 2.3.2.6 Oppsummering av tiltak for å redusere målefeil .....                              | 68 |
| 2.4 Instrumenter.....   | 68 |
| 2.4.1 Helserelatert livskvalitet.....   | 70 |
| 2.5 Variabelvalg. Forskerens verdier.....   | 71 |
| 2.5.1 Aktivitet.....  | 72 |
| 2.5.2 Sosiale relasjoner .....  | 73 |
| 2.5.3 Selvbilde.....  | 73 |
| 2.5.4 Grunnstemning.....  | 74 |

|   |     |
|---|-----|
| <b>3 Hvorfor har noen høyere livskvalitet enn andre?</b> .....                  | 75  |
| 3.1. Folks hypoteser om hva som er viktig .....                                 | 75  |
| 3.2 Forskeres hypoteser om empiriske sammenhenger.....                          | 79  |
| 3.3 Forhold på samfunnsnivå.....  | 80  |
| 3.3.1 Materiell velferd .....   | 82  |
| 3.3.2 Økonomisk vekst. Befolkningsvekst. Urbanisering .....                     | 83  |
| 3.3.3 Likhet. Likestilling. Relativ deprivasjon .....                           | 83  |
| 3.3.4 Menneskerettigheter.....  | 84  |
| 3.3.5 Individualisme.....   | 84  |
| 3.3.6 Kulturell homogenitet.....  | 86  |
| 3.3.7 Positivitet.....  | 87  |
| 3.3.8 Samvariasjoner. Når flere forhold forklarer det samme .....               | 87  |
| 3.3.9 Forskjeller mellom grupper innen de enkelte land .....                    | 88  |
| 3.3.10 Pålitelighet av resultatene.....   | 89  |
| 3.4 Inntekt. Penger..Materiell velferd .....                                    | 90  |
| 3.4.1 Sammenligning mellom nasjoner.....  | 91  |
| 3.4.2 Nasjonal vekst i økonomisk velferd .....                                  | 92  |
| 3.4.3 Individuelle forskjeller i inntekt.....                                   | 95  |
| 3.4.4 Livskvalitet for personer som har gått opp eller ned i inntekt .....      | 98  |
| 3.4.5 Er det det absolutte eller det relative nivå som teller?.....             | 99  |
| 3.5 Arbeidslivet. Arbeidsløshet. Fritid.....                                    | 101 |
| 3.6 Utdanning og sosial klasse .....  | 104 |
| 3.7 Intelligens.....  | 106 |
| 3.8 Ekteskap.....   | 107 |
| 3.9 Kjønn og alder.....   | 112 |
| 3.10 Helse. Funksjonshemning .....  | 114 |
| 3.11 Religion.....  | 117 |
| 3.12 Modeller. Teorier.....   | 118 |
| 3.12.1 Ressurser og tilførsler .....  | 118 |
| 3.12.2 Bottom up – top down.....  | 120 |
| 3.12.2.1 Personlighet.....  | 121 |
| 3.12.2.2 Samspill mellom personlighet og situasjonsbestemte effekter .....      | 125 |
| 3.12.3 Mestring. Kontroll. Tilpasning .....                                     | 126 |
| 3.12.4 Diskrepansteorier .....  | 130 |
| <b>4. Hva kan livskvalitetsforskningen brukes til?</b> .....                    | 135 |
| 4.1 Kan forskning om livskvalitet bedre vår livskvalitet? .....                 | 135 |
| 4. 2 På hvilke måter kan livskvalitetsforskningen bedre vår livskvalitet? ..... | 138 |
| 4.2.1 Sosial rapportering .....   | 138 |
| 4.2.2 Evaluering .....  | 141 |
| 4.3 Oppsummering .....  | 146 |
| <b>Summary</b> .....  | 147 |
| <b>Referanser</b> .....   | 149 |

# 1 Begrepet livskvalitet. Definisjoner og verdifilosofiske grunnlagsproblemer

Denne rapporten handler om livskvalitet som psykisk velvære. Ordet «livskvalitet», slik vi bruker det, dreier seg om psykisk velvære. Livskvalitet er å ha en grunnstemning av glede.

Disse innledende påstandene må leses som spissformuleringer. De kan forstås som definisjoner, som en erklæring om hvordan vi vil bruke ordet og om hvordan vi mener ordet bør brukes. De må presiseres og utdypes. Men selv om de er upresise, gir de en pekepinn i den retning vi vil gå:

- \* Vi vil definere «livskvalitet» som et psykologisk/subjektivt fenomen, ikke som et materielt/objektivt.
- \* Vi vil fremheve positive aspekter, i tillegg til negative aspekter, ved tilværelsen.

Andre bruker ordet på andre måter, og man kan bruke ord som man vil. Men det er en fordel, når man vil diskutere et tema – f.eks. «Hvorfor har noen høyere livskvalitet enn andre?» – at man orienterer om sin språkbruk og helst at man gir en noenlunde presis definisjon. Og det er en fordel at man skiller mellom hva som *definitorisk* hører inn under begrepet og hva som kan være *årsakene* til høy og lav livskvalitet. Skillet blir noen ganger referert til som endelige mål og instrumentelle mål (Aalberg 1998). Materiell rikdom er kanskje en av årsakene til høy livskvalitet, og materiell armod er helt sikkert en av årsakene til lav livskvalitet. Disse aspektene ved livet er viktigere for noen enn for andre. Men materiell rikdom og armod er ikke det samme som høy og lav livskvalitet. Dette kommer vi tilbake til i kapittel 3.

Man bør også skille mellom begrepet livskvalitet og *indikatorer* på livskvalitet. Om en person sier at han/hun har høy livskvalitet, kan dette være en indikator, et tegn eller et «mål», på at vedkommendes livskvalitet er høy. Men det er ikke sikkert at den er så høy som personen påstår at den

er. En *erklæring* om høy livskvalitet er ikke høy livskvalitet pr. definisjon. Dette kommer vi tilbake til i kapittel 2.

I det følgende skal vi gi en definisjon, vi skal sammenligne den med andre tilnærminger og begrunne hvorfor vi har valgt den vi har valgt.

Men først litt om ordet.

## 1.1 Ordet «livskvalitet»

- «Livskvalitet» er et moteord. Det er blitt særlig populært i de siste årene. Da vi begynte å bruke det i forskningssammenheng (for ca 25 år siden?) var det et sjeldent ord både i dagligtalen og i forskning.
- Det ble først brukt av politikere. Lyndon B. Johnson har fått æren av å ha introdusert det i en politisk tale. Dette slo an og kom etterhvert til å få en plass i politisk debatt.
- Det fremhever betydningen av kvalitet i motsetning til kvantitet, f.eks. når det sies at arbeidsglede er viktigere enn høy inntekt.
- Det brukes forskjellig av forskjellige personer.

### Ordet livskvalitet

- et moteord
- først brukt av politikere
- alternativ til materiell velferd
- kvalitet vs. kvantitet
- knyttes til myke verdier
- brukes forskjellig av forskjellige personer

Et avisreferat (Vårt Land 15.01.1999) gir et eksempel fra dagligtalen: En beboer på et eldre hjem blir spurt av intervjueren: «Synes du at du mangler noe for å ha det bra?» Han svarer:

«Jeg får rent sengetøy, variert mat, og gulvene blir vasket hver dag. Når det gjelder livskvalitet, blir det noe annet. Jeg sitter hjelpeløs i rullestol, og min kone er på et annet hjem, og er ikke mentalt til stede. Jeg skulle selvfølgelig ønske at det var annerledes», sier 73-åringen.

Vi skal også nevne et eksempel der ordet livskvalitet *ikke* brukes slik vi bruker det. Eksemplet fant vi i en avis-annonse som lød slik:



## LIVSKVALITET =

Et godt bomiljø, fellesskap med mennesker som bryr seg om hverandre, naturperler like utenfor stuedøra.

Bofellesskap med 8 voksne og 6 barn i eget «slott» i X, har to andeler til salgs til familie (evnt. enslige) som vil bli med og videreutvikle en spennende boform og en fin eiendom.

Når det de siste årene har vært en økende interesse for livskvalitetsforskning, har dette sikkert flere forklaringer. Vi skal her nevne noen forklaringer som vi selv tror har mye for seg:

I politisk arbeid:

Det har etterhvert utviklet seg den oppfatning at materiell velferd ikke har gjort livet bedre for folk flest.

I helsetjenestene:

Det har etterhvert utviklet seg den oppfatning at økt levealder ikke er den eneste, kanskje heller ikke den fremste målsettingen for helse-tjenesten. Helsetjenesten er blitt mer opptatt av å se helseproblemer fra pasientens perspektiv. I psykiatrien er det en økende interesse for pasientenes positive opplevelser, ikke bare for deres negative opplevelser.

## 1.2 En definisjon

Når ordet «livskvalitet» brukes forskjellig av forskjellige mennesker, også innenfor vitenskapelig virksomhet, vil det si at vi må forholde oss til ikke bare ett livskvalitetsbegrep, men flere. Vi kan også si at det er en betydelig forvirring i språkbruken. Av dette kan man trekke den slutning at begrepet livskvalitet «inviterer til misbruk» og man bør «velge andre termer» (Wyller 1998). Eller man kan velge ett begrep, og gjøre dette såpass presist at det blir et fruktbart verktøy i forskningen.

Uklarheten i språkbruk gjør det altså påtrengende å finne frem til en definisjon. Vi vil begynne forsiktig og presisere etterhvert:

Livskvalitet er å ha det godt. Å ha det godt er å ha gode følelser og positive vurderinger av eget liv.

Eksempler på gode følelser:

- ◆ glede
- ◆ engasjement
- ◆ kjærighet

Eksempler på positive vurderinger:

- ◆ tilfredshet med eget liv
- ◆ selvrespekt
- ◆ opplevelse av mening med tilværelsen

Det å ha det godt er også avhengig av fravær av vonde følelser og vurderinger.

Eksempler på vonde følelser:

- ◆ nedstemthet
- ◆ angst
- ◆ ensomhet

Eksempler på negative vurderinger:

- ◆ misnøye med eget liv
- ◆ skamfølelse
- ◆ opplevelse av ubrukte evner

Det er ikke alltid noe klart skille mellom følelser og vurderinger, de glir over i hverandre og påvirker hverandre. Både følelser og vurderinger kan sies å være opplevelser, og vi kan kort si at livskvalitet er *opplevelseskvalitet*.

Her følger den definisjonen som vi skal holde oss til i denne publikasjonen:

*En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er positive og lav i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er negative.*

Denne definisjonen ligger nær opp til den som ble foreslått av Mastekaasa o.a. (1988):

«Livskvalitet er enkeltindividers bevisst positive og negative, kognitive og følelsesmessige opplevelser.»

Definisjonen viser både til kognitive og affektive og både til negative og positive aspekter ved opplevelsene. Det dreier seg både om tanker og om følelser og både om det positive og det negative. I samfunnsvitenskapene har man inntil nylig i overveiende grad vært opptatt av det negative («elendighetsforskning») (Diener o.a. 1999, Frisch 2000). Det samme gjelder innenfor medisinsk og psykologisk forskning, bl.a. i psykoterapi (Fava 1999). Men da Bertrand Russell skrev «The Conquest of Happiness» i 1930, delte han boken sin i to. Del I kalte han «Causes of unhappiness» og del 2 «Causes of happiness». At positive, ikke bare negative, aspekter trekkes inn i bildet, knytter den til en utbredt språkbruk i de senere års forskning (Diener 1994). (Om det dreier seg om én dimensjon, med de mest positive opplevelser på den ene polen og de mest negative på den andre, eller om vi skal tenke i to dimensjoner, mer eller mindre positive og mer eller mindre negative, er spørsmål vi skal komme tilbake til senere, se 1.3).

Disse definisjonene avgrensner det fenomenet og innsnevrer det temaet som vi vil behandle i denne publikasjonen. Det inkluderer ikke objektive forhold ved livet, slik noen andre definisjoner gjør, se 1.4 nedenfor. Men det gir god mening å bruke andre ord enn «livskvalitet» for å betegne det begrepet som vi har avgrenset ovenfor. Vi kan bruke ordet «lykke», som har en enestående posisjon i filosofihistorien (Veenhoven 1989). Noen forbinder tilfredshet med tanker og lykke med følelser. Motforestillinger mot ordet «lykke» går på at det ofte knyttes til ekstreme tilstander som de fleste sjelden oppnår. Andre motforestillinger mot å bruke ordet er at det er flertydig (Haybron 2000) og «uvitenskapelig» (ifølge Vittersø (1998) hadde den amerikanske forskeren Bradburn (se nedenfor under 2.4) planer om å bruke ordet «happiness» da han utforsket positive og negative følelser men oppga det fordi det ble regnet for «uvitenskapelig»). Ordet er også mye brukt i dagligtalen og i forskjellige populære, gjerne romantiske, sammenhenger.

Andre ord som kan brukes, er «subjektivt velvære» eller «psykisk velvære». «Subjective well-being» er etterhvert blitt mye brukt i engelskspråklig faglitteratur (se f.eks. Diener 1984, 1994), og det brukes ofte slik at vi mener det tilsvarer vår definisjon av ordet livskvalitet. Det er mye som taler for å forlate ordet «livskvalitet» og gå over til å bruke ordet «psykisk velvære». Et motargument er at «velvære» lett forbindes med en passiv hedonistisk tilstand som ikke inkluderer f.eks. engasjement eller selvrealisering.

Vi forstår «psykisk velvære» slik at det inkluderer både passive og aktive følelser og vurderinger, ikke bare velvære som nytelse eller å ligge i en bløt seng. Til tross for disse betenkelighetene vil vi i det følgende bruke uttrykkene «livskvalitet», «lykke», «psykisk velvære» og «å ha det godt» om hverandre, selv om de også kan brukes avvikende (Frisch 2000). Vi vil inkludere både aktivt og passivt velvære i vårt begrep. Som hos Sandsdalen (1978):

«Ein kunne svelgje lys  
av lykke  
når ein vaknar tidleg  
om morgonen  
og kjenner velværet  
som ein straum i kroppen.»

### 1.3 En utdyping av definisjonen

I det følgende vil vi kommentere og utdype enkelte punkter i definisjonen.

1) Livskvalitet knyttes definatorisk til *enkeltpersoner*, ikke til samfunn. Et samfunn er ikke godt eller dårlig i seg selv, uavhengig av hvorledes de har det, de som bor der. Det betyr ikke at det er uviktig hvordan samfunnet er organisert. Samfunnsmoral og solidaritet kan være avgjørende for borgernes livskvalitet. Samfunnets organisering og utvikling er vesentlig for livskvaliteten, fordi det har konsekvenser for den enkelte borgers livskvalitet. Heller ikke et politisk system er dårlig eller godt i seg selv.

Man kan likevel si at et samfunn (f.eks. Island) er bedre enn et annet (f.eks. Norge) og f.eks. begrunne det med at den gjennomsnittlige livskvaliteten hos borgerne er høyere i det første samfunnet enn i det andre. Eller man kan si at livskvaliteten er høyere i et samfunn på et bestemt tidspunkt (f.eks. Island i 1999) enn på et tidligere tidspunkt (f.eks. Island i 1950) og begrunne det med at andelen med lav livskvaliteten er blitt redusert. Men hvis man begrunner det med at levealderen eller bruttonasjonalproduktet har økt, må levealder eller bruttonasjonalprodukt forstås som indikatorer, ikke som definatoriske kjennetegn. Eller: Påstanden kan bygge på at man har brukt et annet livskvalitets-begrep enn det vi har brukt i denne publikasjonen.

Det at vi knytter begrepet til enkeltpersoner, eller individer, og sier at vi bør strebe etter å øke livskvaliteten, betyr ikke at vi går inn for en egoistisk hedonisme (lystmoral) eller eudaimonisme (lykkemoral). Stand-

punktet kan like godt forenes med altruisme. Det betyr heller ikke at vi mener individualistiske samfunn er bedre enn de samfunn som har en mer kollektivistisk kultur. Kanskje er det best for menneskeheten (for vårt psykiske velvære) at vi utvikler vår evne til empati og solidaritet, at vi løfter i flokk? Eller kanskje er det ikke det? Uansett er det resultatet i form av enkeltpersoners gode opplevelser på lang sikt som ligger oss på hjertet. Og det blir et *empirisk* spørsmål hvor langt i retning av kollektivismen samfunnet skal organiseres for at samfunnsmedlemmenes livskvalitet skal bli så høy som mulig. Vi skriver mer om dette under 3.3.5.

2) Livskvalitet knyttes definitorisk til individers *opplevelser*, dvs til indre tilstander,

- ikke til noe du har, f.eks. inntekt eller familie,
- ikke til noe du gjør, f.eks. om du tar et barn på fanget eller ser på TV,
- ikke til noe du omgis av, f.eks. ren luft eller vennligsinnede naboer,
- ikke til personlighetsegenskaper.

Livskvalitet knyttes til individer, ikke til samfunn

- til individers opplevelser,
- ikke til noe du har, til noe du gjør, eller til noe du omgis av,
- ikke til personlighetstrekk

Hva du har, gjør og omgis av *kan* være vesentlig for livskvaliteten, likeledes dine personlighetstrekk. Men dette er vesentlig bare indirekte ved de konsekvensene det får for dine og andres opplevelser. Noen har ikke familie, og de tar aldri et barn på fanget, og de puster inn forurenset luft, men de har likevel høy livskvalitet. Andre har stadig et barn på fanget, men hverken de eller barnet har nødvendigvis høy livskvalitet.

La oss legge til noen ord om personlighet. Noen ord som brukes til å betegne personlighetstrekk, kan også brukes til å betegne opplevelser eller subjektive tilstander. Dette kan være en kilde til misforståelser som vi bør søke å unngå. Som eksempel kan nevnes «selvtillit». En person kan ha høy selvtillit i den betydning at personen i det store og hele er trygg på seg selv og sine evner. Høy selvtillit er et personlighetstrekk hos denne personen. Men personen kan også oppleve selvtillit i en bestemt sammenheng, i en avgrenset periode, vi kan da si at personen er i en *tilstand* av høy selvtillit. Et personlighetstrekk er en relativt stabil egenskap. Også en opplevelsestilstand kan være stabil, men den kan også være flyktig. En person kan være glad i en periode og trist i en annen. Vi kan si at den psykiske tilstanden er sensitiv for

livshendelser som er gode eller dårlige: Vanskeligheter på arbeidetsstedet eller i familien kan redusere både selvtilitt og glede. Personens livskvalitet vil bl.a. være avhengig av hvor ofte personen er glad og om utgangspunktet er en grunnstemning av glede (nærmere om dette under 2). En annen sak er at noen personlighetsegenskaper, f.eks. utadvendthet eller optimisme, er viktige årsaker til livskvalitet. Vi skal komme tilbake til dette i kapittel 3.

3) Livskvalitet knyttes definatorisk til nærvær av *positive* og fravær av *negative* opplevelser. Dette kan forstås deskriptivt: Enkelt personer beskrives ved deres positive og/eller negative opplevelser, uten at det knyttes noe normativt til dette. Man kan si at det ikke nødvendigvis er bra at personene er glade, ikke triste osv. Men en annen tolking av ordene positive og negative opplevelser gir disse et verdimeessig innhold.

Livskvalitet forstås som

- et verdibegrep, og det er slik vi bruker ordet i denne publikasjonen. Vi mener det er bra at folk er glade, ikke triste osv.

Livskvalitet knyttes

- ikke bare til fravær av noe negativt, men også til noe positivt, ikke bare til at vi *ikke* er misfornøyd, ikke er deprimert, ikke er redd.
- ikke til moralske vurderinger.

Livskvalitet knyttes til verdier

- til positive og negative opplevelser,
- ikke bare til fravær av negative opplevelser,
- ikke til moral,
- til kognitive og affektive opplevelser.

I psykiatrien har man særlig vært opptatt av å redusere pasientens psykiske plager.

Men med livskvalitet som målsetting vil man også rette oppmerksomheten mot pasientenes positive opplevelser. En person som opplever mye angst og depresjon, kan under gitte omstendigheter likevel oppleve mye glede. I et forsøk på å avklare forholdet mellom mental helse-begrepet og livskvalitets-begrepet har man foreslått et firedelt mental helse-begrep der det skilles mellom livstilfredshet, positiv affekt, angst og depresjon. Det vanligste i livskvalitetsforskningen er imidlertid å bruke et tre-delt begrep: livstilfredshet, positiv og negativ affekt. Høy livstilfredshet og depresjon går sjelden sammen, men livstilfredshet og angst kan gjøre det (Headey o.a.1993).

Moralen kommer inn i bildet i den grad det vi gjør får konsekvenser for andres livskvalitet. Selvfølgelig er andres handlinger viktige for vår livskvalitet, og våre handlinger er viktige for andres. De er viktige både på det politiske plan og på det personlige plan. I personlige forhold er de viktige fordi vi kan glede eller såre andre og fordi vår selvrespekt er påvirket av at vi handler i overensstemmelse med allmenmmoralen. Men om vi er snille, f. eks. viser andre omsorg, er dette ikke i seg selv høy eller lav livskvalitet, for noen ganger er vår omsorg en plage både for oss selv og andre. Vi skal komme tilbake til dette under 1.5.2.5.

Det har vært mye diskusjon om positive og negative følelser er korrelert, eller om de må betraktes som to uavhengige dimensjoner av psykisk velvære (Diener 1994). Det kan f.eks. være slik at personer som ofte opplever positive følelser, sjeldnere enn andre opplever negative følelser. Vi sier da at positive og negative følelser er negativt korrelert: har du mye av det ene, vil det gjerne være slik at du har lite av det andre. I tidlig forskning (Bradburn og Caplovitz 1965) ble det gjort et stort poeng av at de to dimensjonene er separate og uavhengige, dvs at det hverken er en positiv eller negativ korrelasjon mellom tendens til å oppleve positiv og negativ affekt. Denne konklusjonen får støtte fra scanning-undersøkelser av hjernen som synes å vise at tristhet og lykkefølelse kan registreres i forskjellige regioner i hjernen (Frisch 2000). At personer som opplever mye negativ affekt, ofte, eller like ofte som andre, har positive opplevelser, var et viktig funn som i noen grad gikk på tvers av common sense. Og omvendt: Mange mennesker er ikke nedstemt og rapporterer ikke negativ affekt, men de er ikke særlig glade heller. Senere forskning har modifisert denne konklusjonen. Noen undersøkelser finner moderate negative korrelasjoner (Diener o.a. 1995c). Oppsummerende kan vi si at opplevelse av positive og negative følelser er svakt negativt korrelert og at det er rimelig å betrakte dem som separate dimensjoner (Diener o.a. 1995c, Diener o.a. 1999).

4) Livskvalitet knyttes definatorisk til individens positive og negative opplevelser av *kognitiv* eller *affektiv* art.

- Med kognitiv forstår vi tanker, oppfatninger eller vurderinger, f.eks. tilfredshet med aspekter ved livet eller livet alt i alt.

- Med affektiv forstår vi følelser, f.eks. av glede eller fortvilelse.

Denne definisjonen brukes av mange, men ikke alle, forskere i Norge og andre land som kaller seg livskvalitetsforskere. Noen av disse vil hovedsaklig legge vekt på de kognitive aspektene, andre på de affektive. Men det

kan være vanskelig å trekke noe klart skille mellom kognitive og affektive opplevelser. De fleste positive og negative opplevelser synes å ha både vurderingsmessige og følelsesmessige aspekter. Våre vurderinger påvirker følelsene, og følelsene påvirker vurderingene. Engasjement i en sak, f.eks. dyrebeskyttelse, kan være begrunnet i at vi mener det er viktig å beskytte dyr mot overgrep fra mennesker, og i at vi har medfølelse med dyr som lider. Et annet eksempel: Jeg har en vurdering av meg selv som en dyktig musiker og er glad og stolt ved å spille vakkert. Følelser og vurderinger er i spill og forsterker hverandre (Abbey og Andrews 1985, Crooker og Near 1998, Diener o.a. 1999).

## 1.4 Andre definisjoner

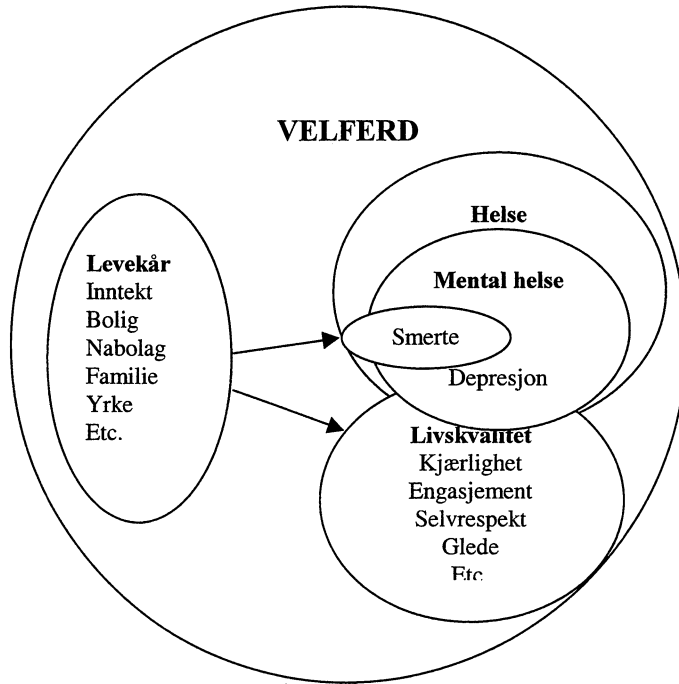
Som kjent er det mange som definerer livskvalitet på andre måter enn vi har gjort her.

For en nærmere avklaring skal vi se på forbindelsen mellom vår bruk av ordet «livskvalitet» og andre nærliggende ord som *velferd*, *levetår* og *helse*, se figur 1. I figur 1 bruker vi ordet «velferd» for å betegne et videre begrep som dekker både levetår, helse og livskvalitet. Vi har teorier om sammenhenger, f.eks. at levetår påvirker helse og livskvalitet. Helse, som vi bruker tradisjonelt som «fravær av sykdom», er dels sammenfallende med, dels forskjellig fra, livskvalitet. Vi kan si at det er overlapp. I figuren kan vi tenke oss mange flere piler, f.eks. fra livskvalitet til levetår, fra helse til levetår, fra livskvalitet til helse og fra helse til livskvalitet.

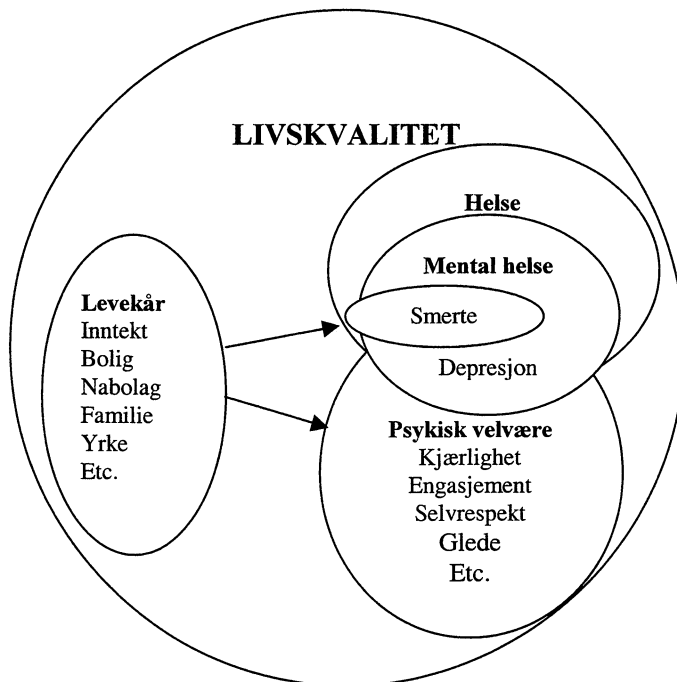
I neste figur, figur 2, har vi skissert en språkbruk som er forskjellig fra vår. Den representerer en bruk av ordet «livskvalitet» som er meget videre enn i figur 1 og som også inkluderer levetår og helse. Det som i figur 1 er kalt «livskvalitet», er i figur 2 kalt «psykisk velvære». Mange bruker ordet «livskvalitet» i den meget vide betydningen, men denne språkbruken er altså forskjellig fra vår.



Figur 1. Livskvalitet, slik jeg bruker ordet



Figur 2. Livskvalitet som et vidtfavnende begrep



En annen måte å klassifisere forskjellige tilnærminger til livskvalitetsbegrepet på, finner vi hos Veenhoven (2000). Han kaller det «Four qualities of life».

|                     | Outer qualities           | Inner qualities            |
|---------------------|---------------------------|----------------------------|
| <b>Life chances</b> | Livability of environment | Life-ability of the person |
| <b>Life results</b> | Utility of life           | Appreciation of life       |

Veenhoven sier at den fjerde kategorien (nederst til høyre) representerer det som gjerne refereres til som «subjective well-being», «life satisfaction» og «happiness».

Det er kanskje også illustrerende å knytte ordet «livskvalitet» til uttrykket «det gode liv». Det gode liv er «et klassisk moralfilosofisk tema» i en «to tusen fem hundre år gammel debatt» (Tranøy 1998). «Det gode liv» og «livskvalitet» kan i de fleste sammenhenger brukes om hverandre, og uklarhetene og definisjonsbehovet er omtrent like store for de to uttrykkene. I figur 3 har vi listet opp en del ord og uttrykk som før og nå har vært mye brukt innenfor forskjellige fag for å beskrive viktige sider ved «det gode liv». Vi har kalt dem «nøkkelord».

Figur 3. Nøkkelord for å beskrive «det gode liv» innenfor forskjellige faglige miljøer

| Økonomi<br>"Velferd" | Sosiologi<br>"Velferd/Livskvalitet" | Psykologi<br>"Livskvalitet" | Medisin<br>"Helse" |
|----------------------|-------------------------------------|-----------------------------|--------------------|
| inntekt              | levestandard                        | lykke                       | levealder          |
| levestandard         | livsstandard                        | tilfredshet                 | smerter            |
| kjøpekraft           | status                              | glede                       | aktivitetsnivå     |
| BNP                  | miljøforhold                        | psykisk velvære             | livskvalitet       |
| ulikhetsmål          | sosiale indikatorer                 | subjektivt velvære          | qaly               |

Flere av ordene går igjen innenfor flere fag. I økonomi og sosiologi er noen uttrykk knyttet til enkeltindivider, andre ord til samfunnsstrukturer. Innenfor psykologi og medisin er alle betegnelsene knyttet til enkeltindivider, men bare i psykologi er alle knyttet til opplevelser, dvs til indre tilstander. Vi kan derfor si at vår definisjon (se 1.2 ovenfor) tar utgangspunkt i

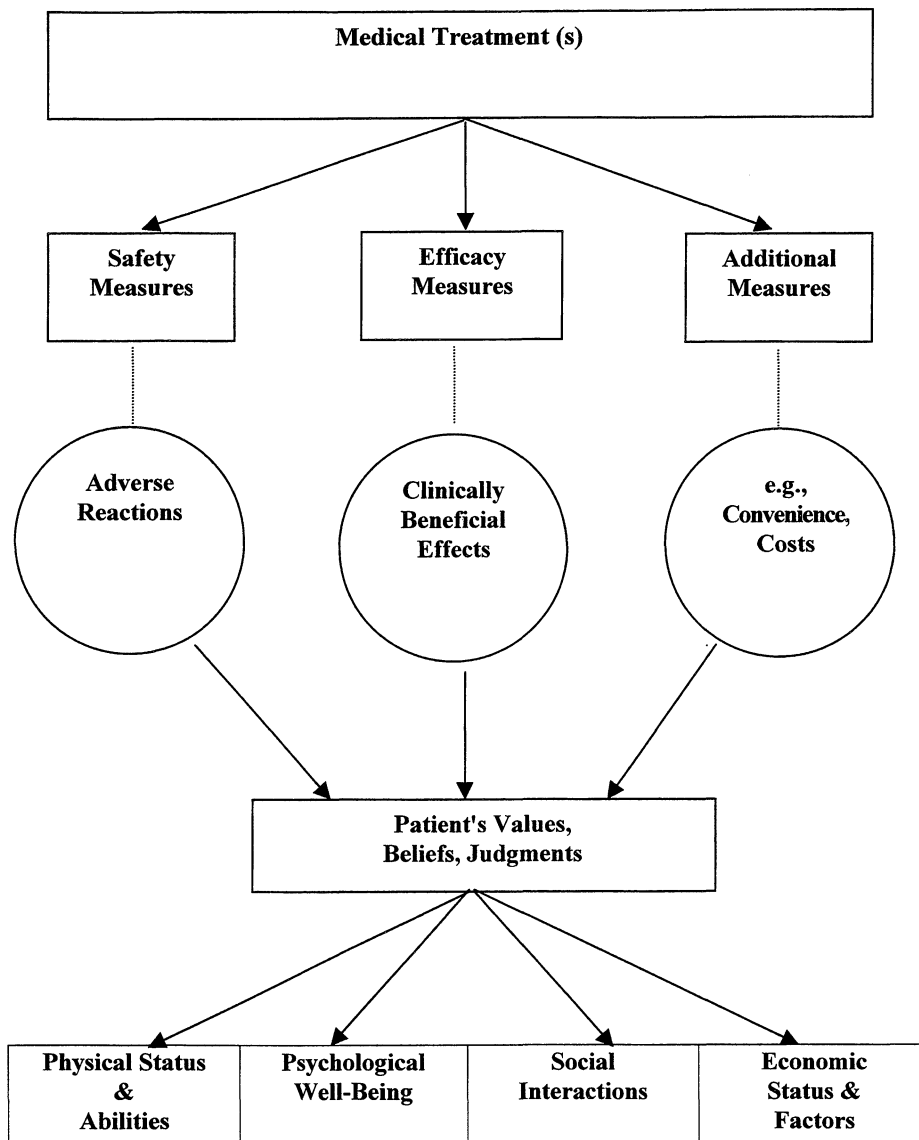
begrep fra psykologien. Det betyr ikke at det bare er psykologer som bruker denne definisjonen, den går igjen både hos sosiologer og medisinere.

Noen av de ordene vi har listet opp, er ikke ment å representere begrep eller nødvendige kjennetegn ved «det gode liv». De må snarere forstås som «indikatorer», dvs empirisk observerbare forhold som er nyttige i den vitenskapelige utforskningen av «det gode liv», f.eks. Sosiale indikatorer (Elstad 1983, Frisch 2000). Vi skal komme tilbake til dette temaet i neste kapittel, der vi gjennomgår forskjellige indikatorer og metodeproblemer i forbindelse med livskvalitets-forskningen.

På listen over uttrykk fra medisinen (se figur 3), finner vi «QALY». Dette står for «kvalitetsjusterte leveår». Her har man kombinert livslengde og livets kvalitet. «Livets kvalitet» kan operasjonaliseres på flere måter, f.eks. som aktivetetsnivå eller som psykisk velvære. Det er rimelig at man i medisin har ønsket å lage et samlet mål som dekker både den tradisjonelle overlevelses-målsettingen og målsettingen å gjøre livet så godt som mulig for befolkningen (Kaplan 1994, Kaplan o.a. 1999). Interessen for begrepet stammer i første rekke fra økonomer og er utarbeidet i forbindelse med vurdering av ressursanvendelse i helsevesenet (Nord 1992, 2000, Moum 2000a). Men det er både teoretiske og etiske problemer knyttet til beregning av QALY, og i praksis er det gjort få forsøk på å bruke kvalitetsjusterte leveår konsekvent for å prioritere helsetjenester (Moum 2000a). Et beslektet mål er «Happy Life-Expectancy», antall år en gjennomsnittlig borger lever et lykkelig liv. Begrepet har vært foreslått som et alternativ til «Human Development Index» ved sammenligning mellom nasjoner (Veenhoven 1996). Mer om dette under 3.3.

Vi skal gi et eksempel på en definisjon som er foreslått og meget brukt i medisinsk forskning. Spilker (1990) stilte spørsmålet: Hvordan kan en medisinsk behandling påvirke livskvaliteten? Han skisserte en modell for hvordan behandling (via forhold som sikkerhet, effektivitet, pasientens verdier m.m.) tar sikte på å bedre pasientens livskvalitet. Han foreslo fire «domener»:

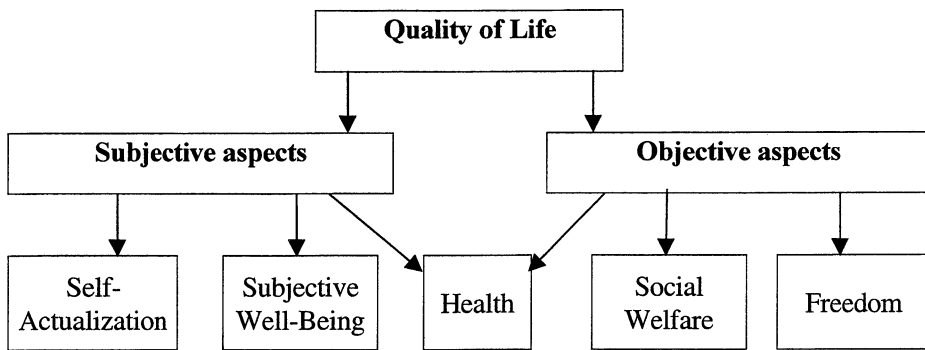
- ◆ Fysisk status og evner
- ◆ Psykologisk velvære
- ◆ Sosial samhandling
- ◆ Økonomisk status



*Model of how clinical aspects of efficacy (i.e., benefits), safety (e.g., adverse reactions), or other factors filter through the patient's values and beliefs to influence his or her quality of life domains.*

Det er klart at Spilkers definisjon er meget videre enn vår, som bare dekker ett av de fire domene hos Spilker. Spilkers avgrensing synes å svare til det begrepet som er antydnet i figur 2 ovenfor.

Som eksempel på en definisjon av livskvalitet som er videre enn vår, skal vi omtale definisjonen til Vittersø (1998).



Som vi ser inkluderer Vittersø, liksom Spilker, både objektive og subjektive aspekter i sin definisjon av livskvalitet. Han plasserer helse under begge, noe som synes vel begrunnet, da vi jo ofte snakker om «subjektiv helse», dvs. den enkeltes egen oppfatning av å være mer eller mindre syk eller frisk, samtidig som vi skiller mellom denne oppfatningen og vurderingen fra en utenforstående, vanligvis en lege.

Under Subjective Aspects plasserer han også Self-Actualization og skiller det fra Subjective Well-Being. Han kunne, ut fra samme tankegang, ha plassert Self-Actualization både under Subjective Aspect og Objective Aspects, da dette begrepet, liksom helse, ofte forstås som en individuell opplevelse og ofte som et objektivt definert forhold mellom potensiale og realisert status. Lignende synspunkter kunne man anlegge i forbindelse med det han kaller «Freedom».

Vi skal gi et annet eksempel på en tilnærming som avviker fra vår. Ringen (1995) anbefaler en tilnærming der man baserer seg på objektive forhold snarere enn subjektive. Ringen bruker ikke ordet livskvalitet, men han foreslår en tilnærming, som et bedre alternativ enn den subjektive tilnærmingen vi har foreslått, for det samme formål, nemlig å peke ut det mål som vi vil arbeide mot i vår politiske praksis, et mål som er både ønskelig og verdifullt, både endelig og tilstrekkelig.

Ringen (1995) mener vi bør samle interessen om «personlige ressurser» og «arena options» (muligheter i utdanning, yrkesliv, boforhold osv.), noe som synes å være en videreutvikling av det vi har kalt levkår i figur 1 og 2. Ringen anbefaler en tilnærming han kaller «non-welfarist»: «In non-welfarist approaches, well-being is established from the 'objective' circumstances within which people live, rather than from their 'subjective' utility, satisfaction, or happiness.» Dette standpunktet begrunner han dels med måleproblemer i forbindelse med de subjektive aspektene i vår

definisjon. Dels begrunner han det med at vi «venner oss til et bestemt velferdsnivå», slik at en økning i ressurser ikke gir en subjektiv gevinst (se 3.4.5). Videre begrunner han det ved henvisning til valgfrihet – «well-being as freedom». «Freedom is a function of personal resources and structural options». «...people live well or badly to the degree they themselves can choose how to live.» Det gode liv er størst mulig valgfrihet. *Opplevelse* av valgfrihet er neppe en forutsetning, da dette jo er et subjektivt, ikke en objektivt fenomen. Når Ringen legger så stor vekt på valgfrihet, kan det synes som han mener valgfrihet er en overordnet verdi som andre verdier skal avledes fra. Andre ganger synes det som om han mener frihet er et middel, en spesielt viktig årsak til høy livskvalitet.

Det har vært foreslått en rekke forskjellige sosioøkonomiske indekser som mål på utviklingsnivå, til erstatning for det rent økonomiske Brutto Nasjonal Produkt pr. innbygger. Den mest kjente er kanskje HDI – Human Development Index som siden 1990 rapporteres i De forente nasjoner utviklingsprogramms Human Development Programme (UNDP 1990-1996). I tillegg til (a) brutto nasjonal produkt bruker man (b) forventet levealder og (c) utdanningsnivå. En vurdering av indeksen konkluderer med at den gir nyttig informasjon om utviklingsnivå men ikke om fremtidige utviklingsmuligheter (Ivanova o.a. 1999).

En annen indeks er PQLI – Physical Quality of Life Index (Mazumdar 1995). Her måles (a) spedbarnsdødelighet, (b) antall leger pr. innbygger og (c) antall lærere pr. elev. Begge indekser innebærer et utvidet velferdsbegrep, i forhold til det rent økonomiske, og vektlegging av både positive og negative aspekter ved levetilstandene i et samfunn. Men subjektive opplevelser er ikke inne i bildet.

## 1.5 Begrunnelser for valg av definisjon

Under avsnittet 1.2 foreslo vi en definisjon, vi foreslo å bruke ordet «livskvalitet» på en forholdsvis presis måte. Deretter omtalte vi noen andre definisjoner og pekte på forskjeller mellom disse og vår egen definisjon. I dette avsnittet skal vi begrunne hvorfor vi har valgt denne definisjonen.

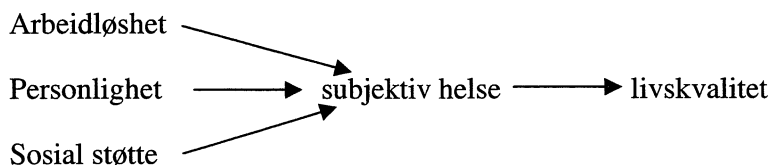
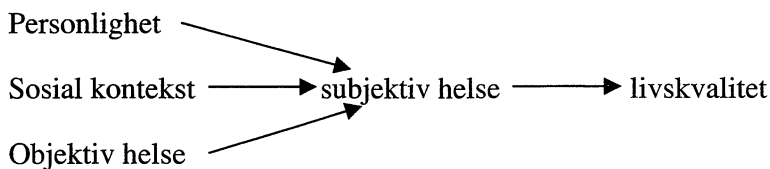
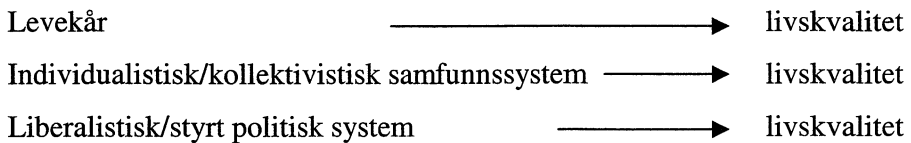
### 1.5.1 Metodisk-vitenskapelig begrunnelse

Det er to typer argumenter for å velge den definisjonen vi har anbefalt ovenfor under 1.2. Den første er metodisk-vitenskapelig. Vi mener det har vitenskapelig interesse å utforske sammenhengen mellom folks subjektive

opplevelser og de betingelser de lever under, særlig de som er knyttet til samfunnets utforming og som kan utvikles og endres (manipuleres). Skal vi få vite noe om sammenhengen mellom levekårene og hvordan folk opplever levekårene, må disse to typer av fenomener defineres uavhengig av hverandre.

Dette har også vært beskrevet som forbindelsen mellom «inputs» og «outputs». «Inputs» er de betingelser som befolkningen bys i et land, f.eks. økonomiske forhold, skoletilbud, helsetjenester. Disse betingelser har vært foreslått som mål på landets velferd (f.eks. Human Development Index), bl.a. fordi man ikke har, eller ikke har tillit til, mål på psykisk velvære, og fordi man antar at disse betingelser *vil gi* psykisk velvære (se f.eks. Indrayan o.a. 1999). «Outputs» er resultatet, det psykologiske utbyttet. *Antakelsen* om en forbindelse mellom «inputs» og «outputs», og hvor sterk forbindelsen er for de forskjellige velferdstilbud, kan testes ut (se f.eks. Veenhoven 1996). Men dette forutsetter at man har mål på både «inputs» og «outputs» og at disse holdes atskilt.

Vi mener altså at det er fruktbart å skille mellom «outputs» (livskvalitet) og «inputs» (betingelser for livskvalitet) når sammenhengen mellom disse skal utforskes. Nedenfor er en rekke eksempler på problemstillinger som forutsetter at begrepene defineres uavhengig av hverandre.



### 1.5.2 Verdifilosofisk begrunnelse

Det andre argumentet for valg av definisjon er verdifilosofisk. Hensikten med å definere «livskvalitet» er ikke bare å konstruere et nyttig begrep for vitenskapelig virksomhet. Formålet er mer ambisiøst. Vår hensikt er å formulere en målvariabel, å peke ut det mål som vi vil arbeide mot i vår politiske praksis.

Det er et mål som er både ønskelig og verdifullt. Aristoteles (1947) sa at «eudaimonia» (i vår tid gjerne oversatt med «lykke») er den eneste verdi som er både endelig og tilstrekkelig. Alt annet er bare midler til å nå dette målet, og når lykke er oppnådd, har man ingen andre ønsker. Det dreier seg om «... forestillinger om hva som bør være det overordnede mål for samfunnsutviklingen og dermed retningsgivende for politisk virksomhet» (Barstad 1999a). Både når vi opptrer som privatpersoner, som forskere, som helsearbeidere og som politikere, må vi regne med at vår virksomhet har konsekvenser, for andre og for oss selv. Hvilke konsekvenser den *bør* ha, kan vi uttrykke gjennom vår definisjon av livskvalitet.

Vi mener at livskvalitet, slik vi definerer det, har egenverdi. Ut fra vårt verdisyn er det et gode at enkeltmennesker, så mange som mulig, nålevende og fremtidige, har det så godt som mulig, og da i betydningen «har gode følelser og vurderinger av livet». Vi ser på dette som et overordnet gode, som andre goder kan avledes fra. Eller vi kan si at det er en endelig (terminal) verdi, ikke et middel (en instrumentell verdi) (Aalberg 1998).

Dette standpunktet er kontroversielt og vil møte kritikk fra verdifilosofisk hold. For det første er det et konsekvensetisk standpunkt. Det sier at *konsekvensene* av våre handlinger skal være retningsgivende: Når vi skal velge en handling, må vi vurdere konsekvensene av handlingen. Dette er forskjellig fra å basere valget på *intuisjon*, på følelsen av at handlingen er riktig eller ikke riktig (f.eks. at det ikke er riktig å angi en venn) (Hare 1990). Det er også forskjellig fra å basere valget på *regler* for hva som er riktige og ikke riktige handlinger, f.eks. regelen «Du skal ikke lyve!» Vurderer vi konsekvenser, er det ikke alltid og og unntaksfritt slik at vi ikke skal lyve. Vi må vurdere konsekvensene av å følge eller bryte reglen. Hva blir følgene av at jeg lyver akkurat nå, og hva blir følgene av at jeg ikke gjør det? Hva blir følgene på lang sikt? Hva blir konsekvensene av at tortur aksepteres i forbindelse med etterforskning i kriminalsaker? Hva blir konsekvensene for hele samfunnet på lang sikt?



Konsekvenstenkning er utbredt og tas ofte som en selvfølge både i hverdagslivet og i politisk arbeid. Politikere tar hele tiden stilling til konsekvensrike spørsmål. For å sitere en statsråds uttalelse i en avisartikkel om rusmiddelpolitikk:

«I økende grad må vi basere valg av tiltak og strategier på kunnskap om virkningene.» (Ingebrigtsen 2000)

Denne uttalelsen vil neppe provosere i noen leire. Men i andre sammenhenger er ikke konsekvenstenkning en selvfølge.

Det andre som er kontroversielt, er at vi har satt opp *lykke* som den overordnede målsetting for våre konsekvensvurderinger. Utilitaristene har formulert og presentert lykkefilosofien slik: «Handlinger er etisk forsvarlige når de fører til lykke eller reduserer ulykke.» «Handlinger er riktige i den grad de tenderer til å fremme lykke, gale i den grad de tenderer til å reversere lykke» (Scarre 1996). Vil mer eller mindre lykke bli konsekvensen av at jeg handler slik eller slik? Det kan også sies at vi har en hedonistisk målsetting. Hvis det bare er vår egen lykke vi har i tankene, vil standpunktet øyeblikkelig forkastes som (egoistisk) hedonisme. Dette lar seg lett avvise ved å henvise til altruistisk hedonisme. Det er *menneskehetens* lykke vi har i tankene, både nålevende og fremtidige generasjoners. Det er viktig at vi legger vekt på langsiktige konsekvenser, ikke på umiddelbare gevinster. En *langsiktig altruistisk hedonisme* vil bli akseptert av langt flere. Aristoteles har vært omtalt som utilitarist (Scarre 1996): «Lykke (eudaimonia) er endelig og tilstrekkelig og handlingens mål.»

Det har vært hevdet at det å søke lykke «ligger i vår natur». Vi kan sitere Dalai Lama (2000):

«Ønsket om eller trangen til å bli lykkelig kjenner ingen grenser. Det er noe som ligger i vår natur. Som sådan trenger det ingen begrunnelse, og det rettfærdiggjøres av det enkle faktum at det er noe vi med rette og ut fra vår natur ønsker.»

Vi mener det er tvilsomt om menneskets natur er å alltid søke lykke. Det er sannsynlig at mennesker også har andre iboende egenskaper som kan komme i konflikt med deres trang til å søke lykke. Det er uklart om Dalai Lama mener at hver enkelt av oss søker lykke for oss selv, eller om vi også søker lykke for andre, f.eks. våre barn, vår slekt, eller menneskeheten. Uansett kan vi diskutere hva vi mener *bør* være det verdimeslige grunnlaget for våre handlinger.

For oss er livskvalitet en grunnverdi. Grunnverdier er det prinsipielt ikke mulig å argumentere for eller mot. De har egenverdi og er i seg selv riktige eller i seg selv gale. Men vi kan reflektere litt omkring dette verdisynet, og slik gjøre det klarere hva vi mener. Og vi kan sammenligne det med andre verdifilosofiske standpunkter, som kanskje kan stilles opp som alternativer og som andre er tilhengere av. Hvilke motsetninger er det mellom det å drive livskvalitetsforskning og det å være opptatt av andre målsetninger som f.eks. rettferdighet, overlevelse?

Vi går altså inn for en konsekvensetikk med lykke som det overordnede mål for menneskelige handlinger. Vi vil likevel la våre handlinger styres av noen absolutte regler, f.eks. regelen om ikke å bruke tortur hverken i forbindelse med etterforskning eller i andre forbindelser. Dette er en absolutt regel, en regel som ikke kan fravikes. Det er ikke vanskelig å akseptere denne regelen ut fra en konsekvensetisk betraktning. Men det er også andre grunner til at vi er tilhengere av å handle ut fra enkelte absolutte regler.

Svært ofte vet vi ikke hva som blir konsekvensene av at vi handler slik eller slik. Vi kjenner ikke med sikkerhet lykke-konsekvensene av alt vi gjør. I slike situasjoner er det greit å ha noen regler som vi mener er gode i de fleste sammenhenger, f.eks. en regel om ikke å lyve og en regel ikke å såre andre mennesker. Men slike regler kan komme i konflikt. Hvis jeg f.eks. blir spurt av en venn som er flyttet inn i nytt hus, om jeg synes huset er pent, så svarer jeg at jeg synes det er pent, selv om jeg synes det er stygt. Jeg velger i dette tilfelle å lyve, fordi det å si sannheten i dette tilfellet ville innebære at jeg sårer personen til ingen nytte, for huset er jo kjøpt. Dessuten ønsker jeg ikke å bli uvenner med vedkommende. Jeg er tilhenger av å ikke lyve, men også av å ikke såre noen til ingen nytte. Jeg bryter ofte regler fordi de kommer i konflikt eller fordi det er vanskelig å forutsi lykke-konsekvensene av det jeg gjør (Hare 1990). En generell tillit til at folk ikke lyver, er gunstig i det store og hele. Særlig er det jo vanskelig å vurdere lykkekonsekvensene på lang sikt, – konsekvensene av å følge lyster og å lyve, konsekvensene for alle berørte parter, ikke bare for nålevende mennesker, men for kulturen på lang sikt.

Det faktum at vi ofte ikke kan vurdere konsekvensene av våre handlinger, gjør at vi trenger å supplere konsekvensetikken med regler. De eksemplene som er gitt ovenfor, angår småting i hverdagslivet. Men i andre sammenhenger blir det vesentlig hvorledes vi velger å handle. Føllesdal (2000) mener at vi trenger (eller har) noen felles verdier, «medborgerverdier», som uttrykker og sikrer alles likeverd. Vi har en regel om at

tortur ikke kan benyttes i forbindelse med etterforskning i kriminalsaker. Dette er en absolutt regel som ikke kan fravikes selv om vi skulle kunne oppnå en kortsiktig men meget betydelig gevinst, f.eks. når det gjelder å finne et kidnappet barn. Vi har også en regel om at vi ikke skal slå ihjel. Men denne regelen kommer noen ganger i konflikt med andre regler. Skal Norge støtte NATO's luftkrig i Jugoslavia? Også ikke-politikere må ta konsekvensrike avgjørelser når de deltar i politiske valg. Skal vi delta i krig (og i noen grad gjør alle det når de støtter/ikke støtter krigføring i andre land), blir regelen om ikke å slå i hjel, relevant for våre handlingsvalg.

Et verdifilosofisk grunnsyn der man bevisst kombinerer regler og konsekvenstenkning, er blitt kalt *regel-utilitarisme*. Liksom et utilitaristisk utgangspunkt, krever det at man tar stilling til lykke versus andre målsettinger og at man vurderer konsekvensene av sine handlingsvalg.

Føllesdal (1994) snakker om «den økende livssynspluralismen i Norge og andre demokratiske samfunn», som han omtaler som en «ekstra utfordring ... fordi vi ikke kan forvente enighet om hvilke interesser som skal telle som grunnlag for våre krav mot hverandre.»

I det følgende vil vi kort beskrive og kommentere en del verdifilosofiske standpunkter som vi mener er forskjellige fra våre og som noen ganger opptrer som alternativer når en målvariabel skal pekes ut. Vi venter ikke at de fleste lesere vil følge oss i vår diskusjon og de standpunktene som antydes nedenfor (eller ovenfor). Heller ikke innenfor vår gruppe vil det alltid og i alle sammenhenger være enighet om de verdifilosofiske standpunktene som er uttrykt ovenfor og i det følgende. Men de fleste vil være enige med oss i at psykisk velvære er en av de verdier som er særlig interessante når vi planlegger og tar beslutninger på vegne av oss selv og andre. Derfor er det viktig å belyse forholdet mellom dette verdigrunnet og andre som er sterkt tilstede i vårt demokratiske samfunn. De verdiene vi vil beskrive presenteres under stikkordene

- rettferdighet
- å redusere lidelse
- frihet
- å forlenge livet
- det gode menneske
- innsikt
- følsomhet
- mangfold og likevekt i naturen

### 1.5.2.1 Et rettferdig samfunn

Et argument mot livskvalitet som målsetting går ut på at det er egenskaper ved samfunnet vi må gjøre noe med. Målsettingen må, etter dette synet, være et rettferdig samfunn, først og fremst et samfunn preget av økonomisk *likhet*, uansett hvilke konsekvenser dette får for de enkelte borgernes livskvalitet.

En komparativ analyse av nordmenns holdninger (bl.a. Verdiundersøkelsene) viser at nordmenn og svensker har mer egalitære verdier enn folk i andre vestlige land (Aalberg 1998). De ønsker at samfunnet skal være preget av en jevn fordeling med relativt små økonomiske forskjeller. Og denne prioriteringen har vært økende i de siste årene.

Rettferdighet har å gjøre med forholdet mellom mennesker, og som oftest handler det om fordeling, om likedeling. I Sosial- og helsedepartementets Utjanningsmeldinga (1998-99) heter det i innledningen: «Regjeringa har som mål ... ei rettferdig fordeling av inntekter og levekår.» Dette omtales som «eit verdival». Videre «... alle skal få en rimelig del av dei materielle ressursane i samfunnet ...» *Hvor likt* inntekten skal fordeles for at fordelingen skal bli rettferdig, blir bare indirekte berørt ved sammenligninger med inntektsfordeling i forskjellige andre land. Det sies ikke «jo likere jo bedre». Men det sies at «... ressursane må fordelas på en betre og meir rettferdig måte enn i dag.» Det er fordelingen innenfor det norske samfunnet som her diskuteres. Fordeling på verdensbasis blir ikke nevnt.

Mange vil mene at det ikke er noen motsetning mellom rettferdighet og livskvalitet. Nordmenn flest ønsker seg et rettferdig (bl.a. et egalitært) samfunn, men det kan være *fordi* de mener at dette gir høyere livskvalitet for (den norske) befolkningen som helhet enn et urettferdig samfunn. Det har f.eks. vært hevdet at et egalitært samfunn er en av de viktigste betingelsene for befolkningens helsetilstand (Wilkinson 1996). Denne argumentasjonen betrakter likhet som en instrumentell verdi. Det er en utbredt antakelse at vi har det bedre når vi lever i et samfunn som er preget av likhet og solidaritet, enn av urettferdighet og utbytting (Mastekaasa 1983a). Det er også et allment akseptert prinsipp at ressurser har avtakende grensenytte: En ekstra tilførsel gir større velferdsgevinst (i livskvalitet) for en som har lite fra før, enn for en som har meget. Dermed blir summen av livskvalitet for alle samfunnsmedlemmene størst ved en jevn, mest mulig lik fordeling. Ser vi lenger enn til dagens norske samfunn, blir vår høye levestandard

vanskelig å forsvare. Jordens knappe ressurser vil kaste mer av seg i livskvalitet hvis de fordeles jevner enn i dag.

Men dette er teorier. Hva om de ikke holder? Hva om den gjennomsnittlige livskvaliteten i verdenssamfunnet (livskvalitet definert som under 1.2) øker når forskjellene mellom rike og fattige øker? Hvis det kreves stor grad av likhet, f.eks. i skoletilbud, i lønninger eller i boligbygging, forutsetter dette sterke begrensninger i vår handlefrihet. Det kan f.eks. tenkes at et økonomisk system på lang sikt fører til en større gjennomsnittlig velferdsgvinst enn et annet, selv om det også fører til en større forskjell mellom de som får mest og de som får minst. Hva ville vi velge da?

Det skilles gjerne mellom ressurslikhet, dvs. likhet i tildelinger, og resultatlikhet, dvs. likhet i det utbyttet man får av en tildeling (Mastekaasa o.a. 1988). Det siste kan forstås som likhet i livskvalitet. I de betraktningene vi har gjort i avsnittet ovenfor, er det ressurslikhet vi har hatt i tankene, og vi har argumentert for at ressurslikhet vil fremme resultatlikhet. Men det er klart at det ikke alltid og under alle forhold vil gjøre det. Og det store spørsmålet blir hva vi vil prioritere når de to målsettingene ikke faller sammen.

John Rawls (1971) mener at hvis vi var upartiske, ikke visste hvilke muligheter vi selv hadde i en hypotetisk tilværelse, så ville vi velge et likhetsprinsipp. Vi ville ikke velge et maksimering av gjennomsnittsprinsipp, men et mini-max-prinsipp, dvs. minimalisere mulighetene for det maksimalt uheldige. Vi ville foretrekke sikkerhet mot nød fremfor en usikker mulighet til en særlig heldig tildeling.

Det er tvilsomt om alle ville velge slik. Ut fra et prinsipielt standpunkt ville noen, i noen sammenhenger, velge et rettferdighets-prinsipp. Men i andre sammenhenger ville noen legge vekt på andre prinsipper, i håp om at de selv skal komme ut på den heldigste siden. Våre kunnskaper om hva som på lang sikt vil maksimere livskvaliteten, er selvfølgelig svært mangelfull. Og allmennmoralen må forandre seg ganske radikalt om tilstrekkelig store deler av befolkningen skal akseptere en drastisk nedgang i materiell levestandard, slik en omfordeling ville innebære. Vi kan ikke se bort fra at *en streng håndheving* av likhets- eller solidaritets-prinsippene vil ha for store omkostninger ut fra en livskvalitet-målsetting. Dette tilsier at samfunnet må være «passe» mye preget av likhet, solidaritet og omsorg. Hva som er «passe», vil variere med en rekke forhold, bl.a. med kultur og hvilket gode som skal fordeles.

### 1.5.2.2 Å redusere lidelse

Men rettferdighet kan forstås på så mange måter. En type rettferdighetsprinsipp legger mindre vekt på likhet og større vekt på å heve de dårligst stilte. Denne målsettingen faller sammen med målsettingen å redusere lidelse. Det kan sies at likhet ikke er et gode i seg selv, fordi det kan innebære like store lidelser for alle. For noen er det en målsetting å arbeide for at *så få som mulig skal oppleve lidelse*, dvs en meget lav livskvalitet. Det faller sammen med det standpunkt at vi ikke kan skape lykke, men vi kan redusere ulykke (Brox 2000).

Hvis det å redusere lidelse blir det overordnede mål, blir oppmerksomheten flyttet fra de positive opplevelsene til de negative: Noen få personers store lidelse kan ikke oppveies av mange menneskers glede.

En målsetting kan være å bedre livskvaliteten for de som har de største lidelsene, ved at positive følelser vektlegges i større grad i behandling av personer med psykiske lidelser. Blant psykiatriske pasienter finner vi kanskje de med lavest livskvalitet. Tristhet, angst, bekymring, skam og skyldfølelse har tendens til å opptre ofte hos samme individ (Berenbaum o.a. 1999). Men det er likevel stor variasjon i livskvalitet innenfor denne gruppen. Endring av forholdene innenfor behandlingstilstander, eventuelt utskrivning av pasienter til andre boforhold, kan heve den positive affektiviteten, selv om grunnlidelsen, sykdommen, ikke kan effektivt behandles (se nærmere under 4.2.2).

Sosialpolitiske tiltak kan i noen sammenhenger være positive for flertallet, men negative for en minoritet. Et tenkt eksempel kan være om det var mulig å gjennomføre en alkoholpolitikk som fjernet alkohol fra jordens overflate. Mange får livet sitt ødelagt av egen eller foreldres alkoholbruk. For mange andre er alkohol en kilde til glede (Argyle 1999), og restriksjoner på kjøp og adgang til alkohol er i denne sammenhengen et minus. Det er utvilsomt slik at et alkoholfritt samfunn vil være et samfunn med færre sterkt lidende mennesker, men det er også mulig at det vil være færre med høy livskvalitet. Et annet eksempel: Hvis alle offentlige midler brukes i helsevesenet, helst i psykiatrien, ville vi redusere de største lidelsene. Vi måtte i så fall slutte å støtte tiltak som særlig kommer de minst lidende til gode, slik som sport, teater og andre kulturtiltak.

### 1.5.2.3 Frihet

«Frihet» er et honnørord. Det vrimler av honnørord med frihet som del-ord («ytringsfrihet», «frihet fra nød», «den frie tanke», «religionsfrihet»). Anarkismen som sosial og politisk teori og bevegelse tar sikte på, og går særlig langt i, å oppheve staten og statlige maktorganer. Den tar til orde for å organisere samfunnet gjennom frivillige sammenslutninger av individer. Men problemer med avgrensingen er stor også her. Et slagord som «Frihet under ansvar» gir lite konkret veiledning for å avgrense den enkeltes handlefrihet.

I Kardemomme by heter det: «Du skal ikke plage andre, du skal være grei og snill. Og for øvrig kan du gjøre som du vil.»

Kardemomme-loven har mange sympatisører i det norske samfunnet. Dette gjenspeiles i noen av resultatene fra verdiundersøkelsen (Listhaug o.a. 1990). Her spørres det:

«Hvilken av disse to påstandene kommer nærmest det du selv mener?

Jeg mener at både frihet og likhet er viktig, men dersom jeg måtte bestemme meg for det ene eller det andre, vil jeg si at personlig frihet er viktigst, dvs. at alle kan leve i frihet og utvikles uten hindring.

Både frihet og likhet er viktig, men dersom jeg måtte bestemme meg for enten det ene eller det andre, vil jeg si at likhet er viktigst, dvs. at ingen har det dårligere enn noen annen og at sosiale klasseskiller ikke er særlig store.»

I det norske utvalget svarte 65 % at personlig frihet var viktigst, mot 30 % som svarte at likhet er viktigst.

Mange svarer altså at de velger frihet hvis de på et abstrakt grunnlag ble presset til å velge mellom personlig frihet og likhet. Dette resultatet kan tyde på at frihet er en sterk verdi i det norske samfunnet. Men også likhet er en sterk verdi, og dette kan forklare at ingen politiske partier har villet sette det på spissen.

Nå er det ikke usannsynlig at de som svarte, tenkte seg frihet og rettferdighet som midler, snarere enn som overordnede mål. Det er rimelig å tro at mange nordmenn ser på stor valgfrihet som et virkemiddel, som en kvalitet ved det gode samfunn. Men det er vel også ganske opplagt at standpunktene må nyanseres, at vi ville få «det kommer an på»-svar, svar tilpasset tid, sted og omstendigheter. Vi antar at ingen er tilhenger av å avskaffe trafikkreglene eller av å avskaffe førerkort for å kjøre bil.

Det er store kulturforskjeller på dette området i holdninger til lovgivning og begrensninger av handlefrihet. Det amerikanske samfunnet regnes som særlig ytterliggående når det gjelder å beskytte borgerne mot slike begrensninger. I mange år har det pågått en kamp mellom de som hevder borgernes rett til å anskaffe og oppbevare våpen og de som vil redusere rettighetene. Det vil lett oppstå konflikter innenfor et samfunn når tidligere rettigheter inndras. I Norge har dette i liten grad vært et debatttema.

Som vi har sett under 1.4, henviser Ringen (1995) til frihet som en overordnet verdi, og forkaster psykisk velvære som en målsetting for velferdspolitikken. Nå er det ikke nødvendigvis noen motsetning mellom frihet og livskvalitet, selv om livskvalitet defineres som psykisk velvære. Vår oppfatning er at nordmenn flest ønsker seg en stor grad av valgfrihet, men det er *fordi* de mener at dette gir høyere livskvalitet for (den norske) befolkningen som helhet enn et samfunn som går langt i å begrense valgfriheten.

#### 1.5.2.4 Å forlenge livet

Tradisjonelt har helsetjenestene hatt som målsetting å lindre plager, å redusere lidelse. Og fremfor alt har den hatt som målsetting å bevare liv. Noen vil hevde at alt liv er bedre enn intet liv, at ikke noen slags liv er så lidelsesfulle at døden er en lindring: Lav livskvalitet er høyere enn ingen livskvalitet. «Å, livets sødme, som time etter time får oss til å tåle dødens angst langt heller enn å dø med ett!» (Shakespeare 1998)

Ikke alle ønsker å leve. Mange gamle sier at de håper de snart skal dø – de har fysiske plager eller synes livet er meningsløst. Filosofen Peter Wessel Zapffe hevdet at livet ikke har noen mening. Bare ved fortregning av denne innsikt er «en sund og normal livsførsel» mulig (Zapffe 1992). Det beste ville være om menneskeheten dør ut. «... – kjend Eder selv – vær ufruktbare og la jorden bli stille efter Eder». Hvis vi alle pent og stille dør, vil det jo ikke bli noen som savner oss. Dette resonnementet må bygge på den oppfatning at menneskelivet ikke er noe verd, at menneskene ikke er lykkelige, eller at det ikke spiller noen rolle om vi er lykkelige. At ingen vil savne oss er jo bare en side, og en forholdsvis uvesentlig side, av saken. Det er mange liv som er vidunderlige, og hvis disse liv opphører, er dette et tap i seg selv. Om andre vil savne dem er et tilleggstap, men ikke det største tapet.

Zapffe er ikke den eneste norske forfatteren som har formulert et sterkt negativt syn på livet på jorden. Hos Arthur Omre heter det (med



referanse til Aldous Huxley): «Kan det være slik at jorden er helvete for en annen klode?» (Omre 1954)

Men Zapffe og Omre (Huxley) er kanskje unntak. De fleste yngre og middelaldrende mennesker, og mange eldre, henger intenst ved livet, selv om det innebærer store fysiske plager og sterke smerter (Løchen 1998). Imidlertid har man også funnet at folk er mer villige til å redusere livslengde i bytte med livskvalitet jo lengre tidshorisonnten er. De tenker at redusert livslengde ikke er et stort tap hvis de fremdeles har et langt liv foran seg (Nord 1992, 2000). Men hvis døden synes umiddelbart forestående, vil de fleste ønske å leve, selv om livet er smertefullt.

For noen av dem som er engasjert i helsetjenesten, har det å bevare liv vært den overordnede verdi. Uten å vurdere livskvalitet eller lidelse, er oppgaven for helsearbeidere å forlenge livet.

Men ikke for alle. Dagbladet 27.06.99 har en artikkel om mulig behandling med veksthormoner som kan forlenge livet, kanskje i gjennomsnitt med 20 år. Dagbladet intervjuet i den forbindelse en sykehuslege. I følge Dagbladet var legen «skeptisk til denne bruken av forskningsressurser». «Primærmålet vårt må være å sørge for høy livskvalitet i alderdommen, framfor å forlenge levetida kunstig, mener han.»

Men selv for dem som primært er engasjert i å forlenge livet, er ikke livskvalitetsbetraktninger irrelevante. For det første kan helsearbeidere hevde at høy livskvalitet forbedrer den fysiske helsen og forlenger livet (Frisch 2000). De kan også mene at et tiltak overfor en pasient er bedre enn et annet hvis det fører til høyere livskvalitet, – forutsatt at de to behandlingsformene stiller likt når det gjelder overlevelse.

Innenfor kreftforskningen har cellegiftbehandling vært sammenlignet med røntgenbehandling (Kaasa 1989). I en undersøkelse ved Radiumhospitalet på slutten av åtti-tallet ble de to behandlingsformene sammenlignet både med hensyn til overlevelse og livskvalitetskonsekvensene av behandlingen. De to behandlingsformene ble vurdert som likeverdige med hensyn til overlevelse, derfor kom livskvalitetsbetraktninger inn i bildet *i tillegg til* hensynet til å bevare liv.

I dagliglivet vil de fleste av oss ofte måtte velge mellom det vi tror er sunt (antas å forlenge livet) – å leve regelmessig, mosjonere, sove nok, spise mager mat, ikke røke, drikke moderat – og det vi har lyst på, som kan være morsommere og mer behagelig (i alle fall på kort sikt). Noen vil også

velge risikoidrett, og det gjør livet innholdsrikt og spennende for dem som har sans for det, selv om de er klar over at det kanskje vil gi et kortere liv.

#### *1.5.2.5 Det gode menneske*

«Det er en lykke i livet,  
som ikke vendes til lede:  
Det, at du glæder en anden,  
det er den eneste glæde.» (Øverland 1929)

I følge Røde Kors president Astrid Nøkleby Heiberg har Norges Røde Kors undersøkt «... hvorfor folk / nordmenn / ønsker å gjøre en frivillig innsats / f.eks. samle inn penger til nødhjelp/: Det viser seg at det grunnleggende motiv er at det å gjøre noe for andre er verdifullt i seg selv.» (Dagbladet 30.sept.1999) Skal dette tas bokstavelig, er det ikke konsekvensene av de gode handlingene som har verdi, eller, det er ikke det eneste ved de gode handlingene som har verdi: Det å gjøre noe for andre er *verdifullt i seg selv*.

Sokrates hevdet at lykke er det høyeste gode, men at det ikke er mulig å være lykkelig uten å handle rettskaffent. Kant, derimot, mente at lykke og rettskaffenhet, eller plikt, ofte er uforenlige, og at rettskaffenhet, ikke lykke, bør være overordnet. Du kan være lykkelig og slem og ulykkelig og snill, og du bør velge det siste (McGill 1967). Forskjellige filosofer har forskjellige oppfatninger av hva rettskaffenhet eller dyd er. Man har f.eks. brukt uttrykket «menneskelig verdighet»: Det høyeste gode er ikke å leve lykkelig, men å leve et menneskeverdige liv.

Vi er enige og uenige med både Sokrates og Kant. Vi er enige med Sokrates i at lykke er det høyeste gode. Vi tror, som Kant, at det er mulig å være lykkelig uten å handle rettskaffent. Men at vi bør velge rettskaffenhet, det er mer tvilsomt. Vi bør handle slik at vi på kort og lang sikt fremmer menneskers lykke (andres og egen) - ikke rettskaffenhet, hverken egen eller andres. Ofte vil rettskaffenhet fremme andres og egen lykke, men ikke alltid. For noen er ærlighet, å si sannheten, et absolutt krav som de prioriterer foran både egen og andres lykke.

#### *1.5.2.6 Sannhet og innsikt*

Å leve et menneskeverdige liv innebærer blant annet, etter de fleste mening, å leve ærlig. Å være ærlig overfor seg selv, å avstå fra selvbedrag,

er en spesielt viktig side ved de krav som kan stilles til et menneskeverdig liv. Normen: *Kjenn deg selv!* er allment akseptert.

Men en slik ærlighet er ofte uforenlig med et behagelig liv. Vi idealiserer, vi lever et Pollyanna-liv. En ting er at vi ofte lyver for andre for å spare dem for sårende sannheter. På samme måte lyver vi ofte for oss selv fordi vi ikke orker å ta inn over oss at det livet vi lever noen ganger er forferdelig og meningsløst. I en krisesituasjon er dette blitt uttrykt slik: «Det bør ikke være om å gjøre for en hver pris å vise realisme, være sannferdig og ut fra egne behov oppriktig, uten omsvøp og uten hensyn til hva denne formen for realisme kan føre til av sorg og nedbrutthet. Etter hvert har jeg nok lært meg å se den høflige og vennlige fasadens egne verdi - det er ikke alltid nødvendig å trenge bak den.» (Løchen 1998)

Konflikten mellom ærlighet og medmenneskelighet er særlig kjent fra Ibsens *Vildanden*: «Når du tar livsløgnen fra et gjennomsnittsmenneske, tar du også lykken fra ham.»

Men ikke alle lyver, ikke alle i samme grad. Derfor vil noen mennesker sette ulykkelige mennesker høyere enn lykkelige. («Happiness is for the pigs!») Etter dette synet er en terapeuts oppgave å gi pasientene innsikt, ikke å gjøre dem lykkelige (Tennessee 1966-67).

Det kan sies mye om de positive og negative konsekvensene av selvbedrag og innsikt (Næss 1994a). Det som på kort sikt er en vinning, kan på lengre sikt være et tap. Men for noen er slike livskvalitetsbetraktninger irrelevante. De «velger sannheten» (Zapffe og Tønnessen 1983). Sannheten har forrang, sannheten prioriteres uansett konsekvensene for livskvaliteten.

#### *1.5.2.7 Et følsomt sinn*

Et følsomt menneske vil oppleve både intens lykke og dyp fortvilelse. Mens andre kan føle seg ganske lykkelig det meste av tiden uten de helt sterke følelser. Det er kanskje slik at det skallet vi har utenpå oss, beskytter mot lidelse, men at det også hindrer oss i å oppleve intens lykke. Noen av oss har et tynt skall.

Ovenfor har vi definert livskvalitet som det «å ha gode følelser og positive vurderinger». Men vi har ikke sagt noe om intensiteten av følelsene og ikke noe om varighet.

Vår definisjon av begrepet livskvalitet tar ikke standpunkt til dette spørsmålet. Som vi alle vet, er folk forskjellige både i intensitet og i stabilitet i følelseslivet. Og vi er forskjellige i preferanser. Noen ønsker et liv som gir sterke følelsesmessige opplevelser, kanskje spenning, selv om de er sjeldne og selv om det må betales med perioder av nedstemthet, eller med høy risiko-taking.

Finn Skårderud (1998) skrev om egne erfaringer med fallskjermhopping: «Jeg lekte under himmelhvelvingen, og jeg lot meg falle. Kanskje var det i det første spranget jeg opplevde mitt livs mest lykkelige sekunder. Ikke minutter, men sekunder. ... Vi vil gjerne leke, men vi vil mer enn det. Vi vil også døyve en uro. Intense erfaringer er ett middel mot det rastløse. En vei til avspenning kan simpelthen gå gjennom spenning.»

Andre foretrekker et liv som er jevnt godt det meste av tiden. De gir avkall på «topp-opplevelsene», på «å leke under himmelhvelvingen», og er fornøyd med å være «ganske lykkelige» hvis de slipper depressive perioder og kjedsomhet. Flere amerikanske undersøkelser har studert folks spørreskjemasvar om varighet og intensitet av følelser, og konkluderer bl.a. med følgende (Diener o.a. 1991, 1993):

- De fleste nord-amerikanere opplever intense positive følelser meget sjelden.
- De fleste opplever moderate positive følelser det meste av dagen.
- De fleste som svarer at de er «meget lykkelig», opplever sjelden intense positive følelser.
- De fleste som svarer at de er «meget lykkelig», opplever moderate positive følelser det meste av dagen.
- Intense positive følelser er hverken nødvendige eller tilstrekkelige betingelser for å oppfatte seg selv som lykkelig.
- Intense positive opplevelser har omkostninger, de kan føre til at senere hendelser oppleves mindre positivt.
- Intense positive følelser følger ofte en periode av savn og lidelse.

I en analyse av studenters tilfredshet i 31 forskjellige land fant Diener og Diener (1995b) at de fleste studenter i alle land ga tilfredshets svar som lå over midtpunktet på den skalaen de ble presentert (kanskje antok de at deres tilfredshet var høyere enn gjennomsnittet?). Ca 70 % plasserte seg

selv over midtpunktet for generell livstilfredshet og en enda høyere andel for tilfredshet med venner og med familien. Derimot var flere enn halvparten utilfreds med sine finanser. Men det var meget få (4 %) som ga seg selv toppskåre for livstilfredshet. Diener og Diener (1995b) trakk den konklusjonen at de fleste var positive, men ikke så positive at de mente deres liv var perfekt.

Det fortelles at da Wittgenstein lå på dødsleiet, var han omgitt av venner og en av hans siste uttalelser var: «Tell them I had a wonderful life.» En av de tilstedeværende som senere skrev en bok om Wittgenstein, fant disse ordene «nesten ikke til å tro: Hvordan kunne Wittgenstein si noe slikt når hans liv hadde vært *fiercely unhappy*.» (Tranøy 1998, s. 65)

Vi kan selvfølgelig ikke bedømme den siste uttalelsen fra Wittgensteins venn, men mener hele episoden kan forklares slik: Wittgensteins liv hadde *både* vært vidunderlig og intenst ulykkelig. Det kan nok være slik at de fleste nord-amerikanere som svarer i spørreskjema at de er lykkelige, har et ganske annet slags liv og at deres livskvalitet er preget av jevn tilfredshet og at de meget sjelden eller aldri opplever intense øyeblikk av lykke.

Men selv om «de fleste nord-amerikanere som svarer på spørreskjema» har det slik, og selv om de *ønsker* å ha det slik, kan det være at noen, kanskje mange, foretrekker et annet liv. Deres mål kan være å oppnå intense øyeblikk av sterk positiv affekt, uansett omkostninger.

En kreftsyk person reflekterte over verdien i å finne «det positive i det negative». Men legger til: «Å takke mine guder for at jeg er havnet i denne situasjonen, kan jeg imidlertid ikke.» «Oppgangsperiodene, når livskraftene igjen vender tilbake, er ufattelig sterke og rike....Jeg har møtt den oppfatning at slike gode perioder egentlig må være verdt de vonde opplevelsene, en oppfatning som på meg virker overflatisk og uten hold.» (Løchen 1998)

#### 1.5.2.8 *Mangfold og likevekt i naturen*

Alle de verdier som er omtalt ovenfor, er verdier som setter mennesket i sentrum. Bibelen kan også tas til støtte for det syn at mennesket er innsatt av Gud for å herske over dyrene. Men i økosofien pekes det på den sterke sammenhengen det er mellom menneske-, dyre- og plantesamfunn. I den *dypøkologiske* bevegelse er det en grunnsetning at *alle former for liv* i prinsippet har egenverdi og derfor rett til utfoldelse (Næss 1973, Næss 1981).

Riktignok kan noen, kanskje alle, normene som avledes av dypøkologien, begrunnes ved henvisning til det som er godt for mennesker.

Økosofi er et verdiprioriteringssystem som setter økologisk mangfold, harmoni og likevekt som klar målsetting. På grunn av den sterke sammenhengen mellom menneske-, dyre- og planteliv, er mennesker avhengig av harmoni i økosfæren for å trives og overleve. Slike synspunkter kan avledes av den økologiske bevegelse og er allment akseptert, om ikke alltid respektert i praksis.

Den «grunne» økologiske bevegelse som ikke er motivert av noe livsfilosofisk verdistandpunkt, vil støtte opp om «en bærekraftig utvikling». Man anerkjenner f.eks. at forurensing og overforbruk av ikke-fornybare ressurser må bekjempes. Videre vises det til den dype glede og tilfredsstillelse mennesker får fra det nære samliv med andre livsformer, og til at det å ignorere avhengigheten av disse bidrar til en fremmedgjøring av mennesket fra seg selv. Det siste grenser opp mot dypøkologiske begrunnelser.

Men slike tanker tar utgangspunkt i *menneskeartens* overlevelse og velvære. Den dypøkologiske bevegelse går svært mye lenger. Ifølge denne filosofien har ikke-menneskelig liv samme rett til utfoldelse som menneskelig liv. Det er ikke vanskelig å identifisere seg med burhøns. Noen vil også frede ulv og hval, men mange andre former for liv får liten oppmerksomhet.

Det finnes forskning som studerer husdyrs velferd. Slik forskning kan ha som siktemål å gjøre husdyrhold mer lønnsomt, men den har også vært begrunnet med at dyrenes velvære har selvstendig verdi (Tenessen 1989). Derimot har vi inntil nå ikke sett forskning om planteliv som har en lignende målsetting. Regnskogen har fått mye oppmerksomhet, men den underliggende premiss er at tapet av regnskog er et tap for mennesket. Regnskogen synes ikke å ha egenverdi.

En begrensning av den konsekvente dypøkologiske filosofien (som også vi kan slutte oss til) vil anerkjenne at en ikke-menneskelige art har samme rett som mennesket bare i den grad den har evne til glede og lidelse og/eller til refleksjon. Ifølge dette verdisynet har planter og dyr som ikke har slike evner, ikke egenverdi, bare verdi som middel til å fremme andre arters utfoldelse. Noen arter som synes å ha en viss evne til å oppleve glede, lidelse og refleksjon, vil gis egenverdi, men mindre enn mennesket. Menneskets velferd vil fortsatt bli prioritert, fordi mennesket anerkjennes som mest utviklet for slike opplevelser. Dyrevernere kan f.eks. argumentere for en mer «human» avlivelse av fisk og hval, fordi dyrene opplever angst og smerte når de jaktes på. Hvalen har særlig fått mange beskyttere, siden biologisk forskning har pekt på mulighetene for at hvalen

har et høyt utviklet sjelsliv. Det ser ut til at sympati med andre arter avhenger av om det er lett å identifisere seg med dem, om de har menneskelige trekk.

## 1.6 Hvem bestemmer?

Man hører ofte at «livskvalitet er ikke det samme for alle». Med det kan man mene at folk bruker *ordet* forskjellig. F.eks. vil noen fremheve intense og sterke opplevelser, mens andre har en mer harmonisk tilværelse i tankene. Det er ikke dermed sagt at man har forskjellig verdisyn, selv om verdisynet nok kan påvirke definisjonsvalg. Men man kan også mene at *betingelsene* for høy og lav livskvalitet er forskjellige for forskjellige mennesker. Vi har forskjellige behov og verdier. Det som gir én person høy livskvalitet, kan være uvesentlig for andre. For noen er det viktig å ha en fast partner, et trygt familieliv og barn; andre har større behov for en omskiftelig tilværelse og tåler større risiko. Eldre mennesker vil legge vekt på andre forhold enn de som betyr noe for yngre mennesker, og eldre i India er opptatt av andre forhold enn eldre i England (Thomas o.a. 1989).

Men det faktum at betingelsene for høy livskvalitet ikke er de samme for alle, betyr ikke at man må velge forskjellig definisjon. Det dreier seg her om empiriske sammenhenger, og vi skal komme tilbake til disse spørsmålene i kap. 3. Men det er vanskelig å utforske slike sammenhenger uten å samle seg om et noenlunde presist begrep. Hvilket fenomen er det vi vil utforske? Er det den ytre situasjon (f.eks. levekårene), eller er det den indre opplevelse (f.eks. engasjement) eller er det begge deler?

I denne publikasjonen er det de indre opplevelsene som er utgangspunkt for de empiriske undersøkelsene. Vi skal i kommende kapitler presentere og kommentere metoder til å utforske indre opplevelser (kap. 2) og noen resultater av slik forskning (kap. 3).

Når vi har valgt indre opplevelser, er det som sagt med utgangspunkt i et verdisyn. Men dette verdisynet deler vi ikke med alle. Som omtalt ovenfor under 1.5.2.1-1.5.2.6 er det en rekke rivaliserende verdisyn som vi ikke deler. Det er likevel *vårt* verdisyn som har bestemt definisjonen av ordet livskvalitet og dermed temaet for denne publikasjonen. Er ikke dette et diktatorisk eller paternalistisk utgangspunkt for valg av definisjon? Jo – utvilsomt. Men det hører med til de privilegier som forskere og forfattere har. Det er vi som bestemmer hvordan vi avgrenser begreper og hva vi skal

skrive om i denne publikasjonen. Satt på spissen kan man si at verdifri forskning ikke er mulig innenfor samfunnsforskningen.

Ikke alle personer står like fritt til å la sine verdisyn bestemme hvordan de skal handle. Politikere, spesielt de som er valgt til å representere forskjellige grupper og landsdeler, vil langt på vei føle seg bundet av befolkningen som har valgt dem. Og de er bundet av sitt valgprogram, som de ikke har vært alene om å utarbeide.

En annen gruppe som handler både ut fra eget og andres verdisyn, er de som arbeider i helseinstitusjoner. På alders- og sykehjem vil omsorgsarbeidere på samme tid ha egen og beboernes livskvalitet for øye. Leger og sykepleiere på sykehus er forpliktet ut fra norsk lov og ut fra pasientenes prioriteringer, men også ut fra eget verdisyn. Hvis en lege blir bedt av en pasient om å utføre passiv eller aktiv dødshjelp, kan han/hun oppleve en konflikt, bl.a. mellom egne og pasienters verdisyn. Å henvise til norsk lov er en selvfølgelig løsning på en slik konflikt.

Noen har ment å unngå det paternalistiske, eller å oppnå verdifrihet, ved å henvise til *menneskelige behov*. Grad av livskvalitet har vært definert som grad av behovstilfredsstillelse. Nå er jo behovsbegrepet, på samme måte som livskvalitetsbegrepet, flertydig. En vid definisjon inkluderer alle behov, eller skal vi si, alle ønsker eller preferanser mennesker har, i begrepet. Man kan si at folk har høy livskvalitet (på kort sikt) når de får det de ønsker seg. De fleste vil være enige i at dette er lite egnet som utgangspunkt for en definisjon av livskvalitet. En mer lovende tilnærming får vi hvis behov begrenses til *fundamentale* eller *basale* behov. Vi skal beskrive et par slike tilnærminger.

Erik Allardt (1975) støttet seg på behovsbetraktninger i sin bok om velferd i de nordiske land. Han tok utgangspunkt i Maslows behovsteori (1954) og valgte sin empiriske tilnærming ut fra denne. Maslow mente at menneskelige behov er organisert i et hierarki. De laveste, nemlig de fysiologiske, er de mest fundamentale, og først når disse er tilfredsstilt, vil nye behov oppstå. Disse er behov for sikkerhet, for kjærlighet, for anerkjennelse og for selvrealisering. Empirisk forskning har ikke gitt mye støtte til teorien (Veenhoven 1996). Den kan etter vår vurdering best forstås som en liste over verdier.

Aggernæs (1988) foreslår denne definisjonen:



«Jeg definerer livskvalitet som grad av tilfredsstillelse av de behov som alle mennesker har i alle kulturer ...»

Han avgrenser «fundamentale behov» slik: «Fundamentale menneskelige behov er de behov som alle mennesker har i alle hidtil studerede kulturer, i det det yderligere karakteriserer hvert av disse behov, at mennesker lider, hvis de slet ikke får tilfredsstillt behovet.»

Denne definisjonen er etter vår vurdering igjen for snever. Livskvalitetsbegrepet legger jo spesielt vekt på å inkludere både positive og negative opplevelser, og det å unngå lidelse blir en svært beskjeden målsetting. Videre mener vi at det kan være forskjeller mellom kulturer som innebærer at det *ikke* er de samme behov som vil være utslagsgivende i alle kulturer.

Moum (1992) gikk den omvendte veien. I stedet for å definere livskvalitet med utgangspunkt i behovsbegrepet, definerte han behov med utgangspunkt i livskvalitetsbegrepet. Han sa at en person har et behov for  $x$  hvis personens livskvalitet øker når personen får  $x$ . Han omtalte dette som en «strictly normative» behovsdefinisjon. Dette kan også uttrykkes slik at både behovs- og livskvalitetsbegrepet er verdibegreper.

Det er også klart at en publikasjon som denne er styrt av et bestemt verdisyn. Både vår definisjon av livskvalitet og vårt forskningprogram er valgt ut fra dette verdisynet. Etter vår oppfatning er alle definisjoner og operasjonaliseringer av livskvalitetsbegrepet i siste instans et verdivalg.

En annen sak er at man godt kan interessere seg for livskvalitetsforskning, med utgangspunkt i vårt begrep, selv om man ikke deler våre grunnleggende verdier. De fleste vil vel være enige i at folks positive og negative opplevelser har stor interesse, selv om ikke alle tillegger det en så stor vekt som vi gjør.

Man kan også ha et regelutilitaristisk grunnsyn, med livskvalitet som den overordnede verdi, og supplere med en rekke regler som hentes fra andre verdifilosofiske standpunkter, bl.a. de som er omtalt under 1.5.2.1-1.5.2.8 ovenfor.



## 2 Metoder

### 2.1 Kan livskvalitet måles?

Ikke alt kan måles, og «måling» er ikke akseptabelt i alle sammenhenger. «Min lykke ville være liten hvis jeg kunne si hvor stor den er!» (Claudio i Shakespeares *Stor ståhei for ingenting*.) Men hvis det er noe det er viktig å få kunnskap om, bør vi vurdere å måle det. Enkelte typer problemstillinger krever at man sammenligner en person med en annen person eller et større antall personer med et større antall andre personer. Politikere og andre som tar avgjørelser som får store konsekvenser for andres liv, kan kanskje ta mer kloke avgjørelser når de har tall å holde seg til. Det er f.eks. viktig å forstå sammenhengen mellom hvor godt folk har det og hvor stor inntekt de har. Og det er viktig å få kunnskap om hvor godt barn i barnehager har det og får det, sammenlignet med barn som har hatt andre tilsynsordninger. Dette hører til de tema som vi mangler kunnskap om og som det er viktig at vi skaffer oss kunnskap om.

Slik vi har definert livskvalitet, er livskvalitet et psykologisk begrep. Det er en opplevelse, en vurdering eller følelse, dvs en intrapsykisk tilstand som ikke er direkte observerbar. Teknisk sett kan livskvalitet betraktes som en latent variabel som bare kan studeres indirekte ved erstatninger, tegn eller *indikatorer* på at opplevelsen er tilstede.

Vi kan også si at vi må operasjonalisere begrepet livskvalitet. Vi må finne metoder eller operasjoner som gjør det mulig å slutte om visse opplevelser er tilstede eller ikke.

Ofte slutter vi oss til hvor godt folk har det ut fra *atferden* deres. De smiler og ler, eller de forsøker å ta livet av seg eller bruker valium. Atferden kan vi få kunnskap om ved å observere den, eller ved at andre (f.eks. en lege) har undersøkt enkelte sider ved atferden og rapporterer dette. Noen kan også rapportere om egen atferd, f.eks. ved å svare på spørsmål om de har brukt psykofarmaka den siste uken. Disse beskrivelsene av atferden blir da brukt som indikatorer på at deres opplevelser er av en bestemt karakter.

Behavioristene (se f.eks. Saugstad 1998, kap. 13) anerkjente ikke selvrappporter om indre opplevelser, fordi de ikke kan observeres direkte av flere personer.

Men den metoden som er brukt mest, er å be personer svare på spørsmål om de opplevelsene de har. Vi kaller det noen ganger erklært livskvalitet eller oftest *selvrapportert* livskvalitet. Men heller ikke disse selvrapportene er livskvalitet, de er *rapporter* om opplevelser, ikke opplevelsene selv, ikke indre tilstander. At en person sier at han/hun er glad, er i seg selv ikke annet enn en indikator. Det er ikke sikkert at rapportene er riktige. Smil og latter kan også være falske rapporter om den indre tilstand, – noen mennesker er gode til å forstille seg.

Vi kan ikke si noe generelt om hvilke indikatorer som er de «riktige». Det riktige valg avhenger av emnet for og formålet med undersøkelsen. Alle metoder vi har kjennskap til, har svakheter, og vi skal diskutere disse i det følgende. Men først vil vi gi en enkel oversikt over metoder.

## 2. 2 Oversikt over metoder

Noen ganger kan man bruke data som finnes i regelmessig innsamlet statistikk. Et eksempel på bruk av foreliggende data er en undersøkelse av selvmordsfrekvens og innleggelse i psykiatrisk sykehus for nevroses i den norske befolkningen i perioden 1961 til 1982 (Mastekaasa 1984). Man fant at det hadde vært en sterk økning i perioden, men i hovedsak bare blant enslige, ikke blant gifte. Dette styrker forfatterens hypotese om at parforholdet hadde en økende betydning for livskvaliteten i denne perioden. Selvmordsfrekvensen er betydelig høyere blant menn enn blant kvinner, og den er høyere i land med høyt brutto nasjonalprodukt enn i land med lavt (se nedenfor under 3.4.1). Likevel mener vi ikke at menn er mindre lykkelige enn kvinner eller at folk i fattige land har høyere livskvalitet enn folk i rike land. En sammenligning av selvmordshyppighet i europeiske land finner vi i Makinen (1997).

Denne type data er konsentrert om negative atferds-indikatorer. Det som eksisterer av offentlig statistikk, har inntil nå bare vært knyttet til forskjellige typer samfunnsproblemer. Det er derfor behov for å supplere dem med data som sier noe om positive opplevelser. Vi må innstille oss på at nye data må samles inn.

### 2.2.1 Selvrapporter

Det en person sier om seg selv, kaller vi «selvrapporter». Som nevnt er selvrapporter den type data som har vært mest brukt i livskvalitets-

forskning. Når det dreier seg om en persons indre tilstand, kan man si at det er denne personen som er den nærmeste til å mene noe.

Selvrapporter i forskning kan deles inn i

- 1.a Svar på spørsmål i spørreskjema
- 1.b Svar på spørsmål i strukturerte intervjuer
- 1.c Svar på spørsmål i ustrukturerte intervjuer

Det er glidende overganger mellom de strukturerte og de ustrukturerte intervjuene. De lite strukturerte gir data som kan kalles kvalitative, og når de bearbeides legges det lite vekt på å registrere hvor ofte noe forekommer. Hensikten er gjerne å belyse opplevelsens art, kanskje i detalj og kanskje med personlige beskrivelser av følelsens intensitet eller oppfatninger av hvorfor de er som de er. Åpne intervjuer med eldre kan f.eks. ta opp temaer som eldre er opptatt av, f.eks. det å være selvhjulpen, det å ha kontroll over egne tanker, og som ikke er temaer som yngre vil legge vekt på (Thomas o.a. 1989).

Om innsamling og bearbeiding av kvalitative data, se Strauss og Corbin (1990). Dataprogrammer har vært brukt for å analysere kvalitativt materiale, f.eks. NUD\*IST, se Eriksen og Næss (1998). Vil man vite noe om hvor ofte en opplevelse forekommer eller hvor lange perioder de forekommer i, må man ty til mer strukturerte intervjuer.

### 2.2.2 Rapporter fra andre. Observasjon

Vi kan kalle den personen hvis livskvalitet vi undersøker, for hovedpersonen. Selv om det er hovedpersonens indre tilstand vi er interessert i, kan vi skaffe oss data om denne gjennom rapporter fra andre, fra sekundær-informanter (i engelsk-språklig litteratur: «by proxy»). Rapporter fra andre kan, som for selvrapporter, skaffes gjennom spørreskjema, strukturerte intervjuer eller ustrukturerte intervjuer. En proxy/sekundær-informant kan være

- 2.a en person som er familiemedlem eller venn av hovedpersonen
- 2.b en person som har hatt et profesjonelt forhold til hovedpersonen, f.eks. en omsorgsperson, lege, terapeut, lærer
- 2.c en forsker

En forsker kan ha intervjuer eller samtaler med hovedpersonen eller med en proxy og selv bedømme svarene. Svarene tas ikke «på face value», men tolkes av forskeren og plasseres i kategorier som svarer til operasjonaliseringer av livskvalitetsbegrepet, f.eks. som uttrykk for engasjement, tilfredshet, angst, glede. I denne klassifiseringen kan intervjueren ta hensyn både til hva hovedpersonen svarer og til såkalt kroppsspråk, som ansiktsuttrykk, stemmeleie o.a. (Næss 1994).

Observasjon kan være en viktig del av slik data-innsamling. Det som observeres, er selvfølgelig ikke opplevelser, det må være atferd. Men forskeren slutter fra atferden til opplevelsene. Slutningene kan være hypotese-genererende, snarere enn hypotesetestende. Ofte er forskeren mer opptatt av å stille gode spørsmål enn å komme frem til svar.

Rapporter fra andre har vært sammenlignet med selvrapporter. Et gjennomgående funn fra flere slike studier er at proxies har tendens til å underestimere livskvaliteten hos pasienter. Både sykepleiere og leger antok oftere at pasienten var nedtrykt og engstlig enn det selvrapportene tydet på. Helsepersonell har også tendens til å legge mer vekt på medisinske kriterier og pasientene mer vekt på private forhold (Coen 1999).

### 2.2.3 Rapporter om opplevelser, om atferd og om fysiologiske tilstander

Enten rapportene gis av hovedpersonen (selvrapporter) eller av stedfortredere, kan det rapporteres både om opplevelser og om atferd. I en selvrapport kan hovedpersonen f.eks. si at han/hun den siste måneden stort sett har vært rolig og glad, men har følt seg fjern fra andre mennesker. Dette er rapporter om opplevelser. Personen kan også fortelle at han/hun den siste måneden har brukt psykofarmaka og har sovet godt. Dette er rapporter om atferd.

De samme opplysninger om hovedpersonen kan gis av en pårørende. F.eks. kan ektefellen opplyse at det virker som om hovedpersonen den siste måneden har følt seg rolig og glad, men fjern, og/eller at han/hun har brukt beroligende midler og har sovet godt om natten.

En lege kan også rapportere om resultater fra fysiologiske prøver, f.eks. prøver av spyttsekresjon, respiratorisk aktivitet (Diener o.a. 1999, Larsen og Fredrickson 1999) eller hjerte-aktivitet i stresssituasjoner (Shedler o.a. 1993). Noen forskere mener at utsagn om indre opplevelser ikke er akseptable data, de kan ikke verifiseres av flere uavhengige observatører.

Det kan derimot utsagn om atferd og resultater av fysiologiske prøver. Forskere som har dette grunnsynet, vil derfor ønske å måle tilfredshet og følelser ved hjelp av atferds-indikatorer eller gjennom fysiologiske prøver. Dette gjør de ut fra en hypotese om at det er høye sammenhenger mellom opplevelsestilstandene og visse typer atferd og visse typer fysiologiske tilstander.

Måling av ressurser, f.eks. inntekt eller status, har også vært foreslått som livskvalitetsindikatorer. Begrunnelsen for valg av slike indikatorer kan enten være en antatt sterk sammenheng mellom ressurser og opplevelse, eller det kan være begrunnet ut fra en prioritering av ressurser i forhold til opplevelse (Ringen 1995). I det siste tilfellet foreslås en annen definisjon av livskvalitet enn den som er gitt her (se 1.4).

#### 2.2.4 Antall målinger

I undersøkelser av livskvalitet vil de fleste foreta bare en måling, en tverrsnittsundersøkelse. Det er i mange sammenhenger en fordel å foreta flere målinger. Hvis man f.eks. vil se på betydningen av bestemte diagnoser for livskvaliteten, kan man spørre etter en diagnose ved to forskjellige målinger og registrere tilfeller der diagnosen ikke var gitt ved første tidspunkt, men ved andre (Moum o.a. 1990).

I noen undersøkelser er det gjort mange målinger, f.eks. ved at deltagerne i undersøkelsen fyller ut et spørreskjema to eller flere ganger daglig over en viss periode (Wessman og Ricks 1966). Det har også vært forsøk med en metode som er kalt Experience Sampling Method, ESM. Den som er med i undersøkelsen, blir utstyrt med en personsøker («beeper»), som med tilfeldige mellomrom gir et signal om at personen skal svare på spørsmål. Spørsmålene kan f.eks. dekke både hva personen *i øyeblikket* foretar seg, hvor han/hun befinner seg, hvilke andre personer som er tilstede og hvilke tanker og følelser personen har. Spørsmålene kan knyttes nær opp til en klart definert avgrensning av livskvalitetsbegrepet. Metoden ble tidlig brukt i en studie av ungdom (Csikszentmihalyi og Larson 1984).

En beslektet metode er kalt Ecological Momentary Assessment (EMA), som tar sikte på å studere ikke bare opplevelser, men alle slags fenomener knyttet til personen som kan måles på øyeblikksnivå, f.eks. fysiologiske reaksjoner (Stone o.a. 1999). Det er tre karakteristika som beskriver metoden: For det første at personer studeres i sitt naturlige miljø (ikke i laboratorier). For det andre at data samles inn om øyeblikkssituasjoner

(man unngår at erindringsforstyrrelser påvirker observasjonene). For det tredje at det gjøres hyppige observasjoner over kortere eller lengre tidsrom (det gir mulighet til å studere fluktasjoner og knytte dem til variasjoner i situasjoner og omgivelser). Her brukes samme teknikk som ved ESM, dvs. at personene utstyres med en personsøker og stilles spørsmål med jevne eller ujevne mellomrom. Dessuten vil personen være knyttet til et bærbart apparat (det kan være ganske lite) som automatisk registrerer kroppslige reaksjoner.

### 2.2.5 Opplevelsenes intensitet, varighet, hyppighet

Ved alle disse metodene, enten det dreier seg om observasjon av atferd, selvrapporter, strukturerte intervjuer, åpne samtaler med personen selv eller med proxies, så kan man ta sikte på å få opplysninger om opplevelsenes intensitet, varighet og hyppighet.

I et spørreskjema (se Andrews o.a. 1991) kan man f.eks. spørre:

«How have you been feeling in general? (During the past month)»

Svarmuligheter: «Excellent, Very good spirits, Good spirits, Up and down spirits, Low spirits, Very low spirits»

I samme skjema:

«Have you been waking up fresh and rested? (During the past month)»

Svarmuligheter: «Every day, Most every day, Fairly often, Less often, Rarely, None of the time»

Og i samme skjema:

«Have you felt down-hearted and blue? (During the past month)»

Svarmuligheter: «All the time, Most of the time, A good bit of the time, Some of the time, A little of the time, None of the time»

I disse tre eksemplene på spørsmål/svar har man enten fokusert opplevelsenes styrke, hyppighet eller varighet. Dette kan man gjøre både i strukturerte skjemaer, slik som i eksemplene ovenfor, men også i forbindelse med observasjon eller i kvalitative intervjuer. Diener o.a. (1991, 1993) argumenterer for å spørre etter varighet og hyppighet, ikke etter styrke, bl.a. fordi slike svar er mer pålitelige (se 1.5.2.7, 2.3.2.2 og 2.3.2.5).



## 2.2.6 Rapporter om fortid, nåtid eller fremtid

De fleste undersøkelser av folks psykiske velvære tar sikte på å bedømme tilstanden i nåtid, enten for en ganske kort tidsperiode, «i øyeblikket» som i Experience Sampling Method (ESM) (se ovenfor under 2.2.4), eller «for tida» som i Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (Holmen og Midthjell o.a. 1990), eller for en begrenset relativt kort periode, f.eks. «den siste måneden» (også Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag). Selv om man er klar over at psykisk velvære fluktuerer, regner man med at dette vil oppveies av at det tas et stort antall kontakter med samme person (som i ESM) eller med et meget stort befolkningsutvalg (som i Helseundersøkelsen). Fluktuasjonene og de individuelle variasjoner i tendens til fluktuasjon har interesse i seg selv, samtidig som stabilitet og følsomhet for endring er viktige egenskaper når metodene bedømmes (Diener 1994) (se nærmere om dette under 2.3.2.1).

Men i noen undersøkelser har man nærmet seg dette temaet gjennom å stille spørsmål om fortiden. Man har intervjuet personer om hva de kan huske av gode og vonde hendelser i fortiden (Pavot o.a. 1991, Diener 1994, Schwarz og Strack 1999). Teorien bak denne tilnærmingen er at de som har høy livskvalitet, vil huske og fortelle om mange gode hendelser, mens de som har lavere livskvalitet, i større grad vil huske og fortelle om vonde hendelser. Man betrakter ikke deres beretninger som objektive data, men som projektive tester. Kanskje har hendelsene funnet sted, kanskje ikke. Det avgjørende er at de brukes som indikatorer på personens psykiske velvære i nåtid.

I en undersøkelse ble optimisme brukt som indikator på psykisk velvære. Det ble stilt spørsmål om sannsynligheten for å leve lenger enn til fylte 75 år (Hazelrigg og Hardy 2000). I en annen undersøkelse ble trafikk-skadde spurt om de trodde de ville få det bedre eller dårligere om fem år enn i dag (Brickman o.a. 1978)

## 2.2.7 Eksperimentelle opplegg

I de fleste undersøkelser av livskvalitet blir data innsamlet ved at de personer som undersøkes, på et tilfeldig tidspunkt blir bedt om å svare på spørsmål om livet sitt. Sammenhengen mellom livskvalitetsvariabler og mulige årsaksvariabler belyses ved at personene forteller om sin situasjon nå og i fortiden, f.eks. om hva slags jobb de har, eller om de er skilt og eventuelt når de ble skilt, eller om de har/har hatt forskjellige sykdommer.

I andre undersøkelser blir deltakere utsatt for en eksperimentell påvirkning, og man prøver å finne ut hvilken virkning denne har hatt. Man kan f.eks. be deltakerne å svare på spørsmål om positive og negative følelser samtidig som det i naborommet blir spilt musikk. Musikken kan varieres – fra munter og lett til trist og melankolsk. Eller man kan først spille det man mener er nedstemmende musikk og gå over til å spille oppstemmende musikk. Eksperimentene går ut på å måle virkningen av bakgrunnsmusikken på spørreskjemasvarene. (Man fant at særlig munter musikk *etter* trist musikk, hadde en klar positiv effekt.) Også andre påvirkningsmetoder har vært brukt, f.eks. visning av film. Denne type eksperimenter er blitt kalt stemnings-manipulering (Gerrards-Hesse o.a. 1994).

Men manipulering kan også være langvarig og dyptgripende. Et større anlagt sosialt eksperiment der endring i livskvalitet er en viktig del av undersøkelsesopplegget, er tildeling av garantert minsteinntekt (f.eks. «The New Jersey Income-Maintenance Experiment»). I en befolkningsgruppe ble de som hadde en familieinntekt under et bestemt nivå, gitt en fast tilleggsinntekt i flere år, og livskvaliteten ble målt før og etter ( Middleton og Allen 1977, Thoits og Hannan 1979). Resultatet var skuffende, for så vidt som at tilleggsinntekten ikke førte til en økning i livskvalitet. (Mer om dette eksperimentet senere under 4.2.2.)

I andre undersøkelser har man foretatt hva man kan kalle et «naturlig eksperiment». Et eksempel på dette er Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (Holmen og Midthjell o.a. 1990). Totalbefolkningen ble undersøkt bl.a. for høyt blodtrykk. Hensikten med undersøkelsen var å tilby behandling til dem som man fant hadde for høyt blodtrykk eller diabetes. En tilleggsproblemstilling var å undersøke virkningen av å få en diagnose. Bl.a. derfor fikk deltakerne et spørreskjema både før diagnosen ble stilt og etter (Moum o.a. 1990). (Mer om Nord-Trøndelagundersøkelsen under 4.2.1.)

## 2.3 Valg av metode

Valg av metode vil være

- et praktisk/økonomisk spørsmål
- et spørsmål om metodens pålitelighet og relevans
- et uttrykk for verdier.

### 2.3.1 Praktiske og økonomiske hensyn ved valg av metode

Noen ganger kan det være lønnsomt å gjøre bruk av tilgjengelige data i offentlige registre. Men som nevnt er disse ofte lite egnet, og det vil være nødvendig å samle inn nye data. Nye data kan være selvrappport, intervjuer eller observasjon fra andre. Det enkleste og billigste vil være å bruke spørreskjema. Hvis problemstillingen krever et stort antall personer, vil selvadministrerte spørreskjema med faste svaralternativer være det eneste praktisk mulige. Som eksempel kan nevnes Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag 1984-86 (HUNT 1) og 1995-97 (HUNT 2). Her ble hele befolkningen over 20 år invitert til å delta, dvs 80-90 000 personer. Det sier seg selv at det ikke er mulig å nå så mange med mer tidkrevende metoder enn spørreskjema. Selv om et så stort opplegg begrenser antall spørsmål og dermed livskvalitetsbegrepets presisjon, gir det et verdifullt analysepotensiale.

Andre ganger er et mindre materiale tilstrekkelig. I en undersøkelse av personer som hadde diabetes eller epilepsi, ble det, for å supplere Nord-Trøndelag-materialet, foretatt 40 kvalitative intervjuer (Eriksen og Næss 1998). Det lave antall gjorde det mulig å bruke lang tid på samtaler om personlige erfaringer med stigmatisering og mestring og betydningen for livskvaliteten. Særlig tidkrevende er deltakende observasjon som f.eks. kan være egnet i studier av aldersinstitusjoner (Slagsvold 1995).

Et praktisk spørsmål når man intervjuer proxies/stedfortredere, er at det må innhentes samtykke. Hovedpersonen kontaktes for å få tillatelse til å intervjuer pårørende, eventuelt må foreldre til skolebarn gi sitt samtykke til at man intervjuer lærer.

### 2.3.2 Pålitelige og relevante data. Målefeil

Holdbare og relevante data er selvfølgelig det viktigste ved valg av metode. Det avgjørende er jo at man har valgt en metode som gir gode data, data som er pålitelige og som gir et riktig uttrykk for den tilstanden vi ønsker å belyse. Om de forskjellige metodene som er skissert under 2.2, er *reliable* og *valide* og hvilke svakheter og styrker de forskjellige metoder har, skal vi ta opp i det følgende.

I moderne måleteori er det vanlig å skille mellom *tilfeldige* og *systematiske* målefeil. Begge typer målefeil kan føre til at man trekker feilaktige konklusjoner om *nivået* på livskvalitet i en populasjon. Men vel så viktig er det at man kan overvurdere eller undervurdere *sammenhenger*

mellom livskvaliteten og forhold som kan antas å påvirke den (f.eks. personlige egenskaper, sosial tilhørighet osv.). Man kan med andre ord komme til at det foreligger en årsakssammenheng der det i virkeligheten ikke er noen sammenheng, eller man kan risikere å overse en sammenheng uten å være klar over det. Jo mer tilfeldig og systematisk målefeil som foreligger i en gitt måling, desto mindre valid blir den. Begge typer målefeil går med andre ord på bekostning av målingens validitet, der validitet defineres som det å måle det man ønsker å måle.

Begrepene *reliabilitet* og *validitet* forbindes vanligvis med strukturerte intervjuer eller spørrekjema, men de samme krav må selvfølgelig stilles til alle undersøkelsesmetoder. Metodene er reliable når de ikke påvirkes av tilfeldige målefeil. De er valide når de hverken påvirkes av tilfeldige eller systematiske feil, bare av de forhold som vi ønsker å undersøke. Validiteten viser grad av overenstemmelse mellom den egenskapen vi skal undersøke og den indikator vi har valgt (Moum 1992).

### 2.3.2.1 Tilfeldige målefeil

Med tilfeldige målefeil mener vi utenforliggende forhold som påvirker en livskvalitetsmåling på en ikke-systematisk måte. Det betyr at skårene ikke får et systematisk høyere eller lavere gjennomsnittsnivå, men at spredningen («variansen») i skårene blir større enn den faktiske spredningen i livskvalitet. Eksempler på tilfeldige målefeil kan være misforståelser, slurv i gjennomføringen av undersøkelsen eller små hendelser som påvirker tolkingen av spørsmålene (mer om dette nedenfor).

Tilfeldige feil vil påvirke målingens *reliabilitet*. Feilene kan like gjerne gå i positiv som i negativ retning, og de er uavhengige av forskerens hypoteser og av relevante egenskaper hos den som svarer.

Når en persons livskvalitet undersøkes flere ganger, venter man en viss grad av stabilitet, at man skal få omtrent samme resultat hver gang. Dette er selvfølgelig en overdrivelse, for man regner jo også med at positive og negative opplevelser varierer. Målinger må være sensitive for forandringer, sensitive for de mange små og noen ganger store hendelser som inntreffer mellom målingene og som har hatt sin virkning på de psykologiske tilstandene som man tar sikte på å undersøke. Livskvalitet har både stabile og foranderlige aspekter. Hvis man får nøyaktig samme resultat hver gang, tyder dette på at tilstandene kun er resultat av personlighetsegenskaper som ikke er påvirkelige av ytre begivenheter.

Men en moderat stabilitet regner man med. Det kan ha sammenheng med at stabile personlighetsegenskaper har betydning og med at de fleste mennesker har forholdsvis stabile ytre omgivelser: partner, venner, klasse-tilhørighet, arbeidsmiljø, natur og fritidsmuligheter. Dessuten vil en høy livskvalitet i en periode av livet legge grunnlaget for en høy livskvalitet i en senere periode.

Man har funnet test-retestkorrelasjoner varierende mellom .4 og .6 over en seks års periode (Diener 1994, Schwarz og Strack 1999). I Nord-Trøndelag-undersøkelsen 1984-86 fant man en test-retest korrelasjon på .69 etter noen dager og .57 etter en lengre periode (14-31 måneder) for en gruppe pasienter som ble kontaktet p.gr.a. hypertensjons-oppfølging (Moum 1988). Da Nord-Trøndelag-undersøkelsen ble gjentatt i 1995-97 fant man en test-retest korrelasjon for variabelen Fornøyd på .34 for en større gruppe som hadde deltatt i begge undersøkelsene, mens variabelen Glad korrelerte .39 og Bruk av beroligende midler korrelerte .51 (Næss og Eriksen 2000a).

I Tyskland ble det i årene 1984-94 samlet inn paneldata der det hvert år ble stilt et spørsmål om livstilfredshet sammen med mange spørsmål om sosioøkonomiske forhold. Av 9000 personer svarte 5483 hvert år. En analyse av korrelasjonene mellom svarene på spørsmålet om livstilfredshet ga som resultat at 29 % av variasjonen i svarene var resultat av stabile forhold, f.eks. personlighet og/eller «sosial kapital», 29 % var resultat av livshendelser, mens 42 % var resultat av målefeil (Ehrhardt o.a. 2000).

Et annet mål på reliabilitet omtales som «indre konsistens», dvs. den gjennomsnittlige korrelasjon mellom flere variable som samlet tar sikte på å måle f.eks. tilfredshet. Korrelasjonene dem imellom bør være høye. Det statistiske mål kan være Cronbachs alfa, og verdier over .7 regnes som tilfredsstillende.

Gjennomgang av de psykometriske egenskapene (deriblant reliabiliteten) til vanlig brukte metoder til å studere psykisk velvære, konkluderer med at disse er bra (Andrews og Robinson 1991, Diener 1994).

Eksempler på kilder til tilfeldig målefeil:

1) *Misforståelser* mellom forsker, intervjuer og respondent kan forekomme. Det kan f.eks dreie seg om feilstilling/feiloppfatning/feilkoding av spørsmål/svar. Forutsatt at omtrent like mange respondenter/intervjuere/kodere misforstår på den motsatte måten, vil gjennomsnittlig livskvalitet ikke påvirkes, men overenstemmelsen mellom den faktiske livskvalitet og

de målinger man har foretatt, blir dårligere. Dette blir ofte omtalt som «støy».

2) Også kortsiktige *fluktuasjoner* i stemningsleie som påvirker respondentens svar, vil være noe som bidrar til lavere reliabilitet, dersom man er interessert i respondentens generelle nivå av livskvalitet over en periode (dager eller uker). Det kan dreie seg om tilfeldige hendelser – opplevelser som har lite eller ingen ting med respondentens stabile livskvalitet å gjøre, men som likevel kan farge svarene her og nå. Selv om vi uttrykkelig spør om respondentens stemningsleie over den siste måneden, kan likevel små ting som har hendt nylig, gi seg utslag i de svarene som gis.

3) *Kontekstuelle forhold* - plassering av et spørsmål i et intervju eller spørreskjema kan ha ikketilsiktede og uventede konsekvenser. Svarene kan preges av den rekkefølgen eller sammenhengen som spørsmålene kommer i, særlig av de spørsmålene som kommer umiddelbart *foran* livskvalitetsspørsmålene. Dersom våre spørsmål om livskvalitet for eksempel følger rett etter ett eller flere spørsmål om arbeidsstedet, kan respondentene knytte sine svar nærmere opp mot arbeidsrelevante forhold enn de ellers ville gjort, og vi får en vridning i svarene. Denne feilkilden vil gi tilfeldige målefeil hvis de forhold som det spørres etter, ikke er relevante for problemstillingen. Vridningen kan da skape «støy» eller lav reliabilitet. Men hvis de spørsmål som settes i sammenheng med livskvalitetsspørsmålet, er knyttet til undersøkelsens problemstilling, f.eks. om arbeidsforhold er viktigere for livskvaliteten enn fritidsaktiviteter, vil vridningen gi systematiske feil. Vi skal ta dette opp nedenfor i forbindelse med systematiske målefeil.

La oss se på mulige konsekvenser av lav reliabilitet:

Lav reliabilitet kan gi *reduisert statistisk samvariasjon*. Hvis utvalgene er små, kan det også gi forhøyet samvariasjon, – det fører til mindre stabile målinger. Men med rimelig store utvalg, vil redusert samvariasjon være resultatet. Korrelasjonen mellom livskvalitetsmålinger og andre variable (f.eks. kjønn, arbeidsforhold) vil «vaskes ut» og bli lavere. Det betyr at vi kan komme til å konkludere med at det ikke er noen sammenheng mellom livskvalitet og disse variablene, mens det i virkeligheten foreligger en sammenheng.

Av dette følger at man også risikerer å få lavere observerbar virkning av de tiltak eller intervensjoner man eventuelt foretar (f.eks. medikamenter). Mye «støy» vil kunne maskere virkningen av tiltakene, og man konkluderer med at tiltakene ikke hjelper.

Likeledes vil det kunne bli svak sammenheng mellom flere målinger, f.eks. test/retest undersøkelser. Dette gir inntrykk av liten stabilitet i målingene. Korrelasjoner mellom målinger foretatt på to tidspunkter vil bli misvisende lave.

Det samme gjelder hvis man vil sammenligne vurderinger foretatt av flere uavhengige observatører (intervjuere, sekundær-informanter). Intervjuerne vil komme til forskjellige resultater.

Som en forstår vil det forekomme tilfeldige målefeil i alle typer målinger, også innenfor de «harde» disipliner, f.eks. fysikk. Men omfanget av målefeil vil nok variere. Målefeil vil være større i psykologiske fag hvis data baseres på rapporter fra introspeksjon.

### 2.3.2.2 Systematiske målefeil

Systematiske feil kan påvirke målingens *validitet*. Andre forhold enn livskvaliteten vil påvirke målingene på en bestemt måte, – vi får mindre andel «sann varians». Feilene vil gå overveiende i positiv eller overveiende i negativ retning, avhengig bl.a. av utenforliggende egenskaper eller holdninger hos respondenten eller intervjueren. Hvis intervjueren f.eks. mener at yrkesaktivitet er lykkebringende for gifte kvinner, kan intervjueren påvirke yrkesaktive gifte kvinnelige respondenter til å svare på måter som bekrefter denne holdningen, særlig hvis undersøkelsesopplegget overlater mye til intervjuerens tolkning av svarene (Næss 1994b). Eller hvis respondentens yrkesaktivitet har sammenheng med tendens til idealisering, kan dette påvirke resultatene. Forutsetningen for at slike feil skal forekomme, er at tendensene forekommer mer hos noen grupper enn hos andre (f.eks. mer hos hjemmeværende gifte kvinner enn hos yrkesaktive) og at det er forskjeller mellom disse gruppene som er relevante for det vi vil undersøke.

Vi skal se på noen kilder til systematiske målefeil som kan være særlig aktuelle i livskvalitetsforskningen.

1) *Kontekstuelle forhold*. Som nevnt ovenfor under 2.3.2.1, kan rekkefølgen av spørsmålene påvirke svarene. Det kan være en kilde til «støy» og kan redusere reliabiliteten, – det kan gi tilfeldige målefeil. Men det kan også føre til en systematisk målefeil, hvis de spørsmål det gjelder er sentrale for undersøkelsens problemstilling. Vi skal derfor ta dette opp nedenfor.

2) *At folk bruker ord forskjellig* kan selvsagt være et problem, og kanskje et større problem når det dreier seg subjektive tilstander. Særlig

tror vi dette gjelder for forsterkelsesord knyttet til en beskrivelse av en tilstand, f.eks. «Hvor lykkelig er du?» Svarmuligheter: «Svært lykkelig, Ganske lykkelig, Ikke særlig lykkelig, Svært ulykkelig». Dette problemet vil vi ta opp nedenfor.

3) I undersøkelser av livskvalitet har man særlig vært opptatt av *idealisering*. Idealisering er betegnelsen på en tendens til å fremstille seg selv i et fordelaktig lys, til å gi *sosialt ønskelige svar*. Det å være fornøyd er av mange regnet som en tiltalende egenskap, og det er da nærliggende å erklære seg fornøyd når man skal beskrive seg selv i et intervju eller et spørreskjema. Dette er uproblematisk hvis alle idealiserte like mye. Men hvis f.eks. eldre mennesker har større tendens til å idealisere enn yngre, og hvis undersøkelsens problemstilling har noe å gjøre med alderens betydning for livskvaliteten, kan dette være en feilkilde. Vi skal komme tilbake til dette nedenfor.

4) Idealisering er en form for svarstil. Men det er også andre typer svarstil, bl.a. *yea-saying*, som livskvalitetsforskere er opptatt av. Det er et velkjent fenomen i surveyforskningen at grupper av respondenter forholder seg systematisk ulikt til svarskalaer som er utformet på bestemte måter. Også denne type målefeil skal vi komme tilbake til nedenfor.

### 2.3.2.3 Hva bygger respondenten på når vurderinger foretas?

La oss tenke oss at vi spør en person: «Alt tatt i betraktning, hvordan vil du si at du har det om dagen?» Man kan da anta at personen tenker over myriader av relevante aspekter ved livet sitt og integrerer dem i en mental beskrivelse av sitt liv som helhet. Schwarz og Strack (1999) hevder imidlertid at det er sjelden folk går særlig langt tilbake i denne prosessen. I stedet avbryter de tilbakesøkingen når de synes de ha fått nok informasjon og baserer vurderingen på den informasjonen som er lettest tilgjengelig i øyeblikket. Det nyeste (det *temporært tilgjengelige*) vil særlig lett tas i betraktning. De nyeste informasjonene kan være noe som hendte like før man svarte på spørreskjemaet, eller det kan være det som hender *mens* man svarer. Bl.a. derfor får man det som gjerne kalles kontekstuelle effekter: Et spørsmåls plassering i spørsmålsrekken får stor betydning, f.eks. når et spørsmål om livet alt i alt kommer like etter et spørsmål om legebesøk. Ikke bare det nyeste, men også det som hyppig preger bevissheten (det *kronisk tilgjengelige*), vil lett tas i betraktning, f.eks. vil hyppige krangler i ekteskapet være stoff som er lett tilgjengelig, selv om det ikke har vært



minnet om i et forgående spørsmål. Dette er stoff som reflekterer viktige aspekter ved livet og gir en viss stabilitet til vurderingen over tid.

Sammenligningsgrunnlaget har betydning. Schwarz og Strack (1999) viser at nyere livshendelser påvirker rapporten om tilfredshet, f.eks. i negativ retning hvis de svarer på spørsmål om noe sørgelig som nettopp er hendt. Hvis de derimot spørres om noe som hendte flere år tilbake, vil disse fjernere hendelsene fungere som kontrast, slik at påminning om noe ubehagelig i fortiden har en positiv effekt på tilfredshetsrapporten. F.eks. har man funnet at forutgående spørsmål om oppvekst i depresjonsårene påvirker dagens tilfredshetsrapporter i positiv retning.

Sammenligningsgrunnlaget er viktig ikke bare når det sammenlignes med tidligere erfaringer, men også når det sammenlignes med forestillinger om fremtiden, dvs. forventninger, f.eks. om gledelige begivenheter som forfremmelse i yrkesstatus, eller ubehagelige begivenheter som angst for å miste arbeidet.

Som det fremgår av definisjonen (1.2 og 1.3), er også den affektive tilstanden del av det psykiske velvære. Den kognitive og affektive tilstanden påvirker hverandre. Å være i godt humør gjør det lettere å gjenkalle positiv informasjon. Stemningen er også stoff som kan være mer eller mindre lett tilgjengelig, den fluktuerer. Det nyeste, det vil si øyeblikkets positive eller negative stemning, vil være særlig lett tilgjengelig. Men det som hyppig preger bevisstheten, representerer mer stabile forhold. F.eks. har man funnet at det rommet som spørringen foregår i (om rommet er lyst og vennlig eller skittent og rotet), vil påvirke den øyeblikkelige stemningen. Den daglige atmosfære på arbeidsstedet er derimot en type situasjon som stabilt eller hyppig legger grunnlag for velvære eller mistrivsel og som derfor har stor sjanse til å påvirke stemningen.

#### 2.3.2.4 Reliabilitet. Tiltak for å redusere tilfeldige målefeil

Det man kan gjøre for å redusere målefeil, kan deles i to typer: De som tar for seg tilfeldige målefeil, og de som tar for seg systematiske. I dette avsnittet skal vi diskutere typer av tilfeldige målefeil og tiltak som har vært forsøkt for å rette opp feilene.

1) Vi har nevnt *misforståelser* som følge av feilstilling/feiloppfatning/feilkoding av spørsmål/svar som kan føre til «støy» i målingene. Her er det selvfølgelig om å gjøre å legge mye forarbeid i undersøkelsen, for å unngå slurv og for å øke forståelse. «Støy» vil også reduseres hvis

man stiller flere spørsmål. Det vil redusere det totale innslaget av feil som skyldes misforståelser. For noen svarpersoner vil det lettere oppstå misforståelser enn for andre. Det gjelder f.eks. immigranter, barn som har lite trening i å lese, eller eldre som har konsentrasjonsproblemer. Intervjuer kan da være et bedre alternativ enn selvutfyllingsskjemaer. Enkle billedillustrasjoner har vært brukt i slike sammenhenger, illustrasjoner som understøtter teksten.

Særlig mye brukt er Cantril's Ladder Scale (Andrews og Robinson 1991, Grue 1998). Her blir respondentene presentert for en «stige» med 11 trinn (det nederste er trinn 0, det øverste er trinn 10). De blir bedt om å forestille seg trinn 10 som den for dem best mulige tilværelse og trinn 0 som den verst mulige. Deretter blir de bedt om å velge det trinn som de mener beskriver hvorledes de selv har det. Dette kan varieres med andre spørsmål, f.eks. hvorledes de tror de vil få det om 5 år.

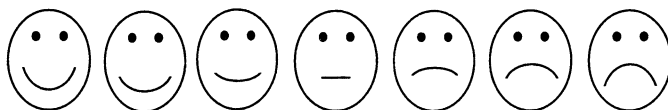
*Figur 4. Cantril's Ladder Scale*

|           |
|-----------|
| <b>10</b> |
| <b>9</b>  |
| <b>8</b>  |
| <b>7</b>  |
| <b>6</b>  |
| <b>5</b>  |
| <b>4</b>  |
| <b>3</b>  |
| <b>2</b>  |
| <b>1</b>  |
| <b>0</b>  |

En annen type billedillustrasjon er tegninger av ansikter som ser blide eller triste ut («Faces»). Den ledsagende tekst kan f.eks. være «Her er noen ansikter som uttrykker forskjellige følelser. Hvilket ansikt kommer nær-

mest til å uttrykke hvorledes du føler deg nå?» (Andrews og Robinson 1991). Slike tegninger har vært brukt i undersøkelser av barns livskvalitet (Pal 1996).

Figur 5. Faces



2) Vi har også nevnt *fluktuasjoner* (også kalt «mood-of-the-day effects» (Moum 1988, 1992)). Indre tilstander varierer, både våre vurderinger og våre følelser. Selv om vi blir spurt om noe som har vart over en lengre periode, f.eks. de siste 14 dagene, eller det siste året, vil øyeblikkets stemning påvirke svaret (se 2.3.2.3). Noen personer har store svingninger, andre mindre.

Fluktuasjoner er ikke alltid en kilde til målefeil. Om fluktuasjoner skal betraktes som en feilkilde, avhenger av siktemålet med undersøkelsen. Hvis man er interessert i en gjennomsnittlig tilstand over en kortere eller lengre periode, blir fluktuasjoner en feilkilde. Men noen ganger er man nettopp interessert i fluktuasjonene. Det kan være fordi man vil undersøke svingninger i følelseslivet, eller fordi man er opptatt av variasjon knyttet til situasjoner, som f.eks. om man er mer fornøyd, glad m.m. når man er på arbeid enn i fritiden, eller mer fornøyd m.m. når man er sammen med venner enn hjemme i familien. Man vil da samle inn data ved hyppige henvendelser, f.eks. med metoden kalt ESM («Experience Sampling Method», se 2.2.4).

Men hvis man vil undersøke stabile forhold, f.eks. betydningen av familiens inntekt, vil engangsmålinger bli forstyrret av stemningsfluktuasjoner.

*Store utvalg*, eller *et stort antall observasjoner av samme person*, vil redusere betydningen av fluktuasjoner. La oss f.eks. se på problemstillingen: Har kvinner oftere positive følelsesmessige opplevelser enn menn? Hvis vi har et tilfeldig utvalg kvinner og et tilfeldig utvalg menn, vil en sammenligning bli usikker når utvalgene er små. Ved en tilfeldighet kan menn i utvalget mer enn kvinner være på et lavt punkt i sin stemnings-

messige bølgedal, på det tidspunktet da selvrapportering/ observasjon fant sted. Er utvalget stort, vil slike tilfeldige variasjoner jevnes ut.

Det samme gjelder om de personene som er med i utvalget, blir kontaktet ofte, slik som når man benytter ESM – «Experience Sampling Method» (se 2.2.4). Sjansen er da stor for å få en korrekt oversikt over personenes varierte opplevelser.

Denne metoden har også den fordel at personen treffes i naturlige sammenhenger og at hukommelse har liten betydning for hva som rapporteres. Vi er nå over i et tema som kanskje riktigere skulle omtales som systematiske målefeil, ikke tilfeldige. At man husker feil har dels å gjøre med intellektuell kapasitet, dels med tendens til idealisering.

#### *2.3.2.5 Validitet. Tiltak for å redusere systematiske målefeil*

Problemet er større når man skal bedømme livskvalitetsmålenes validitet. Selv om et mål er stabilt, er det ikke sikkert at det er et mål på det vi er ute etter. Det er vanskelig å påvise systematiske feil, det er vanskelig å rette opp feilene, og feilene får større betydning for de konklusjonene man trekker. Det får betydning hvis tendensen til feil henger sammen med de forklaringsvariablene vi vil prøve ut. Hvis vi f.eks. er interessert i om inntekt har betydning for livskvaliteten, og hvis personer med lav inntekt har systematisk tendens til å uttrykke seg positivt, vil dette utgjøre en feilkilde.

I dette avsnittet skal vi diskutere typer av systematiske målefeil og tiltak som har vært forsøkt for å rette opp feilene.

1) *Kontekstuelle effekter.* Som nevnt ovenfor kan spørsmålenes plassering i forhold til hverandre være svært viktig. For eksempel bør man unngå å plassere et spørsmål om å være fornøyd med livet direkte etter et spørsmål om skilsmisse, hvis man vil finne ut om det er sammenhengen mellom skilsmisse og livskvalitet. Plasseringen fører her til en falsk eller forstørret sammenheng. Problemet kan være særlig stort hvis man foretar helseundersøkelser, se f.eks. om Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (omtalt ovenfor under 2.3.1), der en viktig del av undersøkelsen er å belyse forholdet mellom livskvalitet og helse. Et forarbeid der flere varianter av spørreskjema/intervjuguide prøves ut, kan redusere problemet.

2) *Folk bruker ord forskjellig.* Dette er en feilkilde som vi vet lite om. Når det vi søker kunnskap om, er en persons indre tilstand, tanker og følelser, baserer vi oss vanligvis på det personen sier om seg selv. Dette

gjelder som sagt i de fleste undersøkelser av livskvalitet. Det gjelder også i dagliglivet, når vi snakker sammen om personlige forhold. En kvinne sier f.eks. til en venninne at hun er sint på mannen sin og noen ganger føler seg ensom i ekteskapet. Langt på vei tror vi at de forstår hverandre.

I samtaler med barn er vi ofte usikre på om vi forstår hverandre. Derfor intervjues ofte foreldre eller andre informanter når barns livskvalitet er temaet (f.eks. Lindstrøm 1994). Andre har argumentert for å intervju barna selv og har utarbeidet egne instrumenter for dette. (Se nedenfor under 2.4.) Selv-rapporter fra barn i 9-års alder og barn i 12-13 års alder har vært studert med positivt resultat (Huebner o.a. 1999).

Noen ganger er det ikke meningen at vi skal ta det de sier bokstavelig. Vi spør: «Hvordan har du det?» De svarer: «Takk, bare bra.» Og det er ikke meningen at vi skal tro det, det er bare en utveksling av vennlighet. Andre ganger snakker vi alvorlig. Vi sier vi er misfornøyd med dette eller hint, eller at vi er i godt humør, eller det er noe vi er lei for eller sint for. Ofte tar vi det andre sier med en klype salt, vi knytter kanskje vår skepsis til kroppsspråk eller til tidligere erfaring med denne personens uttalelser om seg selv.

Når det dreier seg om en vitenskapelig undersøkelse, blir saken en annen. Har vi brukt spørreskjema eller et strukturert intervju, tar vi svarene «på face value». Vi bygger på den forutsetning at de ord om følelser som vi bruker, er intersubjektivt forståelige, selv om de beskriver intra-subjektive tilstander: Når en person har svart at han/hun er «glad», så forutsetter vi at denne personen har den samme følelsen som en annen som har svart at hun/han er «glad». Dette er vel stort sett akseptert. Men det knytter seg større skepsis til de *forsterkelsesordene* vi bruker. Når en person svarer «svært glad», er det mulig denne personen har den samme følelsen som en annen som svarer «ganske glad». Vi antar at det ikke er vanskelig å forstå hva en person mener som sier hun/han er glad, men som Shakespeare skrev (se over 2. 1), man er på gyngende grunn når man skal vurdere *hvor* glad personen er.

Det er velkjent at svar på spørreskjema om glede, tilfredshet o.a. har tendens til å samle seg på den positive delen av svarskaalen når undersøkelser foretas i den vestlige verden (Headey og Wearing 1988). Man finner ingen normalfordeling i slike svar: Mange svarer at de er svært eller ganske fornøyd med tilværelsen, og få svarer at de er misfornøyd. Dette har kanskje sammenheng med idealisering (se nedenfor), men det er også godt mulig at folk flest er fornøyd med hvordan de har det. Hazelrigg og

Hardy (2000) har studert bruken av gradsord i forbindelse med undersøkelser av personers tilfredshet. De mener at dette «positive bias» reflekterer at befolkningen i den vestlige verden synes de har det bra. Men de konkluderer likevel med at det er svakt grunnlag for å anta en semantisk uniformitet. Det er semantisk variasjon både fra person til person og fra domene til domene. Og det knytter seg særlig stor usikkerhet til tverr-nasjonale undersøkelser, der man benytter oversettelser for å sammenligne livskvaliteten i forskjellige land (se 3.3.10 nedenfor).

Denne usikkerheten har ført til at noen forskere argumenterer for å unngå å bruke slike forsterkelsesord i spørreskjema eller intervjuer. De anbefaler å bruke ord som beskriver hyppighet eller varighet. De mener man slik kan redusere en feilkilde som har å gjøre med at folk bruker ord forskjellig (Diener o.a. 1991, Diener 1994). Dessuten har de fleste mennesker intense følelser sjelden, slik at de i liten grad bidrar til de samlede positive følelser (Diener o.a. 1991). Det er en systematisk feilkilde hvis tendensen til å bruke sterke ord varierer med det vi prøver å undersøke, f.eks kjønns- eller utdanningsforskjeller. Men avstår vi fra å presentere forsterkelsesord i spørreskjema/intervjuer, blir det vanskeligere å utforske folks intense følelser.

Eksempler på ulike svaralternativer, noen som beskriver følelsers intensitet, andre som beskriver varighet og hyppighet, har vi gitt ovenfor under 2.2.5.

3) *Svarstil* er en annen feilkilde som har fått mye oppmerksomhet. Svarstil vil si at det er fellestrekk ved de svarene en respondent gir når han/hun blir intervjuet eller svarer på spørreskjema. Respondentene svarer f.eks. «ja» eller «enig» til det meste av det de blir spurt om. Vi kaller det *enighets-bias* eller «yea-saying», og det har vært en del metodeundersøkelser som har belyst dette (se f.eks. Moum 1988). Man har funnet at denne feilkilden fører til at vi underestimerer livskvaliteten hos unge og hos personer med høy utdanning og overestimerer livskvaliteten hos eldre og hos personer med lav utdanning. At noen personer er «nay-sayers», selv om disse er sjeldne, forstørrer problemet.

Enighets-bias kan reduseres hvis man formulerer spørsmål/svar slik at høy livskvalitet noen ganger er et Ja-svar, andre ganger et Nei-svar, f.eks. at halvparten av spørsmålene er positivt formulert og den andre halvparten er negativt formulert.

4) Dette leder oss til et lignende fenomen som også har fått mye oppmerksomhet, nemlig *idealisering*. Både ja-siing og idealisering regner vi som «bias». «Respons-bias» i spørreskjema-svar har vært definert som «en systematisk tendens til å svare på et sett av spørsmål på et annet grunnlag enn det som spørsmålets innhold skulle tilsi» (Paulhus 1991). Idealisering dreier seg om en tendens til å fremstille seg selv i et fordelaktig lys. Hvis det å være fornøyd blir regnet som en tiltalende egenskap, er det nærliggende å erklære seg fornøyd når man skal beskrive seg selv i et intervju eller i et spørreskjema. Vi er f.eks. misfornøyd med ektefellen, men på spørsmål om vi er fornøyd med ektefellen svarer vi Ja, fordi vi mener det tar seg dårlig ut å uttrykke misnøye med ektefellen.

Idealisering er kanskje det problemet som folk flest bekymrer seg for i undersøkelser av livskvalitet. Vi har idealer som vi prøver å leve opp til, og disse idealene farger våre selvbilder og de bilder av oss selv som vi presenterer for andre. Dette er fenomener som vi er kjent med fra dagliglivet. Det hører med til alle menneskers implisitte forståelse av det sosiale liv. Vi tar det for gitt at andre mennesker idealiserer. Vi har kanskje en mistanke om at vi gjør det selv også, men ikke alltid i det øyeblikket vi gjør det.

Hvilke idealer har vi? Vi vil gjerne ha høy moral – være altruistiske, generøse, omsorgsfulle, rettferdige osv osv. Det hører med til allmennmoralen å streve etter et høyverdig liv. Er det å ha høy livskvalitet et ideal? Ja, for mange, kanskje de fleste, er det et ideal å være tilfreds, glad, harmonisk. Vi vil derfor ha tendens til å presentere oss selv som mer tilfredse, glade, harmoniske, enn vi faktisk er.

Idealisering i forbindelse med egen livskvalitet kan også, og kanskje mer treffende, kalles «idyllisering». Det har også vært kalt «Pollyanna-syndromet» (Næss 1994a), etter den amerikanske barnebok-heltinnen fra begynnelsen av århundret som oppfant «være glad leken». Pollyanna-figuren er en prototype som er blitt så sterkt karikert at vi reagerer med avvisning eller likegyldighet. Men i noen situasjoner opptre vi alle som Pollyanna.

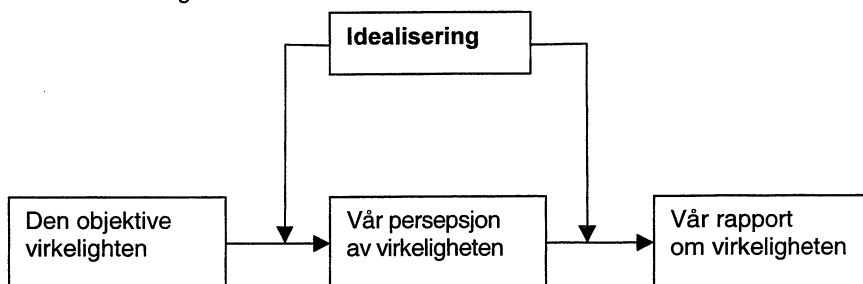
Siden det er en generell tendens til idealisering, er problemet kanskje ikke så stort. Det er noe «alle» gjør. Men det er utvilsomt en del variasjon i denne tilbøyeligheten. Noen er mer realistiske enn andre. Noen ganske få synes å ha som ideal å fremstille sitt liv i et ufordelaktig lys, eller de synes det å være martyr eller melankolsk er mer interessant enn å være glad og tilfreds. Idealiseringen kan altså slå ulikt ut, og det kan være at denne variasjonen har sammenheng med systematiske forskjeller mellom grupper

som vi er interessert i, f.eks. utdanningsgrupper. I alle fall må vi være oppmerksom på mulig variasjon mellom grupper som kjønn og alder, slik at vi justerer for slike forskjeller i vårt materiale.

Undersøkelser har vist at idealisering er mer utbredt blant eldre og blant folk med lav utdanning.

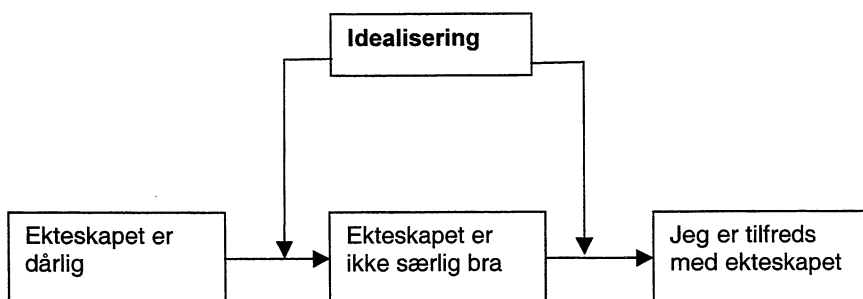
I selvrapporter om livskvalitet tenker vi oss at det følgende foregår: Både idealisering og den objektive virkeligheten, f.eks. ekteskapet, påvirker vår persepsjon av virkeligheten, hvorledes vi ser på vårt ekteskap. Og både idealisering og persepsjonen av virkeligheten, hvorledes vi ser på vårt ekteskap, påvirker hva vi rapporterer om vår tilfredshet med ekteskapet.

Figur 6. Idealisering



Idealiseringen, dvs. vårt ideal om hvorledes virkeligheten, f.eks. vårt ekteskap, skal være, påvirker altså både hvordan vi oppfatter virkeligheten – ekteskapet – og hva vi sier om det.

Figur 7. Idealisering av ekteskapet





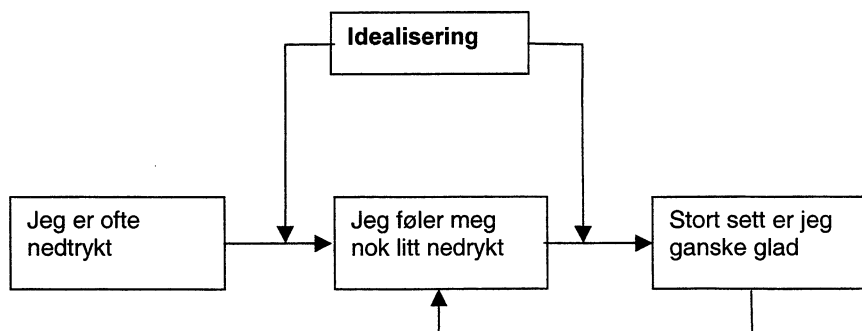
Hvorfor gjør vi det? Hva oppnår vi med å idealisere? Vi oppnår for det første å gjøre et godt inntrykk på andre, vi fremstiller oss i et fordelaktig lys. Dette har vært kalt «impression management».

Det å gjøre et godt inntrykk på andre, kan neppe gjøre seg sterkt gjeldende hvis vi svarer på et spørreskjema, og hvis svarene gis *anonymt*. En skulle egentlig tro at det heller ikke betyr særlig mye når man intervjues, hvis intervjueren er en fremmed og har lovet å behandle svarene konfidensielt. Imidlertid har vi data som viser at det rapporteres langt flere psykiske plager i selvutfyllingsskjemaer enn i intervjuer, og høyere tilfredshet rapporteres når intervjueren er fysisk tilstede enn når intervjuet foretas pr. telefon. Man har også funnet at det rapporteres høyere velvære til intervjuere av motsatt kjønn og lavere velvære til intervjuere med synlige handikap (Moum 1999, Schwarz og Strack 1999).

Men både spørreskjema-svar og intervju-svar kan også virke tilbake på respondenten selv. Man har funnet at de uttrykk for følelser som vi gir når vi smiler eller ler, virker tilbake på følelsestilstandene («facial feedback studies», Winton 1986). Det samme gjelder det vi *sier* om følelsene våre. Vi kan bevisst bearbeide våre følelser i ønsket retning («emotion work», Hochschild 1979).

I figuren ovenfor kan det legges inn en tredje pil som går fra Vår rapport om virkeligheten til Vår persepsjon av virkeligheten. Vi blir mer fornøyd med ekteskapet når vi uttaler oss positivt om det. Det samme gjelder når vi rapporterer om andre følelser, f.eks. om hvor glade vi er: Som svar på spørsmål om vi er glad eller nedtrykt, sier vi at vi stort sett er ganske glad, noe som har den heldige effekt at vi føler oss mindre nedtrykt enn vi var før vi sa det.

Figur 8. Tilbakevirkning av rapporter om følelser



Tendens til idealisering vil på samme måte som enighets-bias variere med alder og utdanningsnivå (Campbell o.a 1976). Det kan også tenkes at idealisering og enighets-bias har sammenheng med andre forhold som vi ikke kjenner til.

#### 2.3.2.5.a Spørreskjema for å måle sosialt ønskelig svarstil

Det er knyttet stor interesse til forsøk på å kontrollere denne feilkilden. *Sosialt ønskelig svarstil* har altså vært betraktet som en feilkilde som man søker å redusere. Man har forsøkt å måle den og deretter legge den inn som en kontrollvariabel når livskvalitet undersøkes. En rekke instrumenter er utarbeidet for å belyse tendensen til idealisering. Det mest kjente er Marlowe-Crowne Social Desirability Scale (Paulhus 1991), som ifølge konstruktørene måler et «behov for å bli godtatt». Den har 33 ledd, selvbeskrivelser som respondenten skal klassifisere som riktige eller gale. Noen av disse presenterer respondenten som et godt menneske, andre benekter at respondenten er et dårlig menneske, dvs den beskriver «sosialt ønskelig atferd». Selvbeskrivelsene er ment å beskrive atferd som er sjelden, og derfor usannsynlig. Man har funnet korrelasjoner på rundt .20 mellom svar på Marlowe-Crowne Social Desirability Scale og svar på psykisk velvære-instrumenter (Diener 1984).

Instrumentet regnes som pålitelig (høy test-retest korrelasjon). Det har vært evaluert ved å presentere det for «proxies», f.eks. pårørende. Disse har langt på vei bekreftet selv-beskrivelsene: Respondentene er ofte nettopp så vennlige, ærlige, veltilpassede osv. som de hevder at de er. At det er en viss sammenheng mellom høy skåre på dette idealiserings-målet og livskvalitets-målet kan derfor bety to ting. Det kan bety at personer som har høy skåre, idealiserer, dvs. at de både har behov for å fremstå som prektige og som lykkelige. Eller det kan bety at prektige og konforme mennesker, oftere enn mindre prektige og mindre konforme, er lykkelige. Noen kritikere vil derfor ikke godta at prektigheten utgjør en form for feilkilde (Paulhus 1991), og de vil mene at å justere for en slik idealiseringstendens gir misvisende resultater (Diener 1994).

En annen skala, kalt Balanced Inventory of Desirable Responding (BIDR) (Paulhus 1991), tar sikte på å måle to typer svarstil: selvbedrag og bedrag av andre (impression management), en distinksjonen som vi påpekte ovenfor. Totalskåren har høy korrelasjon med Marlowe-Crownes totalskåre.

### 2.3.2.5.b Sammenligning mellom flere undersøkelsesmetoder

Andre fremgangsmåter til å bedømme en metodes validitet, er å *sammenligne flere undersøkelsesmetoder*. Kommer man til samme resultat ved hjelp av flere metoder, er dette en test som styrker vår tillit til disse metodene.

En forsker kan f.eks. først intervju respondentene med et ustrukturert spørreskjema, der svarene tolkes og skåres av forskeren. Deretter gis respondentene et selv-utfyllingsskjema, der lignende spørsmål stilles skriftlig (se f.eks. Næss 1994b). I en undersøkelse (Pavot o.a. 1991) ble en gruppe eldre gitt tre forskjellige kjente selv-utfyllingstester, bl.a. Philadelphia Geriatric Center Moral Scale, videre en test der respondenten ble bedt om å gjengi så mange positive hendelser som de kunne huske og så mange negative som de kunne huske («hukommelses-test», omtalt ovenfor under 2.2.6), videre ble de bedt om å velge en person som kjente dem godt («proxies») og disse besvarte de samme testene på deres vegne. Resultatene viste høy korrelasjon mellom skåre på selvutfyllingstestene, høy korrelasjon mellom skåre fra proxies/sekundær-informanter, noe lavere for selv-utfylling mot proxies og lavere, men signifikant, for hukommelsestesten mot de andre testene.

Det er viktig at de to metodene er svært forskjellige, slik at de ikke er utsatt for de samme systematiske feilkildene. Hvis man f.eks. bruker spørreskjema som én metode og fysiologiske prøver som en annen, er det sannsynlig at eventuelle feilkilder ikke går igjen. Det forutsetter imidlertid at man har rimelig tillit til begge metoder. Fysiologiske prøver for dette formålet er forløpig så lite utprøvet at man ikke kan avskrive spørreskjema som metode selv om man finner en meget lav korrelasjon mellom de to metodene. Men fremtidig utprøving av metoder vil kanskje komme lengre hvis livskvalitetsbegrepet nyanseres. Man kunne f.eks. finne at spyttsekresjon har sammenheng med negativ affekt, men ikke med positiv affekt og ikke med tilfredshet.

For å undersøke om to metoder måler det samme, har man også sett på om de har samme forhold til forklaringsvariablene. Hvis forholdet til variabler som inntekt, utdanning og kjønn er det samme enten man bruker selvutfyllingsskjema eller fysiologiske prøver, styrker dette tilliten til begge metodene.

Sammenhengen mellom to metoder kan belyses ved hjelp av en statistisk analyse som er kalt Multi-trekk-multi-metode analyse (MTMM). Det forutsetter at det i samme undersøkelse brukes minst to metoder og

minst to variabler som er definert likt i de to metodene. Målingen beregner en metode-effekt som kan brukes til å korrigere sammenhengen mellom livskvaliteten og forklaringsvariablene i analysen (Campbell og Fiske 1959, Mastekaasa 1983b). Som eksempel kan vi vise til den undersøkelsen som er omtalt ovenfor: En forsker foretar et åpent intervju, skårer svarene og ber respondenten svare på et spørreskjema. Både i intervjuet og i spørreskjemaet stilles spørsmål som belyser et sett av variabler som er definert i forkant (Næss 1994b).

### 2.3.2.6 Oppsummering av tiltak for å redusere målefeil

- Grundig forarbeid og utprøving av spørsmåls rekkefølge
- Store utvalg
- Gjentatte målinger
- Flere metoder
- Grafiske illustrasjoner («stige», «ansikter»)
- Svaralternativer som angir varighet eller hyppighet, ikke intensitet
- Måling av svarstil («enighets-bias», «sosialt ønskelig svarstil»)
- Multi-trekk-multi-metode analyse
- Anonymitet

## 2.4 Instrumenter

I de senere år er det blitt mer og mer vanlig å studere livskvalitet ved hjelp av strukturerte spørreskjema eller intervjuer som har vært utarbeidet i forbindelse med større undersøkelser og kvantitativt undersøkt for pålitelighet og validitet. «Hjemmesnekrede» instrumenter har ikke samme tillit.

Blant de første og senere mye brukte instrumenter er Andrews & Witheys «Delighted-Terrible Scale» som har syv svarmuligheter og forskjellige spørsmål som er rettet mot avgrensede aspekter ved livet (domenetilfredshet), f.eks. boligforhold eller ekteskapet, eller mot tilværelsen generelt (generell tilfredshet) (Andrews og Withey 1976, Andrews og Robinson 1991).

Instrumentet fokuserer tilfredshet. Vi kan si at det belyser den kognitive siden av livskvaliteten, den som har å gjøre med vurderinger. Det

brukes noen ganger (f.eks. i den internasjonale Verdi-undersøkelsen WVS 1900-1992) sammen med instrumenter som stiller spørsmål om affekter eller følelser. Ved slike opplegg blir både det kognitive og det affektive aspektet av livskvaliteten belyst (se 1.2 ovenfor).

Bradburn (1969) laget tidlig et instrument (Affekt-Balanse Skala) som senere er meget brukt. Det har ti spørsmål med Ja/Nei-svar om respondentens følelsesmessige opplevelser de siste ukene. Det dreier seg om å være spesielt interessert i noe, om å være rastløs, stolt, ensom m.m. Vi skal gi et par eksempler på spørsmål:

«During the past few weeks, did you ever feel  
...Particularly excited or interested in something?  
Proud because someone complimented you on something you had done?»

Andre instrumenter (f.eks. Kammann & Fletts Affektometer 1 og 2), har tatt mønster av Bradburns Affekt-Balanse Skala, men i stedet for Ja/Nei-svar har spørreskjemaet gitt svarmuligheter som angir varighet (fra «Ikke i det hele tatt» til «Hele tiden») (Andrews og Robinson 1991).

Et annet mye brukt instrument som har vært kombinert med et generelt tilfredshetsspørsmål, er en «semantic differential» skala (Campbell o.a. 1976, Andrews og Robinson 1991). Vi vil her kalle instrumentet for en «beskrivende ord-par skala». Det stilles 8 spørsmål (ord-parr) om beskrivelser av livet, f.eks. om det er interessant eller kjedelig, gledelig eller trist, osv. Svaret skal plasseres på en skala fra 1 til 7, f.eks:

|               |   |   |   |   |   |   |   |          |
|---------------|---|---|---|---|---|---|---|----------|
| Interessant   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Kjedelig |
| Fylt av glede | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | Trist    |

Andre enkle instrumenter som fortsatt er mye brukt, er Faces og Cantril's Ladder Scale (omtalt ovenfor under 2.3.2.4) (Andrews og Robinson 1991). Fordelen med disse er at de gir visuelle hjelpemidler som støtter den verbale eller skriftlige tilnærmingen.

Spørreskjema der ordet «lykke» er hovedordet har lenge vært i bruk, vanligvis med bare tre svaralternativer: «meget lykkelig», «ganske lykkelig» og «ikke særlig lykkelig». Spørsmålene om lykke stilles ofte i kombinasjon med andre instrumenter, f. eks. Bradburns Affekt-Balanse Skala. Et nylig konstruert instrument (Subjective Happiness Scale) foreslår fire spørs-

mål om lykke og syv svaralternativer. Instrumentet er prøvet ut i California og i Moskva og korrelert med andre instrumenter som Delighted-Terrible Scale og Affekt-Balanse Skala (Lyubomirsky o.a.1999).

Noen instrumenter er beregnet på spesielle grupper som barn (se Pal 1996, Huebner 1999) eller eldre (se f.eks Life Satisfaction Index B, et halvstrukturert intervjuopplegg, der intervjueren foretar skåringen) (Andrews og Robinson 1991). Egne instrumenter for ungdom er også utarbeidet (Gilman o.a. 2000). Det antas at små barn og noen gamle mennesker har vanskelig for å forholde seg til skriftlig materiale og at illustrasjoner, som f.eks. tegninger av ansikter, eller intervjuer i stedet for selvutfyllings-skjemaer, kan gjøre det lettere.

#### 2.4.1 Helsereelatert livskvalitet

Etterhvert som helsearbeidere er blitt stadig mer opptatt av livskvalitet, er det utarbeidet et stort antall instrumenter for «helse-relatert» livskvalitet. Noen av disse dekker helse generelt, andre er rettet mot spesielle sykdommer (Frisch 2000). Av de generelle instrumentene skal vi omtale SF-36 og WHO QOL, da begge er oversatt til norsk og til en lang rekke andre språk.

SF-36 er resultat av metodearbeid fra Medical Outcome Study (Ware o.a. 1994). Det har 36 ledd (forkortet utgave, derfor SF = Short Form), valgt ut fra opprinnelig 149 ledd, og skåres i 8 skalaer. Spørsmålene dreier seg om subjektiv helse, om begrensninger i aktivitet, arbeidsevne, sosial omgang, smerter. Ni av de 36 spørsmålene faller i kategorien psykisk velvære: Her spørres det etter tiltaksløst, nervøsitet, nedstemthet m.m. Seks svaralternativer retter seg inn mot varighet («Hele tiden» – «Ikke i det hele tatt») i den siste uken.

WHO QOL (World Health Quality of Life) har også en lang (100 ledd) og en kort versjon (25 ledd). Spørsmålene dreier seg både om fysisk og mental helse, om praktiske forhold og tilgjengelighet av goder, og om psykisk velvære. Det spørres om fysisk smerte, behov for medisinsk behandling og om å glede seg over livet. Svarene er til dels grader av tilfredshet, til dels grader av begrensninger og grader av oppnådde goder (The WHO QOL GROUP 1998).

Andre instrumenter er spesielt laget for respondenter med spesielle sykdommer, som kreft, epilepsi o.a. Det er utarbeidet en oversikt over både generelle livskvalitets-instrumenter, helsereelaterte livskvalitets-instrumenter og de som er innrettet mot spesielle sykdommer (Salek 1999). Andre over-

sikter finnes i bøker som har måling av helse som tittel, med egne kapitler om «Psychological Well-being» og «General Health and Quality of Life», f.eks. McDowell og Newell (1996).

Innenfor helsetjenestene er det også utarbeidet en lang rekke instrumenter som tar sikte på kvantitative beregninger av verdien av behandling («cost-benefit analyser»). Jeg skal kort omtale en av disse tilnærmingene som bl.a. er vurdert av Nord (1992b). Metoden er kalt «time trade off». Den går ut på å spørre folk hvor mye de mener man bør ofre i antall leveår for å bli frisk av en bestemt sykdom (f.eks.«Jeg mener det er like bra å leve 0.4 år som frisk som å leve 1 år med denne sykdommen»). Spørsmålene kan rettes mot personer som har sykdommen eller mot friske som bes forestille seg en pasient med sykdommen. Ideen bak metoden er at man vil ofre flere år for å bli frisk jo mer plagsom sykdommen er.

## 2.5 Variabelvalg. Forskerens verdier

Enten man har valgt spørreskjema, intervju eller observasjon må man også velge variabler, operasjonaliseringer av de tilstandene man vil studere. I intervjuer og spørreskjema dreier det seg om valg av spørsmål: Hvilke indre tilstander er det man spør etter?

Spørsmålsformuleringene tar utgangspunkt i definisjonene. I vårt tilfelle er livskvalitet definert som positive og negative, vurderingsmessige og følelsesmessige, tilstander. Men slike ord brukes ikke i intervjuer eller spørreskjema. Vi må altså stille spørsmål som i større grad brukes i dagliglivet, f.eks. spørsmål om å være glad eller trist, engasjert eller likegyldig osv. Valget av spørsmål blir skjønnsmessig og vil avspeile forskerens verdier.

De mest brukte spørsmål er om personen er tilfreds, er lykkelig og/eller ofte har positive og sjelden negative følelser (affektbalanse). Men også andre, beslektede spørsmål blir stilt. Ryff (1989) foreslår

- Selv-aksept
- Positive forhold til andre
- Autonomi
- Mestring
- Mening med livet
- Personlig vekst

Diener o.a. (1999) bruker betegnelsen «subjektivt velvære» for et overordnet begrep og lister opp fire komponenter som han betegner med uttrykkene «positiv affekt», «negativ affekt», «livstilfredshet» og «domenetilfredshet». De gir følgende eksempler innenfor de fire komponentene:

| Positiv affekt | Negativ affekt | Livstilfredshet        | Domene tilfredshet |
|----------------|----------------|------------------------|--------------------|
| Glede          | Skyld og skam  | Ønsker/ikke forandring | Finanser           |
| Engasjement    | Tristhet       | Tilfredshet m/nåtid    | Familie            |
| Harmoni        | Sinne          | Tilfredshet m/fortid   | Arbeid             |
| Stolthet       | Angst          | Tilfredshet m/fremtid  | Bolig              |
| Hengivenhet    | Stress         | Andres syn på ens liv  | Helse              |
| Lykke          | Depresjon      | Generell tilfredshet   | Selvet             |

De spørsmål man velger, tar utgangspunkt i *forskerens verdier*, og resultatet av utvalget varierer derfor fra undersøkelse til undersøkelse. Vi skal som eksempel omtale nærmere et par norske undersøkelser (Næss 1979, 1994b), som delvis tilsvarer de som er foreslått av Ryff (1989) og delvis de som Diener o.a. (1999) foreslår. Variablene er her delt i fire kategorier

- Aktivitet
- Sosiale relasjoner
- Selvbilde
- Grunnstemning

### 2.5.1 Aktivitet

Aktivitet er ikke en atferdsvariabel, den refererer ikke til fysisk aktivitet, men til opplevelser eller følelser knyttet til aktivitet, spesielt til *engasjement*. Engasjement presiseres slik (Næss 1994b):

En person har høyere livskvalitet i jo høyere grad personen er aktiv, dvs. har appetitt og livslyst, interesserer seg for, engasjerer seg i og deltar i noe utenfor seg selv som representerer en utfordring og opplevs som meningsfylt.



Engasjement er en variabel som ofte fremheves når de mest vesentlige verdier kommer på tale. Bertrand Russell skrev i sin bok *The Conquest of Happiness* om «... the most universal and distinctive mark of happy men, namely zest». (Russell 1930) Ordet «zest» brukes i flere betydninger, en av betydningene i engelsk-norsk ordbok er «stor begeistring, iver, velbehag». Russell er særlig opptatt av «mennesker som har evne til å fatte en levende interesse for et eller annet».

Jean-Paul Sartre uttrykte seg slik: Bare gjennom revolusjon, det totale engasjement, ved å storme Bastillen, kan menneskene bryte ut av sin fremmedgjorte tilstand (Allardt 1975). Og Arne Næss (1998) valgte begrepet «glød» for å beskrive det viktigste aspekt ved det han kaller «trivsel». Hans eksempel er martyren som kastes for løvene. Martyrens religiøse engasjement sikrer en høy trivsel i denne ellers så utrivelige situasjon.

## 2.5.2 Sosiale relasjoner

Sosiale relasjoner presiseres slik:

«En person har høyere livskvalitet i jo høyere grad personen har gode interpersonlige forhold; har et nært, varmt og gjensidig forhold til minst ett annet menneske.»

Den sosiale forankring nevnes ofte som et av menneskelivets mest sentrale kjennetegn. I vår sammenheng er det ikke den objektive tilstedeværelse av å bli elsket som har interesse. Vårt tema er opplevelsen av å elske og bli elsket. Kjærlighet er gleden ved å føle ømhet og godhet for et annet menneske, og ved å motta slik ømhet og godhet. Ensomhet er fravær av og savn av kjærlighet og kontakt.

Behov for kjærlighet hører med til de grunnleggende behov i Maslows behovshierarki. Hans teori sier at kjærlighetsbehovet må tilfredsstilles før høyere liggende behov, som behov for selv-realisering, kan utvikles (Maslow 1954). (Se ovenfor under 1.6.)

## 2.5.3 Selvbilde

Om *selvfølelse* sies det:

«En person har høyere livskvalitet i jo høyere grad personen har selvfølelse, dvs. selvsikkerhet, føler seg vel som menneske, sikker på egne evner og dyktighet, følelse av å mestre, av å være nyttig; aksepterer seg selv, fravær av skyld- og skamfølelse, lever opp til egne standarder.»

Det kan skilles mellom selvsikkerhet og selvakseptering. Selvsikkerhet knytter seg til tro på egne evner og andres syn på disse. Mener du at du blir respektert, at du er likt, at du har fremgang? Ved svært lav selvsikkerhet vil vi oppleve skamfølelse. Selvakseptering knytter seg til moral og etikk, til god samvittighet, og ved svært lav selvakseptering vil vi oppleve skyldfølelse.

#### 2.5.4 Grunnstemning

Det siste området, *grunnstemning*, presiseres slik:

«En person har høy livskvalitet i jo høyere grad personen har en grunnstemning av glede, lyst og velvære, av at livet er rikt og givende, fravær av tomhetsfølelse, nedstemthet, ubehag og smerte; har en grunnstemning av harmoni, fravær av uro, bekymring, angst; har rike og intense opplevelser av skjønnhet, er åpen og mottakelig, ikke avstengt overfor den ytre verden.»

Dette fjerde området blir av noen regnet for å være det som står nærmest definisjonen av livskvalitet. De tre første kan forstås som årsaksforhold, forhold som er spesielt viktige for livskvaliteten.

## 3 Hvorfor har noen høyere livskvalitet enn andre?

I innledningskapitlet la vi vekt på å skille mellom definisjonen av livskvalitet og årsakene til høy og lav livskvalitet. Vi vil holde fast ved at vi bør velge en definisjon som er gyldig for alle, uansett alder, kultur m.m. Vi bør kunne sammenligne livskvaliteten i India med livskvaliteten i Norge. Men årsakene til at vi oppnår høy livskvalitet vil være forskjellige, både fra kultur til kultur, og fra individ til individ. Vi har forskjellige erfaringer, verdier, behov og smak, noe som fører til at vi både søker forskjellige goder og oppnår glede på forskjellige måter. Definisjonen angir nødvendige og tilstrekkelige kjennetegn, mens empiriske sammenhenger peker på mulige årsaker.

### 3.1 Folks hypoteser om hva som er viktig

Vi skal starte med å gjennomgå noen undersøkelser der lekfolk blir spurt om hva som er viktig for at de skal ha det godt. Svar på slike spørsmål kan være uttrykk for kulturverdier, for hva som anses «politisk korrekt». Men selv om vi mener at de kan ta feil, eller at svarene snarere gjenspeiler idealer enn realiteter, gir de ideer om hvor vi bør lete. Vi kan si at de er utgangspunkt for våre «for-forståelser».

Når folk spørres om hva som er det viktigste for at de skal ha det godt, svarer svært mange i den vestlige verden at det er å ha god helse, og mange nevner familie og/eller ekteskap. I den klassiske *The Quality of American Life* (Campbell o.a. 1976) fikk respondentene presentert 12 tema eller områder («domains») og ble bedt om å rangere alle på en skala fra 1 til 7 eller fra «Extremely important» til «Not at all important».

Den høyeste gjennomsnittsskåren fikk «Å være i god helse», tett etterfulgt av «Et lykkelig ekteskap» og «Et godt familieliv». Deretter fulgte «Et godt land å leve i - et land med en god regjering». Derimot kom «En stor bankkonto, slik at du ikke behøver bekymre deg om penger» på nest siste plass.

Vi kan si at de spurte presenterte sin verdier, eller at de ga uttrykk for hypoteser om årsakssammenhenger. De samme respondentene ble også spurt om hvor tilfredse de var i forhold til disse 12 livsområdene (f.eks. «Alt tatt i betraktning, hvor tilfreds er du med ekteskapet ditt?»). Deretter

beregnet man sammenhengen (korrelasjonen) mellom tilfredsheten på hver av disse områdene og tilfredshet med livet som helhet («How satisfied are you with your life as a whole these days?»). Analysen viste hvor mye de forskjellige område-tilfredshetene bidro til generell livstfredshet. Denne analysen endret noe på rekkefølgen for de 12 områdene. Familielivet og ekteskapet sto fortsatt øverst på rangstigen, og pekte seg altså ut som de viktigste områdene for (eller «årsakene til») generell livstfredshet. Men helse kom mye lavere, og enda lavere kom en god regjering. På den annen side var den økonomiske situasjon viktigere i denne analysen – tilfredshet med den private økonomi viste seg å korrelere sterkt med generell tilfredshet. Det samme resultatet har man fått i en nyere amerikanske undersøkelse, – også her kom tilfredshet med finanser høyt når man så på sammenhengen mellom tilfredshet på forskjellige områder av livet og generell livstfredshet (Cohen 2000).

En annen studie som har tatt for seg «legfolks oppfatning av velvære», ble foretatt i Frankrike på 90-tallet (Sastre 1999). Et utvalg franskmenn i alderen 9-85 år ble kontaktet på gaten eller i skolegården og spurt: «Hva betyr velvære for deg?» (Hvilket fransk ord som ble brukt, kan vi bare gjette på, kanskje «bien-être»?) Fikk man ikke svar ved første spørsmål, omformulerte man det til «Hva betyr å ha det godt?» eller «Hva er lykke?» De svarene som ble gitt, ble klassifisert etter domene, f.eks. kropp, familie. Av 1426 utsagn refererte

342 til familie,  
278 til kropp,  
189 til fritid  
178 til venner,  
171 til arbeid,  
155 til åndelig liv,  
113 til penger.

Også en annen undersøkelse (Chiasson o.a. 1996) stilte åpne spørsmål om hva som «bidrar til lykke». Det ble stilt tre spørsmål: «Hva gjør deg lykkelig?», «Hva trenger en person for å være lykkelig?» og «Hva er et lykkelig menneske?» Respondentene var studenter i alderen 18 til 25 år fra Canada, USA og El Salvador. De hyppigste svarene var:

- 38 % Familieforhold
- 36 % Å streve mot og nå et mål i livet
- 34 % Å ha en positiv holdning til seg selv
- 33 % Å ha venner
- 31 % Forhold til folk i sin alminnelighet
- 28 % Å sette pris på sine aktiviteter og livets små gleder

Familieforhold ble altså rangert høyt i totalutvalget, i alle de tre utvalgene, på linje med det en har funnet i andre undersøkelser. Men i det kanadiske og amerikanske utvalget ble venner rangert like høyt eller høyere enn familieforhold. I det salvadorske utvalget ble venner rangert betydelig lavere og familieforhold høyere. Flere salvadorere nevner Å leve i et land som har gode sosiopolitiske forhold. Det samme gjelder helse, men ikke flere nevner økonomi. Ellers avviker salvadorene ved at mange nevner religiøse verdier, et tema som er nærmest fraværende i de andre utvalgene.

At respondentene er i aldersgruppen 18-25 år preger svarene. Vennskap er rimeligvis spesielt sentralt for denne aldersgruppen (nevnes av 33 %), og helse er lite sentralt (nevnes av 13 %). Økonomi er relativt sjelden nevnt (av 19 %). Men disse vurderingene må ikke forveksles med hva som faktisk påvirker det psykiske velværet. Som vi har sett ovenfor i dette avsnittet, fant Campbell o.a. (1976) at få amerikanere mente at økonomi var viktig, mens de statistiske analysene viste en ganske sterk sammenheng mellom generell tilfredshet og tilfredshet med den private økonomi.

I en annen undersøkelse av studenter fra Kanada og Korea (Lee o.a. 2000), gjennomsnittsalder 23 år, stilte man fire åpne spørsmål, bl.a. «In general, what makes you happy?» Svarene ble klassifisert i 14 kategorier. Kategoriene ble forelagt studentene som ga hver kategori et svar fra Meget viktig til Ikke viktig.

Helse fikk den høyeste skåren i begge utvalgene og Det å ha et mål, en misjon i livet, kom på andre plass både hos de kanadiske og koreanske studentene. Nederst rangert i begge utvalgne var Et stressfritt liv og Økonomiske/materialistiske verdier. Likhetene var store. Lee o.a.'s konklusjon var at det ikke er noen vesentlige forskjeller mellom studenter i de to land i deres oppfatning av hva som gjør dem lykkelige. F.eks. fant man at i begge studentgruppene ble Økonomiske/materialistiske verdier rangert lavt, selv om kategorien ble rangert høyere av kanadierne enn av koreanerne.

Fra Norge har vi noen resultater fra meningsmålinger som er relevante. I Verdiundersøkelsen fra 1996 (Listhaug o.a. 1997) presenteres seks «områder i livet» med spørsmål om hvor viktige de er. Nedenfor gjengis prosent som svarte at området var «svært viktig». Undersøkelsen hadde også vært foretatt i 1982 og i 1990. (I parentes gjengis prosent som ga dette svaret i 1990.)

88 (88) % Familie

59 (73) % Arbeid

59 (68) % Venner

39 (42) % Fritid

12 (15) % Religion

6 (10) % Politikk

Som vi ser, svarer like mange i 1996 som i 1990 at Familie er svært viktig. Listhaug (1991) fant den samme tilslutningen til tradisjonelle familieverdier i 1982. Vi ser også at rangeringen av områdene er den samme, men de andre områdene blir nevnt som svært viktig av færre i 1996 enn i 1990.

I 1999 foretok Norsk Monitor (Norsk Monitor 1999) en landsomfattende spørreundersøkelse der bl.a. følgende spørsmål ble stilt og besvart av 4084 personer, alder 15 år og oppover:

«Forskjellige livsområder kan ha ulik betydning for folks velvære og tilfredshet. Hvor viktig er følgende livsområder for ditt velvære og din tilfredshet?»

Svarmulighetene var firedelt og gikk fra Svært viktig til Ikke viktig i det hele tatt. Nedenfor lister vi opp de forslagene som ble presentert og svarene i rangert rekkefølge, foruten prosent som svarte Svært viktig:

Helse (88 %)

Familie (87 %)

Kjærlighet og nærhet (80 %)

Natur (64 %)

Fritid (62 %)

Arbeid (61 %)

Inntekt (41 %)

Yrkeskarriere (17 %)

Vi får igjen en verdiprioritering der helse og familie rangeres høyest og inntekt en god del lavere. Det tyder på at noen store endringer fra 1990 er det ikke kommet.

En annen innfallsvinkel får vi når vi ser på resultater fra en undersøkelse fra 1999 som ble foretatt av Statistisk sentrabyrå (Barstad 1999b). Her spurte man om det var noe intervjupersonene savnet i sin livssituasjon eller som de mente kunne gjøre livet deres bedre. De som svarte Ja (60 %) ble presentert for en liste over ulike forhold, bl.a. Bedre økonomi, Mer fritid, En ektefelle, samboer eller «kjæreste», Mer fritid, Mer støtte og forståelse fra familie eller venner. Bedre økonomi var det svaret som ble nevnt av flest (nesten 50 %), tett etterfulgt av Mer fritid. Ektefelle etc, derimot, kom langt ned på listen (litt over 10 %) og Mer støtte etc. enda lenger ned (ca. 8 %). De ble også bedt om å oppgi hvilket ønskemål var viktigst for dem. Dette førte til at Mer fritid ble høyere prioritert enn Bedre økonomi, men ellers ble rangeringene ikke særlig annerledes.

Denne måten å spørre på gir resultater som synes svært annerledes enn de vi fikk gjennom Norsk Monitor (se over). I første omgang er dette forvirrende. Spesielt er det påfallede at familieverdier er så lavt prioritert. Det er ikke merkelig at få sa de savnet en partner, siden de aller fleste voksne mennesker er gift eller samboende. Men det er overraskende at svært få savner støtte og forståelse fra familie eller venner. Riktignok kan mange mene at familieforhold er det viktigste for at de skal ha det godt, samtidig som de vil si at deres egne familieforhold er gode og at de derfor ikke savner noe på det området. Det skal kanskje mye til for å uttale at ens partner ikke gir nok støtte og forståelse. Derimot er det ingen skam å si at bedre økonomi vil gjøre livet bedre. Men som Barstad (1999b) nevner, er det selvfølgelig mulig at folk tar feil når de svarer at bedre økonomi vil gjøre livet deres bedre.

Hovedkonklusjonen på denne gjennomgangen er at familie og helse er de temaene som blir nevnt av flest, både i Norge og i andre land, når folk blir spurt om hva som er viktig for at de skal ha det godt. Men når spørsmålet formuleres på en annen måte, kan svaret bli et annet.

### **3.2 Forskeres hypoteser om empiriske sammenhenger**

I avsnittet ovenfor presenterte vi noen undersøkelser som viste hva folk flest tror er viktig for at de skal ha det godt. Når livskvalitetsforskere

utfører empiriske undersøkelser, tar de utgangspunkt i lignende hypoteser. Også de vil hente ideer fra egne erfaringer, men i prinsippet prøver de å løsrive seg fra disse og bygger på mer allmenne betraktninger og teorier om hva som er viktig for det gode liv. I det følgende vil vi ta opp en del sentrale tema på områder der det har vært utført empirisk forskning.

### 3.3 Forhold på samfunnsnivå

Vi tenker oss at en rekke forhold, som naturgrunnlag, politisk system o.a. karakteriserer de nasjonene som folk er borgere av. Disse forholdene kan vi kalle makrovariabler. De er i noen grad felles for alle som bor i landet og påvirker forskjellige livsområder som har betydning for deres livskvalitet, som arbeidsliv, familieliv o.a. Hva vet vi om forskjeller mellom nasjoner på disse områdene, og hva vet vi om betydningen for livskvaliteten til de som bor i disse landene?

Hvis en lever i et land der den gjennomsnittlige inntekten er høy, er det selvfølgelig ingen garanti for at en selv har en høy inntekt. Men sannsynligheten er stor for at fellesgodene, som skoler, veier, trygder og annet vil ha en høy standard. Dessuten kan det ha betydning om de menneskene som en lever i nærheten av, har høy eller lav inntekt, det vil si om en lever sammen med personer som lider materiell nød, eller personer som har det komfortabelt, eller lever i overflod. Grad av ulikhet og skjevhet i fordelingen kan være viktig. (Se nærmere nedenfor under 3.3.3.)

Det foreligger flere komparative flernasjonale undersøkelser der en har undersøkt sammenhengen mellom gjennomsnittlig selvrapportert psykisk velvære i befolkningene og et sett av makrovariabler. En av de nyeste, gjennomført av Diener o.a. (1995a), omfatter 55 nasjoner, der land fra alle verdensdeler er med. Av de 55 nasjonene er mange vest-europeiske, men også Øst-Europa er representert, videre afrikanske land, latin-amerikanske, asiatiske, samt Canada, USA, New Zealand og Australia. I alle disse 55 nasjonene har det vært gjennomført en eller flere surveyer med ett eller flere spørsmål om det Diener o.a. kaller subjektivt velvære («subjective well-being», SWB) (hvor lykkelige de er, hvor tilfredse de er) besvart av utvalg i hvert land. Gjennomsnittlig SWB ble korrelert med forskjellige makrovariabler som inntekt pr. innbygger, ulikhets-indeksler o.a. Imidlertid har man ikke data for alle variabler for alle nasjoner, og basistallet var derfor lavere i noen av analysene. Det lave antallet nasjoner som er med i



undersøkelsen, gjør resultatene svært usikre, og de må foreløpig bare betraktes som grunnlag for hypoteser.

Diener o.a. brukte bl.a. data fra World Values Survey 2 (WVS 2 1990-92). (Det foreligger nå også data fra WVS 3, innsamlet i 1995-98, se Inglehart og Baker 2000.) Her deltok 42 land fra Nord- og Syd-Amerika, Afrika, Asia og Europa. Det ble stilt ett spørsmål om livstilfredshet og fem spørsmål om positive og fem om negative affekter, slik at en skåre for affektbalanse kunne regnes ut (Bradburn, se ovenfor 2.4). Sveits skåret høyest på livstilfredshet (etterfulgt av Danmark og Island), men mange andre land skåret høyere på affektbalanse. Sverige skåret høyest på affektbalanse – mange svarte at de hadde hatt positive følelsesmessige opplevelser de siste ukene, og få svarte at de hadde hatt negative – etterfulgt av Island og Canada. Sveits og Japan skåret lavt på både positiv og negativ affekt, og Tyrkia skåret høyt på begge (særlig på negativ affekt, betydelig høyere enn noe annet land). Østeuropeiske land skåret lavest både på livstilfredshet og affektbalanse (Diener og Suh 1999).

En annen undersøkelse som sammenlignet mange nasjoner, ble gjennomført av Veenhoven (1996). Den omfattet 48 nasjoner (til dels de samme som Diener o.a.'s) og bygger på lignende surveydata. Det er imidlertid stor forskjell mellom de to undersøkelsene. I Veenhovens introduseres begrepet Lykkelige Leveår (Happy Life Expectancy, HLE), dvs. et kombinert mål på psykisk velvære og forventet levealder (fra fødselen). Dette gjør den mindre egnet for vårt formål, og vi skal stort sett gjøre bruk av Diener o.a.'s resultater.

Er det slik at de land som har høy forventet levealder, også har høy lykkeskåre? Veenhoven finner høy korrelasjon mellom levealder og lykkeskåre, men samsvaret er ikke fullstendig. Island, Nederland og Sverige fikk de høyeste skårene på det kombinerte målet, og lå nær toppen i begge mål. Japan hadde den høyeste levealderen, men gjennomsnitt i psykisk velvære lå middels og trakk betydelig ned. Bulgaria fikk den laveste skåren og lå lavest av alle nasjonene på psykisk velvære, men en del høyere for levealder. For Nigeria var forholdet omvendt, de hadde den laveste forventede levealder, men deres lykkeskåre var høyere enn i mange andre land, bl.a. de øst-europeiske.

Disse mål på henholdsvis SWB (subjektivt velvære) og HLE (lykkelige leveår) er korrelert med forskjellige makrovariabler, som materiell levestandard, frihet og andre forhold. Det vil si at forskerne har sett på sammen-

henger, f.eks. om borgerne i land der levestandarden er høy, også har høy livskvalitet. For å undersøke det må en finne frem til operasjonaliseringer av makrovariablene, dvs en må skaffe anerkjente tallmessige mål for landets materielle levestandard, for politisk og personlig frihet, og for de andre forholdene som en velger å undersøke, f.eks. inntektsulikhet, likestilling, urbanisering, befolkningstetthet m.m. Kildene er internasjonal statistikk som Human Development Report 1992, World Development Report 1994, World Bank Atlas 1995, UN Demographic Yearbook 1993, Kurian (1992) og World Value Survey 2 o.a.

I det følgende vil vi gjennomgå en del av resultatene, der sammenhengen mellom disse makrovariabler og psykisk velvære blir analysert. Vi tar utgangspunkt i Diener o.a.'s (1995a) resultater, og legger til Veenhovens hvis disse gir noe nytt eller avviker.

### 3.3.1 Materiell velferd

Som mål på materiell velferd bruker Diener o.a. (1995a) tre indekser, nemlig brutto nasjonalprodukt, kjøpekraft pr. innbygger, og et mål for «basale behov» som er basert på trygt drikkevann, spedbarnsdødelighet og forventet levealder. Gjennomsnittsverdiene for de enkelte nasjonene ble korrelert med gjennomsnittsverdiene for psykisk velvære. Korrelasjonene er høye og signifikante. Når Diener o.a. ser særskilt på tilfredshetsspørsmål og lykkespørsmål, finner de sterkere sammenheng med materiell velferd for tilfredshetsspørsmål enn for lykkespørsmål. Det synes altså som om landets gjennomsnittsinntekt er viktigere for livstilfredshet enn for lykke, men det materielle betyr også mye for om folk sier de er lykkelige.

Et annet forhold som er forskjellig for rike og fattige land, er kurvens form. Både Diener o.a. og Veenhoven påpeker at kjøpekraft har betydning for psykisk velvære utover det nivå der basale behov er tilfredsstilt. Men grensenytten er avtagende, selv om det fortsatt er en økning i psykisk velvære med økende kjøpekraft, også på de høyere inntektsnivåer. Diener o.a. finner at når kjøpekraften har nådd 40 % av USA's nivå, er de basale behov tilfredsstillet. Men det gjennomsnittlige psykiske velværet vil fortsatt være svakt stigende med stigende kjøpekraft, også etter at de basale behov er tilfredsstillet. De nevner bl.a. fritidssysler og helseforbedringer som goder som lettere kan oppnås når de materielle ressursene øker.

### 3.3.2 Økonomisk vekst. Befolkningsvekst. Urbanisering

Diener o.a. (1995a) hadde som hypotese at rask økonomisk vekst har negativ effekt på psykisk velvære – fordi veksten ofte følges av bosteds- og arbeidsflytting og familiebrudd. De finner imidlertid ingen klare sammenhenger. Sammenhengene er dels små og ikke-signifikante og gir motstridende resultater. Det samme gjelder Veenhovens undersøkelse.

### 3.3.3 Likheter. Likestilling. Relativ deprivasjon

En undersøkelse i en rekke rike land, blant annet Norge, viser at det har vært en økende ulikhet i inntekt i perioden 1960-1995 (Sosial- og helsedepartementet. 1998-99, Søndergaard 2000). At inntektens fordeling er viktig for befolkningens psykiske velvære, ikke bare det generelle inntektsnivået, har vært et dominerende tema i politisk filosofi. Et sterkt innlegg for dette synet er Wilkinsons bok om sammenhengen mellom helse og ulikhet (1996). Wilkinson argumenterer for at ulikhet i fordeling av goder er en av de viktigste årsakene til sykdom. Dette temaet er også belyst med norske data (Elstad 2000).

Diener o.a. (1995a) forventet at likhet i fordeling av ressurser ville ha en positiv virkning på det gjennomsnittlige psykiske velværet i befolkningen. Dette var dels begrunnet med antagelser om avtagende grensenytte: En tilførsel gir større velferdsgevinst (i livskvalitet) for en som har lite fra før, enn for en som har meget. Dessuten mente de at opplevelse av urettferdighet vil støte an mot utbredte verdioppfatninger og skape misnøye i befolkningen.

De målte likhet i livslengde, likhet i inntekt og likestilling mellom kjønnene i adgang til utdanning. Det ble brukt anerkjente mål på grad av ulikhet i fordelinger (såkalte Gini-indeks), og disse ble korrelert med subjektivt velvære. Resultatene viser korrelasjoner i forventet retning, men ikke alltid signifikante. De finner derimot at likestilling, målt som andel piker i videregående utdanning, har signifikant sammenheng med gjennomsnittlig psykisk velvære i befolkningen generelt.

Diener o.a. hadde også hypoteser om at folk vil sammenligne seg med innbyggerne i tilgrensende land, f.eks. at befolkningen i Mexico vil sammenligne seg med befolkningen i USA, befolkningen i Norge med befolkningen i Sverige osv. Imidlertid fant de at resultatene går i motsatt av forventet retning: Nasjoner med rike naboer har høy psykisk velvære, også

når man kontrollerer for eget lands inntektsnivå. Etter kontroll blir korrelasjonene lave og ikke-signifikante, men går stadig i ikke-forventet retning.

### 3.3.4 Menneskerettigheter

Vi skal nå bevege oss over til ikke-økonomiske forhold. Diener o.a. (1995a) analyserer sammenhengene mellom psykisk velvære og politiske rettigheter og brudd på rettigheter fra statlige myndigheter overfor borgerne. De baserer seg her på tre indekser utarbeidet av Gupta o.a. (1994). Indeksene står for «grove brudd» (bl.a. tortur), «brudd på sivile rettigheter» (bl.a. brudd på kravet om uavhengige domstoler) og «brudd på politiske rettigheter» (bl.a. brudd på kravet om hemmelige valg). Indeksene er høyt korrelert med hverandre. Alle er signifikant negativt korrelert med gjennomsnittlig psykisk velvære. I nasjoner med mange brudd på menneskerettigheter er det gjennomsnittlige psykiske velværet lavt.

### 3.3.5 Individualisme

Diener o.a. (1995a) tar videre opp en dimensjon i beskrivelse av kulturforskjeller som blir betegnet som individualisme/kollektivism. I individualistiske samfunn forventes den enkelte å ta vare på seg selv og er i hovedsak orientert mot sine personlige mål. I kollektivistiske samfunn retter de sin oppmerksomhet i større grad mot gruppen/gruppene som de tilhører. Det synes å ha foregått en moderniseringsprosess i vårt århundre, som har ført til en sterkere individualisme i vestlige land.

En kan se både positive og negative aspekter ved disse to typer av verdiorienteringer. Det antas at folk i kollektivistiske kulturer føler seg medansvarlige for gruppemedlemmenes velferd, for deres suksess og tap. De vil ha sterkere følelse av sosial støtte, men også av sosialt press og kontroll. I norsk litteratur har vi fått et bilde av den tunge og trange norske bygda som et kontrollerende og begrensende samfunn (les f.eks. om «bygdedyret» i Kolloens Tor Jonsson-biografi (1999)).

I kollektivistiske samfunn vil man skille mellom inn-gruppe og ut-gruppe («oss» og «de andre»), og en front mot ut-gruppene vil lettere føre til fiendtlighet og konflikter. En inn-gruppe er «et sett av personer som man føler at man ligner» (Triandis 1994). Likheten kan ha sammenheng med «felles skjebne», og inn-gruppene er ofte tilskrevet, dvs grupper som man er født inn i (som familie, kaste, nasjon), de er ikke grupper som man

er blitt medlem av som følge av egne valg eller prestasjoner. I individualistiske kulturer vil man være åpne for fremmede, man vil ha større frihet, bl.a. til allianser med personer innenfor flere forskjellige grupper. Hompland har skrevet om «innflytterplaga», om «bygdefolks motstand mot innflyttarar med bybakgrunn og profesjonelle kvalifikasjoner», og om deres behov for «å halda innflyttarane under komttroll». Men han har også funnet at «... innflytterplaga er blitt mindre. Den lokale nasjonaliseringa og den lokale heterogeniseringa har bidratt til å redusera innflytterplaga.» (Hompland 1985)

Tradisjoner er sjelden bare nedarvede eller bare valgte, de inneholder elementer av begge deler (Gullestad 1996). Men i individualistiske kulturer har man større muligheter for å velge hvilke grupper man vil være medlemmer av. Det har vært antatt (Triandis 1994) at individualisme er en konsekvens av (a) mange tilgjengelige grupper, (b) økonomisk overskudd, (c) sosial mobilitet og (d) geografisk mobilitet.

For å undersøke sammenhengen med subjektivt velvære, har Diener o.a. benyttet en rangering foretatt av sosialantropologen Triandis. De 55 nasjonene inkludert i Diener o.a.'s undersøkelse ble, ved hjelp av flere forskjellige metoder, gitt en individualisme-skåre fra 1 til 10. Metodene inkluderte observasjon av atferd og intervjuer med forskere og forretningsfolk. Diener o.a. korrelerte individualisme-skåren med målene for det gjennomsnittlige subjektive velværet. De finner høyest gjennomsnittlig subjektivt velvære i individualistiske samfunn, og sammenhengen er helt klar.

Individualisme er også høyt korrelert med brutto nasjonalprodukt og med en rekke sosiale indikatorer som skoledeltakelse, leger pr. innbygger, likestilling mellom kjønnene m.m. Men høy grad av individualisme er også korrelert med stor selvmordshyppighet og høy skilsmisserate.

De sterke sammenhengene gjør det ikke mulig å trekke konklusjoner om årsakssammenhenger når man mangler tidsdimensjonen, når man har data bare på ett tidspunkt. De land som har høy grad av individualisme, er også stort sett blant de mest velstående. Men individualistiske og kollektivistiske land kan også være forskjellige på mange andre måter. Det er derfor vanskelig å si i hvilken grad, om i det hele tatt, individualisme faktisk bidrar til psykisk velvære i en årsaksmessig forstand.

Diener o.a.'s analyser sier ikke noe direkte om sammenhenger på individnivå. Resultatene viser med andre ord ikke at personer som har en sterk individualistisk orientering, også har en høy livskvalitet. Det Diener

o.a. har funnet, er at personer som lever i samfunn som generelt er individualistiske, i *gjennomsnittet* har en høy livskvalitet. Det samme gjelder for alle makrovariabler som er omtalt i dette avsnittet, f.eks. inntektsnivået i samfunnet, ulikhetsmål osv.

Men en kan også studere individualisme på individnivå. Betegnelsene «idiosentrisk»/«allosentrisk» brukes om personer som ofte velger individualistiske/kollektivistiske løsninger (Triandis 1989). Ingen opptrer idiosentrisk eller allosentrisk i alle situasjoner. Men i noen kulturer blir flere situasjoner valgt ut fra et allosentrisk enn fra et idiosentrisk utgangspunkt. Og personer som i overveiende grad opptrer idiosentrisk i en kultur, vil lett kunne opptre allosentrisk i en annen. Alle mennesker har i sitt kognitive system de forskjellige elementer som er nødvendige for å opptre idiosentrisk og allosentrisk, men de bruker disse elementer med større eller mindre sannsynlighet avhengig av situasjon og kultur.

Også andre verdiprioriteringer kan komplisere forholdet mellom individualisme og subjektivt velvære. Idiosentriske personer synes å tilskrive det å være lykkelig en større verdi enn allosentriske personer. Verdiundersøkelsen (WVS 2 1990-92) fant at i kollektivistiske samfunn var det flere som svarte at de ikke hadde tenkt på om de var lykkelige eller ikke, og det var flere som svarte at deres personlige følelsesmessige opplevelser var lite viktige, og at interpersonlige forhold var viktigere (Diener og Suh 1999). Slike variasjoner i verdiprioriteringer kan bidra til å forklare forskjeller i psykisk velvære. Det kan tenkes at personer som prioriterer eget velvære, oftere vil øke innsatsen for å nå dette målet (f.eks. ved å være mer bevisst på hvilke behov de har) og oftere vil lykkes med det. Men slike verdiprioriteringer kan også utgjøre en feilkilde. Hvis det å være lykkelig tilskrives en overordnet høy verdi, vil idealisering ha en tendens til å spille inn i selvrporter om egen lykke.

### 3.3.6 Kulturell homogenitet

Ulikhet i kultur mellom grupper innenfor de enkelte land kan lede til konflikter og noen ganger til misnøye. Motsatt kan en anta at homogenitet i sosiale forventninger, likhet i normer, verdier og livsstil gir grunnlag for harmoniske interpersonlige forhold.

Det er stor variasjon nasjonene imellom mht likhet i språk, etnisk bakgrunn og religion. Eksempler på land med en høy heterogenitet er Sveits og Jugoslavia, – kulturkonfliktene er små eller fraværende i det første, men

store i det siste. Diener o.a. (1995a) gjorde bruk av flere typer klassifikasjoner basert på bl.a. språk (% av befolkningen som bruker det dominerende talespråket) og separatistisk aktivitet. De fant at kulturell homogenitet var ganske svakt positivt korrelert med subjektivt velvære. Det var en tendens til at i de land der forskjellene mellom folkegruppene var små, var det gjennomsnittlige psykiske velværet høyt. Men sammenhengen var svak og ikke signifikant etter kontroll for andre variabler.

### 3.3.7 Positivitet

Til tross for at forskjeller mellom nasjoner langt på vei kan forklares ved forskjeller i materiell velstand og andre forhold som vi tatt opp i avsnittene ovenfor, er det en del forskjeller som går på tvers av disse. Det har ofte vært påpekt at flere øst-asiatiske land (bl.a. Japan og Kina) skårer lavt på mål for subjektivt velvære, mens latin-amerikanske land (bl.a. Puerto Rico og Columbia) skårer høyt, – sett i forhold de materielle forhold i disse landene. Det har vært spekulert mye omkring hvordan man skal forklare at noen nasjoner har en høyere gjennomsnittlig velvære, og andre lavere, enn en skulle forvente ut fra deres utviklingsnivå.

Diener o.a. (2000) har introdusert et begrep som de kaller «positivitet». Det dreier seg om en tilbøyelighet som er utbredt blant mange innbyggere i enkelte land, en tilbøyelighet til å vurdere forskjellige aspekter ved livet som gode. Spesielt vil positiviteten gjøre seg gjeldende når *globale* aspekter ved livet («livet alt i alt») blir vurdert og i mindre grad når *spesifikke* aspekter vurderes. Diener o.a. testet sin teori ut på et materiale der studenter i 41 land svarte på spørsmål om livstilfredshet og tilfredshet på forskjellige områder. «Positivitet» ble målt som forskjellen mellom den generelle livstilfredsheten og tilfredshet med mer spesifikke forhold, som f.eks. utdanning.

«Positivitet», slik forstått, blir ikke omtalt som et personlighetstrekk men som et kulturelt trekk. Disse teoriene er på begynnerstadiet, og ny empiri er etterspurt, bl.a. et større og mer representativt materiale (ikke bare studenter).

### 3.3.8 Samvariasjoner. Når flere forhold forklarer det samme

Mange av de forhold som er undersøkt i de to undersøkelsene, har sterk sammenheng med hverandre. I undersøkelsen til Diener o.a. (1995a) er

inntekt korrelert med individualisme, menneskerettigheter, likhet og heterogenitet. Det samme gjelder for Veenhovens undersøkelse av Lykkelige Leveår. Det ser ut til å være en generell utviklingstendens som fører til både høyere inntekt, større likhet, sterkere individualisme og menneskerettigheter og som har sammenheng med psykisk velvære.

Diener o.a. finner at variabelen *individualisme* blir stående igjen som den sterkeste, når det justeres for korrelasjoner variablene imellom. Sammenhengen mellom individualisme og psykisk velvære er fortsatt sterk, selv om det justeres for inntekt og de andre forklaringsvariablene, mens sammenhengen mellom inntekt og psykisk velvære blir svak og ikke signifikant. Men som nevnt ovenfor er det her mange usikkerhetsfaktorer.

### 3.3.9 Forskjeller mellom grupper innen de enkelte land

Er det meningsfylt å sammenligne land mht. psykisk velvære? Som vi har sett (3.3.1) er det mye som taler for at forskjeller mellom land i økonomisk velstand en sterk prediktor for livstilfredshet og lykke. Forskjeller innenfor de enkelte land er mindre, særlig i land med høy økonomisk velstand. Men i noen land er det stor forskjell i psykisk velvære mellom rike og fattige, f.eks. i Brasil. Man har også funnet stor forskjell i livstilfredshet mellom hvite og svarte i Sør-Afrika. Prediktorene vil også variere i noen grad fra land til land. Tilfredshet med de politiske forhold har liten betydning for den generelle livstilfredshet i USA, men stor betydning i enkelte andre land, som Nigeria og Cuba. Selvtillit er en sterkere prediktor for livstilfredshet i land med individualistiske kulturer enn i land med kollektivistiske (Diener og Suh 1999).

Sveits er oppdelt i 26 regioner, kantoner, som har utstrakt selvstyre og gjør hyppig bruk av folkeavstemninger. Men kantonene varierer meget når det gjelder hvor mye politisk deltagelse de tilbyr innbygerne. De direkte demokratiske rettighetene varierer fra kanton til kanton, avhengig bl.a. av forskjellige barrierer som begrenser innbyggernes mulighet til å kreve at en folkeavstemning finner sted. I noen kantoner avholdes det i forkant av folkeavstemningene folkemøter med diskusjoner og avstemninger. I en undersøkelse (Frey og Stutzer 2000) fra 1992-94 har man vist at det er signifikante sammenhenger mellom grad av mulighet til politisk deltagelse og gjennomsnittlig livstilfredshet i befolkningen. Særlig bruk av folkemøter har stor positiv effekt. Forfatterene mener at det er den demokratiske prosess, og ikke bare de politiske resultater, som har betydning.



### 3.3.10 Pålitelighet av resultatene

Kan vi ut fra disse undersøkelsene slutte at de forhold som er omtalt ovenfor, har særlig stor betydning for om et land er godt å leve i? Komparative undersøkelser er alltid interessante. Her må det vises nøkternhet i en passe dose. Vi kan vel være enige om at på det innledende stadium der vi ennå befinner oss, bør alle funn sees som hjelpemidler til å stille mer eller mindre fornuftige spørsmål, ikke som velbegrunnede svar.

Det er viktig å holde klart for seg at den statistiske sammenhengen mellom *gjennomsnittsverdier* for regioner eller nasjoner (såkalte «øko-logiske korrelasjoner») nesten alltid vil bli atskillig sterkere enn sammenhengen mellom variablene målt på individnivå. Dette skyldes at de variasjoner som finnes på individnivå innen regioner eller nasjoner, vil virke som «støy» og at korrelasjonen på det aggregerte nivået (region eller nasjon) dermed fremstår som renere eller sterkere (Diener og Suh 1997).

Det vi ellers må minne oss selv om, er at vi uttaler oss om *gjennomsnitt*, ikke om hver enkelt borger. Det er f.eks. mange i Bulgaria som er lykkeligere enn mange i Norge. Og vi uttaler oss om selvrapporter, om uttalelser fra utvalgte borgere som svar på survey-spørsmål om de er lykkelige og tilfreds med livet. Vi har en generell tillit til survey-undersøkelser når det trekkes store utvalg, men både utvalgs- og innsamlingsprosedyrer kan ha svakheter når de praktiseres i land med liten tradisjon for å gjennomføre slike undersøkelser.

I noen av de land som er med i analysene, har det vært gjennomført flere landsdekkende studier. I andre har bare én undersøkelse vært tilgjengelig. I Columbia har man basert seg på en undersøkelse av studenter, og når det subjektive velværet i dette landet rangeres svært høyt, må resultatet ses i lys av at det er basert på et meget spesielt utvalg.

Vi kan altså ikke betrakte resultatene som annet enn interessante hypoteser. Det sier seg selv at resultatene er svært usikre. I de analysene som er gjengitt ovenfor, er antall enheter (55 nasjoner i Diener o.a.'s (1995a) undersøkelse og 48 i Veenhovens (1996)) svært lavt. Og som nevnt har man ikke data for alle variabler for alle nasjoner, og basistallet var derfor enda lavere i noen av analysene. Dette medvirker til at ganske høye korrelasjoner ikke er signifikante. Størrelsen på utvalgene fra hvert land varierer også en del. Utvalgene er som nevnt ikke alltid representative for de land de er trukket fra (i enkelte land, f.eks. India, er de mest avsidessliggende landsdeler ikke med). I fremtidig statistikk kan man regne

med at flere nasjoner vil tas med i analysene og at andre og mer pålitelige sammenhenger vil komme frem. Fremtidig forskning kan selvfølgelig også komme til andre resultater fordi forholdene innen de enkelte nasjonene endres, tildels raskt. Utviklingen går ikke parallelt i disse landene, og de data som er brukt i analysene, er i denne sammenhengen allerede gamle (fra begynnelsen av 90-tallet).

En usikkerhet knytter seg til reliabilitet og validitet ved måling av psykisk velvære. I disse analysene er det ikke gjort forsøk på å kontrollere for målefeil. I tidligere kapitler (se ovenfor 2.3.2) har vi diskutert tilfeldige og systematiske målefeil i forbindelse med selv-rapporter om psykisk velvære. En forskjell mellom de landene som er med i undersøkelsen, er språk. For å kunne sammenligne spørreskjemasvar må man oversette spørsmålene, og det er ikke alltid sikkert at de ord man velger, har samme valør i alle språk. Dette gjelder ord som «lykke» og «tilfredshet», men særlig gjelder det svaralternativene, som «svært», «ikke særlig» osv. (Se 2.3.2.5 ovenfor.)

Videre er det nærliggende å tro at det vi har kalt idealisering, kan variere mellom kulturer. Dette tema er belyst i en undersøkelse av studenter fra Kina, Syd-Korea og USA (Diener o.a. 1995b). Konklusjonen på analysen var at ulikhetene i psykisk velvære er reelle og ikke er resultat av ulikhet i idealisering.

Men selv om det ikke idealiseres mer i noen kulturer enn i andre, kan det være at det idealiseres *annerledes*. I kulturer der gruppens velferd er overordnet, kan det være et ideal å *ikke* være glad, fordi det noen ganger underminerer gruppens velferd. Å streve etter egen tilfredshet er et ego-sentrisk foretakende. Individualisme kan derved bli en suspekt, lite etterstrebbelsesverdig målsetting.

Glede er kanskje heller ikke en like interessant tilstand i alle kulturer. Harmoni, sjelefred er beslektet med glede, men vektlegger mer moderate og mer varige følelser. Fremtidig forskning vil gi bedre grunnlag for mer nyanserte konklusjoner. (Diener og Suh 1999).

### **3.4 Inntekt. Penger. Materiell velferd**

Vi skal nå gå nærmere inn på enkelte tema, og vi vil først se på sammenhengen mellom livskvalitet og inntekt både på nasjonalplan og på individplan.

Det er ikke mange som sier nei til høyere inntekt, og mange strever etter å bedre sin materielle levestandard. Likevel har vi alltid hørt at penger er et tvilsomt gode. «Samle eder ikke skatter på jorden, der møll og rust fortærer.» Men Line (13) er sitert i Magasinet (2001): «De som sier at det ikke er mulig å kjøpe seg lykke, ljuger.»

I 3.1 ovenfor, der vi omtalte folks hypoteser om hva som er viktig for at de skal ha det godt, så vi at nordmenn har et ambivalent forhold til goder som kan kjøpes for penger. Stilles spørsmål om «penger» i surveyer, støter man ofte på negative holdninger – penger er skitne. «Økonomi» er mer respektabelt. Andre kan harsellere over slike puritanske holdninger: «De som sier at man ikke kan kjøpe lykke for penger, har ikke skjönt hvor man skal shoppe.» (Oswald 1997)

Når man vil se på betydningen av inntekt for psykisk velvære, har man flere mulige innfallsvinkler:

1) Den ene er å sammenligne nasjoner slik vi har gjort ovenfor under 3.3.1. Spørsmålet her blir om folk er lykkeligere i land der gjennomsnittsinntekten er høy.

2) En annen innfallsvinkel er å se på utviklingen i gjennomsnittlig psykisk velvære innenfor et land i perioder da landet har en vekst i økonomisk velferd. Spesielt er vi interessert i vårt eget land, og vi spør: Har den økte økonomiske velstanden som nordmenn har erfart de siste årene, ført til en høyere gjennomsnittlig livskvalitet?

3) En tredje innfallsvinkel er å studere sammenhengen mellom inntekt og velvære innenfor vårt eget land eller andre land. Er de nordmenn som har høy inntekt, lykkeligere enn de nordmenn som har lavere inntekt?

4) Og en fjerde er å se på forandringer i velvære blant folk som er gått opp eller ned i inntekt. De to siste tilnærmingene vil belyse sammenhengen på individplan.

#### 3.4.1 Sammenligning mellom nasjoner

Ovenfor under 3.3.1 omtalte vi hva forskjeller i materiell velferd betyr for forskjeller mellom nasjoner i gjennomsnittlig psykisk velvære og Lykkelige Leveår (Diener o.a. 1995a, Veenhoven 1996). Analysene viste at brutto nasjonalprodukt pr. innbygger har sterk sammenheng med begge mål og mest med Lykkelige Leveår. Jo høyere gjennomsnittsinntekten er i et land, jo flere lever lenge og lykkelig. Riktignok er sammenhengen sterkere med

Leveår enn med Lykke, men også variasjoner i Lykke har sterk sammenheng med inntekt pr. innbygger, når vi ser på forskjeller mellom nasjoner. Selv om vi tar forbehold mht. idealisering o.l., mener vi konklusjonen blir at de som lever i land med høy gjennomsnittsinntekt, har betydelig høyere livskvalitet enn de som lever i land med lav gjennomsnittsinntekt.

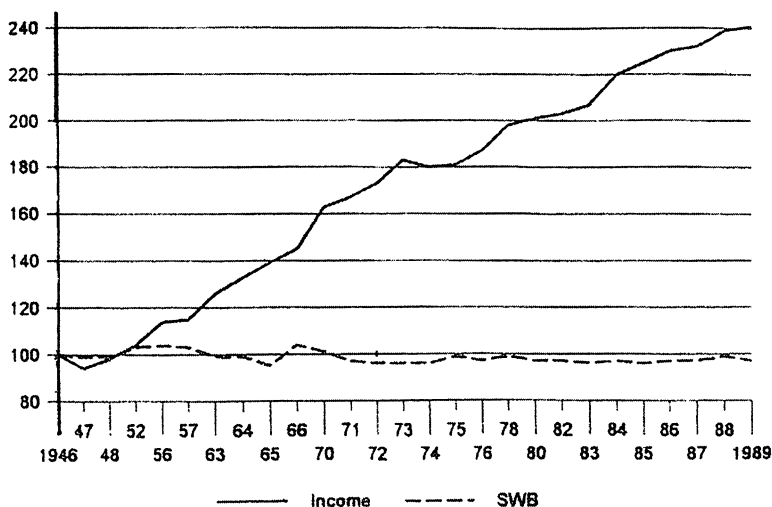
Materiell velferd ble også målt som dekning av «basale behov», bl.a. trygt drikkevann og underernæring. En finner at dekning av basale behov har betydning bare opp til et visst nivå – når kjøpekraften har nådd ca. 40 % av USA's nivå, er de basale behov tilfredsstillt, og en bedring utover dette nivå har liten eller ingen betydning for gjennomsnittlig livskvalitet i befolkningen.

Hvilke «goder» kan den økonomiske velferden antas å føre med seg (utover dekning av basale behov)? Diener og Diener (1995a) har i en annen undersøkelse sett på sammenhengen mellom økonomisk velstand i et land (brutto nasjonal produkt pr. person) og en rekke «goder» – forhold som var ettertraktet av mange. De fant at økonomisk velstand hadde særlig sterk sammenheng med bl.a. antall nobel-priser innenfor naturvitenskap, publiserte bøker pr. innbygger, andel som gikk på universitet/høyskole, inntektslikhet (gini-indeks), lavt standard avvik i levealder, og høye offentlige utgifter til velferd. Men også to «onder» var korrelert med økonomisk velstand, nemlig *selvmordsrate* og *karbondioksid utslipp*: Det ble begått flere selvmord pr. innbygger og det var et høyere utslipp av karbondioksid i land med høy brutto nasjonal produkt pr. innbygger.

### 3.4.2 Nasjonal vekst i økonomisk velferd

I vestlige land er det fortsatt økonomisk vekst. Har denne veksten gitt uttelling i livskvalitet?

Oswald (1997) har sett på svar på lykke-spørsmål fra USA i perioden 1972 til 1990. Hans konklusjon er at det var en svak økning i andel som svarte de var lykkelige. Tilsvarende fant han økning i tilfredshets-svar for 12 europeiske land, selv om det her var ganske stor variasjon, med sterk økning i Danmark og sterk nedgang i Belgia. Diener og Suh (1997) fant ingen vekst i subjektivt velvære (SWB) i Frankrike, Japan og USA i perioden 1946-1989, tross sterk økning i inntekt. Figuren nedenfor viser resultater for USA.



Det finnes data for en del europeiske land der samme spørsmål er stilt både i 1981 og 1990 (Veenhoven 1993). I perioden 1981-1990 var det i nord-europeiske land som Island og Norge ingen endring i gjennomsnittlig psykisk velvære, mens Italia hadde en markant økning. Italia lå betydelig lavere enn Island og Norge, både i 1981 og fremdeles i 1990, tross den markante økningen. I alle disse land hadde det vært en sterk økonomisk vekst fra 1981 til 1990. Det som særlig skiller Italia fra de andre europeiske landene som var med i analysen, var en økning i tilfredshet og nedgang i negativ affekt.

|               |      | Lykke | Tilfredshet | Positiv affekt | Negativ affekt |
|---------------|------|-------|-------------|----------------|----------------|
| <b>Island</b> | 1981 | 7.94  | 7.88        | 3.09           | 0.61           |
|               | 1990 | 7.93  | 7.80        | 3.31           | 0.79           |
| <b>Norge</b>  | 1981 | 7.48  | 7.67        | 3.13           | 0.68           |
|               | 1990 | 7.61  | 7.42        | 3.27           | 0.95           |
| <b>Italia</b> | 1981 | 6.48  | 6.24        | 2.18           | 1.31           |
|               | 1990 | 6.96  | 7.01        | 2.06           | 0.87           |

Forskjellen mellom Italia og Island/Norge ligger muligens i levestandarden i utgangspunktet, her 1981. En bedret levestandard gir en større uttelling i Italia der utgangspunktet var lavere. Det er ellers interessant å merke seg at

både i Island og Norge har det vært en svak økning i både positiv og negativ affekt, mens det i Italia har vært en nedgang i begge deler, særlig i negativ affekt. Endringene er små, men det vil bli spennende å se om det er en trend som vil fortsette.

Denne stabiliteten i nordmenns selvrapporterte psykiske velvære blir bekreftet av data fra Norsk Monitor for perioden 1985-97 (Hellevik 1999). I denne perioden har man annet hvert år stilt spørsmål om lykke («Vil du stort sett beskrive deg selv som: Meget lykkelig/Ganske lykkelig/Ikke spesielt lykkelig/Slett ikke lykkelig?»). Hellevik finner ingen endring i gjennomsnittlig lykke. Resultatene «avdekker et fullstendig stabilt mønster».

En skulle tro at når det absolutte nivå har betydning for det psykiske velværet, så ville den stige i land som f.eks. Norge, som har hatt en så stor vekst i materiell velstand i denne perioden. De data vi har gjennomgått ovenfor, synes å vise at det gjennomsnittlige psykiske velværet ikke har steget i Norge. Data fra Rikstrygdeverket viser at det har vært en økning i registrerte psykiske lidelser i Norge i de siste år: «...psykiske lidelser er en sterkt økende belastning på trygdebudsjettet i form av sykemelding, uførepensjon og medikamenter refundert av trygden» (Sandanger o.a. 1999). Riktig nok er det usikkert om dette innebærer en reell økning eller avspeiler endringer i helsepolitiske forhold. Det kan f.eks. ha sammenheng med legenes praksis eller endrede holdninger i befolkningen, bl.a. mindre stigmatisering av psykiatriske pasienter (Sosial- og helsedepartementet 2000). Men det kan bety at selv om økonomisk fremgang er et gode for mange, er det andre forhold som virker i motsatt retning.

Norge og andre land med høy materiell levestandard har også gjennomgått utvikling på andre områder, bl.a. i grad av ulikhet i inntekt (Søndergaard 2000, Sosial- og helsedepartementet 1998-99). Videre har det vært en økning i det vi kan kalle «forbrukerkultur», fokusering på det vi kan kjøpe, skaffe for penger, noe som «avleder individer fra den åndelige betydning av naturen, i motsetning til det menneskelagede» (Droge o.a. 1993). I høyt utviklede land som Australia og USA har meningsmålinger vist at et flertall har et pessimistisk syn på samfunnsutviklingen – «a growing feeling that they were part of a deteriorating system», «too much greed and consumerism; the breakdown of community and social life; too much pressure on families; ...» (Eckersley 2000).

Endring i befolkningens verdier kan være en innfallsvinkel til å forstå stagnasjonen i velvære. Hellevik har vist at nordmenn er blitt mer materia-

listiske og mindre idealistiske fra 1985 til 1997. Personer som har materialistiske verdier, svarer sjeldnere at de er lykkelige enn personer som har ikke-materialistiske verdier. Dette er konklusjonen på en analyse Hellevik (1999, 2000) har foretatt av data fra flere års spørreskjemasvar fra Norsk Monitor (som omtalt ovenfor). Konklusjonen får støtte i en artikkel (Kasser 2000) som gjennomgår en rekke amerikanske undersøkelser av ungdom, voksne og eldre. De svarte på spørreskjema, ble intervjuet og skrev dagbok bl.a. om sine aspirasjoner mht økonomisk suksess, karriere og berømmelse. Personer med intrinsiske verdier (bl.a. forhold til andre mennesker, personlig vekst) hadde høyere velvære, målt som bl.a. vitalitet, livstilfredshet og positiv affekt. Undersøkelser fra Russland og Tyskland (Schmuck 2000) tyder på at resultatene er holdbare også utenfor den nord-amerikanske kulturen.

Denne problemstillingen er også tatt opp i en undersøkelse av 1600 personer i Singapore (Kau o.a. 2000). En «materialistisk innstilling» ble målt ved en skala der det ble stilt spørsmål som «I like to own things that impress people» og «Financial security is very important to me». De fant av kvinner var mindre materialistiske enn menn, kristne mindre enn ikke-religiøse og personer i aldersgruppen 20-29 mer materialistiske enn personer i yngre og eldre aldersgrupper. De minst materialistiske var mer tilfreds med ekteskap, vennskap, materiell komfort, penger og livet alt i alt. Men de var ikke mer tilfredse med «livet i Singapore», f.eks. offentlige tjenester eller helsetjenester.

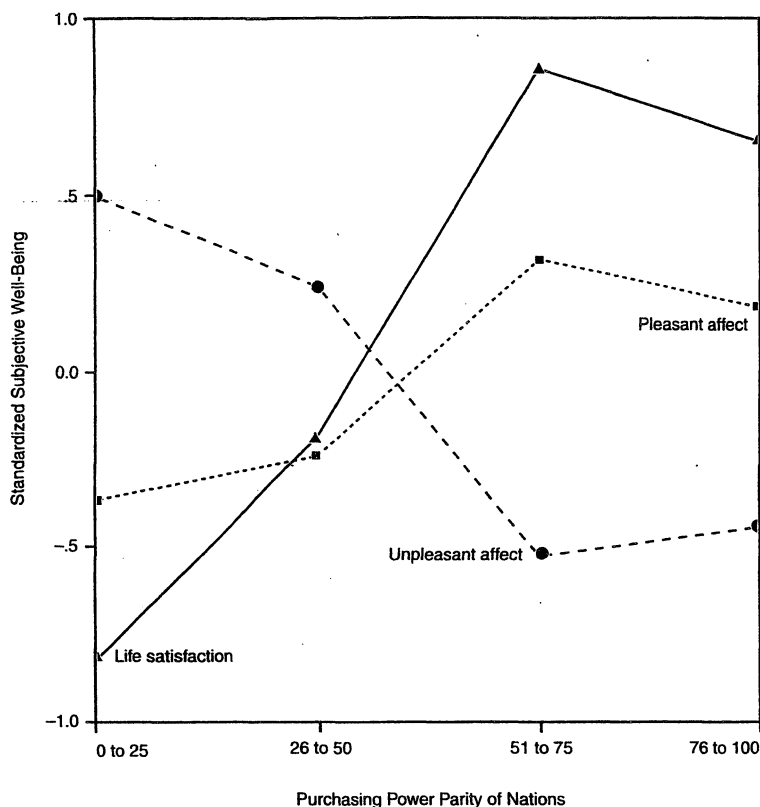
Andre vil peke på kriminalitetsutviklingen, høyere tempo, større prestasjonskrav, flytting, ulikhet i inntektsutviklingen. Ifølge Utjamningsmeldinga (Sosial- og helsedepartementet 1998-99) har det i Norge vært en økning i andelen med lave inntekter de siste 10 årene.

### 3.4.3 Individuelle forskjeller i inntekt

Har nordmenn med høy inntekt høyere livskvalitet enn nordmenn med lav inntekt? En skulle kanskje tro at svaret på dette spørsmålet er nei, siden vi har sett at den store økningen i gjennomsnittlig inntekt i perioden 1981 til 1990 for nordmenn ikke har falt sammen med en økning i gjennomsnittlig livskvalitet. Men dette stemmer ikke. Både i Norge og i andre vestlige land er det en positiv sammenheng mellom inntekt og livskvalitet på det individuelle plan. Riktignok har amerikanske undersøkelser vist avtagende grensenytte - sammenhenger som er kurvilineære: Inntektsforskjeller betyr mer på de lavere inntektsnivåer enn på de høyere (Cummins 2000a,

2000b). Men også på de høyeste nivåer har man funnet en svak sammenheng (Argyle 1999, Diener o.a. 1993).

Andre undersøkelser fra vestlige land (Diener og Suh 1999) finner at livstilfredsheten er høyest for personer med inntekt som ligger på 51 til 75 % av landsgjennomsnittet – betydelig høyere enn for de som har lavere inntekt, og noe høyere enn for de som har høyere inntekt (se figur nedenfor).



I Norge har vi data fra Helseundersøkelsen 1995 (Statistisk sentralbyrå 1999). Fra denne publikasjonen skal vi gjengi svar fra tre typer spørsmål som vi mener har relevans. Det spørres: «Hvor stor del av tiden har du vært glad og tilfreds?» (... de siste 14 dagene). Videre spørres det om bruk av beroligende midler/sovemedisin de siste 14 dagene. Og det spørres om «psykiske plager og problemer» de siste 14 dagene (Hopkins Symptom Check List (Derogatis 1974)). Det gjengis andel som svarer at de har vært ganske eller veldig mye plaget av minst tre symptomer. Publikasjonen bruker fire kategorier for husholdningens høyeste inntekt, den skiller mellom menn og kvinner og fire alderskategorier. Vi har her valgt å gjengi



alderskategorien 45-66 år, dels fordi antall personer i de andre kategoriene noen ganger er for lave til at prosenter er beregnet, dels fordi inntekt i de yngste og de eldste alderskategoriene ikke så lett kan tolkes, da mange er i utdanning eller er pensjonert.

| Husholdningens inntekt | Glad og tilfreds % |        | Psykiske plager % |        | Søvn/berol. medisin % |        |
|------------------------|--------------------|--------|-------------------|--------|-----------------------|--------|
|                        | 45-66 år           |        | 45-66 år          |        | 45-66 år              |        |
|                        | M                  | K      | M                 | K      | M                     | K      |
| Under kr. 160 000      | 76                 | 75     | 16                | 17     | 23                    | 25     |
| 160-199 999            | 83                 | 80     | 8                 | 14     | 10                    | 19     |
| 200-299 999            | 85                 | 85     | 5                 | 11     | 5                     | 9      |
| 300 og over            | 89                 | 84     | 4                 | 8      | 2                     | 9      |
| N                      | (1201)             | (1180) | (1200)            | (1179) | (1201)                | (1180) |

Disse tallene viser mindre tilfredshet og glede, flere psykiske plager og mer bruk av beroligende midler/søvnmedisin i de lavere enn i de høyere inntektskategoriene. (Når det gjelder kjønnsforskjeller skal vi komme tilbake til disse nedenfor.) Det er ikke foretatt signifikanstester. Forskjellene er uansett ikke store, hvis vi ser bort fra de som har inntekt under 160 000. Da tabellen angir inntekt pr. husholdning, kan vi anta at de som faller i den laveste inntektsgruppen, oftere er enslige. Det gjelder vel også for noen av de i den nest laveste. Derfor kan disse ikke så lett sammenlignes med de som faller i de andre inntektsgruppene. Tallene kan også tolkes slik at lavere tilfredshet og flere psykiske plager *fører til* lavere inntekt og ikke er en følge av lavere inntekt – eller at begge variabler kan være påvirket av en tredje variabel.

Noen av kolonnene viser tegn til avtagende grensenytte (utflating). Men vi mangler tall for de større inntektsforskjellene, som kunne fastslå denne tendensen med større sikkerhet. Hvis vi f.eks. hadde data for personer med inntekter på 400 000 i året, 600 000 i året osv., ville vi se om det gjennomsnittlige psykiske velværet fortsetter å stige eller om kurven ville flate ut. I en undersøkelse av 6000 sveitsere i 1992-94 fant man at den gjennomsnittlige høyeste livstilfredsheten ikke ble rapportert fra de som hadde den høyeste husholdningsinntekt, men fra de i den nest høyeste kategorien (Frey og Stutzer 2000).

Vi mangler også data om betydningen av formue. I en amerikansk undersøkelse fant man at inntekt i en gruppe middelaldrende menn og kvinner hadde meget liten betydning for livstilfredshet. Derimot var variabelen formue sterkt korrelert med tilfredshet. Personer med ingen formue skåret lavt på tilfredshet (Hazelrigg og Hardy 2000).

Dette er data fra vestlige land. Det er grunn til å tro at forskjellene mellom de som tjener lite, middels eller mye er større i land med lavere materiell levestandard. Diener og Diener (1995b) har sett på forholdet mellom tilfredshet med inntekt og tilfredshet med livet generelt blant studenter i 31 land, bl.a. Norge. De fant at tilfredshet med økonomien er en sterkere prediktor for generell livstilfredshet i fattige enn i rike land. Respondentene var studenter, de fleste i alderen 17-25 år og de fleste ugifte. Det er derfor problematisk å overføre resultatene til befolkningen i de respektive landene.

Det er for øvrig et klart funn at *tilfredshet* med inntekt har meget sterkere sammenheng med generell tilfredshet enn faktisk inntekt (Argyle 1999).

#### 3.4.4 Livskvalitet for personer som har gått opp eller ned i inntekt

Vi har sett at personer som har høy inntekt, har høyere livskvalitet enn de som har lav. Dette er særlig riktig når vi sammenligner folk som bor i rike og fattige land. Det gjelder også, om enn i svak grad, innenfor de enkelte land. Forskjellene synes å være sterkere i materielt fattige land enn i rike land, men det gjelder også i noen grad i rike land som f.eks. Norge. En skulle derfor vente at når folk går opp i inntekt, vil deres psykiske velvære øke. Det som finnes av empiriske studier fra vestlige land, gir et tvetydig bilde. I en undersøkelse fra Nederland (Groot og Maassen van den Brink 2000a) var konklusjonen at en økning i inntekt ga økning i livstilfredshet på lavere inntektsnivå, men at effekten flatet ut. I noen land har man funnet at depresjonsperioder med påfølgende nedgang i gjennomsnittsinntekt har ført til en nedgang i psykisk velvære (Argyle 1999).

Det er velkjent at amerikanske lotteri-vinnere (se f.eks. Brickman o.a. 1978) og engelske tippe-vinnere (Argyle 1999, Diener o.a. 1999) ikke er blitt særlig mye lykkeligere. Det kan henge sammen med en rekke forhold, f.eks. med at mindre velstående slektninger blir innpåsletne og at mange slutter i jobbene sine (Argyle 1999). I et såkalt «naturlig eksperiment» i USA fikk tilfeldig utvalgte mennesker med lave inntekter et tilskudd til

inntekten over en begrenset periode. Tilskuddene hadde en rekke utilsiktede virkninger, bl.a. økt skilsmisse (Thoits o.a. 1979).

Men også mer systematiske undersøkelser synes å vise at endring i inntekt ikke påvirker det psykiske velværet på litt lengre sikt. Diener o.a. (1993) fant ingen endring i psykisk velvære hos folk som hadde gått opp eller ned minst et halvt standard avvik over en 10-års periode. Diener o.a. antar at lykken øker eller daler forbigående, men at folk tilpasser seg til det nye inntektsnivået på litt lengre sikt.

### 3.4.5 Er det det absolutte eller det relative nivå som teller?

Vi har altså funnet at personer med høy inntekt har høyere livskvalitet enn personer med lav inntekt. Effekten er ikke stor i vestlige land, bl.a. i Norge, men en viss effekt får vi. To teorier er presentert for å forklare sammenhengen. Betydningen av inntekt for psykisk velvære blir noen ganger forklart som effekt av *absolutt* inntektsnivå («behovs-teori», «livability theory»), andre ganger av *relativt* nivå: folk sammenligner seg med hva andre har og/eller med eget tidligere nivå («sammenlignings-teori», «comparison theory»).

Teorien om at det er det absolutte nivået som har betydning, legger vekt på at inntekt gir folk midler til å tilfredsstillere sine behov – først og fremst basale behov (derfor er sammenhengen sterk i fattige land), men også sekundære behov. En høy inntekt gir adgang til goder som f.eks. boliger med høy standard, god mat, variert fritid og spennende reiser og at dette gir litt, om ikke mye, høyere lykke. Det gir mulighet til overskuddsaktiviteter, f.eks. et engasjerende yrke og fritidssysler. Maslows behovshierarki er her relevant (Maslow 1954) (se 1.6).

Teorien om at det er det relative nivå som teller, legger vekt på at folk sammenligner seg, sammenligner med hva andre har, hva man selv har hatt før o.a. Særlig fremheves det man kaller «sosial sammenligning»: En sammenligner seg med andre som har mer/mindre enn en selv, og blir tilfreds/utilfreds avhengig av hvordan denne sammenligningen faller ut. I så fall vil ikke økning i et lands gjennomsnittsinntekt føre til en større tilfredshet for befolkningen som helhet («the hedonic treadmill», se nærmere nedenfor under 3.12.3).

Amerikanske undersøkelser har vist at noen typer sammenligninger påvirker tilfredshet (Diener og Lucas 2000). Særlig klart er dette i for-

bindelse med jobbtilfredshet, der andres og egen tidligere inntekt påvirker jobbtilfredsheten. Relevante sammenligningsgrupper var personer i samme type jobb og på samme utdanningsnivå (Argyle 1999, Diener og Lucas 2000). Men i andre studier har man funnet liten effekt av sammenligninger (Diener og Lucas 2000). Diener o.a. (1993) sammenlignet psykisk velvære for personer med varierende inntekter som bodde i fattige vs rike bydeler i USA. De fant at folk på samme inntektsnivå var like lykkelige enten de bodde i rike bydeler eller i fattige bydeler. Det er med andre ord ens egen inntekt som bestemmer det psykiske velværet, ikke naboens inntekt.

En annen nylig publisert undersøkelse (Schyns 2000) sammenligner Russland og Vest-Tyskland i årene 1993-1996. Forskjellen mellom folk i de laveste og høyeste inntektsgruppene mht selvrapportert livstilfredshet var betydelig større i Russland enn i Vest-Tyskland, og korrelasjonen mellom inntekt og tilfredshet var høyere, særlig i 1996. Panelstudier viste en ren behovs-effekt i Russland, noe som ble sett i sammenheng med at en stor del av befolkningen lå under fattigdoms-grensen. I Vest-Tyskland fant man både behovs- og sammenligningseffekter (sammenligning med hva man selv hadde tjent tidligere), men behovs-effekten var sterkest. Sammenligningseffekten i Vest-Tyskland var sterkest over en fireårs-periode. Det vil si at det ikke var forskjellen fra det siste året som påvirket dagens tilfredshet, men forskjellen så langt tilbake som fire år.

Veenhoven og Ehrhardt (1995) konkluderer med at det bare er det absolutte nivået, ikke tidligere erfaringer som bestemmer det psykiske velværet. Diener og Lucas (2000) peker på at vi trenger mer presise teorier, som spesifiserer når, hvem og i hvilke kontekster sammenligninger finner sted. En nyere undersøkelse har gjort bruk av mer detaljerte tidsdata. Hagerty (1999) fant at folk sammenlignet seg med perioder som lå 2 til 2 1/2 år tilbake. Slike sammenligninger påvirket livstilfredsheten på kort sikt. Men på lengre sikt var det det absolutte inntektsnivå som hadde størst betydning for tilfredsheten.

Det finnes selvfølgelig også andre mulige forklaringer, f.eks. at høy inntekt har en viss sammenheng med selvtillitt, pågangsmot, optimisme og energi, som igjen har sterk sammenheng med psykisk velvære. Hvis dette er riktig, er det ikke inntekten som gir deg glede, men enkelte egenskaper du har som har medvirket til både høyere inntekt og høyere psykisk velvære.

### 3.5 Arbeidslivet. Arbeidsløshet. Fritid

Stigen (1973) skriver om arbeidet som en forbannelse og som en velsignelse. Han mener at gjennom hele oldtiden og middelalderen så man på arbeid som et onde og at sentenser som «Arbeidet adler mannen» og «Arbeit macht das Leben süss» er alle fra nyere tid. Hegel mente at det kom et omslag i holdningen til arbeid gjennom reformasjonen. Han hevdet at arbeidet er en «ære» og gir mennesket dets «verdighet». Voltaire sa at «Å arbeide er den beste måten å gjøre livet tålelig på.» Han pekte på tre onder som arbeidet holder borte fra oss, «nemlig kjedsomheten, ondskapen og nøden.»

I dagens vestlige samfunn har vi også et tvetydig forhold til arbeid. Arbeidslivet bestemmer inntekten, men synes også å kunne gi oss en rekke andre goder: selvrealisering, selvaktelse og integrering i et fellesskap. Arbeidsløshet betraktes som et onde, men ikke pensjonering. Sammenhengen mellom jobbtilfredshet og generell tilfredshet har vært moderat i amerikanske undersøkelser – for menn har man funnet korrelasjoner på .30-.35 i de siste tiår (Warr 1999). For kvinner har den vært lavere. I en oppsummerende undersøkelse sammenlignet man korrelasjoner mellom jobb- og generell tilfredshet for kvinner og menn før og etter 1974. Man fant at opp til 1974 har korrelasjonen for kvinner vært lav (gjennomsnitt .16), men etter 1974 har den nærmet seg korrelasjonen for menn (Tait o.a. 1989).

Det er uenighet om jobbtilfredshet påvirker den generelle tilfredshet («bottom up») eller omvendt («top down») (Diener o.a. 1999, Headey o.a. 1991). (Se nedenfor under 3.12.2 om «bottom-up» og «top-down»-teorier.) At påvirkningen går begge veier synes klart, men også at top down-påvirkningen er sterkest, særlig på lengre sikt.

Marx' pekte på at om arbeid er et gode eller et onde avhenger av arbeidsvilkårene (Stigen 1973). Hvilke forhold ved jobbsituasjonen påvirker jobbtilfredsheten? Sammenhengen mellom jobbtilfredshet og tilfredshet med livet alt i alt er sterkere for personer som er høytlønnede og høyutdannede og for personer som er i selvstendige næring. Flere undersøkelser har vist at kvinner er mer tilfredse med arbeidet sitt enn menn. I en britisk undersøkelse (Groot og Maassen van den Brink 2000b) fant man at kvinner var mer tilfreds på arbeidsteder der majoriteten var kvinner, mens kjønns sammensetningen spilte en mindre rolle for menn. Mannlige arbeidstakerne var mer tilfredse i jobber der de var underkvalifisert, dvs. der deres utdannelse var lavere enn den som var forventet i stillingen. For

kvinner spilte under- eller overkvalifisering ingen rolle for jobbtilfredsheten. Lønnsnivået (både absolutt og relativt) hadde betydning for menns jobbtilfredshet men ikke for kvinners.

Høystatusjobber gir høyere jobbtilfredshet men også mer opplevelse av utrygghet (Diener o.a. 1999, Warr 1999). Høystatusjobber gir større mulighet for personlig kontroll, til å bruke kunnskaper og evner, utfordringer (men ikke for store utfordringer – «overload»), til variasjon, til informasjon om hvorledes den skal utføres, forutsigbarhet om lønn og lønnsøkning, fysisk sikkerhet, oppmuntring og ros, kontakt og god kommunikasjon med andre, status og posisjon i samfunnet (Warr 1999).

Personer som liker arbeidet sitt, gjør en bedre jobb, særlig de som er i overordnede stillinger. De har mindre fravær og er mindre tilbøyelige til å skifte jobb (Warr 1999).

Flere undersøkelser, men ikke alle, konkluderer med at *arbeidsløshet* påvirker den generelle tilfredsheten sterkt (Oswald 1997, van Bruggen 2000, Frey og Stutzer 2000). Man har funnet at betydningen er særlig sterk i perioder når arbeidsløsheten er lav, og særlig for personer med høy utdanning og for personer som har vært arbeidsløse lenge og som er enslige. Når det kontrolleres for inntekt, blir effekten svakere. Også her regner man med at effekten går begge veier, at lav tilfredshet og dårlig mental helse fører til arbeidsløshet og, omvendt, at arbeidsløsheten gir lav tilfredshet og dårlig mental helse (Mastekaasa 1996, Argyle 1999, van Bruggen 2000). Man har også funnet høyere selvmordsrate blant arbeidsløse (Diener o.a. 1999).

Også i skandinaviske undersøkelser, både i danske, svenske og norske undersøkelser fra rundt 1990, har man funnet at arbeidsløse har dårligere psykisk helse og lavere psykisk velvære enn yrkesaktive. Colbjørnsen o.a. (1992) gir en oversikt over en lang rekke undersøkelser, bl.a. skandinaviske. De fleste undersøkelsene konkluderer med at arbeidsløshet er årsak til mental uhelse. Det gjør også en nyere norsk undersøkelse (Claussen 1994) og en svensk (Alm 1997).

Imidlertid er dette ikke konklusjonen i en annen norsk undersøkelse (Halvorsen 1998). Undersøkelsen er en panelstudie av langtids arbeidsløse i 1991-92. Spesielt så han på effekten på psykisk velvære av «re-employment», tilbakeføring til yrkesaktivitet av tidligere arbeidsløse. Målvariabelene var 1) ti ledd tatt fra Hopkins Symptom Check List og 2) tre ledd for subjektiv helse. Konklusjonen på undersøkelsen var at psykisk uhelse («psychological distress») ikke er relatert til arbeidsløshetssituasjonen *per*

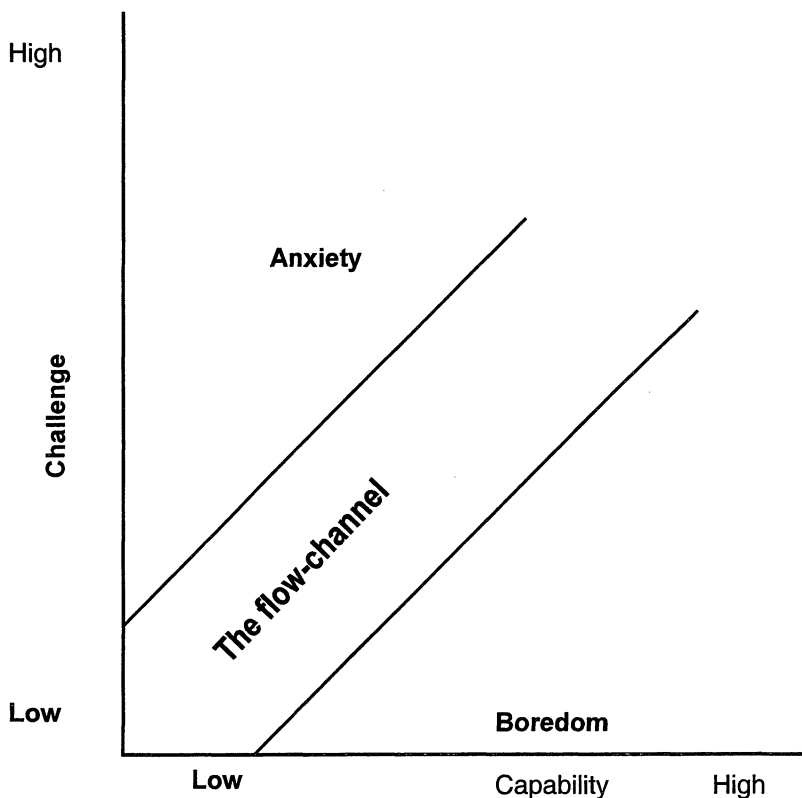
se, men er en følge av problemer på andre livsområder. Seleksjon til langtids arbeidsløshet gir en sannsynlig forklaring. Personer som har psykologiske problemer og en opphoping av problemer knyttet til dårlig økonomi og/eller familiebrudd, vil ha vanskelig for å få seg arbeid og lettere for å falle ut av yrkesaktiviteten.

Finnes det alternativer til betalt arbeid som kan styrke livskvaliteten for arbeidsløse? van Bruggen (2000) undersøkte betydningen av sosial isolasjon og av alternative sosiale aktiviteter i et utvalg av 948 langtidsledige i Nederland. Resultatene var negative. Hun fant at arbeidsløse hadde et betydelig lavere subjektivt velvære enn yrkesaktive og en høy andel som følte seg ensomme. Men hun fant også at sosial deltakelse på andre livsområder hadde en meget liten effekt på variasjonen i velvære, både når deltakelsen var organisert, bl.a. gjennom arbeidskontoret, og når den var uorganisert, f.eks. besøk hos venner.

De fleste yngre mennesker ønsker å være i betalt arbeid. Det gjelder også mange eldre. I Nord-Trøndelag-undersøkelsen fant vi at personer som fortsatt var yrkesaktive etter 67 år, var mer tilfreds med livet enn personer som hadde gått av med pensjon (Næss 1991). Eldre mennesker som er yrkesaktive, har bedre helse enn de som er pensjonert, noe som forklarer mye av forskjellen.

Hva man gjør i *fritiden* er viktig både for yrkesaktive og for ikke-yrkesaktive, - de arbeidsløse og pensjonistene. Man har funnet at i vestlige land er tilfredshet med fritiden viktigere for den generelle tilfredshet enn tilfredshet med arbeidet. I Japan er det omvendt (Argyle 1999). En rekke behov blir tilfredsstillet gjennom fritidsaktiviteter, noe som kan forklare sammenhengen med generell tilfredshet: Sport og trening bedrer helsen, samvær med likesinnede tilfredsstillende sosiale behov, og musikk, dans og andre kulturelle aktiviteter tilfredsstillende estetiske behov. Men disse sammenhengene kan også forklares som resultat av generell tilfredshet.

Csikszentmihalyi (1975, 1990) i sin teori om «flyt», legger vekt på at vi blir lykkelige når vi finner balanse mellom utfordring og dyktighet. Hvis våre oppgaver krever lite av oss, for lite i forhold til våre evner og muligheter, kjeder vi oss og mister motivasjonen. Hvis oppgavene er for store, blir vi engstlige, frustrerte, redde og taper selvtillit. Hvis utfordringene er riktige i forhold til ferdighetene, befinner vi oss i «flytkanalene», og aktivitetene er givende og motiverende.



### 3.6 Utdanning og sosial klasse

Utdanning gir mulighet til arbeid som gir høy sosial status og inntekt. Fritiden kan også bli rikere og mer variert. På den annen side fører utdanning til større forventninger og ambisjoner.

I vestlige land er det en svak positiv korrelasjon mellom utdanning og livstilfredshet, lykke og andre mål på psykisk velvære. Når det justeres for inntekt og yrkesstatus, blir sammenhengen svakere eller borte (Argyle 1999, Diener o.a. 1993, Diener o.a. 1999). Dette gjelder i USA og i vest-europeiske land, men også i Japan og Singapor. Sammenhengen er sterkere i land med lav levestandard, bl.a. i Syd-Korea, Meksiko, Jugoslavia, på Fillipinene og Nigeria (Argyle 1999). Hazelrigg og Hardy (2000) fant negativ sammenheng mellom utdanning og livstilfredshet i USA når de justerte for andre faktorer som inntekt og helse. Ser man på positiv og negativ affekt, finner man at sammenhengen holder for positiv affekt, men ikke for negativ: Personer med høy utdanning rapporterer oftere positiv



affekt, men ikke sjeldnere negativ affekt, enn personer med lav utdanning (Argyle 1999). Arbeidsløshet har større negativ betydning for personer med høy utdanning enn for personer med lav utdanning (Diener o.a. 1999).

I Helseundersøkelsen 1995 (Statistisk sentralbyrå 1999) finner vi noen norske data som viser sammenheng mellom utdanningsnivå og svar på spørsmål om å være glad og tilfreds, ha psykiske plager og bruk av søvn-/beroligende medisin. Resultatene er som for inntekt, se ovenfor under 3.4.3, men utdanning har svakere effekt enn inntekt. Som for inntekt finner vi at grensenytten er avtagende: Vi finner bedret psykisk velvære med økende utdanning opp til et visst nivå, men ingen bedring fra nest siste til siste nivå, dvs fra kort til lang universitets-/høgskole-utdanning. I nyere data, også disse fra Statistisk sentralbyrå («Den samlede levekårsundersøkelse 1998») har man sett på prosentandel som har «store psykiske plager» ifølge Hopkins Symptom Checklist (Derogatis o.a. 1974). Det er en viss sammenheng mellom utdanning og psykiske plager, både for menn og kvinner – personer med lav utdanning har oftere store psykiske plager, også når det kontrolleres for alder. Men forskjellene er ikke store (Moum 2000b).

«Sosial klasse» eller «sosial status» kan forstås som posisjon i klasse- og lagdelingsstrukturen (Moum 2000b). Sosial klasse gir en rekke materielle goder som kan forklare sammenhengen med livstilfredshet og positiv affekt. Men sosial klasse antas også å ha en sosial effekt. Høy klasse kan gi popularitet, flere venner, høy respekt fra andre og derfor også selvspekt (Argyle 1999). Sosial klasse kan gå i arv, særlig gjennom foreldrenes støtte til barnas utdanning, og klasseforskjellene forsterkes ved at formue går i arv (Gulbrandsen og Langsether 1997).

Yrke blir svært ofte brukt som indikator på sosial status i vestlige samfunn. Men også utdanning og inntekt plasserer oss i statushierarkiet, foruten familiebakgrunn og boligstrøk. I en amerikansk meta-undersøkelse fant man en korrelasjon på .20 mellom et sammensatt mål der yrke, utdanning og inntekt ble korrelert med selv-rapportert lykke. Når yrke ble brukt som det eneste mål på status, var korrelasjonen .10, etter kontroll for utdanning og inntekt. Effekten er betydelig større i fattige land enn i rike land. Den er større når klasse måles i selv-rapporter enn når man baserer seg på objektive mål. Dette er spesielt tydelig i land med sterk lagdeling som India og betydelig svakere i land som Australia der inntekt er jevnere fordelt (Argyle 1999).

Data fra «Den samlede levekårsundersøkelse 1998» viser sammenheng mellom yrke og prosentandel som har «store psykiske plager» ifølge Hopkins Symptom Checklist (Derogatis o.a. 1974). Det er en viss sammenheng mellom yrke og psykiske plager for kvinner, men ikke for menn – kvinner i arbeiderklasseyrker har oftere store psykiske plager enn kvinner i funksjonæryrker (Moum 2000b).

I vestlige land har man funnet at sosial klasse, liksom utdanning, har betydning for positiv affekt, men ikke for negativ.

Det har vært en langvarig diskusjon om sosial klasse gir lykke, eller om lykkelige mennesker er mer sosialt mobile og har oppnådd status gjennom innsats og energi. Den siste hypotesen kan nok ha mye for seg i land med et godt utbygd utdanningstilbud, men kan vanskelig forklare at plassering i lagdelingsstrukturen har spesielt stor betydning i land som India, der den sosiale mobilitet er svært liten og der lagdelingsstrukturen lenge har vært sementert (Argyle 1999).

### 3.7 Intelligens

Høy inntekt har sammenheng med yrke, som har sammenheng med utdanning, som har sammenheng med sosial klasse og med intelligens. Kanskje er det høy intelligens som gir høy livskvalitet?

Det er ikke utført mange undersøkelser som belyser sammenhengene mellom intelligens og psykisk velvære. De få som finnes, er fra vestlige land. Hvis intelligens måles med standardiserte tester, finner man at det ikke er noen sammenheng, forutsatt at man har kontrollert for demografiske variabler, bl.a. utdanning (Diener o.a. 1999).

I et amerikansk utvalg har man funnet at skåre på Subjective Happiness Scale korrelerte meget lavt med «college grade point average», og matematisk og verbal kompetanse (Scholastic Aptitude Test) (Lyubromirsky o.a. 1999).

I Norge har Watten o.a. (1995) sammenlignet resultater fra tester brukt ved sesjon. 269 tilfeldig utvalgte rekrutter i de norske styrker, gj.snittsalder 25 år, besvarte tester og spørreskjemaer om livskvalitet. Livskvalitet ble her målt som svar på spørsmål om lykke, generell livstilfredshet og en firedelt ord-par skala (se ovenfor under 2.4), og intelligens ble målt som skåre på et sett av standardiserte tester. Watten o.a. fant ingen sammenheng mellom skåre på intelligenstester og tester for tek-

niske evner på den ene side og svar på spørsmål om livskvalitet på den annen side.

Denne studien er interessant, men har begrensninger: Først og fremst at den bare dekker unge menn. Spørsmål om kjønnsforskjeller står ubesvart. Vi kan også tenke oss at intelligens indirekte har effekt når utdannings-, yrkes- og inntektsforskjeller utvikles blant middelaldrende menn og kvinner. Intelligens vil komme inn i bildet når unge mennesker tas opp i høyere utdanning, som igjen vil påvirke senere yrkesmuligheter og inntekt.

Andre intelligensbegrep, som sosial intelligens og emosjonell intelligens, vil kanskje være interessante i denne sammenhengen (Mayer og Salovey 1993), men her mangler det empiri.

### 3.8 Ekteskap

At ekteskap har betydning for hvor lykkelige vi er, får støtte fra flere hold. Vi har sett at legfolks hypoteser legger stor vekt på familie og ekteskap (3.1). Mange empiriske undersøkelser viser at tilfredshet i ekteskapet har sterkere sammenheng med den generelle livstilfredshet enn tilfredshet i andre forhold, f.eks. jobb og helse (Diener o.a. 1999, Headey o.a. 1991).

Det er enighet om at personer som er gift, gjennomgående er lykkeligere enn personer som ikke er gift. Likevel har det vært debatt både om årsaksforhold og om effekten er like sterk innenfor vårt samfunn nå som i tidligere år.

Man har for det første reist spørsmålet om det er slik at gifte mennesker er mer lykkelige enn ugifte fordi 1) folk blir lykkelige av å være gift, 2) lykkelige mennesker gifter seg oftere enn mindre lykkelige mennesker, og 3) lykkelige mennesker oftere forblir gifte.

Mastekaasa (1992, 1994a, 1995) har analysert norske data som viser at alle tre konklusjonene er riktige: Det er både riktig at ugifte og skilte i utgangspunktet er mindre lykkelige enn personer som gifter seg og forblir gift, og det er riktig at ekteskapet gjør folk mer lykkelige enn de var før de giftet seg og lykkeligere enn om de ikke hadde giftet seg.

Når det gjelder *samboerskap*, er resultatene usikre. Flere undersøkelser konkluderer med at samboerskap er dårligere enn ekteskap (Myers 1999). Samboerskap blir oftere brutt (Argyle 1999). Men i noen undersøkelser har man funnet at samboende er like lykkelige som gifte (Diener

o.a. 1999), bl.a. i Norge (Blom og Listhaug 1988, Mastekaasa 1994b, 1995). De sprikende resultatene kan ha sammenheng med kulturforskjeller: Man har funnet at i noen samfunn er de ugifte samboende lykkeligere enn de gifte, i andre ikke, og det avhenger trolig av hvor vanlig samboerskap er (Diener o.a.1999). I Norge har man funnet at samboerskap er særlig utbredt blant skilte (Mastekaasa 1994b).

Videre har man ment at ekteskapet har hatt synkende betydning i USA siden 70-årene, – man har hevdet at det er mindre forskjeller mellom gifte og ikke gifte enn i tidligere år. Både i USA og i Norge utgjør enslige i dag en langt større andel av befolkningen, både fordi vi gifter oss senere, og flere skiller seg. Senere analyser har kastet tvil på denne påstanden (Mastekaasa 1993). Både det forhold at flere skiller seg og gifter seg igjen i dag enn i tidligere år, og at flere av de som registreres som ugifte, faktisk er samboende, bidrar til at forskjellen mellom gifte og ikke-gifte blir svakere (Diener o.a. 1999).

Forhold til andre mennesker, både ektefelle og venner, er tvert i mot viktigere og bidrar mer til det psykiske velværet i den vestlige verden, nå enn før. Dette er en påstand eller en hypotese som begrunnes med at vi er nådd et metningspunkt når det gjelder materiell velstand og at andre goder derfor får større betydning (Lane 2000).

Det har også vært en debatt om ekteskapet har større betydning for menn enn for kvinner (om menn profiterer mer på å gifte seg enn kvinner gjør). At ekteskap er bedre enn ikke ekteskap både for kvinner og menn er vel akseptert og får støtte i undersøkelser i den vestlige verden, både når det gjelder svar på lykke-spørsmål og spørsmål om depresjon (Myers 1999). I en amerikansk undersøkelse har man funnet at ekteskapet er bedre for menn enn for kvinner mht positive følelser men ikke mht generell tilfredshet (Diener o.a. 1999). Andre undersøkelser konkluderer med at ekteskapet har større effekt for kvinners lykke, men større effekt for menns fysiske og mentale helse (Argyle 1999).

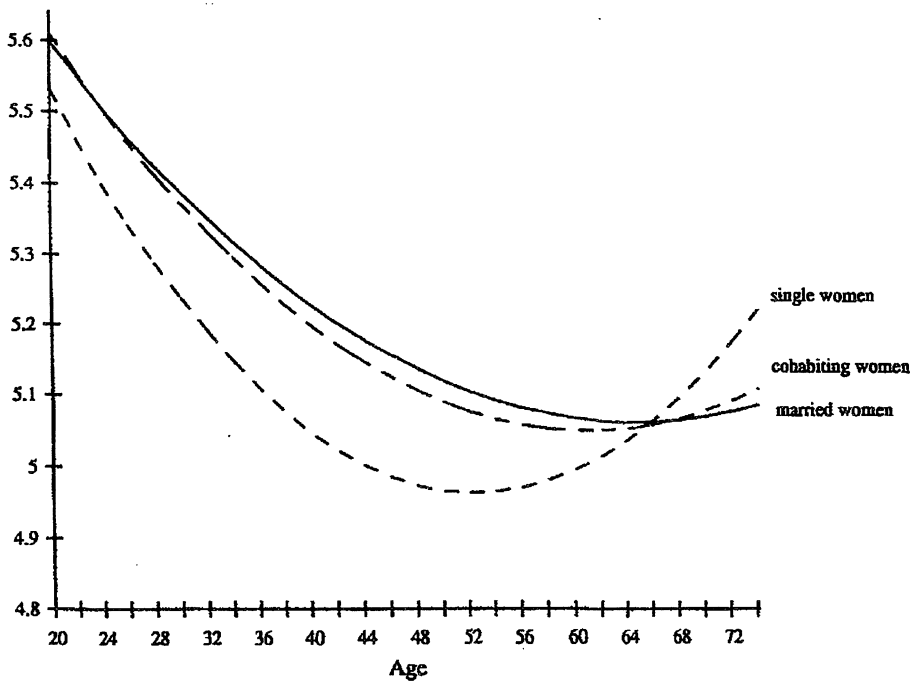
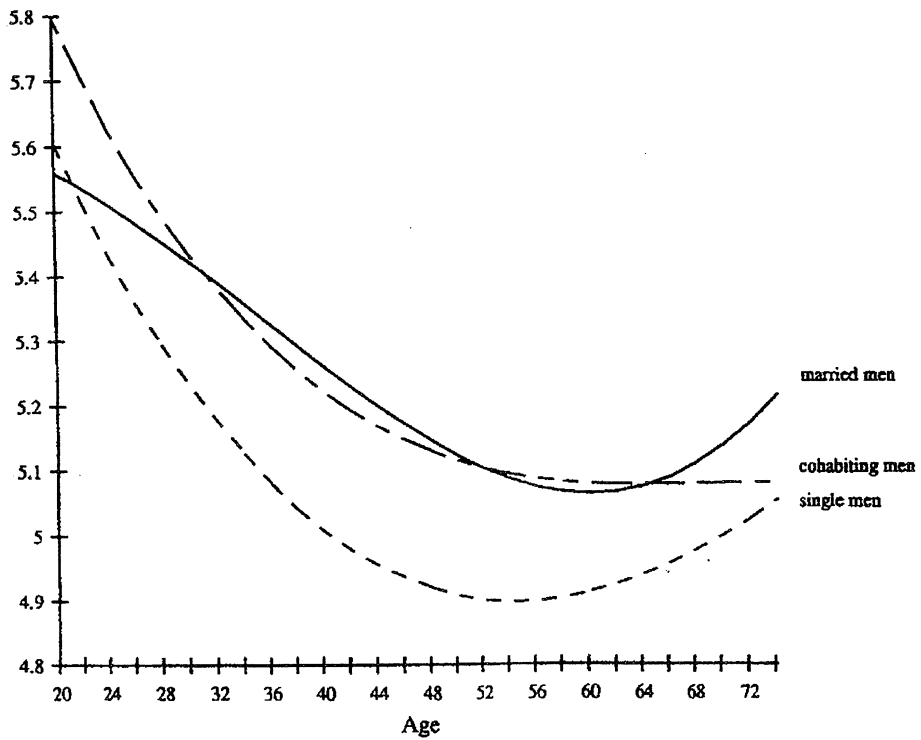
En norsk undersøkelse (Blom og Listhaug 1988) belyste «subjektiv livskvalitet» for gifte og ugifte menn og kvinner med datamaterialet fra den norske verdiundersøkelsen, der det stilles spørsmål om generell tilfredshet, lykke og positiv og negativ affekt. De fant at gifte og samboende hadde høyere subjektiv livskvalitet enn ugifte og at dette gjalt i samme grad for kvinner som for menn.

En annen norsk undersøkelse (Mastekaasa 1995) bygger på data fra Helse-undersøkelsen i Nord-Trøndelag i 1984-86. Han fant at gifte og samboende menn og kvinner hadde større livstilfredshet enn enslige, med unntak for eldre kvinner: Fra 65 års alderen var enslige kvinner mer fornøyd enn gifte kvinner (se figur nedenfor).

Også Næss og Bergwitz (1991) analyserte Nord-Trøndelag-materialet og fant at 1) både menn og kvinner har færre nervøse plager og høyere livstilfredshet innenfor enn utenfor ekteskapet, 2) eldre menn (fra 65 år og eldre) har høyere livstilfredshet når de er gift enn når de ikke er gift, mens det omvendte er tilfelle for eldre kvinner, og 3) både menn og kvinner er sjeldnere ensomme når de er gift enn når de er ikke er gift, men gifte kvinner er oftere ensomme enn gifte menn. At kvinner oftere enn menn føler seg ensomme i ekteskapet kan tyde på at kvinner stiller større krav til eller har større behov for emosjonell kontakt og nærhet. Og det kan tyde på at menn har mindre evne enn kvinner til å tilfredsstille andres nærhetsbehov. Forskning synes å vise at både menn og kvinner foretrekker kvinner når de har behov for emosjonell støtte og medfølelse (Myers 1999).

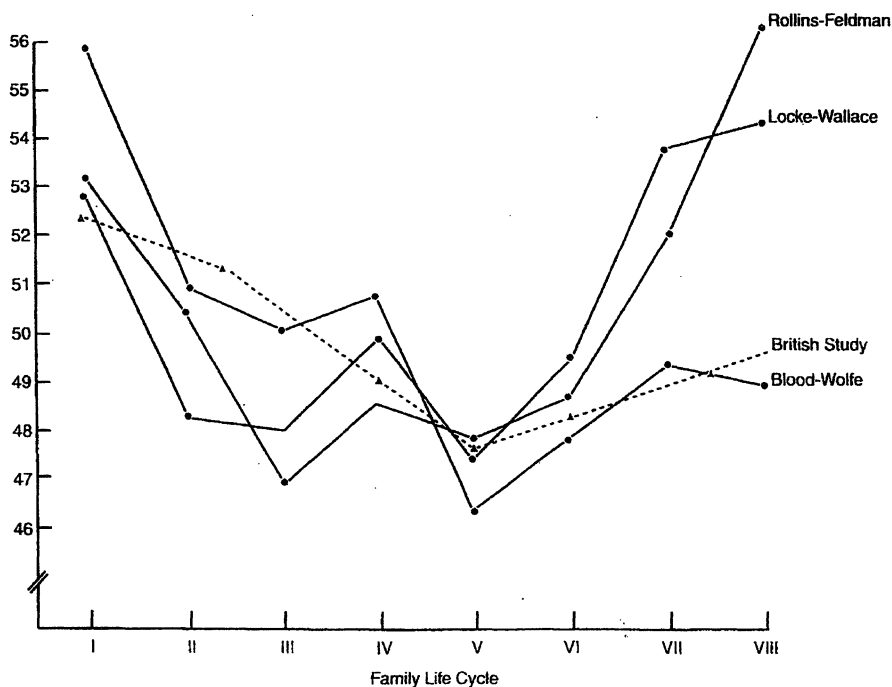
I en annen analyse av Nord-Trøndelag materialet (Moum o.a. 1990, 1992) så man på endring i psykisk velvære fra den første undersøkelsen i 1984-86 til en undersøkelse av et mindre utvalg som fant sted 10-36 måneder senere. En av problemstillingene var om forskjellige livshendelser hadde hatt en positiv eller negativ effekt på velværet. Man fant at både det å ha giftet seg/å ha flyttet sammen med samboer og det ha fått barn i perioden førte til et høyere velvære.

Mastekaasa (1995) sammenlignet også selvmordsrater for gifte og ugifte menn og kvinner i en rekke land. I alle land som var med i analysene, hadde ugifte en betydelig høyere rate enn gifte og menn betydelig høyere enn kvinner. I de fleste land var det en sterk økning i selvmord med alderen både for gifte og enslige, men i flere land, bl.a. i Norge, fant man en svak nedgang fra 50-60 årsalderen. Den relative selvmordsrisikoen for ugifte i forhold til gifte var avtagende med alderen. Dette gjaldt både for menn og kvinner.



Hvilke sider ved ekteskapet/partnerskapet medvirker til at livet som gift/samboende er bedre enn som enslig? En teori (status integrasjons-teorien) peker på at det å være gift er, i en periode av livet, konformt med forventningene fra andre i samme livssituasjon (Mastekaasa 1995). De som ikke er gift, faller utenfor det vanlige mønsteret, og dermed utenfor en del av den samfunnsmessige samhandlingen. Dessuten vil det å ha en ektefelle eller partner tilfredsstillende basale menneskelige behov ved å gi økonomisk og emosjonell støtte, fungere som buffer mot stress, bedre og mer varig enn fra andre medmennesker, som venner, kolleger og foreldre. Det er også kilde til stabilitet i seksuallivet og i vennskap, og påvirker livsstilen, bl.a. matvaner og fritidssysler i en retning som er heldig for mental og fysisk helse.

Barn bidrar til å gjøre livet meningsfullt, men er også en kilde til konflikt mellom foreldrene. Tilfredshet med forholdet er sterkere før man får barn og etter at barna er flyttet hjemmefra (Argyle 1999, Richmond o.a. 2000). (Se figur nedenfor).



Source: Walker (1977); Rollins and Cannon (1974); *Women's Own* (1974). Reprinted with permission from the Academic Press Ltd.

### 3.9 Kjønn og alder

Undersøkelser i vestlige land har vist små eller ingen forskjeller mellom menn og kvinner når det gjelder tilfredshet med livet. Men de har også vist at menn oftere enn kvinner begår selvmord og at kvinner oftere enn menn har psykiske plager, depresjon og angst (Diener o.a. 1999, Moum 2000b). I selvrappporter uttrykker kvinner oftere negative følelser (nedstemthet, skam- og skyldfølelse), og de viser oftere slike følelser under observasjon. Noen undersøkelser viser at menn oftere opplever og uttrykker sinne, andre undersøkelser viser ingen kjønnsforskjell i slike følelser. Ulike resultater kan henge sammen med kontekst, at de to kjønn reagerer med sinne i ulike situasjoner. Alkohol- og stoff-misbruk er mer utbredt blant menn (Nolen-Hoeksema og Rusting 1999). Kvinner synes å reagere på skilsmisse med depresjon og menn med alkoholmisbruk (Diener o.a. 1999).

Hellevik (1999) fant i en landsdekkende Norsk Monitor-undersøkelse i 1999 at kvinner litt oftere svarte at de var lykkelige enn menn. I en sammenlignende undersøkelse fra Lofoten og Oslo (Sandanger o.a. 1999) fant man at kvinner og menn har samme nivå av livskvalitet (selvrappporter om lykke og tilfredshet). Men kvinner rapporterte oftere psykiske helseproblemer (Hopkins Symptom Check List-25). Kvinner bekymret seg oftere for problemer med barna (at barna var nervøse, hadde alkohol- eller narkotikaproblemer). Til tross for at menn oftere rapporterte fysiske arbeidsbelastninger som forurenset luft eller trekk, hadde kvinner lettere enn menn for å reagere med psykiske plager på slike belastninger og var oftere fysisk utslitt etter en arbeidsdag. Menn reagerte sjelden på noen få belastninger, men når de opplevde mange belastninger («når belastningene nådde det kritiske antall»), reagerte de like sterkt som kvinner. Menn hadde oftere langtidssykemelding for psykiske lidelser enn kvinner. Konklusjonen på denne undersøkelsen var at kvinner er mer sårbare enn menn, men «menn blir sykere enn kvinner når de blir syke».

Amerikanske undersøkelser har vist at kvinner oftere rapporterer ikke bare negative, men også oftere positive følelser enn menn og gir oftere uttrykk for følelser som kjærlighet, lykke, og de smiler og ler oftere. Da kvinner synes å oppleve både mer positive og mer negative følelser enn menn, kan konklusjonen være at de svinger mer i følelseslivet og/eller oftere har sterke, mer intense følelsesmessige opplevelser enn menn (Diener o.a. 1999, Nolen-Hoeksema og Rusting 1999).



At kvinner har sterkere følelsesmessige reaksjoner enn menn er blitt forklart med kvinners større evne til empati. De oppfatter lettere andres emosjonelle tilstand og føler med i andres sorg og glede. Empirisk støtte for dette har man fått i selvrappporter og observasjon av ansiktsmimikk i forbindelse med visning av film. Man har også funnet støtte for at menn lettere mestrer stress ved å avlede fra, avvise og benekte plager hos seg selv og andre, mens kvinner har større tendens til å fordype seg i stress, f.eks. egen sykdom og sykdom i familien (Nolen-Hoeksema og Rusting 1999).

Andre har avvist disse konklusjonene med at de er stereotypier. Stereotypier blir lett selvoppfyllende profetier som fører til større forskjell i emosjonelt *uttrykk* enn i opplevde følelser (Fabes og Martin 1991).

Kvinnens overhyppighet av rapporterte plager er også blitt forklart med at deres lavere sosiale og fysiske status fører til mishandling, og at flere kvinner enn menn har opplevet mishandling, både i barndomshjemmet og i ekteskapet. Det har også vært hevdet at kvinner som er ugift har mindre følelsesmessige plager enn gifte kvinner (Nolen-Hoeksema og Rusting 1999).

Dette ble ikke bekreftet i en norsk undersøkelse (Mastekaasa 1995, Næss og Bergwitz 1991) som bygger på data fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag i 1984-86. Man fant at kvinner hadde flere nervøse plager enn menn (forskjellen økte med alderen) og like ofte innenfor som utenfor ekteskapet. Når det gjelder livstilfredshet, var det små forskjeller mellom kjønnene, bortsett fra blant de eldste: Kvinner over 65 år rapporterte høyere livstilfredshet når de var ugifte eller enker enn når de var gift, mens det omvendte var tilfelle for menn. Da kvinner oftere enn menn har ektefelle som er eldre enn seg, vil rimeligvis mange eldre kvinner ha menn som trenger omsorg, samtidig som de selv er slitne og ikke klarer så mye. Skilte kvinner rapporterte særlig ofte nervøse plager (oftere enn skilte menn og oftere enn gifte kvinner).

Nyere landsdekkende norske spørreskjemaundersøkelser gir lignende resultater. Ovenfor (3.4.3) har vi sett at kvinner og menn svarer tilnærmet likt på spørsmål om glede og tilfredshet, men at kvinner oftere svarer at de har psykiske plager (Statistisk sentralbyrå 1999, Moum 2000b), og oftere at de bruker søvn- og beroligende medisiner (Statistisk sentralbyrå 1999).

I Nord-Trøndelagundersøkelsen 1995-97 finner man at kvinner oftere sier de er ensomme enn menn. Dette gjelder fra 50-60-årsalderen av og øker, trolig fordi kvinner tidligere blir enker fra denne alderen av. Kvinner sier oftere at de har søkt hjelp for psykiske plager, oftere at de har brukt

sovemedisiner/beroligende medisiner og oftere at de er deprimert (Statens helsetilsyn 2000).

Også når det gjelder *alder*, finner man små forskjeller i selvrapportert livstilfredshet, men litt større forskjeller i positiv og negativ affekt (Argyle 1999). I en nyere studie av nesten 60 000 personer fra 40 land, finner man nedgang i positiv affekt med alder, men en svak økning i livstilfredshet og ingen endring i negativ affekt (Diener o.a. 1999).

I Nord-Trøndelag-undersøkelsene 1984-86 og 1995-97 finner man aldersvariasjon for noen variabler. Flere unge svarte at de vanligvis var glade, flere eldre at de vanligvis var nedstemte. På spørsmål om livstilfredshet, svarte de yngste oftere at de var fornøyd, deretter fant man en nedgang til aldersgruppen 50-59 og så en stigning til den eldste aldersgruppen (70 år og eldre). Minst ensomme var personer i aldersgruppen 30-49, mest ensomme de over 70. Eldre hadde betydelig oftere søvnproblemer og brukte meget oftere beroligende medisin. Denne undersøkelsen dekker alle bosatt i fylket over 20 år. Da frafallet er meget stort for de aller eldste, (fra 80 år og opp) og da frafallet for denne gruppen ofte begrunnes med svak helse, er det mulig at resultatene gir et for positivt bilde av de eldste (Næss 1992a).

I en landsdekkende norsk undersøkelse av hjemmeboende eldre (65 til 98 år) fant man at livskvaliteten (tilfredshet, positive og negative følelser) varierte med helse (langvarig sykdom, mental helse og funksjonsevne) og sosial forankring (ekteskapeleg status, fortrolig venn) (Dahl og Vogt 1996).

### **3.10 Helse. Funksjonshemming**

Når folk spørres om hva som er viktig for at de skal leve et godt liv, vil svært mange svare «å ha god helse» (se ovenfor, 3.1). Man har da også funnet forholdsvis sterke sammenhenger mellom selvrapportert helse og selvrapportert psykisk velvære, livstilfredshet, lykke o.l. De som sier at de har dårlig helse, sier oftere at de er lite tilfreds med livet m.m. (Moum 2000a, Michalos o.a. 2000).

Blant middelaldrende personer er selvrapportert helse en god indikator på dødelighet. Egen oppfatning om helse predikerer dødelighet like godt som et kombinert mål av alder, inntekt, helse-risiko-atferd og sykdomsdiagnoser gitt av leger (Hazelrigg og Hardy 2000).

Likevel har man funnet svake sammenhenger mellom helse og psykisk velvære, når helse måles med indikatorer som innleggelse i sykehus og

sykdomsdiagnoser gitt av leger – dvs med data som ikke er selvrapporter (Watten o.a. 1997, Diener o.a. 1999). Også longitudinelle undersøkelser, der man ser på endring i psykisk velvære som effekt av ny diagnose, støtter dette funnet (Brief o.a. 1993, Moum o.a. 1990, 1992, Næss og Eriksen 2000a).

Ofte sitert er Brickman o.a.'s (1978) studie av 29 personer som var varig lammet etter trafikkulykker. De ble intervjuet i et rehabiliteringssenter og spurt bl.a. om hvor lykkelige de var nå, hvor lykkelige de hadde vært før ulykken og hvor lykkelige de trodde de ville være om et par år. Tid siden ulykken var minimum en måned og maksimum ett år. Sammenlignet med en kontrollgruppe, svarte trafikkofrene at de hadde vært lykkeligere før ulykken og at de var mindre lykkelige nå. Men de svarte oftere enn kontrollgruppen at de trodde de ville bli lykkeligere om et par års tid. Deres svar på spørsmålet om hvor lykkelige de var nå, lå over midtpunktet i den fem-delte svarskalaen.

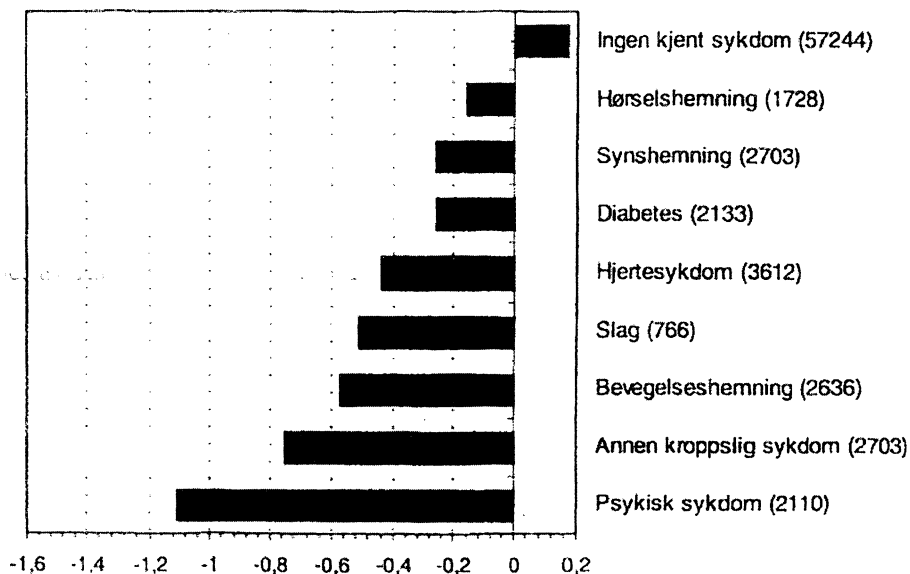
Studien baseres på et svært lite utvalg, men senere undersøkelser i samme gate har bekreftet at både kroniske sykdommer og alvorlige funksjonshemninger synes å ha overraskende liten effekt på det psykiske velværet. I en norsk undersøkelse sammenlignet Kramer (1995) 79 ryggmargsskadde, gjennomsnittsalder 42 år, som hadde levd med skaden i gjennomsnitt 10 år, med en kontrollgruppe på 61 personer. De svarte på spørreskjema bl.a. om livskvalitet. Kramer fant små og ikke-signifikante forskjeller mellom de to gruppene.

I en annen norsk undersøkelse (Grue 1998) av 311 unge med funksjonshemming (hørselshemmet, bevegelsehemmet, cystisk fibrose) fant man at de ikke avvek i forekomst av psykiske plager (Hopkins Symptom Check List) eller livstilfredshet (Cantril's Ladder Scale) fra et normalutvalg jevnaldrende unge.

Andre norske undersøkelser har funnet forskjeller mellom personer med og uten kroniske sykdommer eller funksjonshemninger. I en helseundersøkelse i Nord-Trøndelag som omfattet hele befolkningen i fylket (Holmen og Midthjell o.a. 1990) ble personer med forskjellige diagnoser eller funksjonshemninger sammenlignet med personer som ikke rapporterte sykdom/funksjonshemming (Eriksen og Næss 1998). De svarte på spørreskjema bl.a. om de var fornøyd med livet, brukte beroligende midler, var ensomme. I alle grupper var det gjennomsnittlig lavere livskvalitet blant de som hadde kroniske sykdommer eller funksjonshemninger enn blant de uten. For noen av gruppene var forskjellen fra totalbefolkningen meget liten, særlig for de med

hørselshemming. Men den var stor for de med psykisk sykdom og også ganske stor for de med hjerte/kar-sykdommer. (Se figur nedenfor).

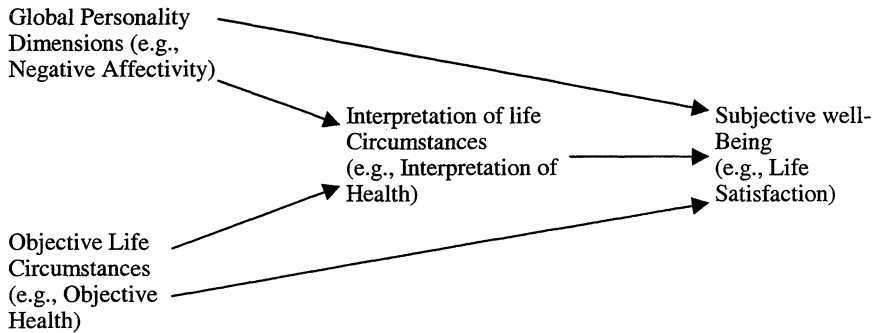
Figur 9. Selvrappport om å være fornøyd med livet. Kontrollert for alder og kjønn. Z-skårer



I Nord-Trøndelagundersøkelsen fant man også at personer med diabetes ikke hadde lavere livskvalitet enn personer uten kjente sykdommer, forutsatt at de var unge og ikke hadde andre sykdommer. Unge diabetespasienter mestret sykdommen (Næss og Eriksen 2000b). Mestring av sykdom synes å være en viktig faktor når man skal forklare at mange syke og funksjonshemmede har god subjektiv helse og høy livskvalitet. (Mer om mestring nedenfor under 3.12.3.)

Brief o.a. (1993) skisserte en modell for sammenhengen mellom objektiv helse, subjektiv helse (Interpretation of Health) og livskvalitet (Subjective Well-Being). Han la inn en fjerde faktor, nemlig personlighet (Global Personality Dimensions). Etter denne modellen vil både den objektive helsen og personligheten påvirke den subjektive helsen som igjen påvirker livskvaliteten. Han fant i sin empiri at den objektive helsen hadde liten eller ingen betydning for livskvaliteten når han justerte for den subjektive helsen. Men den objektive helsen påvirket livskvaliteten (sammen med personligheten) via den subjektive helsen.

### An integrated approach to subjective well-being



Sammenhengen mellom objektiv og subjektivt opplevd helse kan illustreres av følgende sitat fra en brevveksling mellom Tove Ditlevsen og hennes mann (Ditlevsen 1993):

Jeg føler meg slet ikke rask og er det heller ikke. Det forførdelige er ikke, at man *objektivt* skulle være syk, men *oplevelsen* af at være syk. For i min barndom ... blev jeg af min far og mor opdraget til at sygdom var «pjet» – altså noget næsten mere end umoralsk. Derfor har jeg en indstilling over for sygdom som prærieindianerne, der slet ikke ville eller kunne acceptere sygdom. ... Nå, mine «små» legemlige skrøbeligheder irriterer meg ad helvede til – jeg, der aldri har været syk indtil for nogle år siden.

### 3.11 Religion

Undersøkelser fra vestlige land, de fleste fra USA, konkluderer med at religiøse mennesker har en høyere livskvalitet enn personer som ikke har noe forhold til religion. Sammenhengen er svak når «forhold til religion» defineres generelt og når alle aldersgrupper sees under ett. Sammenhengen er sterkere blant eldre enn blant yngre mennesker og synes å være sterkere i amerikanske enn i europeiske populasjoner (Argyle 1999).

«Forhold til religion» har vært presisert og operasjonalisert i mange retninger, f.eks. som kirkemedlemskap, som kirkebesøk (hvor ofte man går i kirke), hvor ofte man ber til Gud, og om man føler nærhet til Gud. I en intervjuundersøkelse av et utvalg på 1030 nordamerikanere i 1988 (Peacock og Poloma 1999), fant man at de som svarte at de hadde hatt en sterk opplevelse av *nærhet til Gud*, oftere enn andre svarte at de var fornøyd med livet. Sammenhengen økte med alderen opp til ca. 40 år, sank deretter til ca. 70 år og økte igjen sterkt i den eldste aldersgruppen (76 til 96 år). De

andre variablene, f.eks. hvor ofte de gikk i kirke, hadde meget svak sammenheng med livstilfredshet, særlig blant de eldste.

Er det slik at det å tro på Gud gjør mennesker lykkelige, eller er det omvendt? Svarene på disse spørsmålene er usikre, men det synes som om religiøs tro har en positiv virkning på livstilfredshet, kanskje gjennom en opplevelse av eksistensiell trygghet (Argyle 1999).

Det er usikkert om disse resultatene har gyldighet for Norge. Det er ikke kjent at det foreligger publiserte data fra Norge om sammenhengen mellom religiøs tro og selvrapportert livstilfredshet eller lykke. I en spørreskjemaundersøkelse fra Lofoten og Oslo (Sørgaard 1998) svarte 42 % i Lofoten og 28 % i Oslo at religion hadde hjulpet dem i krisesituasjoner. Det ble også sendt spørreskjemaer til prester i Nordland fylke, og 70 % av disse svarte at de hadde hatt kontakt med tre eller flere psykiatriske pasienter i løpet av de siste 12 måneder.

For øvrig rangerer Norge meget høyt, men noe lavere enn Sverige, på en «sekulær-rasjonell» dimensjon, når verdens nasjoner sammenlignes med utgangspunkt i data fra World Values Survey 1, 2 og 3 (Inglehart 2000). Foruten at få svarer at de legger stor vekt på religion (f.eks. «How important is God in your life?»), er det mange som uttrykker toleranse for abort, skilsmisse og homoseksualitet. I perioden fra første WVS (1981) til siste (1995-98) er det blant nordmenn en nedgang i andel som sier de tror på Gud, men en økning i andel som sier de ofte tenker på meningen med livet.

## 3.12 Modeller. Teorier

I dette kapitlet har vi prøvd å forklare hvorfor noen mennekser har høyere livskvalitet enn andre. Vi har sett på forskjellige forhold, faktorer og livsområder som ofte settes i sammenheng med det gode liv – som hva folk tjener, hva slags arbeid de har, hva slags ekteskap. Noen ganger har vi henvist til overordnede teorier. I det følgende skal vi gå nærmere inn på enkelte slike teorier, som kan sammenfatte enkelte av funnene ovenfor i mer helhetlige modeller.

### 3.12.1 Ressurser og tilførsler

Alle teorier som tar sikte på en helhetlig modell for å forstå årsakene til psykisk velvære, vil inkludere to elementer: Hva personen har – f.eks. personlighet eller eiendom eller nettverk – og hva personen får – f.eks.

inntekt eller kjærlighet eller forfremmelse. Vi kan også kalle de to elementer ressurser og tilførsler eller kapital og inntekt. Hos Headey og Wearing (1991) kalles de «stocks and flows».

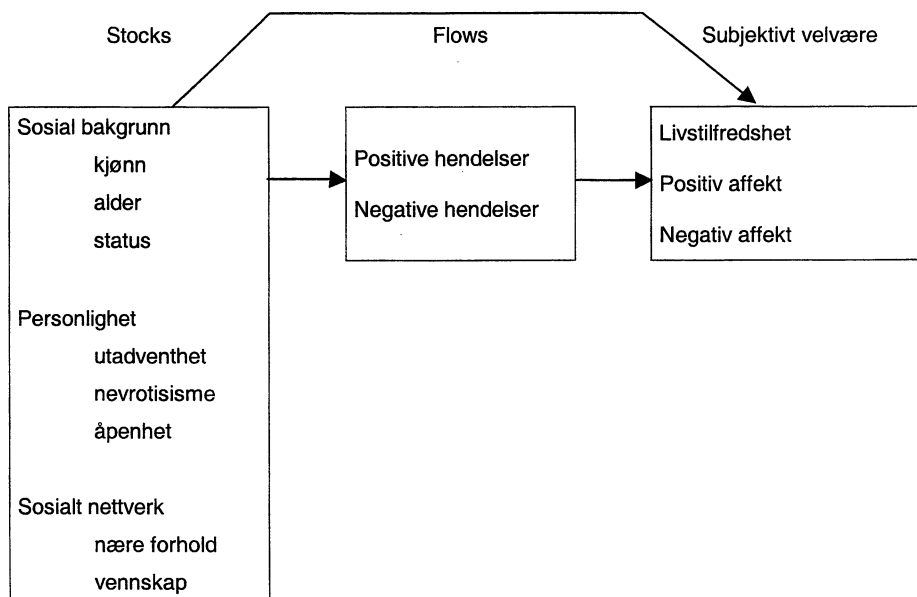
Headey og Wearing lister opp tre typer ressurser:

- sosial bakgrunn (f.eks. kjønn og sosioøkonomisk status)
- personlighet (f.eks. utadvendthet og nevrotisisme)
- sosialt nettverk (f.eks. nære forhold og vennskap).

Videre lister de opp to typer tilførsler:

- gunstige hendelser som gir vinning
- ugunstige hendelser som gir tap.

Kombinasjoner og interaksjoner mellom ressurser og tilførsler bestemmer det psykiske velværet.



### 3.12.2 Bottom up – top down

Beslektet med teoriene om ressurser-tilførsler er Dieners teori om «bottom-up versus top-down». I et tidlig arbeid innførte Diener (1984) dette begrepsparet for å beskrive prosesser som antas å influere på folks livskvalitet. Bottom-up prosesser står for påvirkning fra objektive faktorer som samfunnsforhold, inntekt, familieforhold o.a. Top-down er egenskaper eller tilstander hos personen som påvirker hvordan de ytre forholdene blir oppfattet og utnyttet.

Både tidligere og nyere forskning har funnet svake sammenhenger mellom levekår og psykisk velvære i vestlige samfunn. Campbell, Converse og Rogers (1976) anslo at 20 % av variansen i psykisk velvære kunne forklares av demografiske forhold (her inkludert bl.a. alder, kjønn, inntekt, rase, utdanning og sivilstand). Andrews and Withey (1976) anslo 8 %. Foruten stabile levekår har også livshendelser betydning for psykisk velvære – både *store* hendelser som flytting, det å få barn, begynne i ny jobb, miste jobben (Moum o.a. 1990) – og daglige *små* hendelser som å komme for sent til trikken eller å få takk for en tjeneste du har utført (Diener o.a. 1999). Men også disse effektene ser ut til å være små.

Campbell o.a. (1976) fant imidlertid at *tilfredshet* med levekårene, f.eks. tilfredshet med inntekt, med utdanning, med familien m.m. (de kalte det «domenetilfredshet») hadde sterk sammenheng med generell livstilfredshet. Michalos og Zumbo (1999) finner at det de kaller en bottom-up modell, der tilfredshet med en lang rekke forhold i den nære omgivelse (f.eks. partner) og den fjerne (f.eks. public services), forklarer 66 % av et mål på generell tilfredshet og 37 % av et mål på lykke. Om sammenhengen mellom generell livstilfredshet og tilfredshet på forskjellige områder, se Cohen (2000) og Leonardi o.a. (1999).

Headey o.a. (1991) peker på at domenetilfredsheten ikke nødvendigvis er *årsak* til tilfredshet med livet alt i alt. Tilfredshet med livsbetingelsene kan være *konsekvenser* av generell tilfredshet: De som er tilfreds med tilværelsen, vil ha tendens til å persipere levekårene og de forskjellige forhold som livet byr dem, på en positiv måte. «... happy people perceive small gaps», ikke omvendt. For å belyse denne problemstillingen, har man benyttet paneldata, en serie på tre eller flere undersøkelser av samme utvalg. Headey o.a.'s analyser viste et komplisert bilde: Når det gjelder ekteskapstilfredshet, finner de et to-veis årsaksforhold - både top-down og bottom-up. Et godt ekteskap er både en årsak til og et resultat av tilfredshet med livet alt i alt. Når det gjelder arbeid, fritid og levestandard, finner de i hovedsak et top-down årsaksforhold – en generell



positiv holdning til livet kan forklare at man trives i arbeidet, at man er fornøyd med fritidsaktivitetene og fornøyd med sin levestandard. For to andre domener som ble belyst i undersøkelsen, vennskapsrelasjoner og tilfredshet med helse, finner de at sammenhengen med generell tilfredshet er spuriøs, – bakenforliggende personlighetsvariabler forklarer både vennskap og tilfredshet med helse.

Lance o.a.(1995) kalte modellen der top-down og bottom-up tilnærminger ble kombinert for en «bidirectional model». De testet modellen på et stort utvalg studenter i USA og fikk den bekreftet for åtte av elleve domener – dvs at for åtte domener var det både bottom-up og top-down effekter som gjorde seg gjeldende. De fant også at top-down effekten var klart sterkest for de fleste av domenene. Unntakene var tilfredshet med samlivspartner og rekreasjon, der effekten var like sterk i begge retninger. Bottom-up effekten var ikke signifikant for tre domener, nemlig for betalt arbeid, religion og transport.

Med utgangspunkt i disse resultatene, begynte man å interesserte seg for egenskaper hos subjektene som forklarer hvordan de persiperer og vurderer de forholdene de lever under og de hendelsene de utsettes for. Personlighetstrekk er eksempler på slike egenskaper.

### *3.12.2.1 Personlighet*

Et personlighetstrekk har vært definert som en underliggende disposisjon for å reagere på bestemte måter. Det vil si at reaksjonsmåten er relativt stabil fra situasjon til situasjon.

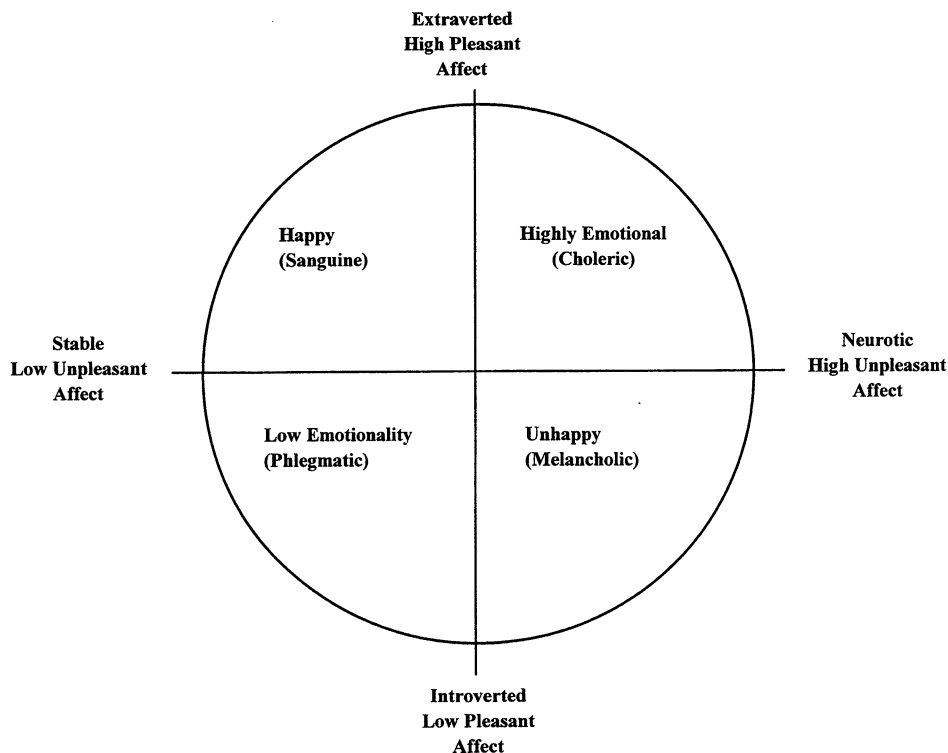
Rapporter om psykisk velvære fluktuerer mye på kort sikt, se 2.3.2. Men longitudinelle undersøkelser over ti års perioder har vist at subjektivt velvære har større stabilitet, både over tid og fra situasjon til situasjon, f.eks. fra arbeidssituasjonen til fritidssituasjonen, og fra sosiale situasjoner til alene-situasjoner. De som er glade og fornøyde på jobben, er stort sett også glade og fornøyde i fritiden. Og som sagt finner man at objektive forhold i omgivelsene, f.eks. hva vi tjener og hvor vi bor, forklarer bare lite av variasjonen i subjektivt velvære, – vel å merke i våre vestlige samfunn. Spørsmålet man stiller seg, er om denne stabiliteten har en genetisk årsak eller om det er andre forklaringsmåter som er like eller mer overbevisende.

Mye empiri viser stabile og konsistente individuelle forskjeller i psykisk velvære som i noen grad er nedarvede (Diener og Lucas 1999, Diener o.a. 1999). Flere forskjellige empiriske tilnærminger, bl.a. adopsjons- og tvillingstudier, støtter dette.

En tvillingstudie som særlig tilfredsstillende strenger metodekrav (Tellegen o.a. 1988), sammenlignet 217 eneggede og 117 toeggede tvillingpar som vokste opp i samme familie og henholdsvis 44 og 27 som vokste opp atskilt. De fant bl.a. at eneggede tvillinger oppvokst i forskjellige hjem var mer like med hensyn til selvrapportert subjektivt velvære enn toeggede tvillinger som vokste opp sammen. Det ble estimert at 40% av variasjonen i *positiv* emosjonalitet kunne tilskrives genetikk og 22% familiepåvirkning. Når det gjaldt *negativ* emosjonalitet, ble 55% av variasjonen tilskrevet genetikk og 2% familiepåvirkning. De tilsvarende tall for *generell tilfredshet* var 48% og 13%. Det har vært anført som en svakhet ved undersøkelsen (Diener o.a. 1999) at det i utvalget var lav variasjon med hensyn til familiebakgrunn, – tvillingene hadde sannsynligvis hatt en forholdsvis lik kulturell og miljømessig påvirkning. Alle tvillingene, både de som vokste opp sammen og de som ble atskilt, vokste opp i moderne, vestlige, amerikanske hjem (Minnesota), og adoptivforeldrene hadde selvfølgelig det felles at hadde valgt å adoptere barn, noe man sjelden gjør når det økonomiske utgangspunktet er svært dårlig.

Andre tvillingundersøkelser har funnet svakere sammenhenger. Men at negativ affekt har en sterkere genetisk komponent enn positiv affekt, er et funn som går igjen i flere undersøkelser (Diener og Lucas 1999).

Effekten av gener går ikke nødvendigvis gjennom personlighet, men kan til dels gjøre det. Kan sterkt arvelige personlighetsegenskaper forklare disse funnene? I personlighetspsykologien har det vært gjort flere forsøk på å utarbeide og begrunne modeller for beskrivelse av personligheten. I noen av modellene opereres det med mange dimensjoner, i andre med få. Costa og McCrae brukte Eysencks to-faktor modell (se figur) og knyttet utadventhet/ekstraversjon sterkest til positiv affekt og nevrotisisme til negativ affekt (Costa og McCrae 1980, Diener o.a. 1999). Costa og McCrae definerte «nevrotisisme» som «en tendens til å oppleve negative, vonde følelser» (Costa og McCrae 1987). Blant de trekk som «definerer denne dimensjonen er frykt, irritabilitet, lav selvfølelse, sosial angst, dårlig impuls kontroll og hjelpeløshet». «Negativ affektivitet» har vært foreslått som en alternativ betegnelse for nevrotisisme (Costa og McCrae 1987). Å si at nevrotisisme er årsak til negativ affekt blir da tautologisk. Men en kan også si at negativ affektivitet er et personlighetstrekk, og følgelig et stabilt trekk og langt på vei arvelig.



I tillegg til ekstraversjon og negativ affektivitet, er også andre personlighetsegenskaper, som selvtillit og optimisme, korrelert med psykisk velvære, og det er uavklart om forskjellige andre personlighetsegenskaper kan komme inn i bildet. I et forsøk på å integrere psykoanalytisk tenkning og psykometri foreslår Doyle og Youn (2000) en firedeling basert på to dimensjoner: Ekstraversjon/introversjon og myk/hard («tender»/«tough»). Han bruker også betegnelsene «ekspressive» for de som er ekstraverte og myke (Freud: genitale), «analytikere» for de som er introverte og harde (Freud: anale), «drivers» for de som er ekstaverte og harde (Freud: falliske) og «amiable» for de som er introverte og myke (Freud: orale). De ekspressive hadde høyest skåre på selvrapportert livstilfredshet.

Et personlighetstrekk som synes å ha sammenheng med livskvalitet, er en tendens til hyppige/sterke svingninger i følelseslivet. Noen kan bli intenst glade og/eller intenst ulykkelige, og noen vil svinge hyppig, mens andre er mer stabile. Forskjellige personer har også forskjellige preferanser. Mens noen setter pris på intense følelser og oppsøker situasjoner som utløser dem, vil andre foretrekke et jevnere følelsesliv (Diener o.a. 1999). Foreløpige

resultater tyder på at personer med sterke og/eller hyppige stemnings-svingninger har tendens til å skåre høyt på negativ affektivitet og derfor ha en lavere livskvalitet alt i alt (Eid og Diener 1999).

Men både når det gjelder Eysencks to-faktor modell og andre personlighetstrekk som er korrelert med psykisk velvære, er det uklart hvilken retning påvirkningen går i, eller hva som kom først, høna eller egget. Muligens vil en person som skårer høyt på negativ affektivitet, bli utsatt for flere belastende forhold og hendelser, f.eks. ekteskapskonflikter og konflikter på arbeidsplassen, enn en mer stabil person. Han kan dessuten ha lettere for å registrere og konsentrere seg om negative aspekter ved livet.

Det er altså enighet om at det er en sammenheng mellom psykisk velvære og personlighetsegenskaper. Men det er flere og sprikende teorier om hvordan denne sammenhengen er.

En teori er at det er en biologisk sammenheng, slik tvillingstudien omtalt ovenfor tyder på. Man snakker om temperamentsforskjeller, genetiske predisposisjoner for å være lykkelig eller ulykkelig. Man kan tenke seg at vi alle har et medfødt affektnivå som vi ligger på det meste av tiden, og som vi bare i noen grad avviker fra når hendelser av positiv og negativ art inntreffer. Det kan være små hendelser, som at noen roser oss på jobben, eller at vi faller i trappen. Etter kort tid tilpasser vi oss og vender tilbake til vårt basisnivå. Ifølge teorien vil vi før eller senere gjøre det, selv om hendelsene kan være alvorlige og medføre varige endringer av livsbetingelsene, som f.eks. tap av livsledsager eller uførhet.

Videre kan man tenke seg at personer med en utadvent personlighet er mer oppmerksomme og mer sensitive overfor belønninger og reagerer lettere med positiv affekt når de får kontakt eller mottar vennlighet og ros. Innadvente personer har muligens ikke denne sensitiviteten og opplever derfor sjeldnere positiv affekt. På samme måte kan personer som skårer høyt på negativ affektivitet, være mer oppmerksomme og sensitive for skuffelser og mer nærtagende for kritikk og avvisning enn personer som skårer lavt på negativ affektivitet. Dessuten er det ting som tyder på at utadvendte personer er bedre likt og derfor mottar mer vennlighet enn personer som er mer innadvendte. Utadvendte mennesker oppsøker situasjoner der det foregår morsomme ting, mens innadvendte personer unngår slike situasjoner av frykt for skuffelser og nederlag. Et funn som taler mot denne forklaringsmåten, er at ekstraverte personer er lykkeligere enn introverte, også når de bor alene og arbeider i ikke-sosiale yrker. Videre har

man funnet at både ekstraverte og introverte er lykkeligere i sosiale situasjoner enn i ikke-sosiale situasjoner (Diener og Lucas 1999).

En tredje forklaringsmåte blir beskrevet som en kognitiv tilnærming. Vi bearbeider den informasjon som foreligger, på personlige måter. De fleste mennesker oppfatter mer av og tar bedre vare på informasjon som styrker deres positive selvbilde og som oppleves som mer gledelige enn informasjon som har den motsatte virkningen. Denne holdningen har vært omtalt som «Pollyannasyndromet» (Næss 1994a). Pollyanna lekte «være glad-leken», hun valgte å se de lyse sidene ved livet. Selv om holdningen finnes hos alle eller de fleste, er det klart at den er sterkere hos noen enn hos andre. Disse har en spesielt sterk tilbøyelighet til positive illusjoner eller selvbedrag. Hvis denne holdningen er stabil, kan den forstås som et personlighetstrekk (se nærmere under 3.12.3 om Mestring).

Andre forskere har lagt vekt på en annen side ved personligheten som er viktig for det psykiske velværet, nemlig det å kunne sette seg mål og velge ut mål som er realistisk oppnåelige. Man har funnet at evne til engasjement og initiativ er positivt for velværet. Videre at de som har utviklet effektive strategier for å nå de mål de setter seg, innenfor rammene av det som er kulturelt akseptabelt og de gitte livsbetingelser, har høy livskvalitet (Diener og Lucas 1999).

### *3.12.2.2 Samspill mellom personlighet og situasjonsbestemte effekter*

Det synes klart at personlighetstrekk i ganske høy grad påvirker vårt psykiske velvære, spesielt vår opplevelse av negativ affekt. Men også situasjon, omgivelser, levekår og livshendelser er viktige for hvor godt vi har det, spesielt for vår mulighet til positiv affekt. Våre liv er stabile, ikke bare fordi våre personlighetstrekk er stabile, men også fordi vår atferd skaper stabile omgivelser. Derfor kan vi få sammenhenger mellom livskvalitet og personlighetstrekk som indirekte er resultat av medfødte disposisjoner, men ikke direkte genetiske (Diener og Lucas 1999).

Å utforske samspillet mellom personlighet og omgivelser er en utfordring som vi står overfor i livskvalitetsforskningen. F.eks. kan man tenke seg at noen mennesker har en disposisjon for å reagere positivt på rolige situasjoner, som familiesamhold og fast jobb - mens andre ønsker større utfordringer og variasjon. Men hvis de rette forhold ikke finnes, eller ikke er stabilt tilstede, vil personlighetstrekket ikke være tilstrekkelig til at positive opplevelser opptrer særlig ofte. F.eks. vil en person som har behov

for trygghet og ro, ønske seg en jobb utenfor de større byene og legge mindre vekt på at arbeidet skal være utfordrende og spennende. Men hvis denne personen opplever nedgangstider og hvis lokalsamfunnet rammes av arbeidsløshet, kan tilværelsen bli full av bekymringer. En person med en annen personlighet, vil flytte eller vil ta initiativ til løsninger som er risikofylte.

Fysisk helse er i høy grad avhengig av levekår. Men som vi har sett under 3.10, har den fysiske helsen liten *direkte* betydning for psykisk velvære. I interaksjon med personlighet (f.eks. optimisme/pessimisme) vil fysisk helse derimot påvirke den subjektive helsen (f.eks. ved tolking av symptomer og legens forklaringer) og gjennom den det psykiske velværet (Brief 1993).

### 3.12.3 Mestring. Kontroll. Tilpasning

Ikke bare personlighetstrekk men også mindre stabile tendenser til å reagere, føle eller mene noe om forskjellige forhold i omgivelsene, kan ha sammenheng med personens livskvalitet. Mestring kan sies å være en tendens til å reagere på bestemte måter når vi utsettes for en påkjenning, f.eks. sykdom. Påkjenningen fører til at det stilles krav til oss, enten fra omgivelsene eller fra oss selv. Mestring defineres gjerne som anstrengelser for å imøtekomme slike krav, krav som belaster eller overskrider våre ressurser (Lazarus og Launier 1978).

Alle mennesker utsettes for livspåkjenninger, eller i Headey og Wearings (1991) terminologi, negative hendelser, eller i Antonovskys (1981, 1987) terminologi, stressorer. Mestringsteori har særlig vært brukt i forbindelse med sykdom. Sykdom er en påkjenning, en stressor, som kan redusere vår livskvalitet. Men som vi har sett i avsnittet om helse (3.10), er den subjektive helsen det avgjørende for livskvaliteten. Mestring er personens måte å overkomme påkjenningene på, påkjenninger som følger sykdom og andre negative livshendelser. Formålet med mestringen kan være å forebygge en uheldig utvikling av sykdommen og å bevare livskvaliteten. Disse to formålene kan falle sammen, men de kan også komme i konflikt. En person som er blitt syk, kan f.eks. anstrenge seg for å leve regelmessig og mosjonere og spise sunn mat. Men slike sunnhetsregler passer ikke for alle, – noen føler at deres livskvalitet er høyere når de slapper av og «nyter livet» (Næss og Eriksen 2000b).

I mestringsteori skiller man gjerne mellom de handlingsorienterte anstrengelsene og de intrapsykiske. I den handlingsorienterte mestringen foretar personen noe som retter seg mot omgivelsene. De kan f.eks. skaffe seg informasjon og de kan be om hjelp hos venner og familie. Å ta kontakt med personer som har opplevet det samme som en selv, f.eks. skilsmisse eller sykdom, synes å være en effektiv mestringsstrategi (Frederick og Loewenstein 1999).

De intrapsykiske anstrengelsene retter seg innover mot personens egen psyke – en bearbeider tanker og følelser, styrker seg selv i anstrengelsene for å imøtekomme de kravene som stilles til en, tilpasser sine krav og ambisjoner.

I definisjonen av mestring refereres det til reaksjonsmåter, ikke til personlighet. Noen snakker om et «handlingsrepertoar», et sett av ferdigheter som en kan ha skaffet seg tidlig eller sent i livet. En mestrings-teoretiker som Antonovsky (1981, 1987) legger vekt på det han kaller en «opplevelse av sammenheng» («sense of coherence»), en vedvarende *følelse av tillit* til at 1) omgivelsene er forutsigbare, 2) ressurser er tilgjengelige og 3) de krav som stilles, oppleves som en *utfordring* snarere enn som en belastning.

Det siste punktet, at krav oppleves som en utfordring, går igjen hos flere teoretikere (Bandura 1977, Kobasa 1979, Rotter 1966). Det kan knyttes til et behov for *kontroll*, en tro på at skjebnen ligger i ens egne hender, en tillit til personlig evne.

Tro på at verden kan kontrolleres, har sammenheng med psykisk velvære (Peterson 1999). Følelsen av kontroll er både en årsak til og konsekvens av hvorledes personen reagerer på omgivelsene. Når en person har vært utsatt for en ukontrollerbar situasjon og deretter generaliserer til nye situasjoner, snakker vi om *lært hjelpeløshet* som er det motsatte av kontroll (Seligman 1975, Peterson 1999). Det har oppstått en uegnet (inappropriate) reaksjon på en påkjenning, særlig preget av passivitet. Lært hjelpeløshet kan føre til depresjon, sykdom (særlig subjektivt opplevet sykdom) og dårlig fungering («poor achievement») (Peterson 1999).

*Hedonisk tilpasning* (adaptasjon) handler om prosesser som fremmer og hemmer følelsesmessig tilpasning til gunstige og ugunstige forhold i omgivelsene. Det kan være så forskjellige forhold som fengsel, støy, erotiske stimulanser og økning i velstand. Tilpasning i vid forstand refere-

rer til prosesser som svekker eller styrker effekten av et konstant eller stadig gjentatt stimulus.

Tilpasningen har den funksjon at den beskytter mot ytre stimulering som kan være destruktiv hvis den når visse nivåer. Den kan også beskytte mot den subjektive opplevelsen av negativ affekt, selv om den sensoriske opplevelsen er den samme. F.eks. kan en person uttale at smerten hun kjenner er uforandret, men at den ikke i samme grad oppleves som plagsom, fordi hun har vennet seg til den.

Fengselsstudier (Frederick og Loewenstein 1999) har vist en betydelig tilpasning til det å bli innesperret, også til fengsling i enecelle i lange perioder (opp til seks år). I den første tiden av oppholdet kan fangene være svært deprimert og plaget, og selvmordshyppigheten er stor i de første 24 timene. Etterhvert vil de subjektive plagene avta, både nedstemthet, kjedsomhet, søvnforstyrrelser og blodtrykksøkning. Plagene vil ofte øke igjen mot slutten av fengselsoppholdet, slik at man snakker om en kurvilinear tilpasning.

Vi har tidligere skrevet om tilpasning til kronisk sykdom og funksjonshemming (ovenfor under 3.10). Personer som blir lammet etter en ulykke eller en sykdom, kan vise en imponerende evne til å tilpasse seg, forutsatt at tilstanden er stabil. Ved enkelte sykdommer som er progredierende og som etterhvert fører med seg en rekke nye handikap, har pasientene vist dårligere tilpasning (Frederick og Loewenstein 1999) .

Vi tilpasser oss også til positive endringer, slik at gleden ved en forbedret situasjon etterhvert kan tape seg. Dette har vært kalt «the hedonic treadmill» (Frederick og Loewenstein 1999, Kahneman 1999) eller «preference drift» (Groot og Maassen van den Brink 2000a). Ovenfor, under 3.4.4, så vi at når folk går opp eller ned i inntekt, vil dette i liten grad påvirke deres psykiske velvære, spesielt hvis deres utgangsposisjon er god. Gleden ved en smaksopplevelse vil forta seg når man får en viss mengde av samme matrett tett på hverandre. Men blir retten servert i passende porsjoner over tid, kan nytelsen bevares eller øke.

Selvbedrag (eller selvsuggesjon, eller positiv omfortolkning) er en intrapsykisk strategi som brukes for å øke livskvaliteten eller hindre at den reduseres (Næss 1994a). Det er en av mange former for selv-regulering av negative følelser som bl.a. fordreier plagsom informasjon. Vi kan se alle grader av selvbedrag: Det kan være påfallende for en iakttager (f.eks. når



en alvorlig sykdom benektes), men ofte dreier det seg om småting i hverdagslivet som at man husker bedre ros enn kritikk.

Når en person svarer på spørsmål fra andre eller seg selv: «Er du lykkelig? Er du tilfreds med livet?», vil svaret påvirkes av en idealisering. Når idealiseringen retter seg mot andre, kaller vi det «impression management», vi prøver å gjøre et godt inntrykk. Hvis vi vet at denne selv-presentasjonen er falsk, dreier det seg om løgn og bedrag. Men hvis presentasjonen rettes mot en selv, dreier det seg om selvbedrag, – vi tror på den falske selv-presentasjonen. Vi sier til oss selv at vi er lykkelige og kan gjennom dette oppnå å bli lykkeligere enn vi ellers ville vært. (Se figur 8 under 2.3.2.5.)

Selvsagt er ikke all bearbeiding av følelser selvbedrag. Det kan dreie seg om bevisst arbeid med følelser («emotion work», Hochschild 1979) som bygger på selvinnsikt. Man kan være låst i en vanskelig situasjon, der ingen mulige løsninger forekommer gode. Hvis man f.eks. føler seg inntengt i ekteskapet, men mener at skilsmisse vil være uheldig for barna, kan man velge å fortsette som gift og prøve å «gjøre det beste ut av det». En del av det man kan gjøre, er å bearbeide følelsene, trekke frem i bevisstheten de aspektene ved situasjonen som er gode og dvele mindre ved de dårlige. Man benekter ikke at man har negative følelser for ektefellen, men prøver å hente frem de gode følelsene.

Det har vært hevdet at selvbedrag er umulig – vi kan ikke både tro og ikke tro på den samme påstand på samme tid og på samme måte. Andre hevder at det kan vi, eller at vi bruker uttrykket «selvbedrag» metaforisk. Vi kan både vite og ikke vite det, eller vi kan delvis vite det, når vi er motivert for ikke å ta noe opp til bevisst bearbeiding. Vi kan også si at vi tror på noe som vi ikke ville trodd på hvis vi hadde brukt vår sunne fornuft.

Selvbedrag er svært utbredt i mange slags sammenhenger. Det er en tendens hos alle mennesker til å registrere og huske gunstige og smigrende hendelser og til å overse og glemme ubehagelig og kritisk informasjon (Diener og Lucas 1999). Men noen personer praktiserer det og karakteriseres av denne tendensen i større grad enn andre. (Se om Pollyanna-syndromet under 3.12.2.1.)

Selvbedraget får støtte og opprettholdes ved at andre, våre sosiale omgivelser, ikke er ærlige og tydelige i sine uttalelser til oss. De vi omgås, er høflige og holder tilbake informasjon som kunne korrigere selvbedraget. Dette er snarere regelen enn unntagelsen. De sannhetskjærlige som går

imot denne praksisen, vil ofte opptre som sosialt klossete eller naive. Et velkjent eksempel er Gregers Werle i Ibsens *Vildanden*. Gregers Werles ideale fordring var «å leve i sannhet». Når han forsto at hans venn Hjalmar Ekdal levde i et nett av bedrag og selvbedrag, tok han på seg å avsløre bedraget, med katastrofale følger. Ibsens talerør kommenterte følgene slik: «Når du tar livsløgnen fra et gjennomsnittsmenneske, tar du også lykken fra ham.»

At den falske selvpresentasjonen kan øke våre positive følelser, er det mye empirisk belegg for. Selvbedrag-instrumenter har vist sammenheng mellom lav skåre på selvbedrag på den ene siden og depresjon og andre nervøse trekk på den annen (Paulhus 1986).

Andre forskere har imidlertid imøtegått denne empirien (Morris 1999). Colvin o.a. (1995) peker på metodiske svakheter ved tidligere studier. De har også foretatt longitudinelle undersøkelser som viser at personer med sterk tendens til selvbedrag i det lange løp får problemer i relasjoner til andre mennesker, de blir ikke respektert, og dette får negative konsekvenser for det psykiske velværet.

Både bedrag og selvbedrag møter motforestillinger og fordømmelse i dagens samfunn, men har også tilhengere, f.eks. Tove Ditlevsen (1999):

«Foretrekk alltid håpet fremfor sannheten, og drømmen fremfor virkeligheten, men med et våkent blikk ut av øyekroken ....»

#### 3.12.4 Diskrepansteorier

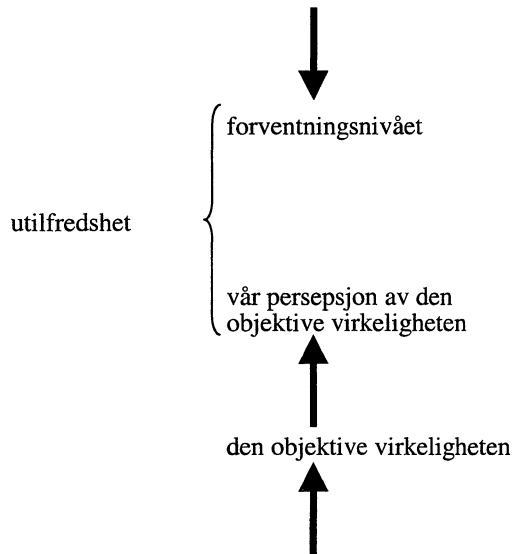
I 1985 presenterte Michalos en teori for forklaring av tilfredshet som ble kalt «den multiple diskrepansteorien» (Michalos 1985, 1991) eller «gap-teorien» (Eriksen og Næss 1998). Flere, bl.a. Campbell o.a. (1976), hadde lansert lignende teorier. Teorien sier at en persons tilfredshet bestemmes av diskrepanser, eller gap, mellom personens forventning og hvordan livet faktisk er. (Se også Diener o.a. 1993, Schulz 1995 og Staats o.a. 1995.) Gapet kan være stort fordi de objektive forholdene er dårlige, eller fordi vårt forventningsnivå er høyt. Et svært høyt forventningsnivå blir ofte betraktet som uheldig. Imogen i *Cymbelin* (Shakespeare 1998) uttrykte det slik:

«Men mest ulykkelig er lengselen mot herligheten. De er heldige, hvor enkle de enn er, hvis nøysomhet gir velvære.»

Ifølge teorien er tilfredshet en funksjon av avstanden mellom forventningsnivået og den objektive virkeligheten – jo større gapet er, jo mindre

tilfredse er vi. Når det er uoverensstemmelse mellom virkeligheten og våre idealer, snakker vi om «kognitiv dissonans». Dissonans er ubehagelig, og vi søker å redusere den. Eller sagt på en annen måte: Det er et ideal å være tilfreds, og det er et ideal å ikke være utilfreds.

Grovt sett kan vi si at vi kan anvende tre strategier for å redusere utilfredsheten: Vi kan endre den objektive virkeligheten, vi kan endre vår oppfatning av virkeligheten, eller vi kan senke forventningene.



Figur 10. Utilfredshet som funksjon av avstanden mellom forventningsnivået og virkeligheten

Å endre den objektive virkeligheten kan synes å være den beste løsningen. Det kan f.eks. gå ut på å søke behandling for en sykdom, eller å melde seg inn i en fagforening og kreve høyere lønn, eller å gifte seg. Ikke alltid vil denne strategien føre frem: Sykdommen lar seg ikke behandle, fagforeningskravene blir ikke innfridd, eller man finner ikke en partner som man synes er bra nok.

Å endre oppfatning av virkeligheten er neste mulighet. Man bagatelliserer sykdommen, man minner seg selv om at penger er ikke alt her i livet, eller man tenker på de mange fordelene man har som ugift. Vi kan også gjøre som reven og påstå at de uoppnåelige rognebærene er sure.

Å senke forventningene er den tredje strategien. I Shakespeare-sitatet ovenfor hevdes det at «de mest ulykkelige» er de som lengter etter «herligheten», og de heldige er de «enkle» og «nøysomme». Den syke aksepterer

at det ikke er mulig å bli frisk, men setter seg som mål å bremse på sykdommens utvikling. Man fortsetter medlemsskapet i fagforeningen, men stemmer for et noe lavere krav, som lettere blir akseptert. Man finner seg en partner, men velger en mindre fullkommen enn den man drømte om.

Ikke alle er villige til å senke forventningene. For noen er det viktig for selvtiliten å tøyse seg mot et høyere nivå enn det de tidligere har ligget på. For noen år siden hadde pensjonistforeningen en vervekampanje under mottoet:

«Snille pensjonister ber ikke. Snille persjonister får ikke. Bli slem!»

Andre vil si at nivået må senkes, men ikke for mye. Det må heves eller senkes, avhengig av en realistisk, ikke selvbedragersk, bedømmelse av virkeligheten:

«God grant us the serenity to accept the things we cannot change, courage to change the things we can, and wisdom to know the difference.»  
(Bateson, Steps to an ecology of mind, 1972, sitert hos Elster 1987.)

Et alternativ til å senke forventningene er å flytte forventningene til andre arenaer.

Forventningene senkes på visse områder og heves på andre, på områder som er mer oppnåelige, eller realistiske. Ibsen (1997) skrev i skuespillet Lille Eyolf om en funksjonshemmet gutt som trodde han kunne bli sterk og fysisk overlegen, når bare han ble stor og trente mye. Faren hadde tenkt igjennom guttens situasjon og uttalte:

«Jeg vil hjelpe ham til at bringe samklang mellom hans ønsker og det som ligger oppnåelig foran ham. For sådan er han ikke nu. Al hans higen går i mod det som for hele livet vil bli uopnåelig for ham. Men jeg vil skabe lykkefølelse i hans sind.»

Forventningsnivået kan forstås som en rekke standarder. Standardene kan være satt av hva andre har, hva personen selv har opplevet tidligere, personens aspirasjoner og idealer, men også av behov og målsettinger. Når diskrepansene er store, er personen utilfreds, – jo mindre diskrepanser, jo mer tilfreds er personen.

En type standard er basert på hva personen tror at andre mennesker har. Derfor antas det at *sosial sammenligning* er viktig for forventningsnivået (Schwarz og Strack 1999). Betydningen av at man sammenligner seg med andre, har imidlertid fått varierende støtte (Argyle 1999). *Tilfreds-*

*het med inntekt* vil være påvirket av inntekten til andre grupper som en sammenligner seg med. Men inntektssammenligningen har mindre betydning for *den generelle livstilfredsheten*. Det samme gjelder personens sammenligning med egne tidligere erfaringer. Man har funnet en svak positiv sammenheng mellom selvrapportert lykke og selvrapportert lønnsøkning, og en svak negativ sammenheng med lønnsreduksjon (se ovenfor 3.4.3 og 3.4.5).

Teorien tar utgangspunkt i tilfredshet. Og vi tenker oss et lignende forhold i forbindelse med andre aspekter av livskvaliteten. Både behov og forventninger betyr mye for om man opplever kjærlighet i et forhold. Noen vil savne kjærlighet og nærhet i et ekteskap som andre finner givende og trygt (se ovenfor under 3.8 og 3.9). Noen får styrket sin selvtillit ved ros og små oppmuntringer, mens andre må ha stadige og sterke bevis på at de blir respektert.

Men på dette området mangler det empiri. En kan f.eks. tenke seg at engasjement har en positiv sammenheng med at det foreligger gap mellom det en ser som virkelighet og det en ser som den ideelle tilstand. Jo større gap, jo større engasjement. Men for store gap vil kanskje føre til resignasjon.



## 4. Hva kan livskvalitetsforskningen brukes til?

### 4.1 Kan forskning om livskvalitet bedre vår livskvalitet?

Vi må både spørre om det er *mulig* å bedre vår livskvalitet og om vi *bør* gjøre det. Bør det være en målsetting for forskning å bedre menneskers livskvalitet? Dette siste spørsmålet har vi forsøkt å svare på under 1.5. Det er et spørsmål om prioritering av verdier – noen vil prioritere andre målsettinger enn livskvalitet. De kan bl.a. mene at det ikke er vår oppgave å skape lykke, men at vi bør begrense oss til å redusere lidelse (se 1.5.2.2). Eller de kan mene at en forskers eneste oppgave er å øke vår innsikt (se 1.5.2.6).

Livskvalitet, slik vi definerer det her, har å gjøre med menneskers positive og negative, kognitive og følelsesmessige opplevelser (1.2). Vi skiller altså mellom positive og negative vurderinger og følelser. Denne distinksjonen kan være viktig. Kanskje er det de negative følelsene som det er mest vanskelig å gjøre noe med. Innenfor psykiatrien har man oppnådd resultater i forbindelse med behandling for depresjon, bl.a. ved bruk av anti-depressiva. For noen psykiatriske pasienter har behandling imidlertid hatt liten effekt. Men selv om det, for noen pasienter, skulle vise seg å være lite vi kan gjøre for å redusere den negative affektiviteten, kan vi muligens styrke den positive affektiviteten. Vi kan lete etter betingelsene for at positive opplevelser oftere skal være til stede i folks liv.

En målsetting kan være å bedre livskvaliteten for de som har de største lidelsene, ved at positive følelser vektlegges i større grad i behandling av personer med psykiske lidelser (Sørensen og Næss 1996). Blant psykiatriske pasienter finner vi kanskje de med lavest livskvalitet. Tristhet, angst, bekymring, skam og skyldfølelse har tendens til å opptre ofte hos samme individ (Berenbaum o.a. 1999). Ikke alle pasientene kan bli friske, grunnlidelsen lar seg ikke alltid behandle. Men det er likevel stor variasjon i livskvalitet innenfor denne gruppen. Endring av forholdene innenfor behandlingsinstitusjoner, eventuelt utskrivning av pasienter til andre boforhold, kan heve den positive affektiviteten, selv om grunnlidelsen, sykdommen, ikke kan effektivt behandles (Nordby og Wold 1994, Sørensen o.a. 1994).

Det første spørsmålet vi stilte innledningsvis, er det ikke så lett å besvare. Likevel vil vi besvare det bekreftende: Forskning om livskvalitet kan bedre vår livskvalitet.

Livskvalitet er et normativt ladet begrep i den forstand at vi mener at livskvaliteten bør være så høy som mulig. Siden «livskvalitet» har oppnådd en posisjon som honnørord både hos politikere og hos folk flest, skulle alt ligge til rette for livskvalitetsforskningens relevans og betydning for den politiske beslutningsprosess og den samfunnsmessige debatt generelt. Dersom forskere kan fortelle samfunnet hvilke faktorer det er som øker livskvaliteten, burde dette ha store praktiske konsekvenser.

Dessverre er det liten grunn til stor optimisme når det gjelder slike spørsmål. Den allerede eksisterende hverdagskunnskap stiller ofte samfunnsforskernes små gløtt av holdbar innsikt i skyggen.

Når dette er sagt, må det tilføyes at livskvalitetsforskningen utvilsomt har økt vår allmenne forståelse av livskvalitet som empirisk fenomen. I denne publikasjonen har vi forsøkt å bidra til klarere tenkning og mer nyanserte hypoteser. Nettopp på grunn av fenomenets normative og samfunnsmessige relevans er det fristende for mange å fremme dårlig funderte antakelser om de sosiale og personlige betingelser for økt livskvalitet. Livskvalitetsforskningen kan her komme med data som gir mindre rom for private kjepphester og opportunistiske hjelpehypoteser.

Det er f.eks. en utbredt forestilling at livet var bedre før, eller at folk har det bedre i fattige enn i rike land. En uttalelse fra Dalai Lama (2000) illustrerer denne myten:

Overalt strever folk etter å få det bedre, på alle tenkelige måter. Men underlig nok har jeg inntrykk av at de som lever i land der den materielle utviklingen er kommet langt, på sett og vis er mindre tilfredse, mindre lykkelige, til tross for sin materielle velstand, og at de til en viss grad lider mer enn de som lever i land der utviklingen ikke er kommet så langt.

Som vi har sett ovenfor under 3.4.1, blir denne antagelsen av Dalai Lama som han nok deler med mange, ikke støttet av det som hittil finnes av empirisk forskning. Riktignok ser det ut til at det ikke har vært noen bedring i livskvaliteten i mange vestlige land, inkludert Norge, i de siste årene. Likevel er funnene ganske klare når det gjelder forskjellene mellom rike og fattige land. At vi trenger en omfordeling av rikdom er derfor en nærliggende slutning, ikke bare ut fra rettferdighetsbetraktninger, men også ut fra livskvalitetsbetraktninger, når vi ser på menneskeheten som helhet.



Og hva kan gjøres innenfor *vårt* samfunn? Vi har sett (3.1 ovenfor) at når folk spørres om hva som er viktig for at de skal ha det godt, nevner mange familien. Empiriske undersøkelser støtter disse legmannshypotesene (3.8). Livskvalitetsforskning har vist at ekteskapet og andre parforhold er en betydelig kilde til glede og skuffelse i store deler av livet. Ekteskapet er et livsområde som ikke bare bidrar sterkt til den generelle livskvaliteten for svært mange mennesker. Dette området er også et av få der de objektive forhold, ikke bare partnernes personlighet, har stor betydning for hvor godt folk har det (3.12.2). Det er med andre ord mulig å gjøre noe for å bedre ekteskapet.

Barn bidrar til å gjøre livet meningsfullt, men er også en kilde til konflikt mellom foreldrene. Tilfredshet med forholdet er sterkere før man får barn og etter at barna er flyttet hjemmefra. Kan noe gjøres for å lette eller dyktiggjøre foreldre i omsorgen for barna og hverandre? Vil en større reduksjon av arbeidstid for foreldre med hjemmeboende barn, ikke bare småbarnsforeldre, kunne bidra? Det ser ut til at en bedret økonomi i de rike land i verden betyr langt mindre for vår livskvalitet enn hvorledes vi lever sammen i familien. Livskvalitetsforskningen gir stadige bidrag til denne kunnskapen, men mer forskning om samliv må stå høyt på listen for økt vitenskapelig innsats.

Livskvalitetsforskere finner gang på gang at livskvaliteten hos gifte/samboende er høyere enn hos enslige (Blom & Listhaug 1988, Mastekaasa 1995, Næss og Bergwitz 1991, Myers 1999). Det blir da vanskeligere å basere sin samfunnsanalyse på den antakelse at ekteskapet egentlig er en institusjon som folk flest lider under, – eller at kvinner lider og menn profiterer (se ovenfor under 3.8). Men det må også tilføyes at når alder trekkes inn i bildet i analyser av livskvaliteten for gifte og ugifte menn og kvinner, er det en del funn som tyder på at kvinner over 65 år gjennomgående har det bedre når de er enker eller enslige enn når de er gift. Gifte kvinner er vanligvis yngre enn sine menn, og for eldre kvinner kan omsorgen for en enda eldre ektefelle være tung. Det bør være en oppgave for samfunnet å hjelpe aldrende kvinner i omsorgen for deres aldrende menn. I denne sammenhengen og sannsynligvis i mange andre sammenhenger kan forskningen gi oss et mer nyansert bilde av når og hvorfor mennesker har det mer eller mindre godt.

At dårlig helse reduserer livskvaliteten, er en rimelig antakelse. Men som vi har sett ovenfor, er det den subjektive oppfatning av helsen som er

utslagsgivende. Den subjektive oppfatningen bestemmes ikke bare av de objektive sykdomsskapende forholdene, men av et samspill mellom objektiv sykdom og mestringsevne, som igjen påvirkes av personlighetsegenskaper (se ovenfor under 3.10). Når vi vil forstå sammenhengen mellom helse og livskvalitet, må vi nyansere: Det er selvfølgelig forskjell på sykdommer og forskjell på når og hvordan det rammer oss. Psykisk sykdom, spesielt depresjon, påvirker livskvaliteten sterkt. For mange blir plagene mer alvorlige med alderen, men livskvaliteten blir også sterkt redusert når det er unge mennesker som rammes.

## 4.2 På hvilke måter kan livskvalitetsforskningen bedre vår livskvalitet?

Livskvalitetsforskningen kan grovt deles i to kategorier:

\* Forskning som har en langsiktig målsetting.

Den tar sikte på å øke vår kunnskap om samfunnet, men den umiddelbare nytten er i noen grad usikker og blir ikke presisert. Mer generelle og grunnforskningspregede undersøkelser av livskvalitet som sosialpsykologisk fenomen og livskvalitetsforskningens bidrag til sosial rapportering (leveårsforskning) faller i denne kategorien.

\* Forskning som har en kortsiktig målsetting.

Denne er rettet inn mot et konkret og klart avgrenset anvendelsesområde. Evaluerings- og implementeringsundersøkelser (f.eks. av medisinsk behandling) faller i denne kategorien.

### 4.2.1 Sosial rapportering

Et viktig område for livskvalitetsforskningen knytter seg til leveårsundersøkelser eller sosial rapportering.

Målet for leveårsundersøkelser, sosialforskning og sosialpsykiatrisk forskning er ofte å undersøke forhold som virker inn på gruppers livskvalitet. Livskvalitetsforskningens bidrag vil i denne sammenhengen være å korrigere eller supplere slike tilnærminger. Resultatene kan brukes som et mål på hvor godt eller dårlig ulike grupper har det, og hvordan ulike livsbetingelser, påkjenninger og forandringer virker inn på folks psykiske velvære.

Slike undersøkelser har vært foretatt i en lang rekke land: Av Allardt (1975) i de nordiske land, Campbell et al (1976) i USA, Atkinson (1982) i

Canada, og av Lee o.a. (1982) i Sør-Korea, for å nevne noen av de tidligste. Senere har sammenlignende undersøkelser fra flere nasjoner («Verdiundersøkelsene», se ovenfor 3.3 og 3.4) gitt, og vil fortsatt gi, data om livskvalitet og sosiale indikatorer. En sammenligning av studenter i 38 land ble foretatt i 1985 (Michalos 1991). En oversikt over sosial rapportering i 1970, -80 og -90 årene finner vi hos Zapf (2000).

Sosial rapportering som inkluderer psykisk velvære, har i de senere årene også vært foretatt i en lang rekke ikke-vestlige land. Vi har omtalt noen slike ovenfor under 3.3.

I Norge gjennomfører Statistisk sentralbyrå (1999) helseundersøkelser på landsbasis som skaffer oss data om livskvalitet og sosiale indikatorer.

En norsk surveyundersøkelse, Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, er også en bredt anlagt levekårsundersøkelse med vekt på livskvalitet og helse. Data fra denne undersøkelsen ble først innsamlet i 1984-86 (HUNT 1), og en ny undersøkelse ble foretatt i 1995-97 (HUNT 2). I begge undersøkelsene er hele befolkningen invitert til å delta, og fremmøtet er godt, slik at det er en meget stor datamengde som kan analyseres. En rekke rapporter og artikler basert på HUNT 1 er publisert som belyser sammenhengen mellom helse, funksjonshemming og livskvalitet (Eriksen og Næss 1986, Holmen og Midthjell o.a. 1990, Moum o.a. 1990, 1992, Moum 1992, Næss o.a. 1995, Eriksen og Næss 1998, Næss og Eriksen 2000b). Sammenhengen mellom høyt blodtrykk, diabetes og livskvalitet er hovedtemaer i disse undersøkelser, men også pensjonering (Næss 1991), alder (Næss 1992), ekteskap, arbeidstilfredshet og andre sentrale livshendelser (Moum o.a. 1990, Næss og Bergwitz 1991, Mastekaasa 1995, Roll-Hansen 1997) og betydningen for livskvaliteten er belyst.

Analysen av HUNT 2 er i sin begynnelse, men foreløpige analyser (Næss og Eriksen 2000a) gjør bruk av mulighetene for å se på endring, da en stor gruppe av befolkningen har vært med på begge undersøkelsene.

Befolkningsstudier har også vært foretatt i Lofoten, først «Nordkystprosjektet» i 1983-84 (Sørensen 1987), gjentatt i 1989-90 (Sandanger 1999), da også i Søndre Nordstrand. Prosjektet fikk da navnet «Kommunedagnose i en bydel i Oslo og fire kommuner i Lofoten». Begge prosjektene brukte spørreskjemaer som dekket subjektivt velvære og tilfredshet på en rekke områder. Tilknytning til lokalsamfunnet og sosialt nettverk var sentrale problemstillinger. Interessante funn var betydningen av sosial støtte og livsbelastninger for psykisk velvære. Betydningen av disse forholdene

var større for kvinner enn for menn (Sandanger o.a. 1999). Fokus på sosial støtte og livskvalitet finner vi også i en annen undersøkelse fra Lofoten. I 1991 ble det, som del av et forebyggende mental helseprosjekt (Sørensen o.a. 1995) «Liv Laga i Lofoten», gjennomført en spørreskjemaundersøkelse i flere kommuner i Lofoten. Dette var en sosialpsykiatrisk undersøkelse der man fant at sosial støtte og integrering på lokalsamfunnsnivå hadde betydning for folks psykiske helse og velvære (Sørensen o.a. 2000a).

Når man finner forskjeller i livskvalitet mellom grupper, forsøker man gjerne å relatere dette til forskjeller i livsbetingelser mellom gruppene. Dette kan være forskjeller i nåværende materielle og sosiale vilkår eller forskjeller i bakgrunn og psykologiske forutsetninger. Implisitt i den sosiale rapporteringen vil det selvfølgelig ligge et ønske om handling, om å gjennomføre sosiale endringer som kan øke livskvaliteten hos de grupper som ligger lavt.

En viktig side ved sosial rapportering er å følge utviklingen i livskvalitet over tid både for befolkningen som helhet og for mer avgrensede grupper. Bakgrunnen for den store interessen for livskvalitetsundersøkelser fra 1970 og utover var som tidligere påpekt en økende skepsis til rent økonomiske velferdsmål. Man var ikke lenger så sikker på at økt velstand førte til høyere livskvalitet. Liknende problemstillinger er fortsatt aktuelle, og for å kunne undersøke disse empirisk er det viktig å ha tilgang til gjentatte livskvalitetsmålinger over tid.

I noen land har man tilgang til serier av livskvalitetsmålinger som dekker lange tidsintervall. I Vest-Tyskland har man data fra begynnelsen av femti-årene og frem til slutten av syttiårene som viser en svak, men stabil tendens til økt psykisk velvære i befolkningen som helhet (Noelle-Neumann 1987). I perioden 1978 til 1984 fant man ingen endring i gjennomsnittlig livstilfredshet (Glatzer og Mohr 1987). Videre ble det mellom 1984 og 1996 årlig samlet paneldata, data som viser en svak nedgang i livstilfredshet (Schyns 2000).

Også på gruppenivå kan tidsserier gi viktig informasjon. At en gruppe har et lavt gjennomsnittlig livskvalitetsnivå kan i seg selv være grunnlag for å iverksette spesielle tiltak. Men hva som skal gjøres, vil likevel ofte være avhengig av om denne gruppen er inne i en positiv eller negativ utvikling.

## 4.2.2 Evaluering

Livskvalitetsmåling kan også brukes direkte i evaluering av ulike tiltak. Ved å innhente data om livskvalitet på ulike tidspunkter, kan en få vurdert resultater og forandringer over tid. Dette har aktualitet ved medisinsk behandling og psykoterapi, ulike typer ressurstilførsler, miljøforbedringer eller organisasjonsforandringer. I forbindelse med mange sykdommer, ikke minst sterkt invalidiserende psykiatriske sykdommer, har medisinsk behandling inntil nå ikke oppnådd å gjøre pasienten sykdomsfri. Det er da spesielt viktig å opprettholde en tilfredsstillende livskvalitet. På denne måten framkommer det informasjon som vanskelig kan skaffes på annen måte, og som i neste omgang kan brukes som grunnlag for verdiavveinger og beslutninger om ressursallokering (Sørensen og Næss 1996).

I forbindelse med et større anlagt sosialt eksperiment i USA («The New Jersey Income-Maintenance Experiment») undersøkte man de sosiale og psykologiske effekter av å innføre en negativ inntektsskatt. I et såkalt «naturlig eksperiment» i en storby i USA fikk tilfeldig utvalgte mennesker med lave inntekter et tilskudd til inntekten over en begrenset periode. Tilskuddene hadde en rekke utilsiktede virkninger, bl.a. økt skilsmisse (Thoits o.a. 1979). Blant utfallsvariablene var også selvrapportert livskvalitet, som viste overraskende små utslag for deltakerne i eksperimentet (Middleton & Allen 1977). To liknende eksperimenter ga faktisk som resultat at skilsmissemfrekvensen økte og at livskvaliteten – i alle fall i første omgang - utviklet seg i negativ retning (Thoits & Hannan 1979). En mulig tolkning av slike resultater er at en inntektsøkning kan gi støtet til livshendelser og påkjenninger (f.eks. skilsmisse, jobbskifte, flytting) som er stressfaktorer for de fleste.

Ikke minst i forbindelse med medisinsk behandling, har livskvalitetsundersøkelser vært brukt i mange sammenhenger.

Bruken av Lithium har vist gode resultater for psykiatriske pasienter (Lepkifker o.a. 1988). Både generell livstilfredshet og tilpasning til arbeid, forhold til partner o.a., er bedret ifølge pasientenes egenrapport og deres psykiatere.

I forbindelse med behandling av kreftpasienter, er det gjennomført mange livskvalitetsundersøkelser. I en oversiktsartikkel peker Muthny o.a. (1990) bl.a. på verdien av å utvide fokus fra *overlevelsestid* til *overlevelseskvalitet*, på verdien av å belyse sidevirkninger av behandling, betydningen av å forstå påkjenninger og komplikasjoner i forbindelse med behandling

og mulighetene til å følge pasientens subjektive opplevelser etterhvert som sykdommen utvikler seg.

Ved Det Norske Radiumhospitalet i Oslo har man sammenliknet to typer medisinsk behandling (stråleterapi og kjemoterapi) gitt til pasienter med inoperabel lungekreft (Kaasa 1989). Pasientene har parallelt med somatiske undersøkelser gjennom en lengre periode rapportert den subjektive opplevelsen av behandlingen. I første rekke dreier det seg om psykologiske reaksjoner som nedstemthet, livsmot, ensomhet, selvfølelse. Resultatene fra denne undersøkelsen viste at kjemoterapipasienter i innledende faser av behandlingen kom noe dårligere ut enn stråleterapipasienter, men at dette jevnet seg ut i løpet av noen uker.

Kreftbehandling har også vært tema for andre undersøkelser ved Det Norske Radiumhospitalet. Bjordal (1996) sammenlignet effekter og sideeffekter av to typer behandling for hode- og nakkekraft og Hjermstad (1999) to typer behandling for leukemi.

I forbindelse med rehabilitering etter brystkreft-operasjon ble en gruppe tilbudt psykoterapi (Blinov o.a. 1991-92). De ble sammenlignet med en gruppe opererte som ikke mottok psykoterapi, og begge gruppene svarte på spørreskjema (bl.a. spørsmål om de var «lykkelige») før og etter rehabiliteringen. Begge grupper bedret sin livskvalitet, og de som mottok psykoterapi bedret den mest.

En undersøkelse belyste mestringsstrategier hos kreftpasienter (Filipp og Klauer 1991). De registrerte selvrapportert subjektivt velvære, målt som positiv og negativ affekt, og fem mestringsmåter på tre undersøkelsestidspunkter. De fant at de pasientene som søkte 1) sosial støtte og de som benyttet 2) intrapsykiske, emosjons-fokuserte strategier (positiv selvinstruksjon og rasjonalisering), hadde det høyeste subjektive velværet. De hadde bare en svak nedgang i løpet av undersøkelsesperioden, til tross for at sykdommen forverret seg. Ingen effekt ble oppnådd av de som benyttet 3) informasjonssøking eller søkte 4) religiøs trøst, og den største nedgangen i velvære fant de hos de som 5) grublet over sykdommens årsaker og trakk seg tilbake sosialt.

Andre har studert betydningen av kirurgi for behandling av epileptiske kramper (Vickrey o.a. 1994). De fant at pasienter som ble kvitt krampene etter operasjon, skåret høyt på en rekke livskvalitesmål sammenlignet med andre pasientgrupper, men de som fortsatt hadde kramper etter operasjonen, skåret lavt.

I flere undersøkelser har man vurdert bosituasjonen for psykiatriske langtidspasienter, etter utskrivning fra institusjon. En rekke undersøkelser fra forskjellige land har sammenlignet typer av boformer som alternativ til institusjon for psykiatriske pasienter (Lehman AF o.a. 1991, MacGilp 1991, Mercier 1994, Mercier og King 1994, Rosenfield 1992). Mange forskjellige boformer er vurdert av Mercier (1994) som konkluderer at «people living in the most structured environments are the least satisfied».

Slike undersøkelser har også vært foretatt i Norge i 1980, 1991 og 2000 (Sørensen 1981, 1988, Sørensen o.a. 1994, Sørensen 2000b, Sørensen og Kleiner 2000). Noen pasienter ble utskrevet til fellesleiligheter sammen med andre pasienter, mens andre bodde alene. Man sammenliknet disse to gruppene med pasienter som fortsatt bodde i institusjon, både m.h.t. selvrapporterte psykiatriske symptomer, selvrapportert livskvalitet og psykiatrisk diagnose. De pasientene som bodde sammen 3-4 i fellesleiligheter rapporterte høyere psykisk velvære enn de to andre gruppene.

I 1991 gjentok man undersøkelsen med de samme boform-gruppene (Sørensen 2000b). I denne undersøkelsen hadde man også med pasienter som bodde i et boligkompleks for psykiatriske pasienter, men som lå i et vanlig boligområde. Pasientene delte ikke leilighet, men bodde meget nær hverandre, og de ble oppfordret til å bruke de mange møtesteder, bl.a. et dagsenter som lå i boligkomplekset. Denne gruppen rapporterte den høyeste livskvaliteten, sammenlignet med pasientene som bodde under andre boformer. I en senere undersøkelse ble pasienter som hadde uttrykt svært lav livskvalitet, tilbudt å møtes i grupper på syv-åtte pasienter, med to profesjonelle deltakere. I løpet av 20 måneder møttes de en dag i uken hjemme hos hverandre. Formålet med disse utskrivningene fra sykehus og utprøving av forskjellige boformer var å utvikle et sosialt nettverk og mer innhold i fritiden, noe som igjen reduserer ensomhet og øker følelsen av engasjement. I tillegg til å fremme nettverksoppbygging og hjelpe folk til å komme sammen, er boligsituasjonen viktig for opplevelse av frihet og selvrespekt.

Vi har tidligere nevnt Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag der levekår, helse og livskvalitet blir undersøkt hos hele befolkningen. Man har også sett spesielt på en gruppe pasienter som ble henvist til etterundersøkelse fordi den første undersøkelsen ga mistanke om høyt blodtrykk. Pasientene ble intervjuet på flere tidspunkter for å få nærmere kunnskap om virkningen av diagnose og eventuell behandling (Moum o.a. 1990, 1992). Resultatene fra denne undersøkelsen tyder på at det gir små

utslag for det psykiske velværet å gå inn i rollen som hypertoniker. Andre undersøkelser synes å vise at det å få en hypertensjonsdiagnose fører til økt sykefravær, men ellers støttes konklusjonene om ingen nedgang i psykisk velvære. Omsorg fra behandlingsapparatet og fra familien ser ut til å motvirke de negative virkningene av å få en diagnose (Næss 1992b).

En serie prosjekter («Liv Laga i Lofoten») hadde som målsetting å bedre det psykiske velværet og redusere psykiske plager, bl.a. ved å styrke samholdet og lokalsamfunnstilknytningen i befolkningen (Sørensen o.a. 1995). På bakgrunn av ideer som ble utviklet på folkemøter i lokalsamfunnet, dannet man arbeidsgrupper som arbeidet videre med tiltak organisert rundt tema som kultur, familie/miljø, næringsliv/turisme. Til tross for konflikter innledningsvis klarte man i de fleste lokalsamfunnene å utvikle samarbeid. Nå ti år etter er det i flere av lokalsamfunnene stadig virksomhet med utgangspunkt i prosjektet. Mulige endringer i livskvalitet undersøkes i en ny lokalsamfunnsundersøkelse (Sørensen 2000a og 2000b).

I Norge er bruk av livskvalitetsmålinger som ledd i evalueringsbestrebelse først og fremst benyttet i forbindelse med medisinske behandlingsopplegg. Også internasjonalt er dette et område der livskvalitetsindikatorer har vært mye brukt. Livskvalitetsmålinger er nok likevel mer utbredt innen organisasjons- og arbeidsforskning, der det foreligger en meget omfattende litteratur om «job satisfaction» (Roll-Hansen 1997). Nå utgjør evalueringer i snever forstand bare en mindre del av denne litteraturen, men formålet med studiene har ofte vært å undersøke effekter av tiltak for å endre jobbinnhold og arbeidsmiljø (Gardell 1976).

I noen prosjekter er det å øke livskvaliteten den eksplisitte målsettingen med et tiltak. Vi skal nevne noen eksempler på slike aksjonspregede prosjekter.

Blant psykiatriske langtidspasienter på Furuset i Oslo har man på grunnlag av systematiske intervjuer valgt ut pasienter med en kombinasjon av lav livskvalitet og mangelfullt sosialt nettverk. Ved hjelp av «nabohjelpere» samlet man 6-8 av disse i grupper. Gjennom fritidsaktivitet og sosialt samvær prøvde man å stimulere til et naturlig støttende sosialt nettverk dem imellom. Hensikten var å øke den enkeltes livskvalitet. Man fant økning i rapportert psykisk velvære sammenlignet med grupper som ikke fikk et slikt tilbud. Bedringen kom særlig i oppfølgingsperioden etter at prosjektet var avsluttet, men deltakerne ble stimulert til å fortsette som



nettverk, bl.a. ved bruk av det lokale psykiatriske dagsenteret (Sørensen 1987, Sørensen og Kleiner 2000).

Tilsvarende har man i en drabantby nær Oslo tilbudt kvinner i alderen 45-55 år å delta i forskjellige gruppeaktiviteter (trim, porselensmaling, samtaler). Kvinnene var valgt ut på bakgrunn av en større intervjuundersøkelse og hadde i utgangspunktet en kombinasjon av dårlig fungerende nettverk, lav livskvalitet og dårlig psykisk helse. Sammen med en gruppeleder forsøkte man også her å stimulere til små, gjensidig støttende nettverk. Intensjonen var primær profylakse med heving av livskvalitet og redusering av symptomer gjennom økt sosial støtte (Anstorp o.a. 1988). Kvinnene ble intervjuet før, under og to år etter programmets avslutning. Resultatene fra undersøkelsen viste store relative forbedringer etter to år (sammenliknet med en kontrollgruppe). Bedringen gjalt både vennekontakt og tilfredshet med vennekontakten, men ikke forholdet i familien. Flere opplevde livet sitt som meningsfylt, nyttig og oppmuntrende, de hadde styrket selvfølelse, bedre subjektiv helse, færre psykiske plager og i noen grad økt tilfredshet med livet generelt. Denne forbedringen kom ikke i det første halvåret men først etter ett års deltagelse i gruppeaktivitetene.

Larsen (1990) har undersøkt hvilke psykologiske endringer som skjer når betydelig overvektige personer opereres for å oppnå en vektreduksjon. 90 personer ble intervjuet forut for operasjonen og fulgt opp ett og tre år senere. I tillegg til et klinisk psykiatrisk intervju og et selvutfyllende symptomspørreskjema ble de på alle tre tidspunkter spurt om generelt velvære. De livskvalitetsskalaene som ble brukt, har også vært anvendt i representative befolkningsutvalg i Norge. Sammenliknet med normalbefolkningen lå utvalget av overvektige før operasjonen klart dårligere an. Ved oppfølgingen etter ett år var den selvrapporterte livskvaliteten litt høyere enn hos normalbefolkningen, mens den tre år etter operasjonen lå helt likt. Den opererte gruppen hadde altså forbedret sin livskvalitet merkbart også på litt lengre sikt. Undersøkelsen viste også at jo større vekt-reduksjonen var, desto større var forbedringen i livskvalitet.

Enda mer direkte er budskapet i et amerikansk prosjekt som ble kalt «A Program to Increase Personal Happiness» (Fordyce 1977, 1983). Resultatene motsier antakelser om at «å forfølge lykken er den sikreste måten å miste den på». Et selvstudium-program ble gitt til flere grupper som deltok i innføringskurs i psykologi. Til noen av studentene ble programmet presentert som en obligatorisk del av kurset, til andre som et frivillig tilbud.

Programmet besto dels i en rapportering av «lykkeforskning» – av hva som karakteriserer livsstil, aktiviteter og stemning hos lykkelige individer. Dels besto det i anbefalinger og konkrete instruksjoner om større deltaking og et høyere aktivitetsnivå når det gjaldt aktiviteter de satte pris på. En kontrollgruppe mottok «placeboforventninger» om høyere lykke gjennom andre instruksjoner. Eksperimentgruppene økte sin selvrapporterte lykke mer enn kontrollgruppen. Forskjellen var signifikant og varte gjennom hele den 18 måneder lange oppfølgingsperioden.

Dette siste bidraget er ekstremt individualpsykologisk og faller utenfor hovedtendensen i livskvalitetsforskningen. Hovedtendensen – slik den ble beskrevet innledningsvis – kan karakteriseres som forsøk på å bygge bro mellom politisk manipulerbare hjelpemidler og konsekvenser som kan uttrykkes med et psykologisk begrepsapparat. Livskvalitetsforskningens fremste oppgave har vært å belyse de forhold i samfunnet som fremmer og hemmer det enkelte menneskes livskvalitet.

### 4.3 Oppsummering

Livskvalitetsforskning har både en rent vitenskapelig og en anvendt side. Avdekking av de generelle og spesifikke betingelser for livskvalitet er en legitim del av den samfunnsvitenskapelige kunnskapsoppbygging. Også i levekårsundersøkelser og andre former for sosial rapportering er kunnskap om gruppeforskjeller og endring i livskvalitet av generell interesse, selv om resultatene ikke nødvendigvis kan gis en praktisk anvendelse på kort sikt. I de tilfellene hvor livskvalitetsmålinger er foretatt med tanke på praktisk anvendelse, har det gjerne vært med sikte på evaluering av ulike sosiale og medisinske tiltak, behandlingsopplegg osv. Både i forbindelse med evaluering og generell kunnskapsoppbygging er det viktig å samle inn data som dekker flere tidspunkter og lengre perioder.

# Summary

The ambiguity of the term «quality of life» calls for clarification. In this publication a subjective approach is discussed, and a definition of quality of life as «positive and negative, cognitive and affective well-being» is recommended. This is a narrower approach than those including various living conditions and health indicators. But it is broader than quality of life defined as mental health. The recommended definition is compared to other definitions of quality of life.

This paper argues in favor of the above definition, leaning on methodological considerations and value judgements. The term «quality of life» has acquired a status in research and in politics as an ultimate, overriding value, since quality of life outcomes can be seen as a standard by which political decisions and the effectiveness of medical treatment may be judged and in relation to which other values should be considered means, not ends in themselves. In the present paper the value of quality of life, defined as psychological well-being, is compared to and judged in relation to a number of other values, such as the promotion of justice, life expectancy (longevity), the promotion of truth and insight, and freedom.

Quality of life is defined as a psychological phenomenon. Quality of life measures reflect how individuals experience and evaluate their life. Feelings and thoughts cannot be observed directly; we therefore have to rely on observable indicators, signs, that tell us how the individual thinks and feels. In empirical studies of quality of life as psychological well-being self-reports from respondents are widely used. Reports from «third parties», i.e. reports given by persons knowing the main person, are also used. In both cases the researcher may use questionnaires, personal interviews, more or less structured, observations, or combinations of such approaches. In questionnaires, as in other approaches, various indicators are used, some related to activity, some to self-confidence, to social relations and to mood states.

Some methodological problems related to self-reports are discussed, focussing on short-time mood fluctuations, variations in competence, self-insight, and the tendency to give socially desirable answers.

Some of the well-known and internationally widely used instruments are presented, including instruments designed to measure what is called health-related quality of life.

A sample of empirical results are reported. Laymen's hypotheses are discussed, as well as some empirical problem areas much studied in quality of life research. We briefly present research focussing on the importance of economic development, differences between high and low income earners, the diminishing quality of life returns of economic growth, unemployment. Further, studies of other possible determinants are reported, such as education, intelligence, marriage, objective and subjective health, the importance of gender and age in marriage, the impact of personality, coping strategies, and self-deception. We discuss some theories and models, such as the «stocks and flows-theory», the «gap-theory», the «bottom-up versus top-down theory», and the «multiple discrepancies theory».

Research on quality of life, defined as psychological well-being, has added to the usefulness and interpretability of level of living studies, that is, it has contributed to the value of social reports. We now are in a better position to more accurately identify which living conditions are crucial to the well-being of the citizens.

Another area to which quality of life research has contributed, is evaluation research. Medical rehabilitation programs, e.g. related to cancer treatment, have been evaluated. In psychiatric care, medical treatment may not always succeed in curing the patients, but quality of life research may identify living conditions, such as non-hospital housing projects, which enhance the emotional well-being of the patients. Focusing also on increasing positive experiences and not only on reducing negative experiences, is perhaps the most important contribution of quality of life research.

# Referanser

- Abbey A og Andrews FM. Modeling the psychological determinants of life quality. *Social Indicators Research* 16: 1-34. 1985
- Aggernæs A. Livskvalitet. København: Foreningen av danske lægestuderendes forlag 1988
- Allardt E. Att Ha, Att Elska, Att vara. Lund: Argos 1975
- Alm S. Arbetsløshet och psykisk ohälsa - ett longitudinellt perspektiv. Stockholm: Institutet för social forskning 1997
- Alstad B. Norske meninger 1946 - 1993. Oslo: Sigma Forlag 1993
- Andrews FM og Robinson JP. Measures of subjective well-being. I Robinson JP, Shaver PR og Wrightsman LS (red.). *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*. San Diego: Academic Press, Inc. 1991
- Andrews FM og Withey SB. *Social Indicators of Well-Being*. New York: Plenum Press 1976
- Anstorp T, Benum K, Dalgard OS, Sørensen T. Metoder for endring av sosiale nettverk. Et eksempel på nettverksstimulering som helsefremmende tiltak i risikogruppe. I: Dalgard OS og Sørensen T (red.). *Sosialt nettverk og psykisk helse*. Oslo: Tano 1988
- Antonovsky A. *Health, Stress and Coping*. San Fransisco: Jossey-Bass 1981
- Antonovsky A. *Unravelling the Mystery of Health*. San Fransisco: Jossey-Bass 1987
- Argyle M. Causes and correlates of happiness. I: Kahneman D, Diener E og Schwarz N (red.). *Well-Being. The Foundations of Hedonic Psychology*. New York: Russell Sage Foundation 1999
- Aristoteles. *Nicomachean Ethics*. In McKeon R (red.). *Introduction to Aristotle*. New York: Modern Library 1947
- Atkinson T. The stability and validity of quality of life measures. *Social Indicators Research* 10: 113-132. 1982
- Bandura A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 84: 191-215. 1977
- Barstad A. På vei mot det gode samfunn? Statistisk sentralbyrå. Notater 99/23. 1999a
- Barstad A. Hva synes nordmenn de behøver for å få det bedre? Samfunnsspeilet nr. 4. Statistisk sentralbyrå. 1999b

- Berenbaum H, Raghavan C, Le H-N, Vernon L og Gomez J. Disturbances in emotions. I: Kahneman D, Diener E og Schwarz N (red.). Well-Being. The Foundations of Hedonic Psychology. New York: Russell Sage Foundation 1999
- Bjordal K. Quality of life in patients treated for head and neck cancer. Oslo: Det Norske Radiumhospital 1996
- Blinov NN, Demin EV og Chulkova VA. Cancer research in Russia. Part I: Some aspects of the problem of the rehabilitation of cancer patients in St.Petersburg. Social Work and Social Sciences Review 3: 243-250. 1991-92
- Blom S og Listhaug O. Familie og livskvalitet. Tidsskrift for samfunnsforskning 29: 5-28. 1988
- Bradburn NM. The Structure of Psychological Well-Being. Chicago: Aldine 1969
- Bradburn NM og Caplovitz D. Reports of Happiness. Chicago: Aldine 1965
- Brickman P, Coates D og Janoff-Bulman R. Lottery winners and accident victims: Is happiness relative? J of Personality and Social Psychology 36: 917-927. 1978
- Brief AP, Butcher AH, George JM og Link KE. Integrating bottom-up and top-down theories of subjective well-being: The case of health. J of Personality and Social Psychology 64: 646-653. 1993
- Brox O. Kan verdier planlegges? Nyhetsbrev fra Verdinettet. Oslo: Norges forskningsråd 2000
- Campbell DT og Fiske DW. Convergent and discriminant validation by the multitrait-multimethod matrix. Psychological Bulletin 56:81-105. 1959
- Campbell A, Converse PE og Rodgers WL. The Quality of American Life. N.Y.: Russell Sage Foundation 1976
- Chiasson N, Dube L og Blondin JP. Happiness. A look into the folk psychology of four cultural groups. Journal of Cross-Cultural Psychology 27: 673-691. 1996
- Claussen B. Deprived of work and health? A two year follow up of long term unemployed from Grenland, Norway 1988 - 90. Oslo: Folkehelse Research Report No F 1-1994
- Coen RF. Individual quality of life and assessment by carers or 'proxy' respondents. I: Joyce CRB, O'Boyle CA og McGee H. Individual Quality of Life. Australia: Harwood Academic Publishers. 1999
- Cohen EH. A facet theory approach to examining overall and life facet satisfaction relationships. Social Indicators Reseach 51: 223-237. 2000

- Colbjørnsen T, Dahl SÅ og Hansen HT. Langtidsarbeidsløshet. Årsaker, konsekvenser og mestring. Bergen: Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning. Rapport 83/1992
- Colvin CR, Block J og Funder DC. Overly positive self-evaluations and personality: Negative implications for mental health. *Journal of Personality and Social Psychology* 68: 1152-62. 1995
- Costa PT og McCrae RR. Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: Happy and unhappy people. *Journal of Personality and Social Psychology* 38: 668-678. 1980
- Costa PT og McCrae RR. Neuroticism, somatic complaints, and disease. *Journal of Personality* 55: 299 - 316. 1987
- Crooker KJ og Near JP. Happiness and satisfaction: Measures of affect and cognition? *Social Indicators Research* 44: 195-224. 1998
- Csikszentmihalyi M. *Beyond Boredom and Anxiety*. San Fransisco: Jossey-Bass Publishers 1975
- Csikszentmihalyi M. *Flow: The Psychology of Optimal Experience*. New York: Harper & Row 1990
- Csikszentmihalyi M og Larson R. *Being Adolescent: Conflict and Growth in the Teenage Years*. New York: Basic Books 1984
- Cummins RA. Objective and subjective quality of life: An interactive model. *Social Indicators Research* 52: 55 - 72. 2000a
- Cummins RA. Personal income and subjective well-being. *Journal of Happiness Studies* 1: 133-158. 2000b
- Dahl E og Vogt P. *Ensom og ulykkelig? Levekår og livskvalitet blant eldre*. Oslo: Fafo-rapport 185. 1996
- Dalai Lama. *Tanker for et nytt årtusen*. Oslo: Cappelen 2000
- Derogatis LR, Lipman RS, Richels EH o.a. The Hopkins Symptom Check List (HSCL). *Behavioral Science* 19: 1-15. 1974
- Diener E. Subjective well-being. *Psychological Bulletin* 95: 542-75. 1984
- Diener E. Assessing subjective well-being: Progress and opportunities. *Social Indicators Research* 31: 103-57. 1994
- Diener E og Diener C. The wealth of nations revisited: Income and quality of life. *Social Indicators Research* 36: 275-286. 1995a
- Diener E og Diener M. Cross-cultural correlates of life satisfaction and self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology* 68: 653-663. 1995b

- Diener E og Lucas RE. Personality and subjective well-being. I: Kahneman D, Diener E og Schwarz N (red.). Well-Being. The Foundations of Hedonic Psychology. New York. Russell Sage Foundation. 1999
- Diener E og Lucas RE. Explaining differences in societal levels of happiness: Relative standards, need fulfillment, culture, and evaluation theory. *Journal of Happiness Studies* 1: 41-78. 2000
- Diener E og Suh EM. Measuring quality of life: Economic, social and subjective indicators. *Social Indicators Research* 40: 189-216. 1997
- Diener E og Suh EM. National differences in subjective well-being. I: Kahneman D, Diener E og Schwarz N (red.). Well-Being. The Foundations of Hedonic Psychology. New York. Russell Sage Foundation. 1999
- Diener E, Diener M og Diener C. Factors predicting the subjective well-being of nations. *Journal of Personality and Social Psychology* 69: 851 - 864. 1995a
- Diener E, Sandvik E og Pavot W. Happiness is the frequency, not the intensity of positive versus negative affect. I: Strack F, Argyle M og Schwarz N (red.). *Subjective Well-Being*. Oxford: Pergamon Press. 1991.
- Diener E, Sandvik E, Seidlitz L og Diener M. The relationship between income and subjective well-being: Relative or absolute? *Social Indicators Research* 28: 195-223. 1993
- Diener E, Scollon CKN, Oishi S, Dzokoto V og Suh EM. Positivity and the construction of life satisfaction judgements: Global happiness is not the sum of its parts. *Journal of Happiness Studies* 1: 159-176. 2000
- Diener E, Smith H og Fujita F. The personality structure of affect. *Journal of Personality and Social Psychology* 69: 130-141. 1995c
- Diener E, Suh EM, Smith H og Shao L. National differences in reported subjective well-being: Why do they occur? *Social Indicators Research* 34: 7 - 32. 1995b
- Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin* 125: 276-302. 1999
- Ditlevsen T. Bindestreken. *Medlemsblad for Den norske Bokklubben* 39, nr. 14. 1999
- Ditlevsen T. Kjære Victor. Breve fra Tove Ditlevsen til Victor Andreasen 1972-76. København: Gyldendal. 1993
- Doyle KO og Youn S. Exploring the traits of happy people. *Social Indicators Research* 52: 195 - 209. 2000
- Droge C, Calantone R, Agrawal M og Mackoy R. Consumption culture and its critiques: A framework for analysis. *Journal of Macromarketing* 13: 32 - 45. 1993



- Eckersley R. The state and fate of nations: Implications of subjective measures of personal and social quality of life. *Social Indicators Research* 52: 3 -27. 2000
- Ehrhardt JJ, Saris WE og Veenhoven R. Stability of life-satisfaction over time. *Journal of Happiness Studies* 1: 177-205. 2000
- Eid M og Diener E. Intraindividual variability in affect: Reliability, validity, and personality correlates. *Journal of Personality and Social Psychology* 76:662-676. 1999
- Elstad JI. Sosial-indikator bevegelsen. Oversikt og vurdering. Oslo: INAS 83:5. 1983
- Elstad JI. Social Inequalities in Health and their Explanations. Oslo: NOVA 9/2000
- Elster J. *Sour Grapes*. Cambridge University Press. 1987
- Eriksen J og Næss S. Funksjonshemmede i Nord-Trøndelag. Oslo: INAS notat 6/ 1986
- Eriksen J og Næss S. Epilepsi og diabetes. Livskvalitet, stigmatisering og mestring. Oslo: NOVA 16/1998
- Fabes RA og Martin CL. Gender and age stereotypes of emotionality. *Personality and Social Psychology Bulletin* 17: 532-540. 1991
- Fava GA. Well-being therapy: Conceptual and technical issues. *Psychotherapy and Psychosomatics* 68: 171-179. 1999
- Filipp S-H og Klauer T. Subjective well-being in the face of critical live events: the case of successful copers. I: Strack F, Argyle M og Schwarz N. *Subjective Well-Being*. Oxford: Pergamon Press 1991
- Fordyce MW. Development of a program to increase personal happiness. *Journal of Counseling Psychology* 24: 511-521. 1977
- Fordyce MW. A program to increase happiness: Further studies. *Journal of Counseling Psychology* 30: 483-498. 1983
- Frederick S og Loewenstein G. Hedonic adaptation. I: Kahneman D, Diener E og Schwarz N (red.). *Well-Being. The Foundations of Hedonic Psychology*. New York. Russell Sage Foundation. 1999
- Frey BS og Stutzer A. Happiness prospers in democracy. *Journal of Happiness Studies* 1: 79-102. 2000
- Frisch WB. Improving mental and physical health care through quality of life therapy and assessment. I: Diener E og Rahtz DR (red.). *Advances in Quality of Life Theory and Research*. Social Indicators Research Series, Vol.4. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers. 2000
- Føllesdal A. Velvære, ressurser eller muligheter? Oslo: Arena, Working Paper no. 5. 1994

- Føllesdal A. «Om livssyns- og verdimangfold som opplevd trussel: behovet for felles medborgerverdier». Nyhetsbrev fra Verdinettet. Oslo: Norges forskningsråd. 2000
- Gerrards-Hesse A, Spies K og Hesse FW. Experimental inductions of emotional states and their effectiveness: A review. *British Journal of Psychology* 85:55-78. 1994
- Gilman R, Huebner ES og Laughlin JE. A first study of the Multidimensional Students' Life Satisfaction Scale with adolescents. *Social Indicators Research* 52: 135-160. 2000
- Glatzer W og Mohr HM. Quality of life: Concepts and measurement. I: German Social Report. Living Conditions and Subjective Well-Being, 1978-1984. *Social Indicators Research* 19: 15-24. 1987
- Granzin KL og Haggard LM. An integrative explanation for quality of life. I: Diener E og Rahtz DR (red.). *Advances in Quality of Life Theory and Research. Social Indicators Research Series, Vol.4.* Dordrecht: Kluwer Academic Publishers. 2000
- Groot W og Maassen van den Brink H. Life satisfaction and preference drift. *Social Indicators Research* 50: 315-328. 2000a
- Groot W og Maassen van den Brink H. Job satisfaction, wages, and allocation of men and women. I: Diener E og Rahtz DR (red.). *Advances in Quality of Life Theory and Research. Social Indicators Research Series, Vol.4.* Dordrecht: Kluwer Academic Publishers. 2000b
- Grue L. På terskelen. En undersøkelse av funksjonshemmet ungdoms sosiale tilhørighet, selvbilde og livskvalitet. Oslo: NOVA rapport 6/98. 1998
- Gulbrandsen L og Langsether Å. Wealth Distribution between Generations. *NOVA Skriftserie* 8/97. 1997
- Gullestad M. Hverdagsfilosofier. Oslo: Universitetsforlaget 1996
- Gupta DK, Jongman AJ, og Schmid AP 1994. Assessing country performance in the field of human rights. Paper presented at the XIII ISA Congress, Bielefeld. 1994
- Hagerty MR. Unifying livability and comparison theory: Cross-national time-series analysis of life-satisfaction. *Social Indicators Research* 47: 343 - 356. 1999
- Halvorsen K. Impact of re-employment on psychological distress among long-term unemployed. *Acta Sociologica* 41: 227-242. 1998
- Hare RM. Ethical theory and utilitarianism. I: Sen A og Williams B (red.). *Utilitarianism and Beyond.* Cambridge University Press. 1990
- Haybron DM. Two philosophical problems in the study of happiness. *Journal of Happiness Studies* 1: 207-225. 2000

- Hazelrigg LE og Hardy M. Scaling the semantics of satisfaction. *Social Indicators Research* 49: 147-180. 2000
- Headey B og Wearing A. The sense of relative superiority - Central to well-being. *Social Indicators Research* 20: 497-516. 1988
- Headey B og Wearing A. Subjective well-being: a stocks and flows framework. I: Strack F, Argyle M og Schwarz N (red.). *Subjective Well-Being*. Oxford: Pergamon Press. 1991.
- Headey B, Kelley J og Wearing A. Dimensions of mental health: Life satisfaction, positive affect, anxiety and depression. *Social Indicators Research* 29: 63-82. 1993
- Headey B, Veenhoven R og Wearing A. Top-down versus bottom-up theories of subjective well-being. *Social Indicators Research* 24: 81-100. 1991
- Heiberg AN. Frivillighet i endring. *Dagbladet* 30. september 1999
- Hellevik O. Nordmenn og det gode liv. *Norsk monitor 1985-1995*. Oslo: Universitetsforlaget 1996
- Hellevik O. Hvorfor blir vi ikke lykkeligere? *Samfunnsspeilet* nr. 4. Statistisk sentralbyrå. 1999
- Hellevik O. Velstandsvekst og verdiutvikling. I: Hagtvedt B (red.). *Artikkelsamling*, Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo. 2000
- Hjermstad MJ. Health related quality of life in cancer patients treated with high-dose chemotherapy and stem cell transplantation. Oslo: Det Norske Radiumhospital. 1999
- Hochschild AR. Emotion work, feeling rules, and social structure. *American Journal of Sociology* 85: 551-575. 1979
- Hollandsworth JG. Evaluating the impact of medical treatment on the quality of life: A 5-year update. *Social Science and Medicine* 26: 425 - 434. 1988
- Holmen J og Midthjell K o.a. The Nord-Trøndelag Health Survey 1984-86. Verdal: SIFF Senter for samfunnsmedisinsk Forskning. Report 4-1990
- Hompland A. Innflytterplaga. Ei avskilsframsyning. Oslo: Institutt for samfunnsforskning. 1985
- Huebner ES, Gilman R og Laughlin JE. A multimethod investigation of the multidimensionality of children's well-being reports: Discriminant validity of life satisfaction and self-esteem. *Social Indicators Research* 46: 1 - 22. 1999.
- Ibsen H. Lille Eyolf. *Utvalgte Verker*. Oslo: Familievennen Forlag A/S. 1997

- Indrayan A, Wysocki MJ, Chawla A, Kumar R og Singh N. 3-decade trend in human development index in India and its major states. *Social Indicators Research* 46: 91-120. 1999
- Ingebrigtsen G. Rusmiddelpolitikk ved et veiskille. *Dagbladet* 15.juni 2000
- Inglehart R og Baker WE. Modernization, cultural change, and the persistence of traditional values. *American Sociological Review* 65: 19-51. 2000
- Ivanova I, Arcelus FJ og Srinivasan G. An assessment of the measurement properties of the human development index. *Social Indicators Research* 46: 157-179. 1999
- Kahneman D. Objective happiness. I: Kahneman D, Diener E og Schwarz N (red.). *Well-Being. The Foundations of Hedonic Psychology*. New York. Russell Sage Foundation. 1999
- Kaplan RM. Using quality of life information to set priorities in health policy. *Social Indicators Research* 33: 121-163. 1994
- Kaplan RM, Feeny D og Revicki DA. Methods for assessing relative importance in preference based outcome measures. I: Joyce CRB, McGee HM og O'Boyle CA. *Individual Quality of Life*. Australia: Harwood Academic Publishers. 1999
- Kasser T. Two versions of the American dream: which goals and values make for a high quality of life? I: Diener E og Rahtz DR (red.). *Advances in Quality of Life Theory and Research*. Social Indicators Research Series, Vol.4. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers. 2000
- Kau AK, Kwon J, Tan SJ og Wirtz J. The influence of materialistic inclination on values, life satisfaction and aspirations: An empirical analysis. *Social Indicators Research* 49: 317-333. 2000
- Kobasa SC. Stressfull life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology* 37: 1-11. 1979
- Kolloen IS. Berre kjærleik og død: Ein biografi om Tor Jonsson. Oslo:Samlaget 1999
- Kozma A, Stone S og Stones MJ. Stability in components and predictors of subjective well-being (SWB): implications for SWB structure. I: Diener E og Rahtz DR (red.). *Advances in Quality of Life Theory and Research*. Social Indicators Research Series, Vol.4. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers. 2000
- Kramer Ø. Livskvalitet og følelse av kontroll blant en gruppe ryggmargsskadde og en kontrollgruppe. Hovedfagsoppgave i psykologi, Universitetet i Trondheim. 1995
- Kurian GT. *The New Book of World Rankings*, 3rd edition, updated by Marti J (Facts on File, New York, USA) 1992
- Kaasa S. *Quality of Life and Survival*. Oslo: The Norwegian Radium Hospital. 1989

- Lance CE, Mallard AG og Michalos AC. Tests of the causal directions of global-life facet satisfaction relationships. *Social Indicators Research* 34: 69-92. 1995
- Lane RE. Diminishing returns to income, companionship - and happiness. *Journal of Happiness Studies* 1: 103-119. 2000
- Larsen F. Psychosocial function before and after gastric banding surgery for morbid obesity. A prospective psychiatric study. *Acta Psychiatrica Scandinavia Suppl.* 359: 1-57. 1990
- Larsen RJ og Fredrickson BL. Measurement issues in emotion research. I: Kahneman D, Diener E og Schwarz N (red.). *Well-Being. The Foundations of Hedonic Psychology*. New York: Russell Sage Foundation. 1999
- Lazarus RS, og Launier R. Stress-related transactions between person and environment. I: Pervin LA og Lewis M (red.). *Perspectives in Interactional Psychology*. New York: Plenum Press. 1978
- Lee DY, Park SH, Uhlemann MR og Patsula P. What makes you happy? A comparison of self-reported criteria of happiness between two cultures. *Social Indicators Research* 50: 351-362. 2000
- Lee H, Kim K-D og Shin DC. Perceptions of quality of life in an industrializing society: The case of the Republic of Korea. *Social Indicators Research* 10: 297-317. 1982
- Lehman AF, Slaughter JG og Myers CP. Quality of life in alternative residential settings. *Psychiatric Quarterly* 62: 35 - 49. 1991
- Leighton AH. Poverty and social change. *Scientific American* 215: 3-9. 1965
- Leonardi F, Spazzafumo L, Marcellini F og Gagliardi C. The top-down/bottom-up controversy from a constructionist approach. A method for measuring top-down effects applied to a sample of older people. *Social Indicators Research* 48: 187-216. 1999
- Lepkifker E, Horesh N og Floru S. Life satisfaction and adjustment in lithium-treated affective patients in remission. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 78: 391-395. 1988
- Lindstrøm B. *The Essence of Existence. On the Quality of Life of Children in the Nordic Countries*. Gøteborg 1994
- Listhaug O. *Norske verdier 1982 - 1990. Stabilitet og endring*. Trondheim: Institutt for sosiologi og samfunnskunnskap. Rapport nr. 30. 1991
- Listhaug O, Håskjold R og Knudsen M. *Values in Norway 1996: Study description and codebook*. Trondheim: Institutt for sosiologi og statsvitenskap. Rapport nr. 49. 1997

Lyubomirsky S og Lepper HS. A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research* 46: 137-155. 1999

Løchen Y. *Det gjenstridige livet*. Oslo: Tiden 1998

MacGilp D. A quality of life study of discharged long-term psychiatric patients. *Journal of Advanced Nursing* 16: 1206-15. 1991

Magasinet. *Dagbladet* 3. februar 2001

Makinen IH. *On Suicide in European Countries*. Stockholm: Almqvist & Wiksell International 1997

Maslow AH. *Motivation and Personality*. New York: Harper and Row 1954

Mastekaasa A. Om inntektsulikhhet og sosial velferd. *Tidsskrift for samfunnsforskning* 22: 175-185. 1983a

Mastekaasa A. Interviewer ratings and self-ratings in the measurement of psychological well-being: A Multi-Trait-Multi-Method approach. Oslo: ISF, arbeidsnotat nr.7. 1983b

Mastekaasa A. Marital Status and Psychological Well-Being: Some Long-Term Trends. Working Paper no 11, Oslo: Institutt for samfunnsforskning. 1984

Mastekaasa A. Marriage and psychological well-being: Some evidence on selection into marriage. *Journal of Marriage and the Family* 54: 901-911. 1992

Mastekaasa A. Marital status and subjective well-being: A changing relationship? *Social Indicators Research* 29: 249 - 276. 1993

Mastekaasa A. Psychological well-being and marital dissolution: Selection effects? *Journal of Family Issues* 15: 208-228. 1994a

Mastekaasa A. The subjective well-being of the previously married: The importance of unmarried cohabitation and time since widowhood or divorce. *Social Forces* 73: 665 - 692. 1994b

Mastekaasa A. Age variations in the suicide rates and self-reported subjective well-being of married and never married persons. *Journal of Community and Applied Social Psychology* 5: 21-39. 1995

Mastekaasa A. Unemployment and health: Selection effects. *Journal of Community and Applied Social Psychology* 6: 189 - 205. 1996

Mastekaasa A, Moum T, Næss S og Sørensen T. *Livskvalitetsforskning*. Oslo: Institutt for samfunnsforskning, Rapport 88:6. 1988

Mayer JD og Salovey P. The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence* 17: 433-442. 1993

- Mazumdar K. Classification of countries: A socio-economic approach. *Social Indicators Research* 34: 261-273. 1995
- McDowell I og Newell C. *Measuring Health. A Guide To Rating Scales and Questionnaires*. 2.ed. New York: Oxford University Press. 1996
- McGill VJ. *The Idea of Happiness*. New York: F.A.Praeger. 1967
- Mercier C. Improving the quality of life of people with severe mental disorders. *Social Indicators Research* 33: 165-192. 1994
- Mercier C og King S. A latent variable causal model of the quality of life and community tenure of psychotic patients. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 89: 72-77. 1994
- Michalos AC. Multiple discrepancies theory (MDT). *Social Indicators Research* 16: 347-413. 1985
- Michalos AC. Job satisfaction, marital satisfaction, and the quality of life: A review and a preview. I: Andrews FM (red.). *Research on the quality of life*. Ann Arbor: Institute for Social Research. 1986
- Michalos AC. *Global Report on Student Well-Being. Volume 1: Life Satisfaction and Happiness*. Berlin: Springer Verlag. 1991
- Michalos AC og Zumbo BD. Public services and the quality of life. *Social Indicators Research* 48: 125-156. 1999
- Michalos AC, Zumbo BD og Hubley A. Health and quality of life. *Social Indicators Research* 51:245-286. 2000
- Middleton R og Allen V. «Social psychological effects». I Watts H og Rees A (red.). *The New Jersey Income Maintenance Experiment Vol III*. New York 1977
- Morris WN. The mood system. I: Kahneman D, Diener E og Schwarz N (red.). *Well-Being. The Foundations of Hedonic Psychology*. New York. Russell Sage Foundation. 1999
- Moum T. Yea-saying and mood-of-the-day-effects in self-reported quality of life. *Social Indicators Research* 20:117-139. 1988
- Moum T. *Quality of Life and Health in the General Population*. Oslo: Institutt for medisinske atferdsfag, UiO. 1992
- Moum T. Mode of administration and interviewer effects in self-reported symptoms of anxiety and depression. *Social Indicators Research* 45: 279-318. 1998
- Moum T. Hva slags livskvalitet har din pasient? I: Vaglum P. *Introduksjon til medisinske atferdsfag*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag. 2000a
- Moum T. Sosial ulikhet i helse og helseatferd. I: Vaglum P. *Introduksjon til medisinske atferdsfag*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag. 2000b

- Moum T, Næss S, Sørensen T, Tambs K og Holmen J. Hypertension labelling, life events and psychological well-being. *Psychological Medicine* 20: 635-646. 1990
- Moum T, Sørensen T, Næss S og Holmen J. Gir diagnosen høyt blodtrykk endret livskvalitet? *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 112: 18-23. 1992
- Myers DG. Close relationships and quality of life. I: Kahneman D, Diener E og Schwarz N (red.). *Well-Being. The Foundations of Hedonic Psychology*. New York. Russell Sage Foundation. 1999
- Muthny FA, Koch U og Stump S. Quality of life in oncology patients. *Psychotherapy and Psychosomatics* 54: 145-160. 1990
- Noelle-Neumann E. Measuring economic and social well-being: The West German experience. Paper presented at 1987 Statistics Users' Conference, London 1987
- Nolen-Hoeksema S og Rusting CL. Gender differences in well-being. I: Kahneman D, Diener E og Schwarz N (red.). *Well-Being. The Foundations of Hedonic Psychology*. New York: Russell Sage Foundation. 1999
- Nord E. Methods for quality adjustment of life years. *Social Science and Medicine* 34: 559-569. 1992
- Nord E. *Cost-Value Analysis in Health Care. Making Sense out of QALYs*. Cambridge University Press. 2000
- Nordby K og Wold S. Underveis. En vurdering av livskvalitet og funksjonsnivå hos mennesker som har flyttet ut fra attføringsavdelingen ved Sanderud sykehus. Hedemark Fylkeskommune: Sanderud sykehus. 1994
- Norsk Monitor. Oslo: Markeds- og Mediainstituttet as. 1999
- Næss A. The shallow and the deep, long-range ecology movement. A summary. *Inquiry* 16: 95-100. 1973
- Næss A. *Økosofi*. I Pax-Leksikon. Oslo: Pax forlag AS 1981
- Næss A. *Livsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget. 1998
- Næss S. Livskvalitet. Om å ha det godt i byen og på landet. Oslo: INAS rapport 79:2. 1979
- Næss S. Pensjonering, helse og livskvalitet i Nord-Trøndelag. *Aldring og Eldre* 4: 28-31. 1991
- Næss S. Alder og livskvalitet. *Aldring og Eldre* 2: 8-10. 1992a
- Næss S. Diagnosen høyt blodtrykk - psykososiale konsekvenser. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* 112: 24 - 26. 1992b



Næss S. Does self-deception enhance the quality of life? I Nordenfelt L (red.). Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers. 1994a

Næss S. Yrkeskvinne - Husmor? Gifte kvinners livskvalitet. Oslo: INAS rapport 94:2. 1994b

Næss S og Bergwitz Ø. Ekteskapet - best for menn? Tidskrift for samfunnsforskning 32: 313-329. 1991

Næss S og Eriksen J. Diabetes og livskvalitet. Resultater fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag. Endring fra 1984 til 1995. Oslo: NOVA Skriftserie 3/2000a

Næss S og Eriksen J. Diabetes, livskvalitet og mestring. I Romøren TI (red.). Usynlighetskappen - levekår for funksjonshemmede. Oslo: Akribes Forlag. 2000b

Omre A. Gullmyntene og andre historier. Oslo: Gyldendal 1954

Oswald AJ. Happiness and economic performance. The Economic Journal 107: 1815-1831. 1997

Pal DK. Quality of life assessment in children. Journal of Epidemiology and Community Health 50: 391-396. 1996

Paulhus DL. Self-deception and impression management in test-responses. I: Angleitner A og Wiggins JS (red.). Personality assessment via questionnaire. New York: Springer-Verlag. 1986

Paulhus DL. Measurement and control of response bias. Kap. 2 i Robinson JP, Shaver PR og Wrightsman LS (red.). Measures of Personality and Social Psychological Attitudes. San Diego: Academic Press, Inc. 1991

Pavot W, Diener E, Colvin CR og Sandvik E. Further validation of the satisfaction with life scale: Evidence for the cross-method convergence of well-being measures. Journal of Personality Assessment 57: 149-161. 1991

Peacock JR og Poloma MM. Religiosity and life satisfaction across the life course. Social Indicators Research 48: 321-345. 1999

Peterson C. Personal control and well-being. I: Kahneman D, Diener E og Schwarz N (red.). Well-Being. The Foundations of Hedonic Psychology. New York: Russell Sage Foundation. 1999

Rawls J. A Theory of Justice. Cambridge: Harvard University Press. 1971

Richmond L, Filson GC, Paine C, Pfeiffer WC og Taylor JR. Non-farm rural Ontario residents' perceived quality of life. Social Indicators Research 50: 159-186. 2000

Rosenfield S. Factors contributing to the subjective quality of life of the chronic mentally ill. Journal of Health and Social Behavior 33: 299-315. 1992

- Ringen S. Well-being, measurement, and preferences. *Acta Sociologica* 38: 3-15. 1995
- Roll-Hansen D. Arbeidstakeres livskvalitet. En studie av jobbtilfredshet og generelt velvære. Oslo: Hovedfagsoppgave ved Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, UiO. 1997
- Rotter BJ. Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs* 80(1, Whole No.609). 1966
- Russell B. *The Conquest of Happiness*, London: George Allen & Unwin Ltd. 1930
- Ryff CD. Happiness is everything, or is it? *Journal of Personality and Social Psychology* 57: 1069-1081. 1989
- Salek S (red.). *Compendium of Quality of Life instruments*. Chichester: John Wiley & Sons Ltd. 1999
- Sandanger I. *Occurrence of Psychiatric Disorders*. Oslo: Institutt for allmenntmedisin og samfunnsmedisinske fag, UiO. 1999
- Sandanger I, Nygård J, Brage S og Tellnes G. *Psykiske helseproblemer og kjønn. Rapport til Trygdeavdelingen, Sosial- og helsedepartementet*. Oslo: Institutt for allmenntmedisinske og samfunnsmedisinske fag, UiO. 1999
- Sandsdalen HJ. *Kom sol på alle mine berg*. Oslo 1978
- Sastre, MTM. Lay conceptions of well-being and rules used in well-being judgements among young, middle-aged, and elderly adults. *Social Indicators Research* 47: 203-231. 1999
- Scarre G. *Utilitarianism*. London: Routledge. 1996
- Schulz W. Multiple-discrepancies theory versus resource theory. *Social Indicators Research* 34: 153 - 169. 1995
- Schwarz N og Strack F. Reports of subjective well-being: Judgmental processes and their methodological implications. I: Kahneman D, Diener E og Schwarz N (red.). *Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology*. New York. Russell Sage Foundation. 1999
- Schyns P. The relationship between income, changes in income and life-satisfaction in West-Germany and the Russian Federation: absolute, relative, or a combination of both? I: Diener E og Rahtz DR (red.). *Advances in Quality of Life Theory and Research. Social Indicators Research Series, Vol.4*. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers. 2000
- Seligman MEP. *Helplessness*. San Francisco: Freeman. 1975
- Shakespeare W. *Ord av Shakespeare. I utvalg ved Bjørg Vindsetmo*. Oslo: Gyldendal 1998

- Shedler J, Mayman og Manis M. The illusion of mental health. *American Psychologist* 48:1117-1131. 1993
- Skårderud F. Uro. Oslo: Aschehoug 1998
- Slagsvold B. Mål og mening: Om å måle kvalitet i aldersinstitusjoner. Oslo.: Norsk gerontologisk institutt. Rapport 1/1995
- Sosial- og helsedepartementet. St meld nr 50. Utjammingsmeldinga. 1998-99
- Sosial- og helsedepartementet. Psykisk helse 1996 - 2006. Faktarapport. 2000
- Spilker B. Introduction. I Spilker B (red.). *Quality of Life Assessments in Clinical Trials*. New York: Raven Press 1990
- Staats S, Armstrong-Stassen M og Partillo C. Student well-being: Are they better off now? *Social Indicators Research* 34: 93-112. 1995
- Statens helsetilsyn. HUNT (Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag) - en jakt på ulikhet? Oslo IK-2712. 2000
- Statistisk sentralbyrå. NOS C 516. Helseundersøkelsen 1995. Oslo 1999
- Stigen A. *Arbeid og menneskeverd*. Oslo: Gyldendals Norsk Forlag. 1973
- Stone AA, Shiffman SS og DeVries MW. *Ecological Momentary Assessment*. I: Kahneman D, Diener E og Schwarz N (red.). *Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology*. New York. Russell Sage Foundation. 1999
- Strauss A og Corbin J. *Basics of Qualitative Research. Grounded Theory Procedures and Techniques*. Newbury Park: Sage Publications 1990
- Søndergaard J. Is increased inequality inevitable? Foredrag på X.Nordiske sosialpolitiske forskerseminar. Oslo: August 2000
- Sørensen T. Freedom and social support. *Psychiatry and Social Science* 1: 197-205. 1981
- Sørensen T. *Mental helse i Nordkyst*. Bodø: Nordland Fylkeskommune. Fylkeshelsejefens kontor. 1987
- Sørensen T. Bokollektiver. I: Dalgard OS og Sørensen T (red.). *Sosialt nettverk og psykisk helse*. Oslo: Tano 1988
- Sørensen T. Lokalsamfunnsutvikling i Nord-Borge. Arbeidsrapport. Oslo: Instituttgruppe for psykiatri, UiO. 2000a
- Sørensen T. Tæt på brukerne. *Socialpsykiatri* 3, nr.3. 2000b
- Sørensen T og Kleiner R. Distance to non-family social network and quality of life among long term psychiatric patients. Paper presented at WARP - World Congress, Paris 2000

- Sørensen T og Næss S. To measure quality of life. Relevance and use in the psychiatric domain. *Nordic Journal of psychiatry* 50, Suppl 37: 29-39. 1996
- Sørensen T, Meyer M, Carlsen Å, Rød O og Wesenberg M. Fellesleiligheter for psykiatriske langtidspasienter i Oslo. En 10 års oppfølgingsstudie av livskvalitet. *Vår avis. Internavis for Dikemark sykehus.* 1994
- Sørensen T, Bøe N og Ingebrigtsen G. Tilhørighet, lokalsamfunn og psykisk helse. Teoretisk bakgrunn og praktisk erfaring fra «Liv laga i Lofoten». I: Dalgard OS, Døhlie E og Ystgaard M (red.). *Sosialt nettverk, helse og samfunn.* Oslo: Universitetsforlaget. 1995
- Sørensen T, Kleiner R, Bøe N, Moum T og Sandanger I. Sociocultural integration and disintegration. The local-community approach to mental health. *North-Cost series in community psychiatry* 01-01. ISBN 82-92192-02-8. 2000
- Sørgaard KW. *Studies in psychiatric help-seeking.* Oslo: Instituttgruppe for psykiatri, UiO. 1998
- Tait M, Padgett MY og Baldwin TT. Job and life satisfaction: A reevaluation of the strength of the relationship and gender effects as a function of the date of the study. *Journal of Applied Psychology* 74: 502-7. 1989
- Tellegen A, Lykken DT, Bouchard TJ o.a. Personality similarity in twins reared apart and together. *Journal of Personality and Social Psychology* 54:1031-39. 1988
- Tennessen H. 'Happiness is for the pigs'. *Journal of Existentialism* 7: 181-214. 1966-1967.
- Tennessen T. Coping with confinement - features of the environment that influence animals' ability to adapt. *Applied Animal Behaviour Science* 22: 139-149. 1989
- Thoits P og Hannan MT. Income and psychological distress: The impact of an income-maintenance experiment. *Journal of Health and Social Behavior* 20: 120-138. 1979
- Thomas LE og Chambers KO. Phenomenology of life satisfaction among elderly men: Quantitative and qualitative views. *Psychology and Aging* 4: 284-289. 1989
- Tranøy KE. *Det åpne sinn. Moral og etikk mot et nytt årtusen.* Oslo: Universitetsforlaget. 1998
- Triandis HC. The self and social behavior in differing cultural contexts. *Psychological Review* 96: 506-520. 1989
- Triandis HC. Theoretical and methodological approaches to the study of collectivism and individualism. In Kim U. o.a. (red.). *Individualism and Collectivism.* Thousand Oaks: Sage Publications 1994
- UNDP. *Human Development Report.* New York: Oxford University Press. 1990-1996

- van Bruggen AC. Social participation and subjective well-being of long-term unemployed: why is paid work so hard to substitute for? I: Diener E og Rahtz DR (red.). *Advances in Quality of Life Theory and Research. Social Indicators Research Series, Vol.4.* Dordrecht: Kluwer Academic Publishers. 2000
- Veenhoven R. Introduction. I: Veenhoven R (red.). *How harmful is happiness?* Universitaire Pers Rotterdam. 1989
- Veenhoven R. *Happiness in Nations.* Rotterdam: Erasmus University. 1993
- Veenhoven R. Happy life-expectancy. A comprehensive measure of quality of life in nations. *Social Indicators Research* 39: 1-58. 1996
- Veenhoven R. The four qualities of life. Ordering concepts and measures of the good life. *Journal of Happiness Studies* 1: 1-39. 2000
- Veenhoven R og Ehrhardt J. Test of the predictions implied in three theories of happiness: The cross-national pattern of happiness. *Social Indicators Research* 34: 33-68. 1995
- Vickrey BG, Hays RD, Rausch R o.a. Quality of life of epilepsy surgery patients as compared with outpatients with hypertension, diabetes, heart disease, and/or depressive symptoms. *Epilepsia* 35: 597-607. 1994
- Vittersø J. *Happy People and Wonderful Experiences.* Dr. Psychol. Thesis. Institutt for Psykologi. UiO 1998
- Ware JE, Gandel B. The SF-36 Health Survey: Development and use in mental health research and the IQOLA Project. *International Journal of Mental Health* 23:49-73. 1994
- Warr P. Well-Being and the workplace. I: Kahneman D, Diener E og Schwarz N (red.). *Well-Being. The Foundations of Hedonic Psychology.* New York: Russell Sage Foundation. 1999
- Watten RG, Syversen JL og Myhrer T. Quality of life, intelligence and mood. *Social Indicators Research* 36: 287-299. 1995
- Watten RG, Vassend O, Myhrer T og Syversen JL. Personality factors and somatic symptoms. *European Journal of Personality* 11: 57-68. 1997
- Wessman AE og Ricks DF. *Mood and Personality.* New York: 1966
- WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine* 46: 1569-1585. 1998
- Wilkinson R. *Unhealthy Societies The Afflictions of Inequality.* London 1996
- Winton WM. The role of facial response in self-reports of emotion: A critique of Laird. *Journal of Personality and Social Psychology* 50: 808-812. 1986

- World Development Report 1994: Infrastructure for development. Oxford: Oxford University Press (published for the World Bank). 1994
- WVS 2. 'World Values Survey 2 1990-92, Cumulative file', ICPSR, file 6160 (Ann Arbor, Michigan, USA). 1990-1992
- Wyller TB. Bruk av livskvalitesbegrepet i medisinsk forskning - til gagn eller ugagn? Tidsskrift for Den norske Lægeforening 27: 4247-4251. 1998
- Zapf W. Social reporting in the 1970s and in the 1990s. Social Indicators Research 51: 1-15. 2000
- Zapffe PW. Den sidste Messias. Essays. Utvalg ved Jan Brage Gundersen. Oslo: Aventura 1992
- Zapffe PW og Tønnessen H. Jeg velger sannheten. Oslo: Universitetsforlaget 1983
- Øverland A. Hustavler. Oslo: Fram Forlag 1929
- Aalberg T. Norske likhetsverdier i et komparativt perspektiv. Tidsskrift for samfunnsforskning 39: 490 - 515. 1998



