

MONIKA JANKOWSKA

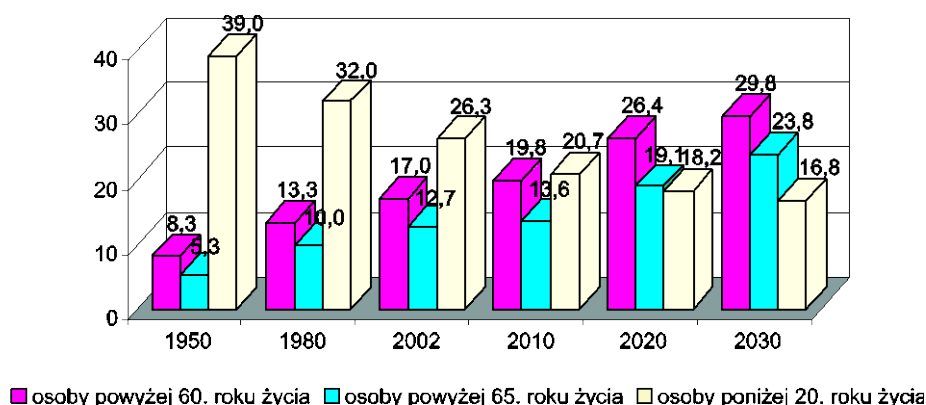
Oddział Chirurgii Onkologicznej, Centrum Medyczne HCP, Poznań

PRÓBA STWORZENIA TYPOLOGII LUDZI STARYCH NA PRZYKŁADZIE OSÓB KORZYSTAJĄCYCH Z DZIENNYCH DOMÓW POMOCY SPOŁECZNEJ

WSTĘP

Starzenie się społeczeństw jako zjawisko o wymiarze globalnym

Gwałtowny postęp techniczny i rozwój medycyny w ostatnim czasie przyczyniły się do wzrostu długości życia. Ze względu na wysokie koszty leczenia i opieki, początkowo starzenie się społeczeństw dotyczyło głównie krajów rozwijających się cywilizacji zachodniej. Obecnie większa dostępność usług medycznych dla obywateli tzw. krajów Trzeciego Świata (Twardowska-Rajewska, 2005) przyczyniła się do globalizacji zjawiska starzenia się. Społeczeństwo polskie dołączyło do krajów o starzejącej się strukturze demogra-



Rys. 1. Procentowy udział w populacji polskiej osób z różnych grup wiekowych
Źródło: opracowano na podst. „Rocznik Statystyczny” GUS, 2002.

ficznej już w połowie lat 60. XX w.¹ i od tego momentu procentowy udział osób starszych w populacji stale wzrasta.

Starość w koncepcji rozwoju *life-span*

„Starość” odnosi się do okresu życia ściśle wyodrębnionego ramami czasowymi. Jej granice nie są jednoznacznie określone. Najczęściej wyznaczone są granicami wieku emerytalnego. Jednak biorąc pod uwagę fakt, że różnią się one u poszczególnych grup zawodowych, wyróżnia się starość socjoekonomiczną przypadającą na wiek 65 lat i fizjologiczną rozpoczynającą się w wieku 75 lat, kiedy znacząco wzrasta tempo deterioracji w obrębie układów i narządów. S. Krzymiński (red., 1993) podaje, że ok. 60. roku życia następuje kumulacja fizjologicznych, psychologicznych i społecznych zjawisk właściwych starości. Współcześnie odchodzi się od tego statycznego ujęcia. Coraz częściej ujmuje się starość dynamicznie i rozumie się ją jako wypadkową zmian fizjologicznych i zmieniających się warunków środowiskowych. Jej kształt i indywidualny charakter wyznaczony jest nie wiekiem, lecz kondycją psychofizyczną człowieka. Przykładem takiego podejścia jest definicja starości, jaką proponują J. Staręga-Piasek i A. Lisowska. Rozumieją ją jako „etap życia, w którym procesy psychiczne (objawiające się rezygnacją i poczuciem braku szans) oraz społeczne (polegające na odrzuceniu, zgodnie z istniejącym rytuałem kulturowym) oddziałują synergicznie z procesami biologicznymi, prowadząc do naruszenia homeostazy, a tym samym do ograniczenia możliwości substytucji” (Leszczyńska-Reichert, 2005, s. 17).

W obliczu zmian w strukturze demograficznej populacji, podwójnego starzenia się, czyli zróżnicowania grupy osób starych na: 1) „młodszych” (65–80 lat) – w większości aktywnych seniorów, w wysokim stopniu zdolnych do samodzielnego zaspokajania swoich potrzeb, oraz 2) „starszych” (80 lat i więcej) – w przeważającej części wymagających pomocy w czynnościach życia codziennego, starości nie można już postrzegać przez pryzmat narastających deficytów i stopniowej inwolucji. Oznacza to dezaktualizację tradycyjnej koncepcji rozwoju, która starości przypisywała postępujący regres. Na dzisiejszym poziomie naukowego poznania uznaje się, że koncepcja rozwoju *life-span* jest bardziej użyteczna i bardziej adekwatnie ujmuje rzeczywistość ludzi starych. Zakłada ona, że rozwój nie ogranicza się tylko do dzieciństwa, ale dotyczy całego życia jednostki. Starość postrzegana jest jako dalszy etap rozwoju człowieka, z charakterystycznym dla niego ryzykiem i szansami rozwojowymi.

¹ Według Światowej Organizacji Zdrowia za kryterium populacji starej w sensie demograficznym uznajemy populację, w której odsetek osób w wieku 65 lat i starszych przekroczył 7% (Woźniak, 1997, s. 28).

Opierając się na modelu *life-span*, C. Schoots (1996, za: C i c h o c k a, 2000, s. 98) przyjmuje, że:

1) istnieją zasadnicze różnice między fizjologicznym, patologicznym i optymalnym starzeniem się, definiując je następująco: a) starzenie fizjologiczne – nieuniknione zużywanie się organizmu, b) starzenie patologiczne – na skutek chorób i konsekwencji zmian chorobowych, c) starzenie optymalne – wykorzystujące cały potencjał dostępny jednostce, zarówno wewnętrzny (zdolności, intelekt), jak i zewnętrzny (wszelkie dostępne i kierowane do osoby dobra);

2) proces starzenia się charakteryzuje się wysokim stopniem indywidualnego zróżnicowania;

3) starość kryje wiele rezerw adaptacyjnych;

4) zmiany w starości są uwarunkowane zmianami w toku wcześniejszych okresów życia;

5) indywidualne doświadczenie, wiedza społeczna mogą rekompensować związane z wiekiem deficyty intelektualne;

6) przeprowadzany w podeszłym wieku bilans życiowy staje się często czynnikiem pogarszającym jakość życia;

7) funkcja adaptacyjna osobowości, w której zawiera się także zdolność do utrzymania *status quo*, jest funkcją zdecydowanie przystosowawczą.

Dzięki holistycznemu spojrzeniu, koncepcja ta przeciwstawia się redukcjonizmowi tradycyjnego podejścia. W tej perspektywie starość postrzegana jest jako zjawisko wielowymiarowe uwarunkowane czynnikami podmiotowymi oraz konstelacją czynników społecznych, kulturowych, politycznych, ekonomicznych, tworzących kontekst, w którym egzystuje jednostka. Kondycja starszej osoby jest więc wypadkową interakcji: naturalnej nieodwracalnej redukcji rezerw w organizmie, przewlekłych procesów chorobowych, konsumowanych leków i używek, prowadzonego stylu życia i czynników środowiskowych. To wielowymiarowe, dynamiczne ujęcie wkomponowuje się w socjoekologiczny model zdrowia i choroby, który stanowi ramy teoretyczne poruszanych zagadnień.

To nowe spojrzenie otworzyło pole do działań na rzecz optymalnego starzenia się i spowodowało zainteresowanie zagadnieniem jakości życia osób starszych.

Jakość życia

Jakość życia jest pojęciem wieloznacznym, różnie ujmowanym przez poszczególnych badaczy. Ramy niniejszego artykułu nie pozwalają na przedstawienie całego bogactwa koncepcji, zatem ograniczymy się do prezentacji kilku z nich, aby nakreślić różnorodność ujęcia tej problematyki.

H. S ę k (1993) rozpatruje jakość życia w dwóch wymiarach: obiektywnym i subiektywnym. Wymiar obiektywny traktuje jako zespół warunków życia człowieka, strukturę jego organizmu i zdrowie, traktowane jako poziom właściwego funkcjonowania wszystkich układów biologicznych, obiektywnie oceniane

atrybuty człowieka związane z poziomem życia i pozycją społeczną oraz obiektywne atrybuty świata przyrodniczego oraz społeczno-kulturowego. Wymiar subiektywny jakości życia jest rezultatem procesów poznawczo-emocjonalnego wartościowania różnych sfer życia i życia jako całości. To wartościowanie zależy od struktury potrzeb i indywidualnego systemu wartości, a w szczególności od indywidualnego pojęcia sensu życia.

Rolę indywidualizacji zadań życiowych w kształtowaniu jakości życia podkreśla N. Cantor (1991; za: K o w a l i k, 1995). Jednostka kieruje się w życiu własnymi celami życiowymi. Dokonuje ona wyboru zadań rozwojowych. Na ich podstawie określa indywidualne zadania życiowe oraz cele, uwzględniając swoje potrzeby i możliwości. Wypracowanie sposobów pracy nad nimi prowadzi do personalizacji zadań życiowych. W toku tego procesu powstają doświadczenia emocjonalne, które składają się na zadowolenie z życia. Zatem koncepcja ta zakłada subiektywne kryterium oceny jakości życia – ustalone przez jednostkę zadania oraz cele.

Odmienne ujmuje problem T. T o m a s z e w s k i (1984), przedstawiając obiektywną i uniwersalistyczną perspektywę. Proponuje on następujące kryteria oceny jakości życia: bogactwo przeżyć, poziom świadomości, poziom aktywności, twórczość oraz współuczestnictwo w życiu społecznym. Traktuje je jako normę obowiązującą wszystkich ludzi, wyznaczającą kierunek działań człowieka i społeczności. Norma ta jest podstawą do rozstrzygnięcia, kiedy mamy do czynienia z wysokim, a kiedy z niskim poziomem jakości życia.

Z konfrontacji koncepcji N. Cantora i T. Tomaszewskiego wyłania się zagadnienie oddziaływania środowiska społeczno-kulturowego, z jego normami, wartościami, preferowanym stylem życia na jednostkę i jej adaptacji do wymagań otoczenia. Na ten relacyjny aspekt jakości życia zwraca uwagę Z. R a t a j - c z a k (1993). Według niej człowiek dokonuje poznawczej oceny relacji między sobą a światem – oceny między realizacją i stopniem zaspokojenia własnych potrzeb, dążeń, celów życiowych a wymaganiami i zasobami otoczenia. W wyniku tej oceny doświadczą określonych stanów psychicznych. W sytuacji, kiedy jednostka może realizować swoje potrzeby, towarzyszy jej poczucie zadowolenia i pozytywne emocje. Jednak nieadekwatność między potrzebami a zasobami własnymi i tkwiącymi w środowisku wywołuje stan ogólnego niezadowolenia oraz negatywne odczucia, zwane kosztami psychologicznymi. Są to:

- 1) upokorzenie (kiedy istnieje rozbieżność między tym, co człowiek może zrobić, a tym, co musi),
- 2) poczucie winy (kiedy istnieje rozbieżność między tym, co człowiek lubi robić lub co potrafi, a tym, co musi robić),
- 3) poczucie pokrzywdzenia (kiedy istnieje rozbieżność między tym, czego człowiek pragnie, do czego dąży, czego potrzebuje lub uważa, że mu się należy, a tym, co posiada).

Centralną rolę w koncepcji A. Michalosa (1986, za: B r z e z i ń s k a i in., 2001) zajmuje pojęcie luki, rozumianej jako spostrzeżenie rozbieżności między

stanem pożądanym (potrzebą) a stanem aktualnym (poziomem zaspokojenia). Wyznacznikiem jakości życia jest zadowolenie z życia, o którym decydują takie czynniki jak: istnienie luki, jej wielkość, obszary egzystencji, w jakich się pojawia, oraz ważność tych obszarów dla jednostki. Oznacza to, że im ważniejszej sfery dotyczy stan niezaspokojenia, tym większy jest odczuwany dyskomfort psychiczny i niższa jakość życia. Stan pożądaný, jako punkt odniesienia oceny zadowolenia z życia, może stanowić to: 1) co uważamy, że jest nam potrzebne, 2) na co zasłużyliśmy, 3) czego oczekujemy, że moglibyśmy uzyskać, 4) co spodziewamy się uzyskać w przyszłości, 5) czego nie mamy obecnie, a posiadaliśmy w przeszłości, 6) co mają inni, a my nie mamy, 7) czego pożądamy ze względu na preferowane wartości. Koncepcja A. Michalosa należy do nurtu odwołującego się do teorii potrzeb, zakładających, że im więcej niezaspokojonych potrzeb oraz im głębszy jest stopień ich niezaspokojenia, tym niższy jest poziom poczucia jakości życia. Akcentuje się w nim refleksyjność, bowiem to jednostka ocenia swoje życie ze względu na frustracje potrzeb w różnych obszarach egzystencji.

Bardziej złożoną koncepcję proponuje J. C z a p i ń s k i (1994) w cebulowej teorii szczęścia. Dobrostan psychiczny rozumiany jest jako trójwarstwowy system, będący w stanie dynamicznej równowagi oraz zdolny do samoregulacji. Autor ujmuje podsystemy w kategoriach poziomów. Najgłębszy z nich i najbardziej stabilny to poziom woli życia. Pełni on funkcję stabilizującą cały system; zapobiega obniżeniu się subiektywnego wyrazu woli życia (osłabienie chęci życia, tendencje samobójcze). Oddziałuje on na pozostałe podsystemy, jednocześnie podlegając ich wpływowi. Pośredni poziom stanowi ogólne zadowolenie z życia jako całości. Jest on mniej stabilny oraz bardziej zależny od czynników wewnętrznych i zewnętrznych. Poziom powierzchniowy stanowią satysfakcje cząstkowe: doznania afektywne i oceny dotyczące konkretnych aspektów życia (pracy, rodziny, finansów, warunków mieszkaniowych, wypoczynku itd.). Są one najbardziej wrażliwe na wpływ obiektywnej sytuacji życiowej i jej zmiany. Teoria ta wskazuje mechanizm regulacyjny systemu szczęścia. Niekorzystne zmiany warunków zewnętrznych powodują najpierw spadek zadowolenia w tych obszarach, których te zmiany dotyczą (poziom powierzchniowy), następnie obniżają ogólne zadowolenie z życia (poziom pośredni), by przenieść się na subiektywnie odczuwaną chęć życia (poziom najgłębszy). W tym momencie uruchamia się homeostatyczny mechanizm samoregulujący. Przywraca on pierwotny poziom subiektywnej woli życia, a następnie podnosi ogólny dobrostan psychiczny. W efekcie człowiek pozostaje niezadowolony tylko z określonych sfer życia, a odzyskując zapał do działania i optymizm, jest zdolny do naprawy i ulepszania tego, z czego nie jest zadowolony. Wskazuje to na istotną motywacyjną rolę woli życia, która mobilizuje do optymalizacji obiektywnych warunków otoczenia.

Warto wspomnieć także o takich konstruktach, jak: jakość życia uwarunkowana stanem zdrowia, jakość życia psychicznego oraz społeczna jakość życia,

by wskazać na ewolucję omawianego pojęcia. Wzrost zainteresowań subiektywną perspektywą choroby oraz podmiotowym charakterem relacji między pacjentem a personelem medycznym doprowadził do sformułowania przez H. Schipperę (1990, za: Dziurowicz-Kozłowska, 2002) pojęcia jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia definiowanej jako spostrzegany przez pacjenta wpływ choroby i przebiegu jej leczenia na funkcjonowanie i ogólne poczucie satysfakcji życiowej. S. Kowalik (1999) zaproponował inne spojrzenie na zdrowie psychiczne, wprowadzając termin „jakości życia psychicznego” rozumianej jako suma przeżyć doświadczanych przez jednostkę w jakimś okresie życia. Autor odwołuje się do bogatego świata wewnętrznego, jego struktury i zawartości oraz do charakteru otaczającej rzeczywistości jako materiału bodźcowego. Koncepcja ta, akcentując subiektywny, psychiczny aspekt jakości ludzkiego życia, uwzględnia także zewnętrzne, obiektywne otoczenie jako osnowę egzystencji. Obok kategorii specyficznych tylko dla nauk medycznych i psychologii, M. Bach i M. Rioux (1996, za: Mesjasz, Zaleski, 2005) zaproponowali koncepcję przynależną zagadnieniom z obszaru socjologii. Wyróżnili oni standardy oceny społecznej jakości życia: 1) możliwość samostanowienia, 2) stopień demokratyzacji życia społecznego, 3) poziom równości społecznej. Wysoki poziom powyższych charakterystyk implikuje wysoką społeczną jakość życia. M. Bach i M. Rioux przyjmują także istnienie sprzężenia zwrotnego między społeczną a jednostkową jakością życia.

Pomimo różnego sposobu konceptualizacji pojęcia jakości życia, wśród współczesnych badaczy istnieje zgodność względem następujących założeń. Po pierwsze, podkreśla się złożoność i wielowymiarowość tego konstruktów. Przyjmuje się, że jest on wyznaczony przez trzy obszary: *soma*, *psyche* i *polis*. Niektórzy, jak Z. Kowalski czy J. Kulczycki (Lachowicz-Tabczek i in., 2005), wyróżniają jeszcze czwarty wymiar – duchowy, chociaż jego istnienie nie zostało jednoznacznie potwierdzone w badaniach empirycznych. Po drugie, zakłada się dwoisty charakter jakości życia: obiektywny (sytuacja życiowa) i subiektywny (jej percepcja). Traktując je jako dwa wymiary rozpatrywane w kategoriach dychotomicznych, można wyróżnić cztery typy jakości życia (D. Ferring, 1991, za: Dziurowicz-Kozłowska, 2002): 1) uzasadnione zadowolenie, 2) dylemat niezadowolenia, 3) paradoks zadowolenia, 4) uzasadnione niezadowolenie (tab. 1).

Tabela 1

Cztery typy jakości życia

| | | Subiektywna ocena życia | |
|--------------------------|--------------|-------------------------|----------------------------|
| | | korzystna | niekorzystna |
| Obiektywne warunki życia | korzystne | uzasadnione zadowolenie | dylemat niezadowolenia |
| | niekorzystne | paradoks zadowolenia | uzasadnione niezadowolenie |

Źródło: opracowano na podst.: Dziurowicz-Kozłowska (2002, s. 86).

Po trzecie, decydującą rolę w ocenie jakości życia ma indywidualny osąd jednostki. Po czwarte, jakość życia rozumiana jest dynamicznie jako proces, podlegający zmianom pod wpływem czynników zewnętrznych i wewnętrznych; analizuje się ją w kontekście rozwojowym.

Podsumowując, w centrum zainteresowań badaczy jakości życia jest jednostka ujmowana holistycznie jako całość biopsychospołeczna czy biopsychospołecznoduchowa, zanurzona w określonym środowisku, które kształtuje ją i jest przez nią kształtowane, w kontekście historii jej indywidualnego życia i rozwoju oraz życia i rozwoju ludzkości. Zatem jednostka ta staje się podmiotem ukontekstowanym czasowo i przestrzennie. Jej percepcja rzeczywistości zewnętrznej oraz wewnętrznej staje się główną, chociaż nie jedyną, determinantą jakości życia. Synchronizuje to z najnowszą definicją tego konstruktów opracowaną przez Światową Organizację Zdrowia, która charakteryzuje go jako „percepcję przez jednostkę jej pozycji w życiu w kontekście kultury i systemu wartości, w którym żyje, i w relacji do zadań, oczekiwań, standardów i zainteresowań” (Bajka i in., red., 2004, s. 15). Warto zaznaczyć, że jednostka, dokonując oceny, posługuje się dwiema ramami odniesienia: wewnętrzną – indywidualnymi aspiracjami, oczekiwaniami, wartościami, oraz zewnętrzną – społeczno-kulturowymi wartościami, normami, osiągnięciami, oczekiwaniami.

Jakość życia a starość

Starość jest rodzajem wyzwania dla jednostki, która musi zmagać się z nieuchronną naturą biologii i jest uwikłana w liczne zdarzenia kryzysowe. W okresie ten wpisane są doświadczenia straty. Są one jedną z przyczyn stresu i emocji negatywnych. Stanowią zagrożenie dla życia przyjemnego, zaangażowanego oraz sensownego, a tym samym dla subiektywnego dobrostanu jednostki. Straty dotyczą dotychczasowych obszarów zaangażowania: pracy zawodowej, miłości romantycznej, wychowania dzieci (Kaczmarek, 2007). Przejściu na emeryturę często towarzyszą utrata roli i pozycji społecznej, zmniejszenie sieci wsparcia społecznego oraz nierzadko ograniczenie swobody finansowej, co w polskiej rzeczywistości wiąże się ze stosunkowo niskimi emeryturami. Zła sytuacja materialna uniemożliwia zaspokojenie wielu potrzeb, zawęża kontakty społeczne, obniża jakość życia oraz naraża na społeczną marginalizację. Wymaga to reorganizacji życia i odkrycia nowych obszarów zaangażowania. Śmierć współmałżonka (ze względu na nadumieralność mężczyzn problem wdowieństwa dotyczy w przeważającej większości kobiet) niesie zagrożenie depresją, spadkiem aktywności i społeczną izolacją. Dzieci, które opuszczają dom rodzinny, mogą przyczynić się do wystąpienia tzw. „syndromu pustego gniazda”. Przeprowadzenie się potomków do innego miasta bądź kraju znacznie ogranicza możliwość aktywnego uczestniczenia w życiu dorosłych dzieci i wnuków. Ponadto osoby stare doświadczają utraty zdrowia i sprawności fizycznej (zmniejszona

wytrzymałość fizyczna i zdolność do wysiłku, zmiany w obrębie układów ruchu i narządów wewnętrznych, narządów zmysłów oraz zjawisko mnogiej patologii polegające na występowaniu kilku chorób jednocześnie). Stopniowe pogarszanie się zdrowia, ograniczenie sprawności psychofizycznej powodują znaczne zawężenie zakresu autonomii lub jej utratę, rosnącą częściową lub całkowitą, okresową albo stałą zależność od pomocy i opieki ze strony innych ludzi czy instytucji. Frustracja w samodzielnym zaspokajaniu życiowych potrzeb, przejawiająca się w codziennym funkcjonowaniu, godzi w ważną dla seniorów wartość – samowystarczalność (Kotlarska-Michalska, 1999, s. 91). Jak trudna jest adaptacja do normatywnych zmian i wydarzeń okresu starości świadczy duże rozpowszechnienie depresji (30–60%) oraz niepokojący wzrost liczby samobójstw w tej grupie wiekowej (Kędziora-Kornatowska i in., 2008). W obliczu wielu strat kluczowa dla zachowania poczucia jakości życia jest akceptacja nieuniknionych zmian biologicznych, zwiększających się wraz z wiekiem ograniczeń w pełnieniu funkcji społecznych oraz reorganizacja życia pozwalająca na rozwój osobistego zaangażowania wokół wartości nadających życiu nadrzędny sens. Człowiek dostrzegający i realizujący swój sens łatwiej będzie przezwyciężał kryzysy starości.

Przed seniorem stoją także właściwe dla tego okresu zadania rozwojowe o charakterze: 1) biologicznym – konieczność dostosowania się do zmian w organizmie, w stanie zdrowia i sprawności psychomotorycznej, 2) psychologicznym – pogodzenie się i akceptacja nieuniknionych zmian biologicznych i społecznych związanych z wiekiem; konieczność dokonania bilansu życiowego; zachowanie poczucia własnej wartości i przeciwdziałanie spadkowi samooceny pomimo licznych strat; nauczenie się przyjmowania pomocy, gdy jest to konieczne; określenie na nowo poczucia własnej tożsamości przez odpowiedzenie sobie na pytanie: kim jestem?, 3) społecznym – wypracowanie nowych wzorów zachowań w kontaktach z dziećmi, wnukami; odnalezienie się w nowej sytuacji społecznej w relacjach ze znajomymi, przyjaciółmi; zaakceptowanie utraty pewnych pozycji społecznych i znaczenia w pewnych kręgach; zagospodarowanie wolnego czasu, 4) ekonomicznym – nauczenie się gospodarowania obniżonymi środkami finansowymi, co wiąże się często z koniecznością zmiany stylu życia i przebudową całego budżetu, 5) filozoficzno-egzystencjalnym – udzielenie odpowiedzi na pytania egzystencjalne w postaci: dlaczego lub po co żyję, komu jestem potrzebny, czy istnieje coś poza doczesnością i jak ja mogę się tam odnaleźć (Wóźniak, 1997, s. 13). Jednostka wkracza w okres nowych szans i zagrożeń dla rozwoju z całym dziedzictwem dotychczasowego doświadczenia. Nierozwiązane zadania rozwojowe z poprzednich etapów rodzą frustrację, nerwicę egzystencjalną, depresję, stanowiąc czynnik utrudniający twórczą adaptację do okresu licznych strat i wydarzeń kryzysowych. Konstrukttywne poradzenie sobie z tymi zadaniami przyczynia się do pomyślnej starości. O wysokiej jakości życia w tym okresie decydują indywidualne kompetencje i zasoby, aktywność społeczna osoby oraz wspierające otoczenie (rodzina,

znajomi). Gerontolodzy podkreślają duże znaczenie własnej aktywności, która w 50% określa charakter własnej starości (Kędziora-Kornatowska i in., 2008).

Poczucie zadowolenia z życia ludzi starych uwarunkowane jest wieloma czynnikami. Badania nad korelatami życiowej satysfakcji wskazują na znaczenie zaspokojenia potrzeb (Dziurowicz-Kozłowska, 2002), dobrych relacji międzyludzkich, w tym szczególnie relacji z najbliższą rodziną (Brzezińska, 2000; Wołowicka, 2000), aktywności fizycznej i społecznej (Porzych i in., 2004; Mielczarek, 2006; Stuart-Hamilton, 2006), stanu zdrowia (Brzezińska i in., 2001; Cichocka, 1993; Mielczarek, 2006; Wołowicka, 2000), statusu społeczno-ekonomicznego (Głębocka, Szarzyńska, 2005; Brzezińska i in., 2001; Mielczarek, 2006; Wołowicka, 2000). A. Mielczarek (2006) zwraca uwagę na to, że dobre samopoczucie w starości określają nie tylko zdrowie i czynniki socjoekonomiczne, ale także dobre funkcjonowanie rodziny, aktywny tryb życia i udział w życiu publicznym. Wyniki badań przeprowadzonych w 2001 r. w Poznaniu potwierdzają duże znaczenie dla seniorów relacji z bliskimi i ich towarzyskiej i społecznej aktywności. Ankieta „Marzenia seniorów” wypełniona przez 88-osobową grupę uczestników klubów seniora, domów dziennego pobytu i rezydentów domów pomocy społecznej ujawniła, że aż 51% respondentów marzy o satysfakcjonujących więziach z bliskimi, a 37% o aktywności towarzyskiej (Sierpowska, 2002, s. 25–26). Wskazuje to na dużą potrzebę przyjaźni, miłości, szacunku, akceptacji, zrozumienia, aktywnego spędzania czasu wolnego oraz kontaktów społecznych i towarzyskich.

M. Argyle (2004) wskazał na drugorzędny udział zmiennych demograficznych jako predyktorów poczucia szczęścia. Jest on stosunkowo słaby, aczkolwiek istotny statystycznie; według F. M. Andrews i S. B. Witney (1976, za: Argyle, 2004, s. 167) wynosi on mniej niż 10%; natomiast R. Inglehart (1999, za: Argyle, 2004, s. 167) sugeruje wielkość dochodzącą do 15%. Największe znaczenie przypisywane jest stanowi cywilnemu, zatrudnieniu, pozycji zawodowej, sposobowi spędzania czasu wolnego oraz takim kompetencjom i cechom, które wykazują bezpośredni związek ze zdrowiem i umiejętnościami społecznymi. Znaczący jest także wpływ cech osobistych, wydarzeń życiowych czy religii.

MATERIAŁY I METODY

Cel badań

Celem przeprowadzonych badań było stworzenie typologii osób starych i scharakteryzowanie wyróżnionych typów pod względem zadowolenia z dotychczasowego i aktualnego życia. Jako podstawę wyróżnienia wewnętrznie

jednorodnych grup wybrano następujące zmienne: 1) natężenie potrzeb opiekuńczych, 2) „dobroć” relacji z bliskimi, 3) aktywność społeczną seniorów. Było to uzasadnione wobec następujących faktów: 1) spadku wraz z wiekiem samodzielności w zakresie czynności życia codziennego, 2) istotnego znaczenia najbliższej rodziny jako podstawowego i naturalnego systemu wsparcia dla osób starszych, 3) roli aktywnego zaangażowania w życie krewnych, znajomych, społeczności lokalnej i kraju w optymalizacji procesu starzenia się jednostki. „Dobroć” relacji z bliskimi definiowana jest jako stopień bliskości, wzajemnego zaufania, więzi oraz podmiotowości w relacjach między jednostką a jej bliskimi przejawiający się w komunikacji, wzajemnie świadczonej sobie pomocy i udzielanym sobie wsparciu, na płaszczyźnie emocjonalnej oraz w sferze postaw (akceptacja, poszanowanie prawa do autonomii i samostanowienia jednostki). Przez poziom aktywności społecznej rozumie się stopień, w jakim aktywność jednostki przejawia się w sferze rodzinnej, towarzyskiej i społeczno-politycznej poprzez aktywne uczestnictwo w życiu rodziny, przez kontakty ze znajomymi i przyjaciółmi oraz poprzez zaangażowanie w sprawy społeczeństwa i kraju. Natężenie potrzeb opiekuńczych to ilość potrzeb opiekuńczych jednostki, czyli potrzeb w zakresie samoobsługi, prowadzenia gospodarstwa domowego i w innych aspektach codziennego funkcjonowania, których osoba nie jest w stanie (przejściowo lub trwale, częściowo lub całkowicie) samodzielnie zaspokajać, a wynikają one z fizjologicznych, ekonomicznych i społecznych zjawisk związanych ze starzeniem się jednostki.

Badana grupa

Badanie przeprowadzono na 84-osobowej grupie seniorów korzystających z usług czterech dziennych domów pomocy społecznej oraz z oddziałów dziennych dwóch domów pomocy społecznej w Poznaniu. Zastosowano ochotniczy dobór osób do grupy badanej.

W badanej grupie zdecydowaną większość (prawie $\frac{3}{4}$ badanych) stanowią kobiety. Kierunek tej dysproporcji płci jest zgodny z charakterystyczną dla okresu starości nadumieralnością mężczyzn i wynikającą z tego liczebną przewagą kobiet. Rozpiętość wiekowa wśród osób badanych jest wysoka, wynosi 45 lat ($X = 74,1$; $s = 10,19$). Najmłodsza osoba ma 53, a najstarsza 98. Zdecydowaną większość badanej próby stanowią osoby mieszkające samotnie – 64,3%. Niespełna 5% badanych mieszka razem z partnerem życiowym, natomiast 25% wspólnie z dziećmi w gospodarstwach wielopokoleniowych. Aż 70% badanej grupy stanowią wdowy i wdowcy. Ogólny udział procentowy osób żyjących bez życiowego partnera lub partnerki, czyli wdów i wdowców, rozwiedzionych, kawalerów i panien wynosi 90,5%. W związku małżeńskim pozostaje tylko 9,5% badanej grupy, przy czym żonatych mężczyzn jest prawie 3-krotnie więcej

niż zamężnych kobiet. Prawie połowa (48,8%) osób badanych postrzega własną sytuację finansową w porównaniu z ich rówieśnikami jako bardzo lub raczej złą. Jednakże 45,2% z nich uważa, że jest ona raczej dobra. W odczuciu aż 30% ankietowanych ich sytuacja materialna jest bardzo zła. Ponad połowa (55,9%) ankietowanych oceniła swój stan zdrowia w porównaniu z innymi osobami w ich wieku jako raczej zły i bardzo zły, jako raczej dobry – 34,5%, a bardzo dobry zaledwie – 3,6%. Świadczy to, że respondenci postrzegają swój stan zdrowia generalnie jako zły i wykazują większą tendencję do negatywnej niż pozytywnej jego oceny.

Metodyka badań

W badaniach posłużono się dwoma narzędziami badawczymi: Kwestionariuszem RAPIZ (relacje, aktywność społeczna, potrzeby opiekuńcze i ich zaspokojenie), Skalą Zadowolenia z Życia oraz Metryczką.

Kwestionariusz RAPIZ jest autorskim narzędziem skonstruowanym do pomiaru jakości relacji z bliskimi, aktywności społecznej oraz potrzeb opiekuńczych osób starszych. Składa się z 29 pozycji testowych. Każda z nich jest przyporządkowana do jednej z trzech skal: RB – relacje z bliskimi (15 pytań), AS – aktywność społeczna (5 pytań), PO – potrzeby opiekuńcze (9 pytań), które poddawane są analizie ilościowej, natomiast uzupełnienia pytań przynależnych do skali PO są źródłem dodatkowych informacji i poddawane są analizie jakościowej. Pozycje zaopatrzone są w 4-punktową skalę szacunkową. Współczynnik rzetelności α Cronbacha dla skali RB wynosi $\alpha = 0,79$; dla skali AS $\alpha = 0,52$; a dla skali PO $\alpha = 0,74$. Trafność kryterialna skali RB – $r_p = 0,65$ dla poziomu istotności $\alpha = 0,0001$; dla skali AS – $r_p = 0,29$ dla poziomu istotności $\alpha = 0,008$. W wyniku dobrania nieodpowiedniego kryterium dla skali PO, nie można podać jej trafności kryterialnej. Ocena i interpretacja opiera się na zliczeniu punktów przypisanych określonym odpowiedziom na pozycje kwestionariusza według „Klucza do oceny odpowiedzi”, oddzielnie dla każdej z trzech skal. Wskaźnikiem „dobroci” relacji z bliskimi, poziomu aktywności społecznej i natężenia potrzeb opiekuńczych osoby badanej były sumy punktów zliczone osobno dla każdej ze skal. W rezultacie powstają trzy sumy, każda do oddzielnej interpretacji. Wysokie wyniki wskazywały na: 1) w skali RB – relacje z bliskimi odznaczające się bliskością, wzajemnym zaufaniem i podmiotowością, efektywną komunikacją; 2) w skali AS – wysoką aktywność społeczną jednostki w postaci uczestnictwa w życiu rodziny, kontaktów ze znajomymi oraz wyrażającą się w zaangażowaniu w sprawy społeczeństwa i kraju; 3) w skali PO – duże natężenie potrzeb opiekuńczych i wynikające z tego uzależnienie od pomocy czy opieki innych osób.

Skala Zadowolenia z Życia złożona jest z dwóch prostych skal jednopytaniowych. Ich konstrukcja odwołuje się do założeń cebulowej teorii szczęścia

autorstwa J. Czapińskiego. Czterostopniowa skala poczucia szczęścia służy do pomiaru warstwy satysfakcji cząstkowych. Natomiast druga siedmiostopniowa skala jest miarą poziomu ogólnego zadowolenia z dotychczasowego życia jako całości. Dotyczy więc pośredniej warstwy dobrostanu psychicznego cechującej się większą stabilnością. Poszczególnym odpowiedziom w podskalach przyporządkowane zostały kolejne liczby naturalne. Dla każdej z podskal uzyskano oddzielne wyniki, którymi były wartości liczbowe przypisane konkretnym odpowiedziom. Prosta konstrukcja narzędzia uprawnia do dosłownej interpretacji uzyskanych danych. Obie skale zaczerpnięte są z metod badawczych wykorzystanych przez zespół J. Czapińskiego do opracowania *Diagnozy społecznej 2005*. Ich wybór był uwarunkowany względami natury psychometrycznej – najsilniejszym związkiem pozycji z obiektywnymi wyznacznikami jakości życia w poprzednich badaniach wyżej wymienionego badacza.

Metryczka została skonstruowana w celu nakreślenia socjodemograficznego portretu grupy badawczej. Zmienne uboczne ważne dla analizowanych zależności zostały wyróżnione na podstawie przeglądu literatury. Uznano, że są to: płeć, wiek, poziom wykształcenia, rodzaj gospodarstwa domowego, w jakim żyje osoba badana, stan cywilny, status społeczno-ekonomiczny i stan zdrowia.

Procedura badawcza

Każda osoba badana otrzymywała Metryczkę oraz zestaw narzędzi badawczych: Kwestionariusz RAPIZ i Skalę Zadowolenia z Życia. Przed przystąpieniem do wypełniania kwestionariuszy każdorazowo zapoznawano osoby badane z celem badania, jego anonimowością i dobrowolnym w nim udziałem. Po wyrażeniu zgody na uczestnictwo w badaniu osoba samodzielnie wypełniała zestaw bez obecności badającego (miało to miejsce w kilku przypadkach) albo, co miało miejsce przeważającej większości, badacz na życzenie osób badanych czytał na głos każdej z nich indywidualnie kolejne pytania umieszczone w zestawie badawczym. Odpowiedzi respondentów zostawały odpowiednio notowane w arkuszach zestawu.

WYNIKI

W celu wyłonienia wśród osób w wieku senioralnym wewnętrznie spójnych grup posłużono się analizą skupień metodą *k*-średnich. Metoda ta pozwala ująć jednostkę całościowo jako niepowtarzalną mozaikę pewnych właściwości, a nie postrzegać ją fragmentarycznie przez pryzmat pojedynczych zmiennych, co jest wyrazem holistycznego ujęcia zagadnień poruszanych w niniejszej pracy. Podstawą grupowania były wyniki następujących zmiennych: potrzeb opiekuńczych – PO, relacji z bliskimi – RB, aktywności społecznej – AS, ze względu na ich ilościowy charakter oraz założenie, że pozostają one w znaczącym związku z jakością życia badanych.

Charakterystyka wyodrębnionych skupień

Braki danych spowodowały, że analizę skupień przeprowadzono na grupie 75 osób. Za pomocą tej metody wyodrębniono 4 różniczne skupienia: skupienie I – 18 osób, skupienie II – 9 osób, skupienie III – 23 osoby i skupienie IV – 25 osób (rys. 2). Analiza wariancji wykazała, że wszystkie wybrane zmienne: potrzeby opiekuńcze, relacje z bliskimi, aktywność społeczna istotnie różnicują wyłonione podgrupy (tab. 2).

Tabela 2

Analiza wariancji zmiennych użytych do analizy skupień

| | Zmienna | Skupienie | | Błąd | | F | p |
|----|---------------------|----------------|----|----------------|----|--------|---------|
| | | średni kwadrat | df | średni kwadrat | df | | |
| PO | potrzeby opiekuńcze | 14,531 | 3 | 0,466 | 71 | 31,173 | < 0,001 |
| RB | relacje z bliskimi | 15,032 | 3 | 0,407 | 71 | 36,923 | < 0,001 |
| AS | aktywność społeczna | 12,027 | 3 | 0,416 | 71 | 28,901 | < 0,001 |

Źródło: opracowano na podstawie wyników badań własnych.

Tabela 3

Statystyki opisowe wyodrębnionych skupień (wyniki surowe)

| | Sk I (n = 18) | | | Sk II (n = 9) | | | Sk III (n = 23) | | | Sk IV (n = 25) | | |
|-----------|---------------|-------|------|---------------|-------|------|-----------------|-------|------|----------------|-------|-------|
| | PO | RB | AS | PO | RB | AS | PO | RB | AS | PO | RB | AS |
| \bar{X} | 1,06 | 29,78 | 7,56 | 11,56 | 20,44 | 4,56 | 1,43 | 16,35 | 7,09 | 4,32 | 29,24 | 10,84 |
| s | 1,63 | 5,40 | 1,98 | 3,81 | 6,15 | 1,67 | 1,75 | 4,97 | 2,52 | 4,00 | 4,14 | 1,31 |

Źródło: jak do tab. 2.

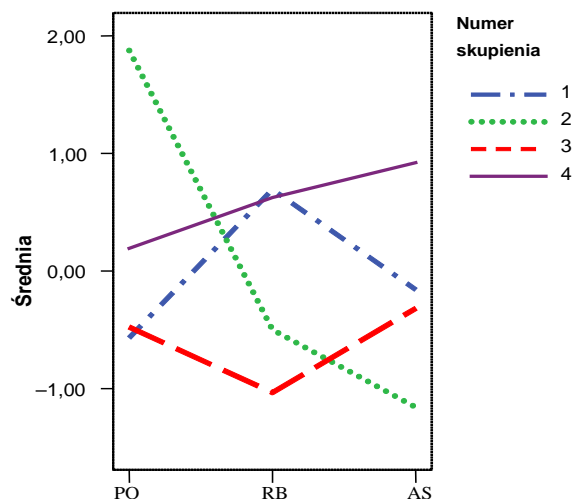
Tabela 4

Statystyki opisowe dla wyodrębnionych skupień (wyniki przeliczone*)

| | Sk I (n = 18) | | | Sk II (n = 9) | | | Sk III (n = 23) | | | Sk IV (n = 25) | | |
|-----------|---------------|-------|-------|---------------|-------|-------|-----------------|-------|-------|----------------|-------|-------|
| | PO | RB | AS | PO | RB | AS | PO | RB | AS | PO | RB | AS |
| \bar{X} | 3,93 | 58,39 | 44,47 | 42,81 | 40,08 | 26,82 | 5,30 | 32,06 | 41,71 | 16,00 | 57,33 | 63,76 |
| s | 6,03 | 10,59 | 11,65 | 14,11 | 12,06 | 9,82 | 6,48 | 9,75 | 14,82 | 14,81 | 8,12 | 7,71 |

* Wyniki surowe poddano transformacji na wskaźnik W% według wzoru $W\% = (X/X_{\max}) \cdot 100\%$, gdzie X to wynik surowy, a X_{\max} to wynik maksymalny dla danej skali.

Źródło: jak do tab. 2.



Rys. 2. Profile skupień

Źródło: opracowano na podst. wyników badań własnych.

Typ rodzinny

Skupienie I tworzyło 18 osób, co stanowiło 24% badanej grupy. Profil jest dyszharmonijny, ma kształt odwróconej litery „u”. Potrzeby opiekuńcze są poniżej średniej, mało różnią się u poszczególnych jednostek, relacje z bliskimi lokują się powyżej przeciętnej wartości, natomiast społeczna aktywność jest nieco poniżej średniej (tab. 3). Osoby w tej podgrupie cechuje wysoki stopień samodzielności w wykonywaniu czynności życia codziennego. Jednostki intensywnie angażują się w kontakty z najbliższymi i odczuwają je jako satysfakcjonujące. Wydaje się, że najbliższe otoczenie w wysokim stopniu zaspokaja potrzeby społeczne badanych. W związku z tym aktywność pozarodzinna pozostaje niska. Ze względu na cechy wyróżniające tego profilu nazwano go profilem „rodzinnym”.

W skupieniu I stosunek liczby mężczyzn do liczby kobiet wynosi 1 : 1,57. Jest zbliżony do parametrów populacyjnych: 1 : 1,64 („Rocznik Statystyczny”, GUS, 2002), natomiast odbiega od statystyk badanej grupy: 1 : 2,82. Oznacza to większy udział osobników płci męskiej w wyróżnionym skupieniu w stosunku do całej próby. Średnia wieku wynosi 71,56 lat. Ponad 55% podgrupy ma średnie wykształcenie. Reszta legitymuje się wykształceniem podstawowym lub zawodowym. Większość – 66,7% – prowadzi gospodarstwo jednoosobowe i taki sam odsetek stanowią wdowy i wdowcy. Pojedyncze osoby pozostają w związku małżeńskim, są rozwiedzione lub są stanu wolnego. Połowa badanych w skupieniu pozytywnie ocenia swój stan materialny oraz stan zdrowia. Własną sy-

tuację finansową jako bardzo złą postrzega prawie 17% badanych i tylko 5,6% jako bardzo źle szacuje swoje zdrowie. Stanowi to wynik istotnie niższy w porównaniu z całą grupą badaną, gdzie odpowiednie wartości wynoszą 29,8 i 23,8%. Aż 77,8% podgrupy pozytywnie ustosunkowuje się do swojego dotychczasowego życia, co znacznie przewyższa udział takich jednostek w całej badanej grupie – 61,8%, natomiast lokuje się bliżej parametrów populacyjnych – 71,1%. Negatywnie ocenia je zaledwie 11,1% badanych w skupieniu I. Prawie 90% osób deklaruje zadowolenie z aktualnego życia. W podgrupie częściej można spotkać osobę usatysfakcjonowaną z aktualnej egzystencji niż w całej próbie czy populacji, gdzie wskaźniki te wynoszą niecałe 70%.

Typ bierny społecznie

W skupieniu II było 9 osób, czyli 12% badanej grupy. Profil ma kształt opadający. W porównaniu do innych podgrup potrzeby opiekuńcze są bardzo wysokie i zróżnicowane u poszczególnych badanych, relacje z bliskimi są niejednorodne i lokują się nieco poniżej średniej, natomiast aktywność społeczna jest niska (tab. 3). Ograniczona samodzielność w zakresie czynności życia codziennego implikuje wysoką zależność od innych osób. Kontakty z najbliższymi są ograniczone, brakuje w nich zrozumienia, akceptacji, ludzkiej życzliwości. Najbliższe otoczenie nie sprzyja zaspokajaniu fizycznych, psychicznych oraz społecznych potrzeb jednostki. Niskie uczestnictwo w szerszym życiu społecznym skazuje osobę na samotność i ciągłą deprivację potrzeb. Słabe rodzinne, towarzyskie zaangażowanie może po części wiązać się z psychofizycznymi ograniczeniami. Można także postawić hipotezę, że ograniczona aktywność społeczna i niesatysfakcjonujące relacje z bliskimi są wyrazem roszczeniowej postawy osób badanych. Z tej perspektywy można rozumieć wysokie potrzeby opiekuńcze jako neurotycznie wyolbrzymione; ich główną funkcją jest skłonienie innych do wypełnienia obowiązku opieki nad potrzebującym seniorem. Profil nazwano profilem „biernym społecznie”.

W skupieniu II znacząco przeważają kobiety, stanowiąc 77,8% podgrupy. Średnia wieku wynosi 80 lat. Udział osób o wykształceniu podstawowym, średnim i wyższym jest równomierny, co znacząco odbiega od rozkładu wykształcenia w próbie i populacji. Większość osób mieszka samotnie, a co trzecia z nich żyje ze swoimi dziećmi i/lub wnukami. Wśród badanych nie ma osób zamężnych czy żonatych. Wszystkie są jednostkami samotnymi. Wdowy i wdowcy istotnie przeważają liczbę osób rozwiedzionych. Prawie co drugi badany ocenia swoją sytuację finansową jako bardzo złą. Wszyscy postrzegają negatywnie własny stan zdrowia, przy czym jako bardzo zły szacuje go 44,4% ankietowanych należących do tego skupienia. Zadowoleni z dotychczasowego życia stanowią 55,5% podgrupy, a niezadowoleni – 33,3%. Statystyki te

wskazują na większy w niej udział jednostek o negatywnym bilansie życiowym w porównaniu z całą populacją (71,1% zadowolonych i 8% niezadowolonych z dotychczasowego życia). Satisfakcję z aktualnej egzystencji deklaruje 44,4% badanych i tyle samo stwierdza, że nie są z niej usatysfakcjonowani. Stosunkowo wysoki jest udział osób nieszczęśliwych – 33,3% badanych.

Typ kompensujący

Skupienie III składało się z 23 osób, co stanowiło 30,67% badanej grupy. Profil jest dysharmonijny, ma kształt litery „u”. Potrzeby opiekuńcze przyjmują wartości poniżej średniej, są mało zróżnicowane u poszczególnych badanych, relacje z bliskimi lokują się w zakresie niskich wyników, a aktywność społeczna jest nieznacznie poniżej średniej i wewnątrznie bardzo zróżnicowana (tab. 3). Duża samodzielność i autonomia we wszystkich sferach funkcjonowania sprawia, że osoby nie są zależne od innych. Niesatysfakcjonujące kontakty z najbliższymi czy brak takich kontaktów powodują niezaspokojenie potrzeby afiliacji w tym otoczeniu. W takim kontekście względnie wyższe uczestnictwo w szerszych kręgach międzyludzkich można rozumieć jako formę kompensacji czy próbę zaspokojenia zdeprywowanych potrzeb społecznych. Z tego powodu scharakteryzowano profil jako „kompensujący”.

Proporcja mężczyzn do kobiet wśród osób należących do skupienia III wynosi 1 : 2,29 i jest wyższa od stosunku liczebności płci osób starszych w populacji. Średnia wieku wynosi 72 lata. Wykształcenie podstawowe i niepełne podstawowe posiada 30% badanych, zawodowe – 17,4%, średnie – 39%, wyższe – 8,7%. W większości zamieszkują oni samotnie, chociaż 30,4% żyje z dziećmi i/lub wnukami. Osoby posiadające żyjącego partnera stanowią niewielki odsetek – 8,7%. Przeważają osoby samotne. Udział wdów i wdowców jest bardzo duży, wyższy w stosunku do całej badanej próby. Prawie połowa respondentów pozytywnie ocenia własną sytuację materialną, jednak wiele osób określa ją jako bardzo złą – 34,8%. W większości stan zdrowia szacowany jest pozytywnie. Prawie 40% badanych nie jest zadowolonych ze swojego dotychczasowego życia, natomiast 43,4% nie znajduje satysfakcji w aktualnym życiu. Nieszczęśliwa jest co piąta osoba w wyróżnionym skupieniu, podczas gdy w całej próbie jest co siódma, a w całej populacji co 31 osoba.

Typ aktywny społecznie

Skupienie IV liczy 25 osób, co stanowi 33,33% badanej grupy. Kształt profilu jest rosnący. Potrzeby opiekuńcze lokują się nieco powyżej średniej i są zróżnicowane wśród badanych osób, relacje z bliskimi są znacząco powyżej

średniej, a społeczna aktywność jest wysoka. Dwie ostatnie zmienne są wewnątrznie jednorodne (tab. 3). Osoby wymagają pewnej pomocy w wykonywaniu codziennych czynności życiowych. Ich więź z najbliższymi cechuje wzajemny podmiotowy stosunek, otwarta i efektywna komunikacja, obejmująca wyrażanie własnych potrzeb oraz otwartość na ofiarowaną pomoc. Jednostki zaliczone do tej podgrupy aktywnie angażują się w życie własnej rodziny, dbają o rozwój i utrzymanie kontaktów ze znajomymi oraz czynnie korzystają ze swoich praw wyborczych – cechuje je szeroka pozarodzinna aktywność społeczna. To profil „aktywny społecznie”. Wydaje się, że szerokie wsparcie i aktywna postawa życiowa sprzyjają optymalnemu starzeniu się badanych.

W skupieniu IV 80% osób stanowią kobiety. Ich procentowy udział jest wyższy od statystyk całej próby i parametrów populacji seniorów. Średnia wieku wynosi 76,2. Wykształceniem wyższym legitymuje się aż 24% podgrupy. Tak wysoki odsetek wyróżnia się na tle całej próby (14,3%) oraz populacji seniorów (13,7%). Osoby z wykształceniem średnim i wyższym stanowią 72% badanych w skupieniu IV. Najwięcej badanych (60%) prowadzi jednoosobowe gospodarstwo domowe, 16% żyje z partnerem życiowym, natomiast 24% mieszka z własnymi dziećmi i/lub wnukami. Chociaż większość stanowią wdowy i wdowcy, 20% to jednostki pozostające w związku małżeńskim. Mniej jest kawalerów i pań oraz osób rozwiedzionych. Sytuacja finansowa jest pozytywnie oceniana przez 56%, a stan zdrowia przez 40% respondentów. W tym drugim przypadku dominują osoby o poczuciu złej kondycji psychofizycznej. Zadowolonych z dotychczasowego życia jest 65,2% podgrupy, a z aktualnej egzystencji czerpie radość 76% badanych. Mimo złego, w odczuciu większości, stanu zdrowia, jednostki potrafią cieszyć się bieżącym życiem.

Charakterystyka skupień ze względu na zmienne główne i zmienne uboczne

Testem χ^2 sprawdzono, czy zmienne główne i zmienne uboczne różnicują skupienia w sposób statystycznie istotny. Zmienna główna – zadowolenie z aktualnego życia – ze względu na niskie zróżnicowanie, została zdychotomizowana. W efekcie przyjęła dwie wartości: szczęśliwa/-wy (zamiast dosyć szczęśliwa/-wy oraz bardzo szczęśliwa/-wy), nieszczęśliwa/-wy (zamiast nieszczęśliwa/-wy oraz niezbyt szczęśliwa/-wy). Ponieważ współczynnik χ^2 jest trudny do interpretacji, przeliczono go na współczynnik V Kramera. Stwierdzono, że tylko w odniesieniu do stanu zdrowia (V Kramera = 0,346; $\alpha = 0,030$; tab. 6) oraz zadowolenia z aktualnego życia (V Kramera = 0,328; $\alpha = 0,049$; tab. 7) można mówić o istotnych statystycznie różnicach między skupieniami. Warto także zwrócić uwagę na wiek (V Kramera = 0,310; $\alpha = 0,072$; tab. 8), który znacząco różnicuje wyłonione podgrupy. Pozostałe zmienne nie różnicują podgrup w sposób statystycznie istotny (tab. 5).

Tabela 5

Wynik testu istotności różnic między skupieniami

| Lp. | Zmienna | V Kramera | Poziom istotności |
|-----|--|-----------|-------------------|
| 1 | Płeć | 0,166 | $\alpha = 0,558$ |
| 2 | Wiek (zdychotomizowany) | 0,310 | $\alpha = 0,072$ |
| 3 | Wykształcenie | 0,282 | $\alpha = 0,461$ |
| 4 | Typ gospodarstwa domowego | 0,252 | $\alpha = 0,114$ |
| 5 | Stan cywilny | 0,216 | $\alpha = 0,311$ |
| 6 | Status społeczno-ekonomiczny | 0,206 | $\alpha = 0,657$ |
| 7 | Stan zdrowia | 0,299 | $\alpha = 0,064$ |
| 8 | Stan zdrowia (zdychotomizowany) | 0,346 | $\alpha = 0,030$ |
| 9 | Zadowolenie z dotychczasowego życia | 0,276 | $\alpha = 0,541$ |
| 10 | Zadowolenie z dotychczasowego życia (zdychotomizowane) | 0,214 | $\alpha = 0,351$ |
| 11 | Zadowolenie z aktualnego życia | 0,248 | $\alpha = 0,143$ |
| 12 | Zadowolenie z aktualnego życia (zdychotomizowane) | 0,328 | $\alpha = 0,049$ |

Źródło: jak do tab. 2.

Tabela 6

Charakterystyka skupień ze względu na subiektywny stan zdrowia

| | | Sk I (n = 18) | | Sk II (n = 9) | | Sk III (n = 23) | | Sk IV (n = 25) | |
|--------------|-------------------|---------------|------|---------------|-------------|-----------------|------|----------------|-------------|
| | | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Stan zdrowia | trudno powiedzieć | 1 | 5,6 | 1 | 11,1 | 0 | 0,0 | 1 | 4,0 |
| | bardzo zły | 1 | 5,6 | 4 | 44,4 | 2 | 8,7 | 8 | 32,0 |
| | raczej zły | 7 | 38,9 | 4 | 44,4 | 8 | 34,8 | 6 | 24,0 |
| | raczej dobry | 7 | 38,9 | 0 | 0,0 | 13 | 56,5 | 9 | 36,0 |
| | bardzo dobry | 2 | 11,1 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | 1 | 4,0 |

Źródło: jak do tab. 2.

Tabela 7

Charakterystyka skupień ze względu na zadowolenie z aktualnego życia

| | | Sk I (n = 18) | | Sk II (n = 9) | | Sk III (n = 23) | | Sk IV (n = 25) | |
|--------------------------------|-----------------------|---------------|------|---------------|-------------|-----------------|-------------|----------------|------|
| | | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Zadowolenie z aktualnego życia | nieszczęśliwa/-y | 0 | 0,0 | 3 | 33,3 | 5 | 21,7 | 1 | 4,0 |
| | niezbyt szczęśliwa/-y | 2 | 11,1 | 1 | 11,1 | 5 | 21,7 | 3 | 12,0 |
| | dość szczęśliwa/-y | 15 | 83,3 | 4 | 44,4 | 13 | 56,5 | 17 | 68,0 |
| | bardzo szczęśliwa/-y | 1 | 5,6 | 1 | 11,1 | 0 | 0,0 | 2 | 8,0 |

Źródło: jak do tab. 2.

Tabela 8

Charakterystyka skupień ze względu na wiek osób badanych

| | Sk I (n = 18) | | Sk II (n = 9) | | Sk III (n = 23) | | Sk IV (n = 25) | |
|------|---------------|-------|---------------|-------|-----------------|-------|----------------|------|
| | \bar{X} | s | \bar{X} | s | \bar{X} | s | \bar{X} | s |
| Wiek | 71,56 | 11,22 | 79,78 | 10,00 | 72,04 | 10,10 | 76,21 | 9,61 |

Źródło: jak do tab. 2.

Macierze korelacji dla poszczególnych skupień

Aby zbadać związki między zmiennymi głównymi (potrzeby opiekuńcze, relacje z bliskimi, aktywność społeczna, zadowolenie z aktualnego życia) posłużono się współczynnikiem korelacji r_s Spearmana. Rezultatem tego statystycznego zabiegu są macierze korelacji przedstawione w tab. 9–11. Dla stwierdzenia wewnętrznych związków między zadowoleniem z dotychczasowego i zadowoleniem z aktualnego życia wykorzystano test χ^2 i współczynnik V Kramera. Ze względu na niską liczbę osób w poszczególnych skupieniach zmienne te poddano dychotomizacji. Zbyt niska liczebność uniemożliwiła zbudowanie macierzy korelacji dla skupienia II. Liczba osób w pozostałych skupieniach była wystarczająca do przeprowadzenia opisanej wyżej operacji.

Tabela 9

Macierz korelacji dla skupienia I

| | | ZD | ZA | PO | RB | AS |
|-----|----|--------|--------|--------|--------|--------|
| ZD* | r* | 1,000 | 0,032 | 0,018 | -0,240 | -0,034 |
| | p* | . | 0,900 | 0,944 | 0,338 | 0,894 |
| ZA* | r | 0,032 | 1,000 | 0,102 | -0,086 | 0,014 |
| | p | 0,900 | . | 0,686 | 0,734 | 0,956 |
| PO* | r | 0,018 | 0,102 | 1,000 | 0,120 | -0,008 |
| | p | 0,944 | 0,686 | . | 0,635 | 0,975 |
| RB* | r | -0,240 | -0,086 | 0,120 | 1,000 | 0,191 |
| | p | 0,338 | 0,734 | 0,635 | . | 0,448 |
| AS* | r | -0,034 | 0,014 | -0,008 | 0,191 | 1,000 |
| | p | 0,894 | 0,956 | 0,975 | 0,448 | . |

ZD* – zadowolenie z życia jako całości, ZA* – zadowolenie z aktualnego życia, PO* – potrzeby opiekuńcze, RB* – relacja z bliskimi, AS* – aktywność społeczna, r* – współczynnik korelacji, p* – poziom istotności statystycznej.

Źródło: jak do tab. 2.

Szczegółowa analiza macierzy korelacji nie wykazuje istotnych statystycznie związków między zmiennymi – potrzebami opiekuńczymi, relacjami z bliskimi, aktywnością społeczną a zadowoleniem z dotychczasowego oraz aktualnego życia. Warto jednak zwrócić uwagę na zależność między aktywnością społeczną a zadowoleniem z dotychczasowego życia ($r_s = 0,383$ dla $\alpha = 0,071$; tab. 10) dla skupienia III oraz dodatnią korelację relacji z bliskimi także z zadowoleniem z dotychczasowego życia ($r_s = 0,412$, dla $\alpha = 0,051$; tab. 11) w skupieniu IV. Wskazują one na znaczenie satysfakcjonujących kontaktów z najbliższymi oraz interpersonalnego zaangażowania dla pozytywnej oceny całości własnej egzystencji.

Tabela 10

Macierz korelacji dla skupienia III

| | | ZD | ZA | PO | RB | AS |
|----|---|--------|-------|-------|--------|--------|
| ZD | r | 1,000 | 0,002 | 0,154 | -0,013 | 0,383 |
| | p | . | 0,994 | 0,482 | 0,953 | 0,071 |
| ZA | r | 0,002 | 1,000 | 0,093 | 0,016 | 0,232 |
| | p | 0,994 | . | 0,674 | 0,942 | 0,287 |
| PO | r | 0,154 | 0,093 | 1,000 | 0,254 | 0,044 |
| | p | 0,482 | 0,674 | . | 0,243 | 0,841 |
| RB | r | -0,013 | 0,016 | 0,254 | 1,000 | -0,171 |
| | p | 0,953 | 0,942 | 0,243 | . | 0,434 |
| AS | r | 0,383 | 0,232 | 0,044 | -0,171 | 1,000 |
| | p | 0,071 | 0,287 | 0,841 | 0,434 | . |

Źródło: jak do tab. 2.

Tabela 11

Macierz korelacji dla skupienia IV

| | | ZD | ZA | PO | RB | AS |
|----|---|-------|--------|-----------|-------|-----------|
| ZD | r | 1,000 | 0,299 | 0,064 | 0,412 | 0,027 |
| | p | . | 0,166 | 0,773 | 0,051 | 0,902 |
| ZA | r | 0,299 | 1,000 | 0,132 | 0,311 | -0,049 |
| | p | 0,166 | . | 0,549 | 0,148 | 0,824 |
| PO | r | 0,064 | 0,132 | 1,000 | 0,169 | -0,510(*) |
| | p | 0,773 | 0,549 | . | 0,418 | 0,009 |
| RB | r | 0,412 | 0,311 | 0,169 | 1,000 | 0,237 |
| | p | 0,051 | 0,148 | 0,418 | . | 0,253 |
| AS | r | 0,027 | -0,049 | -0,510(*) | 0,237 | 1,000 |
| | p | 0,902 | 0,824 | 0,009 | 0,253 | . |

(*) Korelacja statystycznie istotna dla $p < 0,01$.

Źródło: jak do tab. 2.

Analiza wewnętrznych korelacji w obrębie zmiennych: potrzeby opiekuńcze, relacje z bliskimi, aktywność społeczna, ujawniła istotną statystycznie ujemną korelację między potrzebami opiekuńczymi a aktywnością społeczną ($r_s = -0,51$ dla $\alpha = 0,009$; tab. 11) w skupieniu IV. Oznacza to, że 26% wariacji w obrębie społecznej aktywności można wytłumaczyć nasileniem potrzeb opiekuńczych u jednostek z tej podgrupy – wysokiemu społecznemu zaangażowaniu towarzyszy duża samodzielność w zakresie codziennych czynności życiowych. W pozostałych skupieniach nie stwierdzono innych zależności tego rodzaju.

Nie stwierdzono wewnętrznych związków między zadowoleniem z dotychczasowego i zadowoleniem z aktualnego życia w żadnym skupieniu (tab. 12).

Tabela 12

Związek między zadowoleniem z dotychczasowego i aktualnego życia w poszczególnych skupieniach

| | Sk I (n = 18) | Sk III (n = 23) | Sk IV (n = 25) |
|-----------|---------------|-----------------|----------------|
| V Kramera | 0,443 | 0,250 | 0,434 |
| p | 0,171 | 0,488 | 0,115 |

Źródło: jak do tab. 2.

PODSUMOWANIE

Biorąc pod uwagę istotne statystycznie zróżnicowanie skupień pod względem zadowolenia z aktualnego życia, można je podzielić na dwie grupy A i B, wykorzystując wartość tej zmiennej jako kryterium podziału. W tab. 13 przedstawiono charakterystykę wyodrębnionych typów ze względu na zmienne: potrzeby opiekuńcze, relacje z bliskimi, aktywność społeczna, ponieważ były one podstawą wyodrębnienia skupień, oraz na zmienne uboczne, które istotnie lub znacząco je różnicowały.

Wysokie zadowolenie z aktualnego życia w grupie A wydaje się wiązać głównie z satysfakcjonującymi relacjami z bliskimi. Stan zdrowia najprawdopodobniej nie ma istotnego znaczenia, ponieważ mimo że jest częściej negatywnie oceniany przez badanych należących do typu aktywnego społecznie, ich życiowe zadowolenie jest wysokie. Interesujące jest, że o ile w młodszej grupie decydującym predykatorem satysfakcji z obecnej egzystencji są relacje z bliskimi, w starszej grupie pojawia się dodatkowy czynnik – aktywność społeczna. Dla typu aktywnego społecznie można je traktować jako swoiste bufory, chroniące przed patologicznym starzeniem się i pozwalające cieszyć się życiem,

Tabela 13

Charakterystyka skupień ze względu na zadowolenie z aktualnego życia

| Lp. | Zmienna | Zadowolenie z aktualnego życia | | | |
|-----|---------------------|--------------------------------|--------------------|------------------|-------------------|
| | | wysokie – grupa A | | niskie – grupa B | |
| | Typ | rodzinny | aktywny społecznie | kompensujący | bierny społecznie |
| 1 | wiek (średnia) | 71,56 | 76,21 | 72,04 | 79,78 |
| 2 | potrzeby opiekuńcze | niskie | powyżej średniej | niskie | bardzo wysokie |
| 3 | relacje z bliskimi | dobrze | dobrze | słabe | słabe |
| 4 | aktywność społeczna | poniżej średniej | wysoka | poniżej średniej | bardzo niska |
| 5 | ocena stanu zdrowia | pozytywna | negatywna | pozytywna | bardzo negatywna |

Źródło: jak do tab. 2.

mimo pogorszenia się stanu zdrowia oraz ograniczenia życiowej samodzielności. W grupie B niezadowoleniu z aktualnego życia towarzyszą niesatysfakcjonujące relacje z bliskimi i niska aktywność społeczna. Te dwa czynniki wydają się istotnie wiązać z życiowym zadowoleniem. Stan zdrowia i potrzeby opiekuńcze najprawdopodobniej nie mają z nim związku. Porównując najstarsze podgrupy z grupy A i B, zauważa się, że mimo podobnego wieku, zdecydowanie wyższe potrzeby opiekuńcze występują u osób przynależnych do typu biernego społecznie w porównaniu z typem aktywnym społecznie. Osoby z pierwszej z wymienionych kategorii są bardziej niesamodzielne, zależne od swojego otoczenia w zaspokajaniu wielu własnych potrzeb, biernie wyczekujące na pomoc i opiekę ze strony innych. Różnice między tymi dwoma typami w nasileniu potrzeb opiekuńczych można zrozumieć w oparciu o istotną statystycznie ujemną korelację: $r_s = -0,51$ dla $\alpha = 0,009$ tej zmiennej ze społeczną aktywnością (tab. 12). Aktywność społeczna wyjaśnia 26% wariacji potrzeb opiekuńczych wśród najstarszych seniorów. Wydaje się, że brak satysfakcjonujących relacji z bliskimi oraz niskie społeczne zaangażowanie są czynnikami, które wiążą się ze znacznym obniżeniem życiowej samodzielności u badanych „biernych społecznie”.

WNIOSKI

Przeprowadzone badania umożliwiły stworzenie typologii osób starych. Wyróżniono cztery zróżnicowane typy: 1) rodzinny, 2) bierny społecznie, 3) kompensujący oraz 4) aktywny społecznie. Z ich charakterystyki wyprowadzono następujące wnioski:

1) relacje z bliskimi oraz aktywność społeczna są istotnymi predyktorami zadowolenia z aktualnego życia u osób starych:

a) aktywność społeczna nie ma istotnego znaczenia dla młodszych seniorów dla ich zadowolenia z obecnego życia, jeśli ich relacje z bliskimi są satysfakcjonujące,

b) u starszych seniorów aktywność społeczna staje się, obok relacji z bliskimi, istotnym predykatorem życiowego zadowolenia;

2) dobre relacje z bliskimi i wysoka aktywność społeczna są czynnikami sprzyjającymi optymalnemu starzeniu się oraz pełnią funkcję ochronną przed patologicznym starzeniem się:

a) wysoka aktywność społeczna w grupie starszych seniorów wiąże się z mniejszymi potrzebami opiekuńczymi i większą samodzielnością życiową;

3) subiektywny stan zdrowia ma drugorzędne znaczenie jako predyktor zadowolenia z życia wobec pierwszorzędnej roli relacji z bliskimi oraz społecznej aktywności w okresie starości.

Na podstawie analizy socjodemograficznych charakterystyk badanej grupy można stwierdzić, że nie jest ona reprezentatywna dla populacji seniorów w Polsce. Wyróżniające ją cechy pozwalają odnieść uzyskane rezultaty wyłącznie do usługobiorców dziennych domów pomocy społecznej.

Badania C. A. Barbato i E. M. Perse (1992, za: Bła ch n i o, 2002, s. 31) zaprzeczają stereotypowemu utożsamianiu starości z niepełnosprawnością i przypisywaniu temu okresowi permanentnie niskiej jakości życia. Poczucie zadowolenia z życia uwarunkowane jest nie wiekiem chronologicznym, ale kontekstualnym, na który składają się przebyte choroby, indywidualny styl życia, aktywność fizyczna i społeczna oraz czynniki środowiskowe. Znajduje to potwierdzenie w wynikach niniejszej pracy. Stworzona typologia osób starych wskazuje na pierwszorzędne znaczenie więzi z rodziną, aktywności społecznej jako predyktorów jakości życia osób w wieku senioralnym oraz drugorzędną rolę oceny stanu własnego zdrowia. Ważna rola rodziny w społeczeństwie polskim, uwarunkowana kulturowo i religijnie, implikuje silną zależność jakości relacji z bliskimi z zadowoleniem seniora z jego aktualnego życia. Rodzina jest podstawowym i naturalnym systemem społecznego wsparcia dla osoby starszej (Tarkowska, 2005, s. 11), a system wsparcia jest istotnym czynnikiem dla wysokiej jakości życia i związanego z nią poczucia zadowolenia z aktualnej egzystencji (Głębocka, Szarzyńska, 2005, s. 255). Duże znaczenie aktywności w optymalizacji procesu starzenia się podkreśla koncepcja aktywności S. Canavana (1949, za: Zych, 2004, s. 37). I. Stuart-Hamilton (2006, s. 159) pisze, że „satysfakcja z życia jest większa u osób aktywnie zaangażowanych”, co zostało potwierdzone w badaniach własnych. Na szerokie korzyści z fizycznej oraz społecznej aktywności w postaci lepszej samooceny, poczucia własnej wartości i sensu życia oraz lepszego samopoczucia wskazuje wiele

autorów (Porzych i in., 2004; Mielczarek, 2006; Stuart-Hamilton, 2006). Na stan zdrowia jako ważny czynnik dla życiowej satysfakcji wskazują liczni badacze (Cichocka, 1993; Mielczarek, 2006; Wołowicka, 2000; Brzezińska i in., 2001). Ponadto zależność między stanem zdrowia a zadowoleniem z życia jest silniejsza w przypadku subiektywnych niż obiektywnych miar zdrowia fizycznego (S. K. Whitbourne, za: Stuart-Hamilton, 2006, s. 156). „Niektóre badania pokazały, że zdrowie i towarzyszące zmiany w mobilności stanowią najważniejsze predykatory satysfakcji w późnej dorosłości, chociaż w innych badaniach wyników tych nie udało się powtórzyć (np.: A. Bowling, M. Farquhar, E. Grundy, 1996, za: Stuart-Hamilton, 2006, s. 157), a same odkrycia mogą zależeć od użytych narzędzi pomiarowych i przeprowadzonych porównań” (Stuart-Hamilton, 2006, s. 150). Uzyskane wyniki wskazujące na drugorzędność roli stanu zdrowia w określaniu jakości życia osób starych można wytłumaczyć odwołując się do koncepcji rozwoju R. Pecka (Stuart-Hamilton, 2006). Można sugerować, że większość badanych pozytywnie rozwiązała konflikt okresu starości: wykraczanie poza cieleśność *versus* angażowanie cieleśności, zmniejszając udział czynników obiektywnych (stan zdrowia) w określaniu życiowej satysfakcji. Zatem im trudniejsza obiektywnie jest sytuacja, co zwykle towarzyszy starzeniu się, tym ważniejsze dla jakości życia stają się czynniki subiektywne: postawa, hierarchia wartości, przekonania, ponieważ gdy nie można zmienić rzeczywistości, jedyne co jest możliwe to zmiana ustosunkowania wobec tej rzeczywistości.

Uzyskane wyniki badań stanowią interesującą polemikę z koncepcją pomyślnego starzenia się. Jej trzy główne twierdzenia głoszą, że: 1) istnieją przekonujące empiryczne dane wskazujące, że większość osób starszych starzeje się pomyślnie i jest zadowolona ze swojego życia; 2) poziom zadowolenia z życia wydaje się nie zmieniać mimo upływu lat, 3) zadowolenie z życia i pomyślnie starzenie się związane są z obiektywnymi warunkami życia: statusem społeczno-ekonomicznym, dobrym stanem zdrowia, pozytywnymi relacjami z rodziną i przyjaciółmi (Zych, 2004, s. 122). Po pierwsze, istnieją znaczące różnice w jakości życia osób starszych w zależności od ich relacji z bliskimi i aktywności społecznej. Te dwa czynniki mają silny związek z życiową satysfakcją: pierwszy z nich wydaje się znaczący w całym okresie starości, natomiast drugi nabiera znaczenia u starszych seniorów. Satysfakcjonującym kontaktem z najbliższymi oraz zaangażowaniu w życie towarzyskie i społeczne towarzyszy poczucie szczęścia. Brakuje go osobom pozbawionym więzi z bliskimi i biernym społecznie. Wykazany w badaniach brak związku sytuacji materialnej osób starszych oraz niewielka zależność subiektywnie postrzeganego własnego zdrowia z satysfakcją z życia stoi w opozycji do założeń koncepcji pomyślnego starzenia się. Podsumowując, istotne predykatory jakości życia ludzi starych przynależą do społecznego kontekstu jednostki (najbliższa rodzina

i przyjaciele) oraz zależą od aktywności podmiotu w nawiązywaniu i utrzymywaniu pozytywnych kontaktów interpersonalnych. Stanowią one potencjalne pole oddziaływań, mających na celu wzrost jakości życia osób starszych.

W obliczu przemian demograficznych we współczesnym świecie i towarzyszących im takich zjawisk, jak: 1) systematyczne wydłużanie się przeciętnej długości życia, 2) tendencja do zanikania rodzin wielopokoleniowych na rzecz rodzin nuklearnych (rodzice i dzieci), 3) wzrost odsetka gospodarstw jednoosobowych, 4) osłabienie socjalnej i opiekuńczej funkcji rodziny (Błę d o w s k i, 2004, s. 38) zachowanie więzi rodzinnych i solidarności międzypokoleniowej są poważnie zagrożone. W coraz większym stopniu usługi opiekuńczo-pielęgnacyjne dla ludzi starszych pochodzą z kręgów pozarodzinnych. Coraz częściej instytucje wspierają rodzinę w jej podstawowych funkcjach. W tym kontekście instytucjonalne formy pomocy ludziom starszym nabierają istotnego znaczenia. Ciekawym pomysłem jest współpraca opieki rodzinnej i instytucjonalnej, która może być realizowana poprzez wspieranie opiekunów rodzinnych przez dzienne domy pomocy społecznej. W obu przypadkach działania podejmowane są w tym samym celu i wobec tego samego podmiotu. Można zatem połączyć walory obu systemów, aby utrzymać starzejącą się osobę jak najdłużej w jej naturalnym środowisku, dbać o zaspokojenie jej opiekuńczych i psychospołecznych potrzeb oraz wspierać na drodze do samodzielności², samoopieki i samorealizacji. Instytucja stanowi ogromne odciążenie dla rodzin seniorów, stwarza możliwość regeneracji jej potencjału, co służy optymalizacji w realizowaniu jej podstawowych funkcji. Ponadto nieograniczenie opieki tylko do domowego otoczenia sprzyja rozwijaniu aktywności seniora i jego integracji z lokalnym środowiskiem. A to odgrywa niebagatelną rolę w minimalizacji zjawiska społecznego wykluczenia starszej generacji oraz eliminuje problem lęku osób starszych przed stanieniem się ciężarem dla najbliższych, co jest faktem szczególnie istotnym dla tej grupy wiekowej. Na wagę tego czynnika wskazują badania polsko-fińskie, w których okazało się, że polscy emeryci silniej niż emeryci fińscy akcentują obawy, że staną się ciężarem dla własnych dzieci (K o t l a r s k a - M i c h a l s k a, 1999, s. 91). Biorąc powyższe ustalenia pod uwagę, zaproponowana współpraca krewnych i dziennych domów pomocy, dbając bezpośrednio o aktywność społeczną i pośrednio o „dobroć” relacji z bliskimi rozbudowuje i wzmacnia sieć wsparcia rodzinnego i pozarodzinnego³. W konsekwencji prowadzi do wzrostu jakości życia seniorów. Opisana kooperacja jest propozycją implementacji wyników przeprowadzonych badań do praktyki społecznej.

² K o t l a r s k a - M i c h a l s k a (1999) podkreśla znaczenie samowystarczalności. Stanowi ona dominujący element w postawach osób starych.

³ A. G ł ę b o c k a i M. S z a r z y ń s k a (2005) donoszą, że wsparcie ze strony sąsiadów i znajomych jest ważniejsze dla satysfakcji życiowej seniorów z domów dziennego pobytu niż pomoc krewnych czy stałego partnera.

BIBLIOGRAFIA

- Argyle M. (2004), *Przyczyny i korelaty szczęścia*, [w:] J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 165–203
- Bajka J., Brzyski P., Tobiasz-Adamczyk B. (red.), (2004), *Spoleczne uwarunkowania jakości życia kobiet u progu wieku starszego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków
- Błachnio A. (2002), *Pytanie o jakość życia w kontekście rozważań nad naturą starości*, [w:] K. Obuchowski (red.), *Starość i osobowość*, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz, 13–52
- Błędowski P. (2004), *Polityka społeczna Unii Europejskiej*, [w:] B. Tokarz (red.), *My też – seniorzy w Unii Europejskiej*, Akademia Rozwoju Filantropii w Polsce, Warszawa, 36–41
- Brzezińska A. (2000), *Spoleczna psychologia rozwoju*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa
- Brzezińska A., Stolarska M., Zielińska J. (2001), *Poczucie jakości życia w okresie dorosłości*, [w:] K. Appelt, J. Wojciechowska (red.), *Zadania i role społeczne w okresie dorosłości*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań, 103–126
- Cichocka M. (1993), *Psychologiczne problemy starzenia się i starości*, [w:] S. Krzymiński (red.), *Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, 249–262
- Cichocka M. (1995), *Psychologiczne determinanty pomocy psychologicznej dla człowieka starego*, [w:] B. Waligóra (red.), *Elementy psychologii klinicznej: praca zbiorowa*, t. 4, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań, 81–94
- Cichocka M. (2000), *Starość, niemoc, smutek, bezradność?*, [w:] Z. Woźniak (red.), *Profile starości*, Wydawnictwo Miejskie, Urząd Miasta Poznania, Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych, Poznań, 97–104
- Czapiński J. (1994), *Psychologia szczęścia*, Akademos, Poznań
- Czapiński J. (2005), *Diagnoza społeczna 2005*, Wyższa Szkoła Finansów i Zarządzania w Warszawie, Warszawa
- Diener E., Lucas E. R., Oishi S. (2004), *Dobrostan psychiczny. Nauka o szczęściu i zadowoleniu z życia*, [w:] J. Czapiński (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu, zdrowiu, sile i cnotach człowieka*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 35–50
- Dziurowicz-Kozłowska A. (2002), *Wokół pojęcia jakości życia*, „Psychologia Jakości Życia”, **1** (2), 77–99
- Głębocka A., Szarzyńska M. (2005), *Wsparcie społeczne a jakość życia osób starszych*, „Gerontologia Polska”, **13** (4), 255–259
- Golinowska S. (2005), *Raport społeczny Polska 2005*, Fundacja im. Friedricha Elberta Przedstawicielstwo w Polsce, Warszawa, <http://www.feswar.org.pl/2/publications.htm>, 30.03.2007
- Kaczmarek Ł. (2007), *Zagrożenia rozwoju w okresie późnej dorosłości – perspektywa psychologii pozytywnej*, [w:] A. Brzezińska (red.), *Zagrożenia rozwoju w okresie późnej dorosłości*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań, 13–27
- Kędziora-Kornatowska K., Kornatowski T., Zielińska-Więczkowska H. (2008), *Starość jako wyzwanie*, „Gerontologia Polska”, **16** (3), 131–136
- Kotlarska-Michalska A. (1999), *Samopoczucie społeczne osób w starszym wieku*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, **1**, 81–97
- Kowalik S. (1995), *Pomiar jakości życia – kontrowersje teoretyczne*, [w:] A. Bańka, R. Derbis (red.), *Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo i bezrobotnych*, Wydawnictwo UAM i WSP, Poznań–Częstochowa, 75–85

- Kowalik S. (1999), *Jakość życia psychicznego*, Instytut Psychologii WSP, Bydgoszcz, maszynopis niepublikowany
- Krzywiński S. (red.), (1993), *Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa
- Lachowicz-Tabaczek K., Straś-Romanowska M., Szmajke A. (2005), *Jakość życia w badaniach empirycznych i refleksji teoretycznej*, „Kolokwia psychologiczne”, **13**, 6–8
- Leszczyńska-Rejchert A. (2005), *Człowiek stary i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, Olsztyn
- Mesjasz J., Zalewski Z. (2005), *Psychologiczne koszty sukcesu zawodowego*, „Kolokwia psychologiczne”, **13**, 185–198
- Mielczarek A. (2006), *Możliwości zaspokajania potrzeb ludzi starszych w domach dziennego pobytu*, „Medi”, **3**, http://www.dps.pl/home_new/index.php?rob=radar&dzial=12&art=725, 21.04.2007
- Porzych K., Kędziora-Kornatowska K., Polak A., Porzych M. (2004), *Psychologiczne aspekty starzenia się i starości*, „Gerontologia Polska”, **12** (4), 165–171
- Ratajczak Z. (1993), *W pogoni za jakością życia. O psychologicznych kosztach radzenia sobie w sytuacji kryzysu ekonomicznego*, „Kolokwia Psychologiczne”, **2**, 37–51
- Sęk H. (1993), *Jakość życia a zdrowie*, „Ruch Prawniczy, Ekonomiczny i Socjologiczny”, **2**, 103–109
- Sierpowska S. (2002), *Marzenia seniorów*, „Ibis Poznański”, **16** (1), 24–25
- Stuart-Hamilton I. (2006), *Psychologia starzenia się: wprowadzenie*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań
- Szatur-Jaworska B., Błędowski P., Dzięgielewska M. (2006), *Podstawy gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa
- Tarkowska E. (2005), *Starzy ludzie w Polsce*, „Więź”, **10**, 8–14
- Toeplitz Z. (2005), *Jesień życia a czynniki wpływające na jakość życia*, „Kolokwia Psychologiczne”, **13**, 219–230
- Tokaj A. (2000), *Starość jako kontynuacja przebytej drogi życiowej*, [w:] Z. Woźniak (red.), *Profile starości*, Wydawnictwo Miejskie, Urząd Miasta Poznania, Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych, Poznań, 105–109
- Tomaszewski T. (1984), *Główne idee współczesnej psychologii*, Wiedza Powszechna, Warszawa
- Twardowska-Rajewska J. (2005), *Samotność jako czynnik etiologiczny chorób okresu starości*, [w:] J. Twardowska-Rajewska (red.), *Przeciw samotności*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań, 59–71
- Wejnert B. (2001), *Problematyka subiektywnej i obiektywnej oceny jakości życia w badaniach amerykańskich*, [w:] A. Wachowiak (red.), *Jak żyć?*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań, 41–60
- Wołowicka L. (2000), *Jakość życia seniorów. Stan aktualny i perspektywy*, [w:] Z. Woźniak (red.), *Profile starości*, Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Poznania, Poznań, 40–46
- Woźniak Z. (1997), *Najstarsi z poznańskich seniorów. Jesień życia w perspektywie gerontologicznej*, Wydział Zdrowia i Spraw Społecznych Urzędu Miasta Poznania, Poznań
- Zych A. Z. (1999), *Człowiek wobec starości: szkice z gerontologii społecznej*, Śląsk, Katowice
- Zych A. Z. (2004), *Moderacja rozwoju – wyzwaniem dla gerontologii edukacyjnej*, „Gerontologia Polska”, **12** (3), 119–124

MONIKA JANKOWSKA

A TYPOLOGY OF OLDER PEOPLE – RESEARCH ON A SAMPLE OF DAY CARE HOME RESIDENTS

The issue undertaken in this essay focuses on the matter of life satisfaction of older people. The purpose was to create a typology of older people with the use of independent variables (the care needs; the goodnees of relations with close persons; social activity) and characterize the types by especially quality of life indicators – whole and current life satisfaction (dependent variables). Socioecological health model and a life span development approach were the theoretical base of the study. The research was conducted in day care homes in Poznań on a sample of 84 vounteers – elderly day care home residents. The following trial set of questionnaires have been completed by the investigated group: Questionnaire of Personal Details and RANaF (Relations, Activity, Care Needs and their Fulfilment) Questionnaire both made by author and Life Satisfaction Scale. Cluster analysis was made in this research. Four main types of older people were distinguished: 1) family; 2) socially passive; 3) compensatory and 4) socially active type. To sum up, findings of the research have led to following conclusions: 1) relations with close persons and social activity is a significant predictor of current life satisfaction of elderly day care home residents: a) social activity has no significance for current life satisfaction of younger elderly, if their relations with close persons are satisfying, b) social activity in conjunction with relations with close persons are significant predictors of current life satisfaction for older elderly; 2) good relations with close persons and high social activity perform a protective function of pathological aging process: a) high social activity is connected with lower care needs and greater independence in activities of daily living in the group of older elderly; 3) subjective health status is a secondary predictor of life satisfaction, considering relations with close persons and social activity as a prime predictors of current life satisfaction.

Key words: elderly, life span development approach, care needs, relations with close persons, social activity, life satisfaction.