

Aleksandra Błachnio

Zakład Psychologii Osobowości

Instytut Psychologii

Akademia Bydgoska im. Kazimierza Wielkiego

PYTANIE O JAKOŚĆ ŻYCIA W KONTEKŚCIE ROZWAŻAŃ NAD NATURĄ STAROŚCI

1. Wprowadzenie w problematykę starości

Ludzie starzy stanowili od zawsze istotną, chociaż nie zawsze niezbywalną część społeczeństwa. Funkcje, które w nim spełniali, w zależności od kontekstu polityczno-ekonomicznego raz podlegały idealizacji innym razem były dewaluowane, deprecjonowane. Dlatego też miejscem człowieka starego raz czyniono Parnas po to tylko, by na kolejnym zakręcie historii móc zrzucić zeń starca w czeluści nie ludzkiej hańby i poniżenia. Nie mogą niestety użyć czasu przeszłego, pisząc o tym, że gdy własne dzieci dostrzegają nieproduktywność i bezużyteczność starego ojca bądź starej matki często odmawiają im schronienia, usuwając ich nawet z progu domostw. Takie zdeklasowanie starości nie zawsze jest uzasadnione sytuacją, w której zasoby społeczności stają się niewystarczające dla utrzymania przy życiu wszystkich jej członków i tylko dlatego stosuje się twarde reguły przetrwania, zgodnie z którymi tylko silny i młody może przeżyć. Nieraz po prostu człowiek stary zawadza i dlatego los matki lub ojca rodu bywa przesądzony – „Starzec, który z powodu swego fizycznego czy też umysłowego niedołęstwa stał się niepotrzebny zostaje najczęściej usunięty, ponieważ stanowi ciężar...” (Minois, 1995, s. 25).

Chcę przez to powiedzieć, że obecny stosunek technokratycznego społeczeństwa do procesu starzenia się i samej starości jest równie

zmienny, jak w ancestralnych społecznościach. Pomimo odsunięcia groźby głodu, zaszczepienia humanitaryzmu w mentalności ludzkiej i wynalezienia systemu pomocy społecznej nadal zdarzają się ludzie wrogo ustosunkowani do osób starych. Pewną rolę odgrywa tu hołdowanie pięknu i młodości, co prowadzi do wykształcenia błędnego przekonania u części zwiedzionej komercją ludzi, iż oni unikną brzydoty i niedołęstwa. W takim kontekście nie dziwi następująca wypowiedź: „Dla nas dzisiaj ludzie starzy są wyłącznie brzemieniem. To ci, co biorą, nie mając nic do dania. Ich mądrość wcale nie jest taka mądra i nie potrafią nam pokazać, jak żyć. Rozmawiając z nimi, grzęźniemy w nudnych i nieistotnych szczegółach” (Viorst, 1996, s. 327)¹. Dodać tu należy, że negatywne ustosunkowanie się do statusu społecznego i poczucia własnej wartości człowieka starego jest zależne od wielu determinant, takich jak wychowanie, wykształcenie, zamożność, środowisko.

Na szczęście heterogeniczność społeczeństw nie ogranicza pojawiającego się na skalę globalną i istotnie wzrastającego zainteresowania poruszaną problematyką. Gerontologia, geriatryka, geroprofilaktyka coraz częściej stają się przedmiotem zarówno luźnych debat społecznych, jak i regularnych badań naukowych. Zagadnienie starzenia się i starości, w przeciągu ostatnich lat, wzbogaciło się o imponującą liczbę badań i rozpraw interdyscyplinarnych. Nie pomogły one jednak psychologom, lekarzom, socjologom, pedagogom i pozostałym badaczom nauk o człowieku i społeczeństwach w osiągnięciu konsensusu, który zaowocowałby ustaleniem jednego, uniwersalnego systemu waluacyjnego tego ostatniego okresu w życiu człowieka. Dlatego przesłanie zawarte w słowach,

¹ J. Viorst w książce *To, co musimy utracić czyli miłość, złudzenia, zależności i niemożliwe do spełnienia oczekiwania, których każdy z nas musi się wyrzec, by móc wzrastać* podejmuje analogiczną do mojej próbę prześledzenia procesu kształtowania się opinii o „właściwym” miejscu człowieka starego w społecznościach ludzkich. Ponadto bardzo trafnie prezentuje niepewność samych zainteresowanych sposobem w jaki powinni siebie samych postrzegać.

które poniżej przytoczę, nabiera szczególnego wyrazu zwłaszcza dla tych, którym problem starości nie jest obojętny:

„Uważa się, że dobrze jest być zdrowym i silnym, ale wielu ludzi energicznych traci zdrowie i siłę nie biorąc pod uwagę tego, co niesie starość – i nie dbając o siebie – aż już jest za późno. Uważa się, że źle jest być chorym i słabym, ale wielu ludzi reaguje na taki stan przyjrzeniem się swemu życiu i wprowadzeniem do niego różnych zmian, tym samym wzmacniając swe zdrowie i siłę. Nieatrakcyjność, choroba i słabość mają wiele do przekazania tym, którzy chcieliby się od nich czegoś nauczyć” (Hoff, 1998, s. 130).

Pytanie o wartości, jakie niesie ze sobą starość pozostaje więc nadal pytaniem otwartym. Jak na razie, w potocznym obrazie starości utrwalonym w świadomości przeciętnego człowieka główny akcent położony jest na fizjologiczny regres. Obawy budzi nieunikniony w procesie starzenia się organizmu spadek jego produktywności i sprawności na każdym ze znanych poziomów funkcjonalnych, tj.: komórkowym, tkankowym, narządowym i układowym. Geneza fizjologicznej degradacji po dzień dzisiejszy nie została poznana. Istnieje wiele teorii starzenia się i starości, spośród których wymienić można: teorię zegara biologicznego, teorię sumowania się błędów, teorię gromadzenia się nieprawidłowych produktów, teorię chemicznych połączeń krzyżowych, teorię autoimmunologiczną (Garrett, 1990; Hayflick, 1998). Niektóre z nich wzajemnie się uzupełniają, inne stanowią jakościowo różne próby wyjaśnienia mechanizmu postępującej starości. Jakkolwiek nie tłumaczono by przyczyn starzenia się organizmu – jego rezultaty nie podlegają dyskusji. Wraz z upływem lat dochodzi do nieodwracalnych zmian w wyglądzie i wydolności psychofizycznej człowieka, które w odbiorze społecznym są nieakceptowane (Coni, Davison, Webster, 1994; Hayflick, 1998). Jednakże nie biologia, ale psychologia starości stanowić tu ma przedmiot analizy, dlatego konkretnych danych na temat pogarszającej się wydolności serca, ubytku słuchu, czy zwiększonej łamliwości kości

długich czytelnik tu nie uzyska². Oczywiście wszystkie te zmiany warunkują „bycie starym”, ale nadmierne akcentowanie wpływu somy na psyche prowadzić może do biologizmu w myśleniu na temat starzenia się i starości. Na ów niebezpieczny w psychologii trend sprowadzania pewnych problemów psychologicznych do prostych efektów zmian fizykalnych człowieka zwrócił uwagę Stanisław Kowalik (2000). Dokonawszy przeglądu istniejących w psychologii ujęć procesu starzenia się i starości wyróżnił dwa dominujące podejścia. Jedno, według niego, ogranicza się do detekcji tempa i zakresu zmian zachodzących w ludzkim organizmie. Zakłada się, iż zmiany te nie wpływają degradująco na życie społeczne jednostki. Drugie podejście koncentruje się na patologii starości. Jego zwolennicy tworzą złożone klasyfikacje chorób specyficznych dla wieku starczego. Elementem łączącym owe dwa podejścia jest akcentowanie regresu jako typowego wyznacznika starości. Taki pogląd na starzenie się i starość, jak zauważa Stanisław Kowalik, nie tylko zubaża, ale wręcz zafałszowuje rzeczywistą naturę zjawiska.

Współcześnie wielu psychologów odżegnuje się od tendencyjnych opisów, w których „deprecjonowanie wartości ludzi starych” poprzedzone jest biernym przyzwoleniem na rozpatrywanie starości w kategoriach „okresu fatalnego”, który „wywołuje przestraszony połączony z odrazą” (Pietrasiński, 1990). Marta Cichocka (1995) z nieskrywaną satysfakcją wskazuje na postęp jaki dokonał się w psychologii w tym zakresie. Wiele teorii, spośród których wymienić należałoby: teorię Curtisa – o postępującym wraz z wiekiem zużywaniu się człowieka, Alderiana – o zwiększającym się ubożeniu celów życiowych osób starych, Slotkina – o od-

² Za tą decyzją przemawiają dwa silne argumenty. Po pierwsze, symptomatologia wieku starczego – nawet ograniczając ją do wymiaru „uśrednionego”, najbardziej „typowego” – jest na tyle obszerna, iż z łatwością mogłaby stanowić treść osobnego rozdziału. Druga kwestia wynika z braku celowości tworzenia kolejnego opracowania fizjologii procesu starzenia się i starości kiedy tak wiele profesjonalnych opisów z zakresu biologii, a zwłaszcza medycyny jest powszechnie dostępnych.

wrotnie proporcjonalnej zależności wieku i możliwości adaptacyjnych człowieka starego do społeczno-kulturowego środowiska uległo dezaktualizacji i nie są już „stanowiskiem obowiązującym ani obecnie bardzo rozpowszechnionym” (Cichocka, 1995, s. 84). Ich miejsce zajmują nowe podejścia, w których podkreśla się głównie rozwojowy aspekt procesu starzenia się i starości. Jednakże zarzut nie do końca rzetelnego wglądu w rozpatrywaną problematykę nadal pozostaje aktualny. Istnieje bowiem w społeczeństwie mur, który wciąż uniemożliwia świadome otwarcie się na prawdę o byciu starym człowiekiem. Marta Cichocka stwierdza: „Jest trochę tak, jakbyśmy się wstydzili i samej starości, i swojego do niej stosunku. Przejawem tej wstydlivosti może być chociażby niechęć do jasnego nazywania zjawiska. Mówimy, wiek podeszły, jesień życia, ludzie starsi, staramy się choćby w sferze werbalnej problem wygładzić, ubarwić, a tym samym przekonać samych siebie, że jesteśmy wrażliwi na jego istnienie” (1995, s. 81).

Podobny rozdzźwięk istnieje pomiędzy ujmowaniem starości jako *apogeeum indywidualności* (Garrett, 1990) a faktycznym zbytnio ujednoliconym ujęciem potrzeb, oczekiwań i stylu życia osób starych. Wynika to przypuszczalnie z istnienia silnej tendencji do „uśredniania” człowieka starego. Przykładów daleko szukać nie potrzeba – w języku używa się tego samego określenia „stary” zarówno względem 65-, jak i 87-latka – często nawet nie zastanawiając się nad negatywnymi konsekwencjami jakie tego typu uproszczenia za sobą niosą. Tendencja do „uśredniania” człowieka starego nie występuje jedynie w obrębie języka, ale obejmuje szerszy wymiar społecznych postaw, sądów i stereotypów. Słusznie zauważa Stefan Krzysiński, iż „ludzie w podeszłym wieku są znacznie bardziej zróżnicowani niż postawa otoczenia wobec nich” (1993; za: Cichocka, 1995, s. 85). Aby tezę o heterogeniczności starości nie pozostawić w nurcie zdroworoządkowego myślenia, odwołam się do „twardych” argumentów, jakimi bez wątplenia są wnioski Paula B. Baltesa wyprowadzone przez niego na podstawie własnych

wieloletnich badań nad starością, mądrością i procesami uczenia się³. Badacz ów stwierdza, że „Starsi ludzie różnią się w co najmniej takim samym stopniu jak młodzi”⁴ zwłaszcza w przeciągu pierwszych kilku, a nawet kilkunastu lat i dlatego koniecznym jest wprowadzenie podziału starości na dwie fazy, które sam określa mianem *trzeciego* i *czwartego wieku*. *Wiek trzeci* stanowi wczesną fazę starości, w której każdy człowiek starzeje się w swoim tempie, stąd nieuzasadnione jest podejmowanie jakichkolwiek prób generalizacji, gdyż wiedzie to do mnożenia artefaktów. Dopiero lata następujące po 75-80 roku życia zrównują wszystkich ze sobą i aż do śmierci coraz bardziej deindywidualizują ludzi starych.

Celem powyższych refleksji było wskazanie na błędy, które tkwią nadal w niektórych podejściach. Jak jednak wygląda ogólny obraz procesu starzenia się i starości? Jego poznaniu służyć będzie krótki przegląd aktualnych teorii rozwoju człowieka. Uzyskana w ten sposób perspektywa ułatwi rozstrzygnięcie kwestii czy ludzie starzy mogą odczuwać radość życia, czyli pomoże ustosunkować się do zagadnienia jakości życia i jej poczucia u osób starych, a także umożliwi identyfikację jej zróżnicowanych determinant.

Mottem do prezentacji wspomnianych teorii uczynię słowa Teresi Hauser, iż: „tajemniczy proces starzenia się nie jest równoznaczny ze schodzeniem w ciemną dolinę; o wiele bardziej przypomina wspinanie się na ostatni szczyt, przed którym trzeba odłożyć każdy zbędny bagaż. Oczywiście wspinaczka na szczyt jest męcząca. Jednak szczyt wiele również obiecuje: szeroki widok, który uzyskuje się tylko tam; inną perspektywę; spojrzenie na przebytą drogę; dystans do tego, co się za sobą pozostawiło; oddech; nowe widzenie; wolność od tego, co przy-

³ Podzielił się nimi w wywiadzie udzielonym Annie Rubinowicz, który zamieszczony został w „Gazecie Wyborczej” z dn. 11 kwietnia 2001 r. pod intrygującym tytułem *Tajemnice „czwartego wieku”*.

⁴ Tamże.

gniata; być może nowe ustawienie do codzienności” (1997; za: Gielas, 1999, s. 75).

Przyjęcie powyższej perspektywy – życia jako nieustającej wędrówki – nawiązuje do obowiązującego we współczesnej psychologii paradygmatu psychologii *life-span*. Sprowadza się on do ujmowania rozwoju człowieka jako procesu trwającego od momentu narodzin, aż do chwili śmierci. Koncepcja Erika H. Eriksona, która często jest przytaczana nie tylko przez psychologów, stanowi ciekawe studium kolejno manifestujących się w jednostkowym życiu zmian rozwojowych. Zgodnie z jej założeniami starość jest ostatnim stadium rozwojowym, w którym ego uzyskuje status jednej z dwóch swoich postaci: integralności lub rozpacz. Warunkiem dla osiągnięcia integralności jest pozytywne rozstrzygnięcie konfliktów z wcześniejszych etapów rozwojowych – czyli twierdzące odpowiedzenie sobie na poniższe pytania: czy zaufałem ludziom?, czy byłem autonomiczny, z inicjatywą?, czy miałem poczucie kompetencji?, czy wiedziałem kim jestem?, czy potrafiłem być blisko z partnerem?, czy dałem coś z siebie kolejnym pokoleniom? Według autora, człowiek przeprowadziwszy pozytywny bilans swojego życia dochodzi do wewnętrznej integracji, która prowadzi do osiągnięcia mądrości życiowej i pełni dojrzałości.

Inne ujęcie, w którym rozwój warunkowany jest również przez pozytywne poradzenie sobie z kryzysem, zaproponował H. Wallon (za: Gaucher, 1997, s. 54). W tej koncepcji rozwój dokonuje się przez całe życie człowieka, a on sam postrzegany jest holistycznie – jako byt cielesny, duchowy i społeczny. Każda ze wskazanych trzech istot pozostaje w nierozzerwalnej relacji z dwoma innymi i pełni równie ważną rolę w procesie rozwojowym. Zdaniem H. Wallona rozwój postępuje dzięki występowaniu impulsów rozwojowych, które prowokowane są przez kryzysy. Kryzys jest czasową utratą „ciągłości podmiotu”, którą wyrażają doświadczane przez osobę wewnętrzne konflikty, sprzeczności, stany niepewności i braku oparcia. Jednakże, co podkreśla autor, war-

tość kryzysu jest niekwestionowana, gdyż wszelkie procesy deregulacyjne, przekształceniowe i reorganizacyjne prowadzą do nowej lepszej jakości, czyli „do opracowania i tworzenia powiązań psychicznych, wprowadzających ego na najwyższy poziom jego cech strukturalnych i rozszerzających warstwę jego tożsamości” (Gaucher, 1997, s. 54). Rozpatrując zagadnienie starzenia się i starości według modelu Wallona można odwołać się do słów J. Guillaumina, które tak ujmują istotę problemu: „Zestarzeć się to nie znaczy rozstać się już z życiem, lecz ponownie nadać mu znaczenie, zanim nadejdzie ta chwila” (za: Gaucher, 1997, s. 55). H. Wallon twierdził, iż dwie fazy rozwojowe – dojrzałość i starość – dzieli stadium okresu przejściowego, czyli starzenie się. Jest ono kryzysem, podczas którego dochodzi do zburzenia dotychczas działającego porządku po to, by umożliwić transformację własnego „ja”.

Inne ujęcie mechanizmów starzenia się zawarte jest w adaptacyjno-regulacyjnej teorii starzenia się sformułowanej przez W. W. Frolkisa (1981; za: Tłokiński, 1990; Rembowski, 1988). Badając proces starzenia się badacz stwierdził, iż obok niezaprzeczalnego wygasania różnych funkcji oraz degradacji struktury organizmu zachodzą równoległe zmiany ukierunkowane na przedłużenie życia. Zmiany te, mobilizujące mechanizmy organizmu do jak najdłuższego utrzymania czynności życiowych, określa terminem proces witauktyczny. „Witaukt” oznacza dosłownie „zwiększanie długości życia”, od *vita* – życie i *auctum* – zwiększać. Proces witauktyczny, według W. W. Frolkisa, dokonuje się na wszystkich poziomach organizmu, tj. molekularnym, komórkowym, narządowym, układowym, a przez to oddziałuje na wszelkie funkcje organizmu w tym również na czynności psychiczne takie jak np. mowa.

Proces starzenia, choć niezaprzeczalnie związany z regresem wykazuje zarazem wyraźnie rozwojowy charakter. Stanisław Kowalik (2000) uważa, że jedynie holistyczne ujmowanie starości z podkreśleniem jej aspektu progresywnego stanowi pełny i korespondujący z rzeczywistym stanem rzeczy opis zjawiska. Uzasadniając ów pogląd od-

wołuje się do teorii psychologicznych i socjologicznych, by wskazać na „wyraz pewnej mądrości rozwojowej” (2000, s. 65) osiąganey przez ludzi starych. Ponadto wskazuje jak zmiana płaszczyzny interpretacyjnej z ontologicznej na filogenetyczną wpływa na ocenę starości. Przyjęcie tej ostatniej umożliwi dostrzeżenie wymiernych wartości ludzi starych zapewniających postęp ludzkości. Uzasadniając własne stanowisko o strategicznej roli starości dla funkcjonowania społeczeństw Stanisław Kowalik odwołuje się do socjobiologii. Za przykład obiera: „rolę dziadków w procesie wychowania wnuków, tzn. takiego wychowania, które możliwie dobrze przygotowałoby ich do dorosłego życia (a szczególnie do wypełnienia funkcji prokreacyjnej)” (2000, s. 67). Ich wpływ na ukształtowanie w młodym pokoleniu „tzw. mądrości życiowej, czyli refleksyjnego, odpowiedzialnego stosunku do życia” (2000, s. 67) nie podlega dyskusji. Ponadto zdaniem badacza starość umożliwi osiągnięcie przez jednostkę kolejnego, wyższego stopnia dojrzałości, gdyż jak sam stwierdza: „Trzeba przecież do tego dojrzeć, aby świadomie i stopniowo rezygnować z niektórych form aktywności dotychczas realizowanej, uszczuplać pewne więzi społeczne, które nie są może najważniejsze w aktualnej fazie życia, rewidować posiadany system wartości i uwypuklać w nim to, co przy danym położeniu społecznym warto i można osiągnąć” (Kowalik, 2000, s. 67-68).

Przytoczone argumenty w wyżej zaprezentowanych stanowiskach zasadnie przekonują do ujmowania starości jako „kontynuacji psychicznego rozwoju człowieka” (Birch, Malim, 1997, s. 148). Dlatego rozwijając w dalszej części problematykę jakości życia osób starych za obowiązujący przyjmuję rozwojowy paradygmat procesu starzenia się i starości.

2. Pojęcie jakości życia w świetle wybranych podejść teoretycznych

2.1. Współczesne rozumienie pojęcia jakości życia

Kategoria jakości życia jest podstawową dla prezentowanego tu sposobu ujmowania zagadnienia starzenia się i starości. Konceptualizacja samego terminu jakości życia okazała się nie lada wyzwaniem. Dostępna, bogata literatura przedmiotu pokazuje, że popularność problematyki, różnorodność możliwych sposobów jej ujmowania i analizowania nie zawsze prowadzi do jej lepszego poznania i zrozumienia. Czasem powoduje „rozmycie się” zakresu pojęcia i to właśnie stało się udziałem kategorii jakości życia. Ów duży margines dowolności w definiowaniu pojęcia sprawił, że wiele opublikowanych wyników badań wzajemnie sobie przeczy. Przykładowe sposoby ujmowania jakości życia przytoczę poniżej, a dopiero potem wskażę ramy teoretyczne kategorii jakości życia, które nadały porządek interpretacyjny wynikom przeprowadzonych przeze mnie badań.

Bogusław Stelcer (1995) bada kategorię jakości życia w kontekście opieki paliatywnej. Zdaniem badacza, rozpatrując jakość życia pacjentów chorych na zaawansowaną chorobę nowotworową należy uwzględnić jej złożony, ale zarazem niepowtarzalny dla indywidualnego chorego charakter. Z tego powodu Bogusław Stelcer podkreśla trafność zaproponowanej przez D. F. Cella definicji pojęcia. Zgodnie z nią jakość życia wykazuje dwie immanentne cechy – subiektywizm i wielowymiarowość. Pierwsza z nich oznacza, że „sens, wartość i spostrzegana jakość ludzkiego życia zależą od percepcji i znaczenia jakie człowiek nadaje swojemu istnieniu. Istotne jest to, w jaki sposób jednostka interpretuje własne doświadczenia, co o nich myśli i czuje, mówiąc inaczej, jak doświadcza własne życie” (Stelcer, 1995, s. 107). Subiektywizm oddziałuje silnie na drugą cechę jaką jest wielowymiarowość jakości życia. Zgodnie z rozumieniem jakości życia przez D. F. Cella (1993), Bogusław Stelcer

(1995) uwzględnia dziesięć jej wymiarów, które pozwalają na zbadanie tych sfer życia, na które oddziałuje choroba. Ta natomiast wpływa na: czynniki fizjologiczne, funkcjonowanie fizyczne, stan psychologiczny, refleksje człowieka nad stanem własnego zdrowia oraz pełnienie przez niego ról społecznych. Dlatego badaniu podlegają następujące wymiary:

- 1) troski finansowe,
- 2) zdolności funkcjonalne,
- 3) poczucie zadowolenia w rodzinie,
- 4) emocjonalność,
- 5) duchowość,
- 6) funkcjonowanie społeczne,
- 7) satysfakcja z leczenia,
- 8) orientacja na przyszłość,
- 9) seksualizm/intymność,
- 10) Przedmiot zainteresowań.

W zależności od subiektywnej ważności i intensywności doświadczenia każdego z tych wymiarów, u konkretnych osób jakość życia przybiera swoistą i niepowtarzalną formę.

Równie wieloaspektowo postrzega naturę jakości życia Antonina Ostrowska (1999). Według niej na wskazaną kategorię jakości życia składają się następujące wymiary: własne samopoczucie psychiczne i fizyczne, byt materialny, stosunki interpersonalne, możliwości rozwoju osobistego, podmiotowość. Subiektywne ustosunkowanie się człowieka do wskazanych płaszczyzn funkcjonalnych tworzy niepowtarzalną i właściwą jednostce ocenę jakości jej życia. Ponadto, co podkreśla Antonina Ostrowska, jakość życia łączona jest przez wielu badaczy, np.: z indywidualną możliwością realizacji dążeń i pragnień, z czerpaniem satysfakcji z realizowanych wartości, które w subiektywnej ocenie uzyskują status istotnych, czy z samooceną. Jej odbiór podlega również modyfikacjom w zależności od kontekstu, w którym dokonuje się rozważań.

Dokonane w latach 70. przeniesienie kategorii jakości życia na grunt medyczny doprowadziło do znacznego poszerzenia jej zakresu. Magdalena Dyga-Konarska (2000), odwołując się do sposobu definiowania jakości życia przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) wskazuje, że w jego zakres weszła nie tylko indywidualna ocena pozycji życiowej osoby w kontekście potrzeb, zadań, oczekiwań i standardów tak kulturowych, jak i tych jednostkowych, ale również ewaluacja zdrowia fizycznego, stanu emocjonalnego, samodzielności, stopnia niezależności, a nawet osobistych wierzeń i przekonań. Podstawową dymensją w opisie jakości życia uczyniono stan zdrowia. Przeprowadzane badania polegały w głównej mierze na określaniu zakresu i szybkości zmian w odbiorze życia pacjentów spowodowanych oddziaływaniem konkretnych czynników natury biologicznej. Stąd wszystko co psychiczne, a co warunkowały wahania stanu zdrowia, uzyskało status składowej pojęcia jakości życia. W wyniku tego zakres pojęcia uległ znacznemu poszerzeniu i objął:

- formalne cechy procesów psychicznych (typu koncentracja uwagi, sprawność myślenia, zakres pamięci, spostrzegawczość),
- postępowanie ludzi (np. podejmowanie ról społecznych, wywoływanie konfliktów międzyosobowych, ilościowy i jakościowy zakres przejawianych działań społecznych),
- stany emocjonalne (radość, depresja, złe lub dobre samopoczucie),
- samoocenę i ocenę poszczególnych składników jednostkowej egzystencji (zdrowie, małżeństwo, warunki bytowe).

Taka conceptualizacja kategorii jakości życia spotkała się z krytyką niektórych psychologów. Stanisław Kowalik, oceniając rezultat upowszechnienia problematyki jakości życia w medycynie, konkluduje: „Bez przesady można powiedzieć, że wszystko to, czym zajmuje się psychologia może zostać zaliczone do jakości życia, o ile tylko dany parametr psychologiczny będzie ulegał zmianie pod wpływem pogarszania lub polepszania się stanu zdrowia pacjenta” (1995, s. 27). Dowo-

dząc niesłuszności i nietrafności tak szerokiej konceptualizacji pojęcia, sam zaproponował własne, całkiem nowe podejście do jakości życia.

Według Stanisława Kowalika kategorię jakości życia należy rozpatrywać dwuaspektowo. Z jednej strony, jej ocena sprowadza się do indywidualnego „odczuwania własnego życia poprzez poznawanie go” (1995, s. 28). Osoba wartościuje własne życie. Formułując ocenę bazuje na intencjonalnym ustosunkowaniu się do poszczególnych zdarzeń, które były jej udziałem, do słuszności podejmowanych decyzji, ogólnie – do kierunku przez siebie obranego w życiu. Procesowi ewaluacji towarzyszy dodatkowo wysnuwanie wniosków i przypuszczeń, zarysowywanie planów na przyszłość. Osoba zyskuje w ten sposób nie tylko poczucie większej bądź mniejszej kontroli, ale również „może wreszcie ustosunkować się do samej siebie, jako, być może, najważniejszego elementu własnego życia” (Kowalik, 1995, s. 18).

To poznawcze ustosunkowanie względem własnego ja, swojego życia i sposobu jego przeżywania Stanisław Kowalik określa mianem „świadomości refleksyjnej”. Ma ona istotne znaczenie w życiu człowieka, gdyż: „Dzięki niej jednostka jest w stanie „zerwać” bezpośrednie związki łączące ją z konkretną rzeczywistością. W wyniku refleksji nad własnym życiem człowiek może uznać, że jest ono puste, niespełnione albo sensowne i pełne radości. Im bardziej będzie rozwinięta świadomość refleksyjna, tym większa będzie niezależność jednostki od bezpośrednich wpływów otoczenia, tym bardziej ona będzie podmiotem swojego życia” (Kowalik, 1995, s. 29).

Drugi aspekt jakości życia stanowi „odczucie własnego życia poprzez przeżywanie go”. Bogactwo dokonujących się w osobniczym życiu zdarzeń i sytuacji owocuje wzbudzeniem szeregu jakościowo odmiennych stanów emocjonalnych. Ich suma składa się na poczucie jakości życia. Stąd, zgodnie ze słowami badacza: „Jakość życia nie polega na refleksyjnym ustosunkowaniu się do tego, co przeżywamy lub co przeżyliśmy. Jest to charakteryzujący nasze życie psychiczne zbiór

stanów subiektywnych: złości, zastanawiania się nad czymś, niepewności, podziwiania kogoś lub czegoś, znużenia itd.” (Kowalik, 1994, s. 44). Utożsamiając jakość życia ze stanami subiektywnymi Stanisław Kowalik wyznacza jakościowo odrębne wymiary jej opisu. Mechanizm jest prosty – skoro jakość życia jest zbiorem stanów subiektywnych to pomiar tych ostatnich dostarcza rzetelnych miar dla jakościowo różnicujących porównań o charakterze intra- i interpersonalnym. Stąd, dokonując pomiaru np.: zabarwienia emocjonalnego przeżyć, ich intensywności (ilość przeżyć doświadczanych w jednostce czasu, za: Kowalik, 1994), zróżnicowania, usztywnienia (fiksacja na przeżyciach określonego typu), powierzchowności (stopień związania przeżyć z własnym Ja) uzyskuje się rzetelne i łatwe w pomiarze charakterystyki poczucia jakości życia.

Problem jakości życia wybrany został na przedmiot studiów teoretycznych i empirycznych również przez Annę Brzezińską (2000). Przeprowadziła ona badania, których celem było pozyskanie danych na temat poczucia jakości życia u osób z różnych kohort reprezentatywnych dla wybranych przedziałów wiekowych, tj.: dla wczesnej, średniej i późnej dorosłości. Badania miały charakter kwestionariuszowy. Polegały na subiektywnym ustosunkowaniu się osób badanych do ważności potrzeb zgrupowanych w pięć kategorii (bezpieczeństwo, związki z ludźmi, działalność dla innych, aktywność i praca, wypoczynek i czas wolny). Ponadto oceniali oni stopień ich zaspokojenia. Różnica uzyskana w wyniku porównania poczucia ważności potrzeb względem zakresu ich zaspokojenia stanowiła wskaźnik poczucia jakości życia. Interesującymi, ze względu na zbieżność problemową, są dane dotyczące deklarowanej jakości życia badanych z najstarszej wiekowo próby. Okazało się, iż w czterech na pięć analizowanych kategorii uzyskuje ona ocenę pozytywną. Osoby powyżej 60 roku życia wykazują niskie poczucie jakości życia jedynie w obszarze bezpieczeństwa, natomiast w pozostałych wyróżnionych płaszczyznach funkcjonalnych poczucie jakości życia jest wysokie.

Szerzej zagadnienie poczucia jakości życia u osób starych rozważone zostanie w dalszej części rozdziału.

2.2. Historyczny rys ewaluacji pojęcia jakości życia

Zaprezentowane powyżej sposoby rozumienia kategorii jakości życia dowodzą jak złożoną jest natura rozpatrywanego konstruktów. Ponadto pokazują jak kontekst badań i leżący u jego podstaw paradygmat teoretyczny modyfikuje proces interpretacji uzyskanych danych. Stawia one efekt teoretycznych analiz i prób ich empirycznej weryfikacji dokonywanych w przeciągu ostatnich kilku lat. Jednakże ewolucja samego pojęcia jakości życia ma dłuższą tradycję, która sięga lat 50. minionego stulecia.

Proces ten prześledził Stanisław Kowalik (2000). Zdaniem badacza wyróżnić można cztery stadia w rozumieniu pojęcia jakości życia, które wpłynęły na ukształtowanie się jakościowo różnych nurtów myślenia w tym obszarze przedmiotowym i są to kolejno:

- kierunek prototeoretyczny,
- kierunek pragmatyczny,
- kierunek normatywno-ideologiczny,
- kierunek teoretyczno-psychologiczny.

Wymienione kierunki nie tyle współistnieją ze sobą, co wynikają z siebie. Są naturalnym wynikiem dopracowywania modeli jakości życia przez systematyczną eliminację błędów występujących we wcześniejszych koncepcjach i uwzględnianie nowych, empirycznie wykrytych zależności.

Pierwszy z wymienionych – prototeoretyczny kierunek myślenia – sprowadzał się do identyfikacji poszczególnych wyznaczników jakości życia, takich jak np.: poczucie satysfakcji z pracy zawodowej, z życia rodzinnego, z pożycia małżeńskiego. W efekcie dążono do uzyskania konkretnych danych o czynnikach, które optymalizują bądź zakłócają subiektywne doświadczanie zadowolenia w życiu przez człowieka.

Badania te odnosiły się do oceny jakości życia dokonywanej albo w pełnym wymiarze egzystencji ludzkiej, albo ograniczonej do sztucznie wydzielonej sfery życia. Ponadto, w nurcie prototeoretycznym, analizowano istnienie i naturę związków zachodzących pomiędzy dynamiką zmian w ocenie jakości życia a jednostkowymi postawami. Eksplorowano zależność między stopniem zaspokojenia potrzeb a jakością życia. W szeregu przeprowadzonych badań starano się pozyskać dane mogące pomóc w odpowiedzi na pytania: czy spośród istniejących potrzeb wyróżnić można te znacząco modyfikujące jednostkowe zadowolenie z życia? oraz czy stopień zaspokojenia potrzeby oddziałuje na analizowaną zależność? Szukano ponadto związku pomiędzy deprywacją potrzeb a odczuwanym przez człowieka poczuciem bezradności bądź smutkiem czy cierpieniem. Tak wielokierunkowe analizowanie problemu przyczyniło się do powstania szerokiej perspektywy poznawczej dla ujmowania kategorii jakości życia. W efekcie zabrakło elementów łączących, które pozwoliłyby nadać uniwersalne ramy rozumieniu pojęcia jakości życia.

Wskutek tego z prototeoretycznego wyłonił się pragmatyczny nurt myślenia. Zdaniem Stanisława Kowalika był on „radykalną próbą zredukowania wielowątkowości badań psychologicznych zadowolenia z życia” (1999, s. 13). Z pojęcia jakości życia wyeliminowano wymiar przeżyciowo-doświadczany, zawężając je jedynie do subiektywnej oceny satysfakcji życiowej, którą normowały kryteria społeczne. Ocena jakości życia dokonywana przez osobę badaną sprowadzała się więc do zbilansowania pozytywnych i negatywnych przeżyć, które doświadczyła z uwzględnieniem stopnia zaspokojenia poszczególnych potrzeb, zakresu wykorzystania potencjałów środowiskowych, społecznych i jednostkowych.

W efekcie dalszych przemyśleń i kolejnych ich empirycznych weryfikacji przekonano się, że pragmatyczne pojmowanie jakości życia nadal obarczone jest błędami. Na drodze stopniowo wprowadzanych re-

wizji dotychczasowy kierunek myślenia wzbogacony o jakościowo nowe założenia przekształcił się w nurt normatywno-ideologiczny. W jego ramach doprowadzono do syntezy problematyki jakości życia z zagadnieniem potencjału rozwojowego człowieka. Zakładano, że maksymalne wykorzystanie jednostkowych możliwości spowoduje wzrost jakości życia człowieka. Ponadto dostrzeżono znaczenie jakiego wymiar społeczny ma dla osoby przy ocenianiu własnego życia. Oczywiście pozytywne czy negatywne oddziaływanie kontekstu społecznego na człowieka nie ograniczano jedynie do jego funkcjonowania poznawczego. Udowodniono, że środowisko reguluje w znacznej mierze cały rozwój jednostki. Z drugiej jednak strony dostrzeżono w człowieku jego wymiar podmiotowy. Właśnie w tym nurcie po raz pierwszy uwzględniono jednostkową wewnątrzsterowność i możliwość stanowienia o własnym życiu.

W ostatnich latach, zdaniem Stanisława Kowalika, powstaje nowe podejście teoretyczno-psychologiczne w rozumieniu kategorii jakości życia. Jego jakościowy wyznacznik stanowią podejmowane próby wyzwolenia się od prymatu środowiska zewnętrznego. Dąży się do stworzenia wyważonego, a przez to bliższego rzeczywistości modelu współzależności między człowiekiem i jego funkcjonowaniem psychofizycznym a kontekstem społecznym, w którym się ono dokonuje. Nie neguje się więc wpływu środowiska na kształt i jakość życia ludzkiego, ale zdecydowanie odmawia się mu statusu głównej determinanty, w tym również w odniesieniu do poczucia jakości życia. W ramach nurtu teoretyczno-psychologicznego analizuje się rolę różnych modalności psychicznych w procesie kształtowania jakości życia będącej złożonym konstruktem psychicznym obejmującym m.in. wrażenia, poczucie szczęścia, samopoczucie człowieka. Ponadto, w prezentowanym podejściu zapoczątkowuje się⁵ nowe rozumienie jakości życia jako aktualnej i charakterystycznej dla konkretnego człowieka dyspozycji do podejmowania wyznaczonych sobie

⁵ Autorem wspomnianego nowego podejścia do jakości życia jest L. Nordenfelt (za: Kowalik, 1999).

zadań i określonego sposobu przeżywania ich realizacji. Tak więc w nowy sposób analizuje się jakość życia psychicznego, uwzględniając tak różnice intrapersonalne, interpersonalne, jak i środowiskowe.

Czas pokaże czy podejście teoretyczno-psychologiczne do zagadnienia jakości życia jest trafnym i rzetelnie oddającym naturę problemu. Badacze nadal weryfikują jego założenia gotowi jak zwykle do rewidowania błędów.

3. Poczucie jakości życia w okresie późnej dorosłości

Oba analizowane procesy – czyli starzenia się i subiektywnego ustosunkowywania się człowieka do jakości własnego życia – należą do zjawisk złożonych w swej naturze. W efekcie doszukiwanie się jakichkolwiek prawidłowości w tych zjawiskach wymaga eksploracji na wielu płaszczyznach przy uwzględnieniu licznych determinant, a przez to stanowi nie lada wyzwanie dla badaczy. Połączenie obu problematyk – czyli próba zbadania kategorii jakości życia dla osób starych – choć sprowokowało już liczne tak empiryczne, jak i teoretyczne studia nadal nie przyniosło rozstrzygnięć jednoznacznie opisujących naturę badanego fenomenu.

Udało się jednak rozpoznać pewne czynniki istotnie oddziałujące na jakość życia człowieka starego. Po pierwsze, stwierdzono, że pomimo jednoznacznie dowiedzionej odrębności kategorii fizjologicznej i patologicznej starości, w polskiej gerontologii nadal ujawnia się skłonność do łączenia, a wręcz utożsamiania starości z niepełnosprawnością. Marta Cichocka (1991) krytycznie zauważa, iż często wiek jest powodem krzywdzącego dyskwalifikowania człowieka przez społeczeństwo. Wystarczy uświadomić sobie kulturowe konotacje dotyczące procesu starzenia się i starości. Zgodnie z istniejącym stereotypem osoba stara „staje się niejako automatycznie człowiekiem chorym, mniej sprawnym intelektualnie, labilnym emocjonalnie, z zanikiem aktywności, planów życio-

wych i ambicji, roszczeniowym społecznie, nieporadnym życiowo i – ogólnie rzecz biorąc – bez szans na podmiotowe traktowanie” (1991, s. 394). Tymczasem doświadczanie starości często zdecydowanie różni się od przytoczonego opisu. „Często” ponieważ sposób jej przeżywania jest do pewnego stopnia zindywidualizowany i u każdego człowieka dokonuje się nieco inaczej. Wspomniany relatywizm unaocznili badania Barbato i Perse (1992). W ich ramach porównano wagę wieku chronologicznego z wagą wieku kontekstualnego⁶. Okazało się, iż osiągnięcie wieku chronologicznego nie blokuje pozytywnego poczucia jakości życia. Bardziej wiek kontekstualny modyfikuje proces jej subiektywnego wartościowania. Ponadto wykazano, że jakość życia ludzi starych nie jest ani własnością permanentną, nadaną, ani zawsze i tylko niską. Stanowi wypadkową uwarunkowań zewnętrznych – środowiskowych, ale również wewnętrznych – jednostkowych. W procesie kształtowania własnej jakości życia konieczna jest więc pełna świadomość własnego wpływu na kształtowanie subiektywnie odczuwanego poczucia zadowolenia z życia, tak by plasowało się ono w górnych, a nie dolnych przedziałach skali.

To czego dowiodły opisane powyżej badania, że sam człowiek może aktywnie wpływać na kształt i jakość własnego życia, sprowadza się do pozytywnej empirycznej weryfikacji tez o potencjale rozwojowym jednostki, zawartych w teoriach wywodzących się z paradygmatu psychologii humanistycznej. W tym miejscu odwołam się do koncepcji osobowości autorskiej Kazimierza Obuchowskiego (2001), która wskazuje znaczenie przede wszystkim dwóch mechanizmów: pozyskiwania dystansu psychicznego wobec siebie i otaczającego świata oraz adaptacji twórczej dla kształtowania jakości życia jednostki ludzkiej.

⁶ Wiek kontekstualny stanowi wypadkową takich czynników, jak: zdrowie fizyczne osoby, subiektywnie odczuwana satysfakcja życiowa, posiadane zabezpieczenie materialne oraz przejawiana aktywność społeczna wraz z podejmowanymi interakcjami.

„Tylko od jednostki zależy jej klasa i przed nikim nie da się usprawiedliwić omyłki zaniechania bycia tym, kim można być” (Obuchowski, 2000b). Przytoczona teza wskazuje, że to człowiek sam dla siebie stanowi źródło zmian decydujących o wzroście bądź spadku jakości życia. Stąd osoba, jako główny decydent odpowiedzialny za przebieg własnej egzystencji, stoi przed koniecznością podjęcia wyzwania nadania sensu i wysokiej jakości swojemu „byciu w świecie”. Winna więc zmierzać do maksymalizacji własnej autonomii, wolności, czyli do upodmiotowienia się. Ów postulat wcale nie pozostaje w sprzeczności z modną dzisiaj tezą o wrodzonej podmiotowości człowieka. Należy bowiem pamiętać, że człowiek rodząc się zostaje wrzucony w konkretny kontekst kulturowy. Obecnie świat zdominowany został popkulturą, gdzie w mniej lub bardziej nachalny sposób próbuje się narzucić człowiekowi określone sposoby na życie, myślenie i odczuwanie. Jest to niebezpieczne, gdyż może trwale zablokować naturalny potencjał rozwojowy człowieka. Koniecznym staje się więc wzrost intelektualny jednostki po to, aby móc jak najszybciej dokonać wysiłku przejścia z funkcjonowania jedynie w ramach kodu konkretnego na wyższy poziom – kodów hierarchicznych. Dopiero one umożliwiają „głęboki wgląd w ocenianą rzeczywistość. Zapewniają postępowanie intencjonalnie wolne” (Obuchowski, 2000a, s. 75). Jest to o tyle ważne, iż zażegnaje niebezpieczeństwo pozornego polepszania jakości własnego życia poprzez realizację nie swoich celów i uleganie fałszywym pragnieniom. „Człowiek, aby się spełnić, formuje siebie sam” (Obuchowski, 2000a, s. 236). Tworzy swój własny sens życia, który „jest czynnikiem warunkującym stabilność motywacyjną osoby, odporność na przeszkody, satysfakcję z życia i stawanie się coraz lepszym” (Obuchowski, 2000b, s. 282). Rozwój podmiotowości wpływa na znaczne zwiększenie jakości życia, ale, co podkreśla autor, nie jest to równoznaczne z podniesieniem poziomu doświadczanego subiektywnie szczęścia. Intencjonalność podmiotu pociąga za sobą konieczność wzięcia odpowiedzialności zarówno

za skutki podejmowania, jak i rezygnowania z pewnych działań. Jest to trudne, gdyż nigdy nie ma się pewności co do słuszności własnych wyborów. Jednakże niepokój egzystencjalny jest tak naprawdę bardzo niską ceną za nieograniczoną możliwość samorealizacji i polepszenia jakości życia, która nie ogranicza się do żadnego przedziału wiekowego, pozostając aktualną aż do momentu śmierci. Słowa Kazimierza Obuchowskiego, iż „nie ma granic wiekowych dla podjęcia realizacji działań nadających sens życiu i nawet w późnym wieku działalność ta może zmienić już, wydawałoby się, ustabilizowaną biografię” (2000b, s. 266) mogłyby uzyskać status hasła programowego wszelkich działań z zakresu psychoprofilaktyki starości, a w obecnych rozważaniach o jakości życia osób starych napełniają uzasadnionym optymizmem.

Zagadnienie jakości życia osób starych ciekawie przedstawia Józef Maciuszek (1995), który analizuje je w triadycznym kontekście:

- przyjmowanych przez osoby stare wartości i możliwego zakresu ich zaspokajania,
- subiektywno-przeżyciowego aspektu bycia starym (a dokładnie – precyzując za autorem – chodzi o głębię i trwałość pozytywnych przeżyć i doświadczeń jednostki),
- bycia autorem własnego życia.

Autor, podobnie jak Kazimierz Obuchowski, dostrzega, że realizacji własnych, indywidualnych planów towarzyszy wzrost jakości życia. Dlatego akcentuje konieczność podejmowania zwłaszcza tych działań, które są w zgodzie z własnym, niepowtarzalnym „ja”. W konsekwencji kategorii wewnątrzsterowności, podmiotowości, prawdziwego ja są zdecydowanie przedkładane nad ich przeciwieństwo, czyli zewnątrzsterowność, uprzedmiotowienie, ja nieautentyczne.

Podobne, bo stawiające na wrodzony potencjał ludzki, jest podejście autorstwa Tadeusza Kotarbińskiego (1986). Ukazuje on życie człowieka jako sztukę dokonywania własnych, autonomicznych wyborów. Autor odżegnuje się od postulatów o bezsilności i nicości jednostki

w obliczu niezłomnej determinanty środowiskowej. Człowiek musi sam decydować o tym co warto zrobić, a czego należałoby unikać. Nie może obawiać się cierpienia w dążeniu do realizacji własnych upodobań, gdyż nie ma celu żyć „jeśli całą satysfakcją bytu ma być niedoznawanie cierpienia. Toż byle kamień potrafi istnieć w podobny sposób” (Kotarbiński, 1986, s. 144). Jednakże cierpienie to nie wszystko, co mieści się w „normie bytu człowieka dorosłego”. Człowiek musi zmierzyć się z chwiejnością, dwuznacznością, niepewnością codziennej egzystencji. To często napełnia go strachem i przerażeniem. Nigdy jednak w obliczu trudności nie powinien ulegać pokusie zubożenia i pasywności, gdyż jest to równoznaczne z samounicestwieniem. Człowiek winien uwierzyć w potęgę aktywizacji, która umożliwi mu wywindowanie się „na poziom, jeśli nie szczęśliwości, to przynajmniej pogody ducha” (Kotarbiński, 1986, s. 146).

I tak oto wypowiedź Kotarbińskiego przywiodła nasze rozważania na temat jakości życia ludzi starych do ostatniego ich etapu. Nadszedł moment na poznanie konkretnych czynników modyfikujących poczucie jakości życia. Pewne wskazówki można odnaleźć w *Baśni zimowej* Ryszarda Przybylskiego (1998), w której autor dzieli się własnymi przemyśleniami, dotyczącymi sposobu doświadczania ostatniego okresu życia człowieka:

„Starość jest więc czasem żałostnego tułactwa umysłu między znużeniem i aktywnością. To czas chorobliwych wzlotów i gwałtownych upadków. Tylko nieliczni starcy, raz wzleciawszy w niebo, szubują długo na wysokościach niby radosne jaskółki. Większość doświadcza bolesnych zapaści, co nie oznacza wcale, iż nie próbuje podnieść się z prochu. Bliżej nie wiadomo dlaczego, ale niektórzy starcy nie chcą się czołgać w kurzu” (1998, s. 37-38).

4. Determinanty poczucia jakości życia osób starych

Zagadnienie wpływu aktywności w kształtowaniu jakości życia ludzi starych jest jednym z częściej podejmowanych problemów w literaturze przedmiotu. Już D. B. Bromley (1969), dzieląc ludzi według doświadczanej przez nich niskiej bądź wysokiej jakości życia w starości mówi o dobrym i złym przystosowaniu. Determinantą stopnia zaadaptowania się człowieka do procesu starzenia się czyni badacz aktywność jednostki. Jeśli osoba jest aktywna dobrze radzi sobie ze swoją starością, przeciwnie bycie biernym zaniża znacząco jakość życia człowieka staroego. Bromley formułuje ciekawe charakterystyki osób gorzej i lepiej znoszących starość. Źle przystosowany stary człowiek bywa wyczerpany fizycznie lub umysłowo, może posiadać niską moralność, być niepokojny, przejawiać napięcia nerwowe, apatię lub doznawać frustracji. Właściwe przystosowanie objawia się dobrym stanem zdrowia, aktywnością i bystrością umysłu. Człowiek taki odznacza się wysoką moralnością, jest szczery w stosunkach z ludźmi, odprężony, zadowolony z biegu swego życia.

Aktywność uznawana pierwotnie za wskaźnik różnicujący dobre i złe zaadaptowanie się człowieka do bycia starym stopniowo uzyskiwała coraz większe znaczenie. Adam A. Zych (1999) przyjął, że jest ona główną determinantą jakości życia. Według autora zależność między dwoma dymensjami – jakością życia i aktywnością – jest wprost proporcjonalna. Stwierdza on, że „jedną z podstawowych cech wartościowego życia na przełomie dojrzałości i starości jest aktywność. Organizm człowieka przeznaczony jest właśnie do aktywności i działania” (Zych, 1999, s. 99). Stąd nie dziwi jego przekonanie, iż warunkiem jak najdłuższego zachowania zadowolającego stanu zdrowia, a także właściwego zaadaptowania się do starości jest utrzymanie przez ludzi starych optymalnego dlań poziomu aktywności tak psychicznej, jak i fizycznej.

Podobne stanowisko względem aktywności prezentuje S. Cavana (1949), który stworzył teorię aktywności wieku podeszłego. Uważa on,

iz w obliczu dokonujących się zmian i związanych z nimi gromadzących się napięć, dotyczących własnej koncepcji obrazu siebie, osoba starsza winna maksymalizować swoją aktywność. Zaznacza jednak, że zakres aktywności własnej jednostki jest relatywny i zależy od wieku i stanu zdrowia konkretnej osoby.

Wspomniany zakres różnicowania aktywności osób starych staje się bardziej zrozumiały, gdy uzmysłowimy sobie fakt, iż często w badaniach psychogerontologicznych stosuje się kryteria podziału osób starych na grupy ze względu na stan ich zdrowia i zakres samodzielności. Czynniki te istotnie modyfikują ocenę poziomu i zakresu aktywności, a w dalszej konsekwencji i jakości życia osób starych. Za przykład niech posłuży klasyfikacja autorstwa W. Pędicha, D. Jakubowskiej i J. Fiedorowicza (1973). Zgodnie z nią populacje osób starych można podzielić na cztery następujące grupy:

I grupa – zdrowi, sprawni fizycznie, zdolni do samodzielnego bytowania, niewymagający leczenia,

II grupa – lekko chorzy, z ograniczoną sprawnością fizyczną, zdolni do samodzielnego bytowania, wymagający ambulatoryjnej opieki lekarskiej w okresach pogorszeń stanu zdrowia,

III grupa – przewlekle chorzy, z upośledzoną sprawnością fizyczną i upośledzoną zdolnością do samodzielnego bytowania, stale korzystający z pomocy lekarskiej, wymagający leczenia domowego lub szpitalnego w okresach pogorszeń stanu zdrowia,

IV grupa – przewlekle obłożnie chorzy, niezdolni do samodzielnego bytowania, wymagający stale opieki lekarskiej i pielęgnarskiej w warunkach domowych lub w zakładach pomocy społecznej.

Oczywistym jest, iż nie można ludzi przynależnych do wyróżnionych grup sprowadzić do „wspólnego mianownika”. To natomiast wymaga jakościowo odrębnej interpretacji deklarowanego przez nich poziomu poczucia jakości życia. Wiadomo, że chociaż każdy z nich może mieć wysokie poczucie jakości życia, to istotnie odmienne będą jego źródła

i wynikające zeń możliwości dla osoby np.: z pierwszej grupy w porównaniu z osobą zakwalifikowaną do grupy trzeciej.

W rozważaniach o naturze związku poczucia jakości życia i aktywności nie sposób nie uwzględnić stanowiska Charlotte Bühler (1961). Jest ona reprezentantką wczesnego nurtu psychologii humanistycznej. Ona również dostrzega istotny wpływ aktywności na optymalizację jakości życia. Autorka akcentuje fakt promowania przez kulturę zachowań aktywnych jako wartościowych i uznanie samej aktywności za ogólnie uznawaną wartość społeczną. Uwarunkowana kulturowo jednostka ludzka pozytywnie odbiera swoje życie tylko wtedy, gdy ma ono ustrukturalizowany charakter. Ten natomiast zwykle nadaje praca, która nie tylko jest czynnikiem porządkującym, ale zarazem narzuca swoisty rytm życiu człowieka. Tymczasem właśnie możliwość pracy często odmawiana jest osobom starszym. Stąd koniecznym jest stwarzanie im jak najliczniejszych sposobności do podejmowania wszelkich aprobowanych społecznie działań i aktywności.

Jak widać zgodnie z prezentowanymi podejściami za wyznacznik i miarę jakości życia uznaje się aktywność. Kolejne badania stanowiące potwierdzenie prezentowanej tu tezy mają nieco węższy, bardziej wyspecjalizowany zakres badawczy. J. Drabik (1996) badał fizyczny przejaw aktywności osób starych, co zaowocowało stwierdzeniem, iż: „Zbyt dużo aktywności fizycznej, przede wszystkim w sensie jej intensywności, może być hazardem dla zdrowia. Brak jej w ogóle jeszcze większym” (za: Olszewski, 1999, s. 178). Badacz udowodnił, że aktywność fizyczna nie tylko ma pozytywne oddziaływanie na regulowanie procesów fizjologicznych organizmu, ale także, a może przede wszystkim, optymalizuje psychospołeczne funkcjonowanie osób starych. Okazuje się, iż wzrost aktywności przyczynia się do poprawy samopoczucia, obniżenia poziomu dystresu przez odwrócenie uwagi od problemów dnia powszedniego, obniżenia lęku, poprawy samooceny, zwiększenia

częstości kontaktów z innymi ludźmi i wzrostu niezależności funkcjonalnej, a to sprzyja poprawie poczucia jakości życia.

Dbałość o utrzymanie optymalnego poziomu aktywności życiowej nie cechuje w jednakowym zakresie wszystkich osób starych. Są bowiem tacy, którzy wraz z przejściem na emeryturę żegnają się z aktywnym życiem i stopniowo ulegają coraz większej stagnacji. Bierność natomiast wcześniej czy później prowadzi do degradacji nie tylko społecznej, ale i psychofizycznej człowieka.

Tymczasem badacze problemu osiągnąwszy konsensus, iż starość należy aktywizować, toczą spory nad optymalnym zakresem i sposobem jej przeprowadzania. Za aktywnością opowiada się M. Cesa-Bianchi (za: Pufal-Struzik, 1997). Zakłada, iż bycie aktywnym jest konieczne, bo wypływa z silnej, wewnętrznej tendencji do utrzymania poziomu aktywności z okresu dorosłości. Oczywiście wraz z postępującym procesem starzenia się możliwości organizmu ulegają ograniczeniu. Według M. Cesa-Bianchi, najważniejszym jest niedopuszczenie do nagłego, gwałtownego obniżenia aktywności zwłaszcza psychicznej, bo doprowadziłoby to do stanu nieprzystosowania się człowieka starego.

W kontekście zróżnicowania postaw ludzi starych wobec własnej aktywności, rodzi się jeszcze jedno pytanie – kto z nich i dlaczego nie będzie radził sobie z akceptacją swojej własnej starości? W populacji osób starych, czynnikiem, który przyjmuje się za istotny w kształtowaniu jakości życia jest miejsce zamieszkania. Część osób starzeje się na łonie rodziny. Inni, mieszkając samodzielnie utrzymują mniej czy bardziej regularne i częste kontakty z osobami im bliskimi. Są wreszcie i takie osoby, które albo chcą, albo muszą przenieść się do domów opieki społecznej. Tu powstaje dylemat, który wyraża stare porzekadło: „nie przesadza się starych drzew”. Dlaczego? – ponieważ dotychczasowe miejsce zamieszkania człowieka starego stanowi gęsto utkaną sieć zależności, znajomości, długów i wdzięczności, ale również dlatego, iż jest to miejsce bardzo dokładnie poznane i dające mu poczucie bezpieczeństwa. Każdy człowiek przywiązuje się do miejsc, w których spędził

długie lata własnego życia. Człowiek stary, który ma przenieść się do domu opieki społecznej, postawiony zostaje wobec konieczności utraty własnego domu. Jest to bardzo trudne, gdyż, co wyjaśnia Helene Reboul, „To z mieszkania właśnie wypływa główna istota jego życia! Będąc świadkiem jego przeszłości, to miejsce bogate w uczucia, stanowi dla starca ochronę przed zewnętrznym środowiskiem, mniej czy bardziej wrogim i staje się intymnością określającą jego osobowość. (...) jest to zarazem miejsce i znak jej (osoby starej) autonomii, niezależności” (1993, s. 78). Chcąc „złagodzić ból straty” zwykło propagować się idee DPS (Domów Pomocy Społecznej) jako domów szczęśliwej starości, gdzie człowiekowi staremu zapewnia się całodobową opiekę i wspólnotę rówieśniczą, ale nie tylko. Rzeczywistość jest jednak zdecydowanie mniej sielankowa. J. Szafraniec, W. Chrzanowski i E. Waszkiewicz (1973), badając postawy emocjonalno-dążeniowe i stopień adaptacji ludzi w wieku starym będących w placówkach pomocy społecznej odkryli, iż fakt przebywania w grupie osób nie wyklucza wcale uczucia osamotnienia u rezydentów. Mówią o tym otwarcie „Stworzona zaś sytuacja przymusowego obcowania z innymi ludźmi, najczęściej obcymi, do których nie mogą się przywiązać jest uciążliwa” (1973, s. 180). I dlatego ludzie starzy będący w DPS, często nie opuszczają swych pokoi, uciekając we wspomnienia, w przeszłość. Ponadto inne badania wykazały (za: H. Szwarc), iż środowisko nastawione na opiekę dezaktywizuje osoby stare, co w konsekwencji doprowadza do zaniżania ich sprawności psychofizycznej. Andrzej Mielczarek, praktyk analizujący problem ludzi starych żyjących w DPS, dochodzi do analogicznych wniosków popartych analizą literatury przedmiotu. Stwierdza: „Jak podaje fachowa literatura, pobyt w DPS wywiera niekorzystny wpływ na aktywność podopiecznych, bowiem DPS, który sprawuje nadmierną kontrolę nad mieszkańcami i decyduje za mieszkańca w wielu przypadkach, nawet wtedy, gdy nie jest to konieczne. W placówkach tych jeszcze często nagradza się bierność, a nie aktywność, a personel wymaga wobec podopiecznych posłuszeństwa, wyręcza mieszkańca w podsta-

wowych czynnościach. Nie bez znaczenia są różnego rodzaju regulami-ny, nakazy i systemy wyróżnień za uległość wobec pracowników” (1999, s. 128-129).

T. Sękowski, badając cechy osobowości ludzi starych przebywających w domach rencisty, we własnych mieszkaniach bądź u rodzin, stwierdził, iż „U badanych osób w podeszłym wieku ma miejsce tzw. aktywna regulacja stymulacji zgodnie ze sprzężeniem zwrotnym ujemnym, umożliwiającą adaptację do warunków życia”. I tak osoby mieszkające samodzielnie są bardziej aktywne, gdyż wszystko na co mogą liczyć to ich własna inicjatywa. Osoby będące w placówkach instytucjonalnej opieki, zyskawszy regularny tryb życia, gdzie wszystko jest dla i za nich robione, utraciły konieczny do podjęcia działania bodziec.

Z powyższego wynika, iż osoby stare nie mają jednakowych szans doświadczania wysokiej jakości życia w okresie swojej starości. Nadal brakuje wśród psychologów zgodności odnośnie poruszanej kwestii, a prosta zależność aktywność – jakość życia wzbudza wciąż polemiki, tak iż konkluzja Marii Susułowskiej: „nie jest (...) wykluczone, że aktywność jest dymensją niezależną i nie pozostającą w żadnym stosunku do zadowolenia z życia” (1989, s. 304) jest jak najbardziej uzasadniona.

5. Badania własne związku poczucia jakości życia z aktywnością i miejscem zamieszkania osób starych

5.1. Problem badań

Istniejący spór o jakość życia osób starych sprowokował mnie do podjęcia własnych badań w ramach pracy magisterskiej. Ich celem było zweryfikowanie zakresu w jakim poczucie jakości życia osób starych modyfikuje, po pierwsze, aktywność, a następnie miejsce zamieszkania osób badanych.

5.2. Osoby badane

Badania objęły łącznie 60 osób, powyżej 65 roku życia. Na próbe składały się dwie równoliczne grupy. Pierwszą trzydziestoosobową grupę stanowiły osoby stare mieszkające w prywatnych gospodarstwach domowych, druga składała się z mieszkańców Domu Pomocy Społecznej. Szczegółowe dane demograficzne odnośnie badanych prób zebrane zostały w tab. 1 (patrz załączniki). Badania prowadzone były od lutego do maja 2000 r.

5.3. Procedura i metody badań

Istotę badań stanowiło uzyskanie danych nie tylko o aktualnym standardzie życia osób starych, ze szczególnym dookreśleniem wymiaru ich aktywności własnej oraz jednostkowej oceny poczucia jakości życia psychicznego, ale również o życiu jakiego badani oczekują, choć nie zawsze w sposób w pełni uświadomiony (do pozyskania tych informacji wykorzystano metody projekcyjne). Wspomniane założenia istotnie wpłynęły na dobór metod. Posłużono się następującymi narzędziami badawczymi: ustrukturalizowaną rozmową psychologiczną (za: S. Gerstmann 1980), skalą jakości bieżącego życia oraz dwiema metodami projekcyjnymi: wybranymi tablicami z Testu Apercepcji Tematycznej Murraya oraz Testem Zdań Niedokończonych J. M. Sacksa i K. Sidneya.

Stosując pierwszą z wymienionych metod – rozmowę psychologiczną – starano się uzyskać obiektywny obraz codziennej egzystencji osób starszych. Wachlarz pytań był szeroki i obejmował poniższe kategorie:

- zdrowie (usługi leczniczo-rehabilitacyjne),
- rytm okołodobowy (sen),
- relacje z rodziną,
- kontakty towarzyskie,

- członkostwo w organizacjach bądź stowarzyszeniach świeckich lub religijnych,
- zainteresowania i hobby,
- sport i rekreacja,
- rytm „okołoroczny” (sposób spędzania świąt, miesięcy letnich).

W rozmowie dążono do uzyskania ilościowej i jakościowej charakterystyki aktywności psychicznej, fizycznej i społecznej osób badanych. Dodatkowo przez porównanie faktycznych możliwości i warunków życiowych osób badanych z deklarowanym przez nich stylem życia uzyskano podstawę do dokonania oceny ich jakości życia.

Druga metoda – skala jakości bieżącego życia – zastosowana została celem uzyskania własnej, tzn. dokonanej przez samych badanych oceny poziomu jakości życia psychicznego. Wzorcem dla zastosowanej metody była „Drabina Cantrila” (za: Czapiński, 1992). Osoba starsza proszona była o określenie rozpatrywanej kategorii nie tylko w wymiarze pozytywna (wysoka) – negatywna (niska), ale także o sprecyzowanie stopnia nasilenia danej cechy (punkty od 0 do 10). Ponadto, chcąc poznać stabilność oraz „amplitudę” doświadczanego przez badanych poczucia jakości życia psychicznego proszono ich o przypomnienie sobie najlepszego i najgorszego tygodnia w minionym roku. Następnie osoby określały jak bardzo ich poczucie jakości życia psychicznego w rozpatrywanych okresach różniło się od aktualnie deklarowanego.

W toku postępowania badawczego zebrano również informacje na temat subiektywnego nieuświadomionego poczucia jakości życia psychicznego osób badanych. Sięgając do metod projekcyjnych dążono do „uzyskania informacji o < indywidualnym świecie > badanego spontanicznie przejawianym, w odróżnieniu od podejścia psychometrycznego, w którym dokonuje się pomiaru cech badanego według z góry ustalonych przez badacza mierników” (Sęk, 1884, s. 7). Pamiętając o stawianych metodom projekcyjnym zarzutach: niskiej rzetelności, niskiej trafności i braku obiektywnych kryteriów ocen i interpretacji wyników – uznano

zasadność reprezentowanego przez Kelly'ego stanowiska, że badania te w konkretnych sytuacjach badawczych mogą stać się bardziej obiektywne nie dlatego, że są bardziej sformalizowane, ale „dlatego, że są bardziej zorientowane na to, co się bada. Stwierdza się, że pierwotnym obiektem badań psychologicznych jest osoba klienta, a nie test” (Sęk, 1984, s. 7).

Zastosowany w badaniach Test Zdań Niedokończonych służył przede wszystkim odpowiedzi na pytanie: czy ujawniające się ewentualnie konflikty nie mają patologizującego wpływu na funkcjonowanie osób badanych? Chcąc ustalić zakres współzmienności pomiędzy jakością życia psychicznego a aktywnością koniecznym było wykluczenie ewentualności, iż poczucie jakości życia psychicznego było znacząco zaniżone na skutek istnienia nierozwiązanych problemów natury intrapsychicznej.

Następnie, posługując się czterema tablicami z Testu Apercepcji Tematycznej H.A.Murraya (tab.: 8 DzK, 14, 17 ChM, 13 Dz), podjęto próbę uzyskania danych o subiektywnym nieświadomym poczuciu jakości życia psychicznego badanych, a także o wykazywanym przez nich pragnieniu aktywności. Zebrano bogaty materiał projekcyjny, obejmujący dane o:

- aktywności (społecznej, psychicznej i fizycznej),
- pozytywnych i negatywnych relacjach ze środowiskiem (naciski),
- dominujących potrzebach,
- wzajemnym determinowaniu się potrzeb, nacisków i zachowań.

Wszystkie one stanowiły podstawę do wnioskowania o nieświadomym poczuciu jakości życia psychicznego i pragnieniu aktywności badanych (czyli ich gotowości do aktywnego realizowania tej potrzeby). Podstawą do takiej interpretacji było fundamentalne dla projekcji założenie, że „Człowiek spostrzega, poznaje, zapamiętuje, myśli, ustosunkowuje się do otoczenia przez pryzmat swojej osobowości. Cechy podmiotowe uzewnętrzniają się i nabierają znaczenia szczególnie wówczas, gdy sytuacja jest wieloznaczna i umożliwia swobodę wyboru zachowania” (Sęk, 1984, s. 22). Zastosowana procedura badawcza bez wątpienia

spełniała wymóg wieloznaczności – osoby stare najczęściej reagowały zdziwieniem na prośbę o ułożenie opowiadań do czterech prezentowanych po kolei tablic. Analiza wykreowanych przez badanych bohaterów wraz z kontekstem sytuacyjnym, w którym występowali, dostarczyła wyżej wyszczegółowane dane, które następnie wykorzystano jako wskaźnik w określeniu nieuświadomionego obrazu eksplorowanych wymiarów.

5.4. Wyniki badań

Wyniki uzyskane z prób kontrastowych doprowadziły do sformułowania następujących wniosków i przemyśleń. Zdecydowana większość spośród przebadanych osób ujawniła dobre przystosowanie do własnej sytuacji życiowej. Obie grupy tzn. mieszkańcy DPS i prywatnych gospodarstw domowych mieli w większości wysokie poczucie jakości życia psychicznego – patrz tab. 2, załączniki (wyniki te korespondują z wynikami badań autorstwa Anny Brzezińskiej i co ważniejsze przełamują stereotypowe przypisywanie niskiej jakości życia psychicznego osobom starym!). To stanowiło podstawę do odrzucenia hipotezy, iż *zachodzi zależność między miejscem zamieszkania a poczuciem jakości życia psychicznego*. Analiza korelacyjna wyników badań nie wykazała istotnych statystycznie związków między miejscem zamieszkania a poczuciem jakości życia psychicznego i pragnieniem aktywności osób starych. Wyjątek stanowi fizyczny aspekt aktywności, który wyraźnie warunkował poczucie jakości życia psychicznego. Wykryta zależność ograniczała się tylko do mieszkańców DPS. Siła związku obliczona współczynnikiem Yule'a wyniosła $\varphi = 0,38$ dla świadomego poczucia jakości życia psychicznego oraz $\varphi = 0,35$ dla subiektywnego nieuświadomionego poczucia jakości życia psychicznego. Stwierdzono ponadto istnienie silnej zależności pomiędzy aktywnością psychiczną i poczuciem jakości życia. Związek niemal pełny uzyskano w obu grupach badanych ($\varphi = 0,98$ dla mieszkańców DPS i $\varphi = 1$ dla

mieszkańców prywatnych gospodarstw domowych). Zależność była wprost proporcjonalna – czyli wysoka aktywność psychiczna występowała z deklarowanym wysokim poczuciem jakości życia psychicznego. Przeprowadzona analiza porównawcza podejmowanych form aktywności psychicznej, fizycznej i społecznej osób starych z obu grup badawczych nie wykazała istotnego ich zróżnicowania. Dane będące podstawą tej analizy miały jedno źródło, a mianowicie ustrukturowany wywiad z osobami starymi. Zabrakło więc weryfikacji, co spośród wymienionych czynności i częstości ich realizowania było faktycznym, a co jedynie deklaratywnym elementem obrazu ich aktywności. Dlatego należałoby zastanowić się czy, a jeśli tak to w jakim zakresie, uogólniać rezultaty badań na populację ludzi starych – co wcale nie oznacza, że przypisuje się osobom badanym chociażby intencję nieuczciwości.

Uzyskany materiał badawczy nie rozstrzygnął wszystkich, sformułowanych na wstępie wątpliwości. Biorę pod uwagę, że dowody negatywne nie mają mocy rozstrzygającej. Oznacza to, że fakt nieuzyskania korelacji pomiędzy rozpatrywanymi zmiennymi w przeprowadzonej analizie statystycznej nie jest wystarczającym dowodem na brak związku. Ponadto, badania poczucia jakości życia (także psychicznego) nastęrczają wiele trudności w obiektywizacji uzyskanych wyników. Janusz Czapiński uzasadnia to w sposób następujący: „Ogólna jakość życia zmieniać się może na krótko w zależności od nastroju od różowej do czarnej i odwrotnie” (1992, s. 25). Dlatego właśnie koniecznym wydaje się podjęcie dalszych, głębszych studiów w obrębie gerontopsychologii i zagadnień bardziej szczegółowych, do których należy kategoria jakości życia.

6. Podsumowanie

Malcolm Cowey – geriatra, chcąc uzmysłowić ludziom czym jest starość zaproponował im przeprowadzenie łatwego zabiegu, który po-

zwoliliby im sprawdzić „na własnej skórze” jak to jest być człowiekiem starym. Jego recepta jest prosta: „Wystarczy włożyć do uszu watę, do butów kamyki, na ręce nasunąć gumowe rękawice, zasmarować wazeliną okulary i mamy już gotową starość” (za: Viorst, 1996, s. 323).

Ten prosty zabieg może bardzo mocno zmodyfikować spojrzenie każdego człowieka na terażniejszość jego dziadków, a przyszłość jego rodziców i jego samego. Oczywiście zamysłem autora było wzbudzenie zdrowej refleksji w ludziach i większej wyrozumiałości względem seniorek i seniorów rodów. Pytanie, które nie powinno zostać zignorowanym, odnosi się do możliwego negatywnego wpływu upowszechniania takiego obrazu starości. On nie jest fałszywym, ale równocześnie nie pokazuje prawdy o procesie starzenia się i starości. Faktycznie jest on bardzo bliski stereotypowemu ujmowaniu starości. Stąd konieczność pewnych sprostowań i po raz kolejny wykazania wysokiego stopnia zindywidualizowania w przebiegu procesu starzenia się człowieka. Aby nie powtarzać argumentów przytaczanych w treści rozdziału, odwołam się do konkretnej i jasnej w przekazie wypowiedzi Marii Straś-Romanowskiej: „zmiany rozwojowe w dorosłości mają nie tylko charakter wielowymiarowy (obejmują sferę biologiczną, psychospołeczną i podmiotową), ale też są zmianami wielokierunkowymi – jedne cechuje progresywność, inne zaś regres, wskutek czego powstaje zróżnicowany, asynchroniczny oraz wysoce zindywidualizowany obraz procesu starzenia się, i tym samym osobowości człowieka starego. Wielopłaszczyznowość i wielokierunkowość to jedne z najbardziej osobliwych cech rozwoju w dorosłości i późnej dorosłości (Baltes, Reese, 1984)” (Straś-Romanowska, 2000, s. 45-46). Stąd nie każdy człowiek w wieku emerytalnym spoglądać będzie na świat przez mgłę, czy boleśnie i wolno kroczyć przed siebie, a już na pewno nie stanie się to od razu.

Zakładając, że kwestia heterogeniczności ludzkiej starości w wystarczającym zakresie została dowiedziona przejdę do zagadnienia jakości życia w późnej dorosłości. Tę problematykę cechuje również wysokie zindywidualizowanie, ponieważ omawiana kategoria jest subiek-

tywnym wytworem doświadczającej własne, niepowtarzalne istnienie jednostki. Czy człowiek stary może mówić o wysokiej jakości życia? Zdegradowany fizjologicznie i społecznie czy może czuć się szczęśliwym? Badania Paula B. Baltesa, jak również wielu innych, wskazują na pozytywną odpowiedź. Człowiek stary może być tak samo zadowolony z własnego życia, jak jego syn, czy wnuk... On również patrzy z nadzieją w przyszłość. Owszem zdarzają się „smutni tetrycy”, ale obok nich żyje wielu takich, którzy bez chwili wahania podpisaliby się pod słowami Feyerabenda: „Nareszcie wiec spełniło się moje marzenie z dzieciństwa: byłem emerytem. (...) Jestem trochę inteligentniejszy niż dawniej, nauczyłem się kilku rzeczy, jestem bardziej zrównoważony emocjonalnie (choć do prawdziwej równowagi jeszcze mi daleko), krótko mówiąc, znajduję się w znacznie lepszej pozycji wyjściowej do życia niż zaledwie dziesięć lat temu – ale zostało mi tego życia już niewiele, pięć, może dziesięć lat, jak dobrze pójdzie. Trochę mnie to martwi. Dlaczego? Nie dlatego, że chciałbym żyć wiecznie, a już z pewnością nie ze względu na wszystkie ważne książki i artykuły, których nie napisałem. Dlatego że chciałbym się zestarzeć razem z Grazią, chciałbym kochać jej starą, pomarszczoną twarz, tak jak dzisiaj Kocham młodą; dlatego że chciałbym być dla niej oparciem w trudnych chwilach i cieszyć się razem z nią w radosnych” (1996, s. 172-173).

Jedynym paradoksem, którego nadal nie rozstrzygnięto jest wpływ aktywności na jakość życia człowieka starego. Zakłada się jej pozytywne oddziaływanie, ale nadal wyniki badań pokazują na pewne odstępstwa. Podejmując własne badania liczyłam na jednoznaczne rozstrzygnięcie wskazanej kwestii, po ich ukończeniu za bardziej uzasadnione uznałam stanowisko Marii Straś-Romanowskiej, iż „Do dziś nierozstrzygnięta pozostaje kontrowersja, czy typową i zarazem korzystną z rozwojowego punktu widzenia reakcją na wyzwanie starości jest aktywność jednostki, czy też jej wycofanie się i reznacja z dotychczasowego stylu życia” (2000, s. 49).

Załączniki

Tabela 1. Charakterystyka demograficzna badanych prób

Wiek		Mieszkańcy domu pomocy społecznej	Mieszkańcy prywatnego gospodarstwa domowego	Ogółem
		65-96 rok życia średnia = 78,0	65-91 rok życia średnia = 72,9	—
Płeć	Kobiety	24	21	45
	Mężczyźni	6	9	15
Wykształcenie	Niepełne podstawowe i podstawowe	11	8	19
	Zawodowe, mała matura i średnie	19	15	34
	Niepełne wyższe i wyższe	—	7	7
Stan cywilny	Osoby w stanie wolnym	5	2	7
	Osoby w związku małżeńskim	2	11	13
	Osoby rozwiedzione	4	1	5
	Wdowa/Wdowiec	19	16	35

Tabela 2. Poczucie jakości życia mierzone skalą jakości bieżącego życia wzorowaną na Drabinie Cantrila (za: Czapiński, 1992)

Punktowa ocena poczucia jakości życia	Mieszkańcy domu pomocy społecznej	Mieszkańcy prywatnych gospodarstw domowych
0	—	—
1	1	—
2	—	—
3	—	1
4	5	—
5	2	1
6	5	8
7	—	8
8	11	10
9	3	—
10	3	2
Zestawienie średnich arytmetycznych	6,87	7,07

Literatura

- Bańka, A., Derbis, R. (red.) (1994). *Psychologiczne i pedagogiczne wymiary jakości życia*. Poznań – Częstochowa: UAM, WSP.
- Bańka, A., Derbis, R. (red.) (1995). *Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo oraz bezrobotnych*. Poznań – Częstochowa: UAM, WSP.
- Birch, A., Malim, T. (1997). *Psychologia rozwojowa w zarysie. Od niemowlęctwa do dorosłości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Bromley, D.B. (1969). *Psychologia starzenia się*. Warszawa: PWN.
- Brzezińska, A. (2000). *Spoleczna psychologia rozwoju*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Cichocka, M. (1991). Praktyczne problemy a teoretyczne schematy w polskiej gerontologii. *Przegląd Psychologiczny*, 2, 394-396.
- Cichocka, M. (1995). Psychologiczne determinanty pomocy psychologicznej dla człowieka staroego. W: B. Waligóra (red.), *Elementy psychologii klinicznej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Czapiński, J. (1992). *Psychologia szczęścia. Przegląd badań i zarys teorii cebulowej*. Warszawa.
- Dyga-Konarska, M. (2000). Jakość życia w naukach społecznych i medycznych. *Standardy Medyczne*, 10, 64-69.
- Feyerabend, P.K. (1996). *Zabijanie czasu*. Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Garrett, G. (1990). *Potrzeby zdrowotne ludzi starszych*. Warszawa: PZWL.
- Gaucher, J. (1997). Kilka refleksji nad psychodynamiką starości. W: M. Dzięgielewska (red.), *Przygotowanie do starości*. Materiały z konferencji gerontologicznej Łódź, 18-19 X 1996. Łódź: Zakład Oświaty Dorosłych Uniwersytetu Łódzkiego.
- Hayflick, L. (1998). *Jak i dlaczego się starzejemy*. Warszawa: Książka i Wiedza.

- Hoff, B. (1998). *Te Prosiaczka*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Kotarbiński, T. (1986). *Medytacje o życiu godziwym*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Kowalik, S. (2000). Wspomaganie rozwoju w procesie starzenia się. W: B. Kaja (red.), *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja i psychokorekcja* (t. 2). Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane WSP.
- Kowalik, S. (2000). Jakość życia psychicznego. W: R. Derbis (red.), *Jakość rozwoju a jakość życia*. Częstochowa: Wydawnictwo WSP.
- Maciuszek, J. (1995). Jakość życia a nieuniknioność ludzkiego cierpienia. W: A. Bańka, R. Derbis (red.), *Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo oraz bezrobotnych*. Poznań – Częstochowa: UAM, WSP.
- Minois, G. (1995). *Historia starości*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Volumen, Wydawnictwo Marabut.
- Obuchowski, K. (2000a). *Człowiek intencjonalny, czyli o tym, jak być sobą*. Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Obuchowski, K. (2000b). *Galaktyka potrzeb. Psychologia dążeń ludzkich*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Olszewski, H. (1993). Lęk w starości – problemy determinacji rozwojowej mechanizmów przeżywania. W: W. Tłokiński (red.), *Lęk – różnorodność przeżywania*. Warszawa: Arx Regia.
- Olszewski, H. (1999). Aktywność ruchowa w życiu osób starzejących się: badania z perspektywy kompetencji kulturowej. *Przegląd Psychologiczny*, 4, 175-186.
- Ostrowska, A. (1999). Jakość życia osób niepełnosprawnych w świetle badań socjologicznych. W: R. Ossowski (red.), *Kształcenie specjalne i integracyjne*. Materiały z konferencji Kościelisko, 11-13 marca 1999. Warszawa: Ministerstwo Edukacji Narodowej.
- Pędich, W., Jakubowska, D., Fiedorowicz, J. (1973). Stan zdrowia ludzi starych miasta Białegostoku. W: *Problemy gerontologii społecznej i klinicznej w województwie białostockim. Materiały III Zjazdu Naukowego Lekarzy Ziemi Białostockiej*. Białystok.

- Pietrasiniński, Z. (1990). *Rozwój człowieka dorosłego*. Warszawa: Wiedza Powszechna.
- Przybylski, R. (1998). *Baśń zimowa. Esej o starości*. Warszawa: Wydawnictwo Sic.
- Pufal-Struzik, I. (1997). Aktywność twórcza sposobem na dobrą starość. W: M. Dzięgielewska (red.), *Przygotowanie do starości*. Materiały z konferencji gerontologicznej Łódź, 18-19 X 1996. Łódź: Zakład Oświaty Dorosłych Uniwersytetu Łódzkiego.
- Reboul, H. (1993). Starzenie się – projekt życia. *Zeszyty Problemowe Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego*, 3, 8-79.
- Rembowski, J. (1988). Dynamika zmian psychicznych, psychomotorycznych i społecznych w starości. W: B. Synak, T. Wróblewski (red.), *Postępy gerontologii*. Warszawa: PZWL.
- Sęk, H. (1984). Metody projekcyjne. Tradycja i współczesność. Poznań: UAM.
- Stelcer, B. (1995). Jakość życia w opiece paliatywnej. W: A. Bańka, R. Derbis (red.), *Pomiar i poczucie jakości życia u aktywnych zawodowo oraz bezrobotnych*. Poznań – Częstochowa: UAM, WSP.
- Straś-Romanowska, M. (2000). Paradoksy rozwoju człowieka w drugiej połowie życia a psychoprofilaktyka starości. W: B. Kaja (red.), *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja i psychokorekcja* (t. 2). Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane WSP.
- Susułowska, M. (1989). *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: PWN.
- Synak, B., Wróblewski, T. (red.) (1988). *Postępy gerontologii*. Warszawa: PZWL.
- Szafraniec, J., Chrzanowski, W., Waszkiewicz, E. (1973). Próba oceny postaw emocjonalno-dążeńiowych i stopnia adaptacji ludzi w wieku starym w warunkach domu opieki społecznej. W: *Problemy gerontologii społecznej i klinicznej w województwie białostockim. Materiały III Zjazdu Naukowego Lekarzy Ziemi Białostockiej*. Białystok.

- Tłokiński, W. (1990). *Mowa ludzi u schyłku życia*. Warszawa: PWN.
- Viorst, J. (1996). *To, co musimy utracić czyli miłość, złudzenia, zależności i niemożliwe do spełnienia oczekiwania, których każdy z nas musi się wyrzec, by móc wzrastać*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Waligóra, B. (red.) (1995). *Elementy psychologii klinicznej*. Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Zych, A.A. (1999). *Człowiek wobec starości. Szkice z gerontologii społecznej*. Katowice.