

Człowiek stary jako autor siebie: ujęcie mikrogenetyczne

Aleksandra Błachnio

Uniwersytet Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz

Streszczenie: W nowoczesnej neuropsychologii dużą wartość dostrzega się w zorientowanych na osobę badaniach i im poświęca się coraz więcej czasu i uwagi. Dlatego zasadnym jest pogłębianie wiedzy i rozwijanie kompetencji neuropsychologów w obszarze osobowości z uwzględnieniem szeroko rozumianych uwarunkowań społecznych. Celem moich badań była ocena zmiany roli przypisywanej człowiekowi staremu. Problem ten jest szczególnie interesujący w świetle najnowszych wyników badań nad zagrożeniem stereotypem i jego konsekwencjami dla funkcjonowania człowieka (por. Hecker, Sędek, Pi-ber-Dąbrowska, Bedyńska, 2006; Gaillard, Desmette, Keller, 2011). Badaniami objęto 392 respondentów z trzech przedziałów wiekowych: wczesnej, średniej i późnej dorosłości. W pomiarze wykorzystano Kwestionariusz Zadovolenia z Życia (FLZ), który umożliwia zbadanie różnic w poziomie zadowolenia z życia osób w okresie dokonujących się transformacji społeczno-kulturowych i ekonomicznych. W wyniku przeprowadzonych badań stwierdzono, że doświadczenie starzenia się i starości nie musi być równoznaczne z brakiem zadowolenia z życia i jego niską jakością. Te rezultaty, choć wstępne i wymagające dalszych pogłębionych studiów empirycznych, napawają optymizmem gdyż można przyjąć, że osiągnięcie dobrej starości nie stanowi teoretycznego postulatu, ale staje się coraz bardziej realne. Empiryczne dowody na możliwość pozytywnego doświadczania starości i relatywnie wysokiego zadowolenia z życia polskich seniorów stanowią cenną przeciwwagę dla utrwalonych w świadomości jednostkowej i społecznej uprzedzeń wobec starości. Szczególnie cenną może okazać się ich dyskusja w kontekście: z jednej strony

słabnących więzi emocjonalnych i rzadszych kontaktów z bliskimi, przy zastępowaniu fizycznej bliskości symboliczną relacją w wirtualnej rzeczywistości, a z drugiej w intensywnie popularyzowanej na świecie inkluzji seniorów w działalność prospołeczną. Ten trend w realiach polskich wydaje się jednak dopiero zarysowywać.

WPROWADZENIE

Jesteśmy obecnie na wstępnym etapie poznawania psychologicznej specyfiki ludzi starzejących się i silnie odczuwamy brak ogólnej wiedzy o ich osobowości. A sprawa jest pilna. Wiele przecież wskazuje na to, że już niedługo ludzie starzy będą stanowić znaczącą część populacji świata. Skoro tak, to musi powstać uzasadniona naukowo koncepcja ich samodzielnego życia, ponownego podejmowania przez nich aktywnych ról społecznych i godnego uczestniczenia w utrzymaniu siebie, a nie dogorywania w przeznaczonych dla nich poczekalniach” (Obuchowski, 2002, s. 10).

Początek nowego tysiąclecia sprowokował wielu do czynienia refleksji odnośnie kierunku i natury zmian, jakie dokonać się powinny w nauce. Kwestie te, w obszarze neuropsychologii podjęła J.M. Głozman (2006). Autorka uznała, że dla rozwoju dyscypliny wartością jest orientacja skoncentrowana na osobie. Stąd niezbędnym jest rozwijanie wiedzy i kompetencji neuropsychologów w obszarze osobowości, ale również szeroko rozumianych uwarunkowań społecznych. Zamknięcie się w wąsko wyspecjalizowanych badaniach mózgu nie przynosi zamierzonych skutków w diagnozie i terapii bez uwzględnienia szerszego kontekstu sytuacji życiowej człowieka (por. Pąchalska, 2008; Pąchalska i in. 2014).

W odpowiedzi na tę potrzebę, artykuł poświęcony jest problemowi zmiany roli przypisywanej człowiekowi staremu. Ze względu na rosnącą liczbę pacjentów geriatrycznych jego użyteczność nie wymaga argumentacji. Natomiast aktualność dyskutowanego tematu wynika ze zmian, które stały się udziałem współczesnego człowieka. W skali światowej obserwuje się przemiany socjoekonomiczne, kulturowe i polityczne, które nie pozostają obojętne dla jednostki, jej ocen, wyborów, działań i oczekiwań. Zasadniczo cel ich pozostaje ten sam i zasadza się na dążeniu do zadowolenia z życia, przeżywania wysokiej jakości życia. Prawidłowość ta dotyczy każdego z nas bez wyjątku, natomiast w przypadku osób starych nabiera szczególnego rozgłosu, gdyż

zmiany demograficzne i kryzys ekonomiczny uczynił z niej kwestię politycznej debaty prowadzonej w skali całego globu.

Wzrost przeżywalności, podobnie jak i zwiększająca się liczba osób po 65. roku życia¹, z jednej strony oceniane są jako osiągnięcie współczesnej cywilizacji, z drugiej wzbudzają obawę nad kierunkiem zmian w jakości życia jednostek i całych społeczeństw. Szczególnie silne emocje budzi pytanie o kondycję systemów opieki społecznej w obliczu prognozowanej na lata 50. zwiększonej liczby osób powyżej 60 roku życia do 1/3 ogółu populacji². Obawy wiążą się z kosztami, jakie niesie ze sobą fenomen starzejących się społeczeństw zachodu³. Dyskutuje się również strategię przystosowania sektorów usługowych, ale nie tylko, do nowej, a ilościowo znaczącej liczby konsumentów-seniorów, a także konieczność przygotowania odpowiedniej liczby specjalistów gotowych w wystarczającym zakresie nieść opiekę i wsparcie osobom starszym. Problemy te często emocjonują, co prowokuje kontrowersyjne wypowiedzi, jak na przykład ta J.W. Vaupela: „Przekonanie, że nie mamy wpływu na umieralność w okresie starości, jest głęboko zakorzenione w świadomości wielu osób. Jego przełożenie na socjalną, zdrowotną i badawczą politykę jest szkodliwe. Ponieważ jest ono tak powszechne, prognozy dotyczące zwiększania się liczby osób starszych są niedoszacowane, nakłady finansowe na opiekę dla nich są niewystarczające, a nakłady na badania biomedyczne w obszarze chorób śmiertelnych późnej dorosłości są zbyt niskie” (1997, cyt. za: Carnes, Olshansky, 2007, s. 369). Równocześnie nie słabną wysiłki naukowców chcących poznać mechanizm wzajemnego oddziaływania procesów fizjologicznych (tj. poziomów kontroli metabolizmu, odporności na stres, deregulacji genów i genetycznej stabilności; zob. Jazwinski, 2000) determinujących jakość i przebieg starzenia się organizmu, a tym samym poziom dobrostanu w przeżywaniu własnej starości. Podobnie reprezentanci nauk społecznych, badając naturę starości i polimodalność dobrostanu seniorów, wnoszą równie istotny wkład w proces optymalizacji starzenia się i starości.

¹ Zob. prognoza demograficzna dla Polski – Tabela 6. Aneks.

² Dane te pochodzą z raportu World Health Organization pt. *Closing the gap in a generation*. http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf (20.03.2011).

³ W literaturze przedmiotu niektórzy posługują się odrębnym terminem – siwiejącego społeczeństwa (z ang. *greying population*) – chcąc podkreślić wagę problemu (zob. Stuart-Hamilton, 2000).

POZYTYWNE STARZENIE SIĘ?

„Dynamika życiowa na starość słabnie. Ludzie starzy zwykli mówić, że starość Panu Bogu się nie udała”

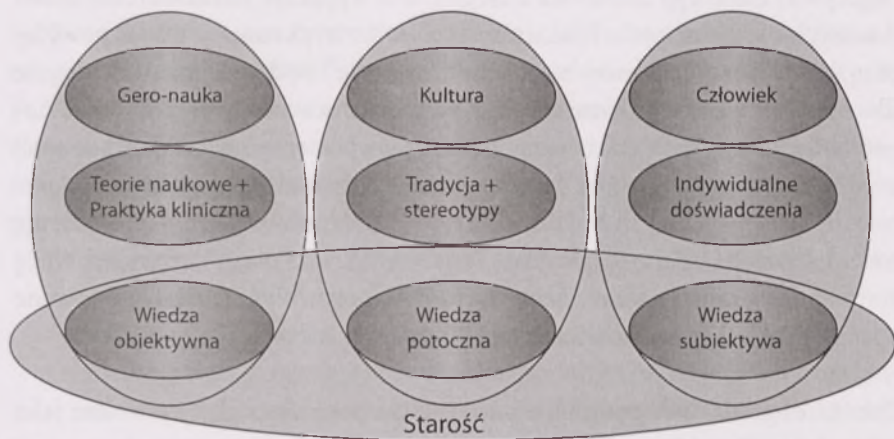
(Kępiński, 1978, s. 340)

Starość i proces starzenia się stanowią paradoks, gdyż będąc naturalnym etapem w ontogenezie, wzbudzają w człowieku nienaturalny opór i obawy. W jego myśleniu wciąż „starzenie patologiczne” częściej dominuje nad „pomysłnym starzeniem się”⁴. Kulturowo deprecjonowane na rzecz młodości w społeczeństwach często stanowią przedmiot uprzedzeń (Nelson, 2003). W praktyce przekłada się to na rosnące nakłady finansowe w branży farmaceutycznej i kosmetycznej wydawane na opóźnienie efektów starzenia się (Emsley, 2006). Tymczasem samo doświadczenie starości bynajmniej nie musi stanowić synonimu do spadku i degradacji. S. Juan, powołując się na wyniki harwardzkich badań, cytuje za T. Perlsem, że „osoby dobiegające setki lub starsze⁵ często cieszą się lepszym zdrowiem i odpornością niż te młodsze od nich o 20 lat” (2006, s. 26). Przy tym samo doświadczenie starości jest wysoce zindywidualizowane i trudno w jego obszarze przeprowadzać trafne i rzetelne generalizacje. K. Obuchowski stwierdza: „(...) starość jest wprawdzie naturalna, ale nie wszystkie towarzyszące jej zmiany są konieczne w danym czasie i w danej postaci, gdyż zależą od osobowości. Bez jej uwzględnienia nie zrozumiemy, skąd u ludzi, których mózg już wykazuje symptomy

⁴ Analizując obraz starzenia się i starości w statystykach lekarskich, można zaobserwować tendencję, zgodnie z którą coraz więcej ludzi starszych i coraz częściej zapada na choroby nieuleczalne, wymagające stałej opieki: choroby nowotworowe, cukrzyca, osteoporoza, choroba Alzheimera, schorzenia psychiczne, zwłaszcza depresja i demencja, artretyzm i inne schorzenia mięśniowo-kostne, upośledzenia zmysłów wzroku i słuchu (por. Zboina i in. 2002, s. 131). Trudno jednak założyć, że są one znane przeciętnemu człowiekowi. Dlatego przyczyny *ageizmu* szuka się w uwarunkowaniach ekonomicznych, kulturowych, ale i psychologicznych (por. Błachnio, 2008).

⁵ Dziś coraz głośniejszym dyskutuje się efekt długowieczności, szczególnie w świetle najnowszych odkryć, zgodnie z którymi większe znaczenie dla stulatków odgrywają czynniki środowiskowe aniżeli genetyczne. Problemem jest oczywiście ostateczna weryfikacja trafności i rzetelności otrzymanych rezultatów, szczególnie przy ciągle pozostającym bez odpowiedzi pytaniu o metodologicznie poprawny schemat badań. Brak grupy kontrolnej dla stulatków czyni uzyskane wyniki prawdopodobne, ale bez szansy na oszacowanie błędu pomiaru czy wkładu innych źródeł zmienności poza czynnikiem wieku.

rozpadu, może pojawić się mądrość lub rozpacz, albo i jedno, i drugie obok siebie, zintegrowane w postaci odważnej koncepcji reszty własnego istnienia. Oczekiwaliśmy przecież raczej otępienia, złości, depresji. Wciąż przekonujemy się, jak bardzo uboga i niejasna jest nasza wiedza o specyfice psychologicznej starzenia się” (2002, s. 9).



Ryc. 1. Źródła wiedzy na temat starzenia się i starości

Źródło: opracowanie własne.

Świadomość doświadczenia starości jest różna w zależności od tego, które z trzech źródeł wiedzy dominuje. Dostęp do nich nie jest równy dla każdego zainteresowanego tą problematyką (por. ryc. 1). Wiedza subiektywna stanowi „przywilej” zarezerwowany dla samych osób starszych. Natomiast wiedza obiektywna i naukowa nie jest wystarczająco popularna i jednoznaczna. Ponadto nauki społeczne, a szczególnie psychologia, ulegają często wyraźnie rysującym się tendencjom badań ilościowych, a nie jakościowych. Prawdziwa natura starości zanika tym samym w gąszczu średnich, median i odchyłeń statystycznych, które bezlitośnie eliminują opis indywidualnego przypadku. W konsekwencji opis starości zdarza się, że bazuje na artefaktach powstałych z mglistych, bo uśrednionych wartości liczbowych. W definicjach i modelach starości brakuje indywidualnej osoby. Stąd postulat A. Tokaj: „(...) ostatnia faza życia wymagała zawsze w przeszłości, wymaga współcześnie i wymagać będzie w przyszłości odnalezienia się w niej przede wszystkim samego seniora – nikt go bowiem nie może w doświadczaniu starości zastąpić”

(2007, s. 187). Tym samym wydaje się, że w publicznym wizerunku starości przeważa nad pozostałymi dwiema wiedza potoczna. Ta z kolei często znacząco falsyfikuje rzeczywistą naturę starości. Okazuje się, że paradoksalnie jej przekaz jest na tyle trwały, że nie jest go w stanie podważyć nawet jednostkowe doświadczenie. Przeprowadzono badania, w których udowodniono, że negatywny stereotyp człowieka starego może wypaczyć obraz starości nawet u samych osób starszych. Pomiar objął 1200 Amerykanów w wieku powyżej 65. r.ż. i dotyczył „obrazów starości w Ameryce”. Badanie przeprowadzone dla AARP w 1994 r. pokazały, że osoby starsze powielają stereotypowe negatywne postrzeganie starości nawet wbrew własnemu indywidualnemu jej przeżywaniu. Będąc osobami starszymi nie doświadczają większości z potocznie przypisywanych ludziom starym problemów, a mimo to deklarują ich adekwatność dla tego okresu. Tym samym „aktywnie” utrwalają wizję starości jako czasu zagrażającego i ryzykownego. Wyniki zaprezentowane zostały w tabeli (por. Klus-Stańska, 1990).

Tab. 1. Procent osób powyżej 65. roku życia oceniający dany problem jako *zdecydowanie poważny*

PROBLEM	Dla innych	Dla siebie	% Różnica
Lęk przed byciem ofiarą zbrodni	69%	37%	32%
Brak pieniędzy	55%	12%	33%
Samotność	46%	6%	40%
Słabe zdrowie	57%	15%	42%
Bycie potrzebnym	41%	8%	33%
Bycie użytecznym	26%	4%	22%

Źródło: materiał własny.

W opisie starości dominuje przykry jej wizerunek. Ograniczając refleksję do warunków polskich, z przykrością należy przyznać, że postrzeganie ludzi starych jako „niepełnowartościowych członków społeczeństwa” jest częste. Jego następstwem, mniej lub bardziej kontrolowanym, jest marginalizacja seniorów. Dzieje się tak, gdyż w pokoleniach młodszych pokutują stereotypy, zgodne z którymi osoby stare:

- gorzej przystosowują się do szybko zmieniającego się otoczenia;
- stanowią relik minionego ustroju;
- ich możliwości intelektualne systematycznie pogarszają się;

a ponadto młodsze pokolenia cierpią na:

- brak wiedzy o późnej fazie dorosłości;
- zanik wspólnej więzi międzygeneracyjnej;
- lęk przed koniecznością niesienia pomocy osobom starszym przy założeniu, że trzeba pracować na kogoś, kto już nie pracuje (Kosior, 2007, s. 256).

Sami seniorzy tym samym doświadczają wielu sytuacji, które skutkować mogą u nich chronicznym stresem. Fakt, że człowiek jest systemem (por. Pąchalska, 2008), a wraz z wiekiem dążenie do zachowania jego stabilności obarcza go coraz większymi kosztami wynikającymi z coraz wyraźniej dominujących strategii usztywniania, nasila doświadczenie dysstresu. Jego źródła są oczywiste i wynikają z:

- niepewności jutra (wynikającej ze słabej kondycji finansowej, a wraz z wpływem lat i zdrowotnej);
- narastającej deprywacji potrzeby bliskości, akceptacji i uznania;
- niemożności skorzystania z wielu aktywności ze względu na barierę wieku czy finansową (np.: wyczynowe sporty, wycieczki zagraniczne);
- trudności w radzeniu sobie ze spadkiem samodzielności i samowystarczalności;
- ograniczenia lub braku możliwości pracy i zarobkowania;
- trudności w wypełnianiu oczekiwań, realizacji pragnień dzieci i wnucząt (i/lub innych krewnych);
- zaburzonej równowagi w relacjach rodzinnych, osłabienie więzi, rzadszy kontakt z dziećmi i/lub wnukami etc.

Marginalizacja osób starszych ma również, co widać z wyżej przytoczonych sytuacji stresowych, podłoże ekonomiczne. Obserwując uczestników życia publicznego, stwierdzić można, że niewielu spośród nich jest w wieku emerytalnym. „I nie dlatego nie ma ich tam, gdzie tętni życie, gdzie kontakt z ludźmi poprawia samopoczucie – że nie są tym zainteresowani, że wolą «nicnierobienie», wpatrywanie się godzinami w ekran telewizora czy z perspektywy okna domu śledzenie codziennego życia innych, ale dlatego – że bardzo często ich na to nie stać” (Trafiałek, 2003, s. 256–257).

Wykluczenie ze społeczeństwa wynika z utrwalonej w postawie osób starszych skłonność do „cieszenia się kiepskim zdrowiem”. Wynika ona z przesłania obecnego w tradycji, jak i wielu popularnych stereotypach, zgodnie z którymi starość jest okresem cichego cierpienia i postępującego spadku sprawności i nasilającej się postawy zależności (por. Łuczywek i in.,

2006). Seniorzy zwykle, na zasadzie samospełniającej się przepowiedni lub przejścia na siebie roli „niedołęznego staruszka”, wybierają drogę podporządkowania się i rezygnacji (Gore, 1980). Dla nich wiersz amerykańskiego poety S. Silversteina nie jest literacką metaforą, ale realistycznym raportem z ich codziennych doświadczeń:

Said the little boy, “Sometimes I drop my spoon.”
 Said the little old man, “I do that too.”
 The little boy whispered, “I wet my pants.”
 “I do that too,” laughed the little old man.
 Said the little boy, “I often cry.”
 The old man nodded, “So do I.”
 “But worst of all,” said the boy, “it seems
 Grown-ups don’t pay attention to me.”
 And he felt the warmth of the wrinkled old hand.
 “I know what you mean,” said the little old man.

(Silverstein, 1981, s. 95)

Powiedział chłopiec, „Czasami upuszczam łyżeczkę”.
 Powiedział staruszek, „Ja też to robię”.
 Mały chłopiec wyszeptał, „Moczę się w spodnie”.
 „Ja też tak mam”, zaśmiał się staruszek.
 Powiedział chłopiec, „Często płaczę”.
 Starzec przytaknął, „I ja również”.
 „Ale najgorsze ze wszystkiego”, powiedział chłopiec, „jest to
 że dorośli wydają się nie zwracać na mnie uwagi”.
 I poczuł ciepło pomarszczonej starej dłoni.
 „Wiem, co czujesz”, odpowiedział staruszek.

(tłumaczenie własne)

Ten smutny skrypt kulturowy, poczucie klęski związane z podeszłym wiekiem i często towarzysząca im postawa bierno-roszczeniowa (Kawula, 2000) nie są obojętne dla kondycji ludzi starzejących się.

Liczne badania pokazują jednak, że obok nierozwojowych, a często wręcz patologicznych jakości starzenia się i starości, występują również jej „dobre”, pozytywne i rozwojowe postacie. Jak zauważa S. Kowalik starość stanowi wyraz „pewnej mądrości rozwojowej”, bo tylko osoba dojrzała może i potrafi „(...) 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” (2000, s. 67–68).

S. Reichard, F. Livson i P.G. Peterson (1962, cyt. za: Stuart-Hamilton, 2000) wykazały, że osoby stare różnią się w sposobie radzenia sobie z własną starością. Na pięć typów osobowości, które wyróżnili, trzy gwarantują mimo wszystko jej pozytywne przeżywanie. I są to: typ konstruktywny, zależny i obronny. Pierwszy opisuje osoby, które prawidłowo poradziły sobie z własnym życiem, uwolniły się tym samym od zamartwiania i podjęły liczne interakcje z innymi ludźmi. Typ zależny, określany również jako osobowość fotela na biegunach, również pozwalała na przeżywanie własnej starości w poczuciu zadowolenia. Osoby przejawiające ten typ osobowości, jakkolwiek nie przejmują inicjatywy w działaniu i częściej polegają na pomocy niesionej przez innych, to i tak postrzegają starość jako przyjemny stan zasłużonego odpoczynku. Trzeci typ osobowości obronnej, opisuje grupę osób uciekających w nadmierną, niezwykle absorbującą, aktywność, po to aby móc publicznie zamanifestować swoją sprawność i niezależność.

Heterogeniczność natury starości jeszcze wyraźniej można dostrzec w różnych typach zachowań, które przejawiają osoby starsze. Pokazują one, w jaki sposób seniorzy adaptują się do starości, samodzielnie i w optymalnych dla siebie proporcjach rezygnując z jednych, a zachowując inne aktywności. Proces ten „(...) jest zindywidualizowany, a dla wielu ludzi także trudny” (Hauziński, 2007, s. 177–178), gdyż nie istnieją żadne uniwersalne jego wzorce. S. Kawula (2000, cyt. za: Chrapkowska-Zielińska, Wilk, 2007) dostrzega indywidualność starości właśnie w dominujących u poszczególnych osób typach zachowań. Jego zdaniem tworzą one strategie życia w starości, które metaforycznie opisuje jako:

- dodawanie życia do lat, czyli aktywne zapełnianie swojego życia – podróżami, nauką, nowymi znajomościami, aktywnością fizyczną;
- bycie zrędnymi starcami, czyli pouczanie i mędrkowanie;
- bycie niespełnionym w planach i aspiracjach, czyli rozpamiętywanie własnej przeszłości;
- bycie hipochondrykami;
- przyjmowanie „regresywnych” ról społecznych, jak np. fircyka.

E. Kościńska (2007) dostrzega różne postacie starości w możliwych do zaobserwowania stylach życia u seniorów. Ich odmienność stanowi

wypadkową zarówno stanu zdrowia seniora, jego sytuacji ekonomicznej, indywidualnego poziomu aktywności, miejsca zamieszkania, otwartości na zmiany (w tym środowiska) czy identyfikacji kulturowej. W efekcie wyróżnia aktywne i bierne style życia osób starych, a wśród nich:

- styl rodzinny, w którym senior/-ka spełnia się w roli dziadka/babci;
- styl działkowicza aktywizujący fizycznie (praca na działce), społecznie (spotkania z działkowcami), jak i intelektualnie (czytanie specjalistycznych poradników);
- styl prospołeczny obejmujący działania wolontariackie, charytatywne, pomocowe wobec osób chorych, samotnych i zależnych;
- styl homocentryczny ograniczony do oglądania telewizji, wypełniania powinności domowych czy rodzinnych;
- styl życia – pobożność, aktywność religijna i prokościelna (Kościńska, 2007, s. 108–109).

Każdy z omówionych przykładów czy typu osobowości, postawy wobec starości, strategii czy stylu życia wskazuje na bogactwo możliwych sposobów starzenia się i bycia starym człowiekiem. Rozwijanie świadomości niepowtarzalnej natury i przebiegu starości u indywidualnego człowieka może pomóc w walce z deprecjonowaniem, stereotypizowaniem i demonizowaniem starości.

PYTANIE O JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB STARYCH

Problematyka jakości życia jest obszernie dyskutowana w naukach o człowieku. Przez wiele lat badań, jej rozumienie, pomiar, jak i celowe na nią oddziaływanie ulegały zmianom (por. Błachnio, 2005; Tazopoulou i in., 2005). Zawsze jednak pragnienie człowieka, aby być szczęśliwym pozostawało niezmiennione. W okresie późnej dorosłości nabiera ono szczególnego charakteru. Ambiwalencja kryjąca się w samej naturze starości, dominujące w jej publicznym wizerunku negatywne konotacje przy skrajnie zindywidualizowanym jej jednostkowym przeżywaniu czyni z pytania o jakość życia seniorów problem nietracący na wadze i aktualności.

Specyfika dobrostanu w okresie starzenia się i starości choć tradycyjnie wieloaspektowa, na tym etapie rozwoju nabiera szczególnych proporcji tego, na co człowiek ma wpływ, do tego wobec czego sprawstwo ma zdecydowanie ograniczone. W literaturze przedmiotu kwestie te dyskutuje się w obszarze

Health-Related Quality of Life (HRQOL) (por. Pąchalska, 2003), które warto przynajmniej w wybranych wymiarach zaakcentować. Satysfakcja z życia osób starych pozostaje, co podkreśla M. Pąchalska (2003), w związku z miarą ujemnego wpływu na zdrowie psychiczne niektórych przewlekłych lub wtórnych objawów choroby czy urazu, które nie stanowią jednak bezpośredniego zagrożenia życia. W ich zakres wpisuje się szczególnie doświadczenie bólu, ograniczenia ruchowe, ale również dysfunkcje układu wydalniczego i moczowo-płciowego. Wyłonienie kolostomii czy ileostomii jest zabiegiem niezbędnym i ratującym często życie, ale bardzo trudnym w akceptacji. Łączy przeżywane uczucie wstydu, zażenowania z lękiem przed społecznym niezrozumieniem, obrzydzeniem czy wręcz ostracyzmem⁶. Pomimo wielu nozologicznych jednostek, które istotnie obniżają *HRQOL* trzeba podkreślić, że chociaż wymiar obiektywny, czyli kondycja psychofizyczna osoby jest ważny, to nie stanowi jedyne źródła zmienności dla różnic w jednostkowym przeżywaniu zadowolenia z życia w okresie późnej dorosłości. Zasadniczo można byłoby przyjąć model, w którym interakcja pięciu płaszczyzn – ekonomicznej, kulturowej, fizycznej, psychicznej i społecznej – składa się na poziom doświadczanej przez osobę starszą jakości życia (zob. tab. 2).

W zaproponowanym modelu źródeł zmienności poziomu jakości życia u osób starszych, dominują czynniki negatywne. Wiele z nich przedyskutowane zostało w paragrafie poświęconym naturze starości i procesowi starzenia się. W tym miejscu warto podkreślić, że chociaż zasadniczo zmienia się świadomość społeczna i nastawienie instytucji do ludzi w podeszłym wieku, to realna kondycja ich życia nadal pozostawia wiele do życzenia. Ewolucja, której jesteśmy świadkami, ma to do siebie, że dokonuje się powoli. Widać to szczególnie w obszarze kulturowo-społecznym. Jak podkreślają M.E. Kite, K. Deaux i M. Miele (1993, cyt. za: Stuart-Hamilton, 2000), stereotypy dotyczące osób starszych są zdecydowanie silniejszym źródłem stygmatyzacji, niż np.: stereotypy płciowe. Stąd przyznawanie się do bycia starym nadal jest niepopularne. Potwierdzają to nie tylko powszechne obserwacje codziennych sytuacji, ale również wyniki badań. Za przykład można przytoczyć rezultaty otrzymane przez R.A. Warda (1984, cyt. za: Stuart-Hamilton, 2000). Stwierdził on, że zdecydowana mniejszość (bo 20%) badanych 60-latków i połowa

⁶ Niezwykle poruszające wypowiedzi osób adaptujących się do nowej sytuacji życiowej po wyłonieniu stomii dostępne są na coraz liczniejszych forach, np.: <http://www.stomicy.org/> (22.03.2011).

Tab. 2. Źródła międzyosobniczego zróżnicowania jakości życia osób w okresie późnej dorosłości

Czynniki ekonomiczne	Czynniki kulturowe	Czynniki fizyczne	Czynniki psychiczne	Czynniki społeczne
<ul style="list-style-type: none"> - spadek aktywności zawodowej - znaczące obniżenie się dochodów - zwiększone nakłady na leczenie 	<ul style="list-style-type: none"> - dominacja negatywnych stereotypów ludzi starych - niski status społeczny, z czasem nawet <i>ageism</i> - promocja starości (UTW; seniorzy jako target akcji społeczno-kommercyjnych) 	<ul style="list-style-type: none"> - spadek wydolności fizycznej - częstsze infekcje, słabszy układ odpornościowy - choroby przewlekłe - nieatrakcyjność ciała 	<ul style="list-style-type: none"> - spadek funkcji poznawczych - potrzeba rewizji obrazu siebie i sensu własnego życia - depresja i stres 	<ul style="list-style-type: none"> - zamiana ról społecznych z żywiciela i/lub opiekuna na osobę potrzebującą wsparcia i/lub pomocy; z osoby aktywnej na bierną; z osoby niezależnej na zależną - narastająca deprivacja kontaktów społecznych i emocjonalnych - stopniowo nasilająca się marginalizacja społeczna

Źródło: materiał własny.

(51%) 70-latków ujęła w swoim samoopisie określenie „stary”, pozostali nieco życzeniowo wyłączyli siebie z grupy równolatków. Te wyniki mogą stanowić przesłankę za formułowaniem hipotezy o niższej wobec innych grup wiekowych satysfakcji z życia osób starszych.

W tym miejscu należy jednak przypomnieć, że miara jakości życia nie sprowadza się tylko do wymiaru obiektywnego. Wielu badaczy i praktyków podkreśla jej aspekt subiektywny (Vaillant, 2007). Bardziej kluczowym w trafnym przewidywaniu kierunku i zakresu oraz dynamiki zmian w życiu człowieka jest poczucie jakości życia, czyli subiektywna ocena własnej osoby i środowiska, w którym ona żyje. Jest tak, gdyż: „Poczucie szczęścia i zadowolenia (...) zależy w dużej mierze od różnicy pomiędzy odczuwanymi potrzebami (na poziomie fizjologicznym), pragnieniami (na poziomie emocjonalnym) i marzeniami (na poziomie umysłowym i duchowym) danej osoby, a ich obecną realizacją i realnymi lub dostrzeganymi możliwościami ich realizacji w przyszłości. Im większa jest ta różnica, tym gorsza jakość życia” (Pąchalska, 2003, s. 56–57). Z drugiej strony, mając kontrolę i wpływ na swoje pragnienia, potrzeby i marzenia, człowiek może znacząco przyczynić się do zwiększenia jakości swojego życia. To pozytywne oddziaływanie na siebie samego w okresie starości dyskutuje G.E. Vaillant (2007). Jego zdaniem indywidualne nastawienie i wynikające z niego strategie funkcjonowania chociaż nie zawsze gwarantują obiektywne zdrowie, jednak często sprawiają, że obiektywnie niepełnosprawne osoby nie czują się niepełnosprawne. Czyli „kondycja znaczącej większości (...) siedemdziesięciolatków jest wynikiem ich własnego, często nieintencjonalnego zachowania” (Vaillant, 2007, s. 362). Przyjmując to stanowisko jako kluczowe, zaprojektowane zostało badanie służące sprawdzeniu czy subiektywna jakość życia, czyli zadowolenie z życia polskich seniorów różni się od zadowolenia osób z innych grup wiekowych.

ZAŁOŻENIA BADAWCZE

W światowych publikacjach gerontologicznych rekordy popularności biją kategorie: „optymalnego starzenia się”, „pomyślnego starzenia się”, „starzenie się z wdziękiem”, jak również recepty na wysoką jakość życia w późnej dorosłości, na zadowolenie, integrację i stabilną satysfakcję człowieka starego (por. Nerło, 2007). Tymczasem sam obraz starości w odbiorze społecznym

nie ulega znaczącej poprawie: „Badania wykazują, że zdecydowana większość Polaków w starszym wieku obawia się braku stabilności w niedalekiej przyszłości. Lękiem napawa perspektywa przewlekłych cierpień, niedożywności, choroby, odrzucenia, samotności, a także troska o warunki materialne” (Cudak, 2007, s. 45). Stąd zasadnym jest przeprowadzenie badań, które pozwolą w warunkach polskich sprawdzić, jaka jest natura związku zmiennej wieku i zmiennej zadowolenia z życia.

MATERIAŁ I METODA

Zaprezentowane tu wyniki badań wraz z próbą ich interpretacji zrealizowane zostały w celu poznania poziomu zadowolenia z życia u respondentów różniących się wiekiem metrykalnym⁷. W przeprowadzonym badaniu posłużono się *Kwestionariuszem Zadowolenia z Życia (FLZ⁸)*, którego autorami są J. Fahrenberg, M. Myrtek, J. Schumacher, E. Brähler. Narzędzie to przeznaczone jest do badania zadowolenia z życia i jak deklarują jego autorzy, przydaje się w mierzeniu zmian w jego obrębie również w okresie transformacji ustrojowej. Wykorzystana wersja narzędzia powstała jako efekt współpracy badaczy z zachodnich i wschodnich Niemiec (por. Zeidler, 2011; w druku). Pierwotnie była złożona z ośmiu skal obejmujących obszary życia skategoryzowane w obrębie: (1) stanu zdrowia; (2) pracy i zawodu; (3) sytuacji finansowej; (4) czasu wolnego; (5) małżeństwa/związku partnerskiego; (6) stosunku do własnych dzieci; (7) stosunku do siebie samego; (8) życia seksualnego. Doświadczenie życiowe respondentów z Niemiec wschodnich przyczyniło się do jej poszerzenia o dwie kolejne skale a dokładnie o (9) przyjaciół, znajomych, krewnych; oraz o (10) mieszkanie. Fakt, że kwestionariusz *FLZ* pozwala na uzyskanie wskaźnika ogólnego zadowolenia

⁷ Prezentowane wyniki badań były wcześniej dyskutowane w artykule *Impact of older adults social status and their life satisfaction on health care resources* na łamach *Acta neuropsychologica*, 2011, 9(4), 335–349.

⁸ Pełna niemiecka nazwa kwestionariusza to: *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)*. W polskim piśmiennictwie dostępne są doniesienia z badań z zastosowaniem tego narzędzia (np. Michalska-Leśniewicz, Gruszczyński, 2010). Mają one raczej charakter pilotażowy, choć są również doniesienia, w których mowa jest o przeprowadzeniu polskiej adaptacji tego narzędzia (por. Chodkiewicz, Wilska, 2008). Tymczasem w 2010 r. Wydział Psychologii WSPiZ w Warszawie wykupił od Firmy Hogrefe licencję na stosowanie kwestionariusza. Aktualnie narzędzie zostało przetłumaczone na język polski i poddane adaptacji kulturowej pod kierunkiem W. Zeidlera.

z życia, przy równoczesnym pokazaniu jego ważności składowych, czyli rozkładu ważności poszczególnych obszarów życia i ich wkładu w jednostkowy dobrostan, stanowi szanse na szerszą eksplorację problemu.

Badania przeprowadzono na grupie 392 osób z trzech przedziałów wiekowych: wczesnej, średniej i późnej dorosłości. Dokładna charakterystyka próby opracowana jest w formie tabeli.

Tab. 3. Opis grupy badanych

Wiek	Płeć	Liczba	Wiek			
			M	Min.	Max.	SD
Wczesna dorosłość	kobiety	65	24,21	20	34	4,57
	mężczyźni	52	26,79	16	35	4,79
Średnia dorosłość	kobiety	73	45,85	36	55	6,49
	mężczyźni	70	45,81	36	55	5,74
Późna dorosłość	kobiety	59	60,58	56	83	5,24
	mężczyźni	71	60,42	56	73	4,20

Źródło: materiał własny.

WYNIKI

W toku prowadzonych analiz wybrano z puli wyników dwie próby respondentów. Jedną stanowiły osoby z okresu wczesnej dorosłości, drugą – z okresu późnej dorosłości. Wyniki przeprowadzonych testów na istotność różnic w ogólnym poziomie zadowolenia z życia, jak i zadowolenia z każdego z dziesięciu badanych obszarów zebrane zostały w formie tabeli (tab. 4).

W oparciu o uzyskane statystyki stwierdzić można, iż ogólne zadowolenie z życia osób w wieku powyżej 56 lat jest niższe w porównaniu z młodymi respondentami. Różnica, choć nie jest duża, jest statystycznie istotna. Analiza otrzymanych wartości pokazała jednak, że nie we wszystkich obszarach zadowolenia z życia respondenci ze skrajnych grup wiekowych różnili się między sobą w sposób istotny statystycznie. Na dziesięć analizowanych obszarów, aż w sześciu poziom ich zadowolenia był zbliżony. Natomiast w obszarach: *małżeństwo/związek partnerski*, *życie seksualne*, *stosunek do siebie samego* oraz *stan zdrowia* – jakość życia osób młodych była zdecydowanie wyższa.

Tab. 4. Istotność różnic w wyniku ogólnym zadowolenia z życia i średnich wynikach skal FLZ osób badanych w dwóch skrajnych przedziałach wiekowych (wczesnej i późnej dorosłości)

Wynik	M	SD	N ważnych	M	SD	N ważnych	t	df	p
Praca i zawód	33,58	8,51	105	33,96	7,53	83	-0,322	186	0,75
Małżeństwo/związek partnerski	37,27	8,32	64	40,04	7,49	74	-2,061	136	0,04
Stosunek do własnych dzieci	39,03	7,18	103	39,35	9,18	37	-0,217	138	0,83
Stan zdrowia	30,02	7,60	131	35,86	6,34	119	-6,558	248	0,00
Sytuacja finansowa	27,54	10,07	127	29,31	8,73	118	-1,459	243	0,15
Czas wolny	33,03	8,96	121	32,05	8,24	117	0,872	236	0,38
Stosunek do siebie samego	35,01	6,73	131	37,17	6,44	119	-2,587	248	0,01
Życie seksualne	30,16	8,82	107	36,24	10,31	113	-4,689	218	0,00
Przyjaciele, znajomi, krewni	35,82	5,86	131	36,29	6,02	119	-0,625	248	0,53
Mieszkanie	35,56	6,22	131	36,86	6,14	118	-1,656	247	0,10
Zadowolenie z życia	218,25	40,13	131	240,85	30,30	119	-4,986	248	0,00

Źródło: materiał własny.

Zaprezentowane analizy wykonano za pomocą testu t-Studenta. Ze względu jednak na ograniczenia tego testu, tj. jego niską konserwatywność wynikającą ze sposobu porównań⁹ kolejne analizy przeprowadzono stosując test Tukeya. Test ten nazwany został HSD (z ang. *honestly significant difference*), czyli test uczciwie istotnej różnicy. Jego zaletą jest umiarkowany konserwatyzm (Orłowski, 2001) oraz możliwość wykrycia większej liczby istotnych różnic pomiędzy średnimi przy węższych przedziałach ufności. Ze względu na nierówność porównywanych grup zastosowano zgeneralizowany test Tukeya dla podgrup różniących się liczebnie. Uzyskane wyniki zaprezentowano poniżej (patrz: tab. 5).

Tab. 5. Istotność różnic pomiędzy średnimi arytmetycznymi wyników badania zadowolenia z życia w grupach wydzielonych według wieku (N=392)

Wynik	Wczesna dorosłość (1)	Średnia dorosłość (2)	Późna dorosłość (3)	Wynik testu HSD		
	M	M	M	1:2	2:3	3:1
Praca i zawód	33,964	34,230	33,581	0,977	0,837	0,952
Małżeństwo/ związek partnerski	40,041	35,514	37,266	0,006	0,496	0,175
Stosunek do własnych dzieci	39,351	37,130	39,029	0,481	0,236	0,985
Stan zdrowia	35,857	32,106	30,023	0,001	0,055	0,000
Sytuacja finansowa	29,305	26,929	27,543	0,147	0,870	0,347
Czas wolny	32,051	31,173	33,025	0,712	0,211	0,659
Stosunek do siebie samego	37,168	34,768	35,008	0,016	0,955	0,034
Życie seksualne	36,239	32,695	30,159	0,009	0,099	0,000
Przyjaciele, znajomi, krewni	36,294	35,324	35,824	0,430	0,780	0,820
Mieszkanie	36,856	34,085	35,557	0,005	0,186	0,307
Zadowolenie z życia	240,850	221,500	218,250	0,001	0,766	0,000

$p < 0,05$

Źródło: materiał własny.

⁹ Test t-Studenta umożliwia jedynie porównywanie do siebie średnich parami. Jeżeli analizuje się większą liczbę zmiennych wówczas konieczne jest wykonanie n-porównań. To skutkuje zwiększonym prawdopodobieństwem przypadkowego uzyskania co najmniej jednej istotnej różnicy (por. Brzeziński, 2000).

Analizy przeprowadzone na pełnej puli wyników pokazały, że negatywne ustosunkowanie się do własnego życia nie jest bynajmniej domeną osób starszych. W porównaniu z nieco młodszymi respondentami, z przedziału wiekowego od 36 do 55 lat, ich poziom zadowolenia choć nieznacznie niższy nie uzyskał istotności statystycznej. Oznaczałoby to, że ogólny poziom zadowolenia z życia nie różnicuje seniorów i osoby z okresu średniej dorosłości.

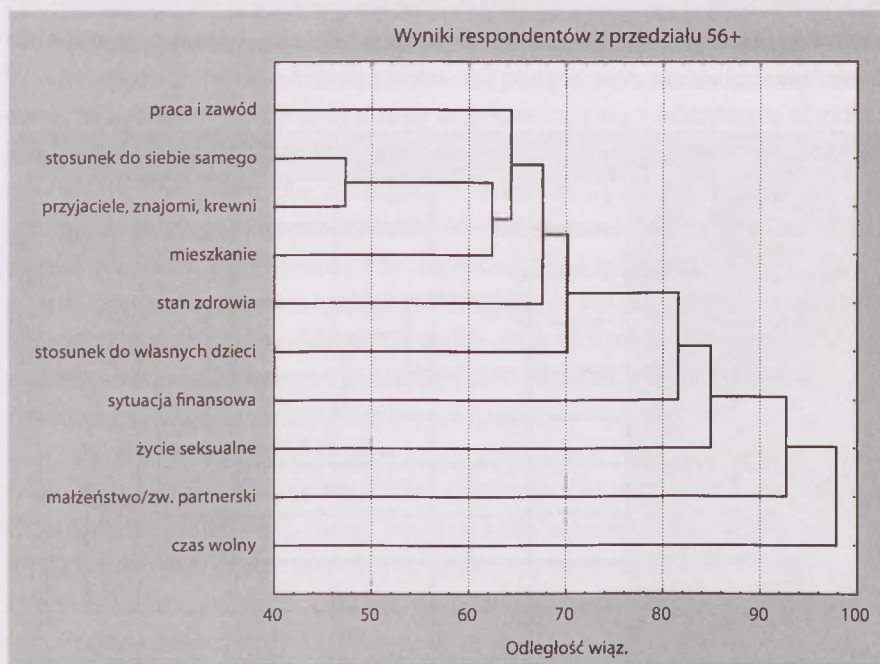
Bardziej szczegółowe analizy potwierdziły zasadność krytyki niskiej konserwatywności testu t-Studenta, gdyż na tej puli wyników, nie wszystkie wcześniej wskazane różnice zachowały próg istotności statystycznej. Prawdliwość ta dotyczy obszaru *stosunku do siebie samego*. Natomiast dla obszaru *małżeństwo /związek partnerski* okazało się, że różnica w poziomie zadowolenia między respondentami z wczesnej i późnej dorosłości nie jest znacząca. Przeciwnie wynik osób badanych z okresu średniej dorosłości okazał się najniższy i istotnie słabszy wobec najmłodszych uczestników badania. Ta obserwacja zwróciła uwagę na interesującą prawidłowość. Okazało się, że w pewnych obszarach życia respondenci z przedziału wiekowego od 36 do 55 lat wykazali najniższy poziom zadowolenia, uzyskując niższe wyniki nie tylko od najmłodszych, ale również od najstarszych respondentów. Tendencja ta jest wyraźna dla obszarów: *małżeństwo/związek partnerski, stosunek do własnych dzieci, sytuacja finansowa, czas wolny, stosunek do siebie samego, mieszkanie*.

Osoby badane powyżej 55. roku życia uzyskały istotnie niższy poziom zadowolenia jedynie w dwóch obszarach: *stan zdrowia* oraz *życie seksualne*. Wyniki te są zgodne z kierunkiem zmian dokonujących się w organizmie i życiu człowieka wraz z postępującym procesem starzenia się i nie wymagają szerszego komentarza.

Specyfika użytego narzędzia pozwoliła na zbadanie różnic w poziomie zadowolenia z życia deklarowanym przez respondentów z różnych grup wiekowych pod kątem ważności jego składowych. Analizowano więc rozkład ważności poszczególnych obszarów życia i ich wkładu w jednostkowy dobrostan. Porównanie wartości średnich pokazało, że najstarsi respondenci najbardziej pozytywnie wartościowali społeczne obszary swojego życia, czyli własne dzieci, partnera i przyjaciół oraz krewnych. Ludzie w wieku średnim analogicznie deklarowali najwyższe, choć niższe w porównaniu z seniorami, zadowolenie z relacji z bliskimi. Natomiast młodzi zdecydowanie największe zadowolenie doświadczali w obszarze *małżeństwo/związek partnerski*. Następnym obszarem wnoszącym wiele w poczucie zadowolenia z życia dotyczył dzieci, a kolejny

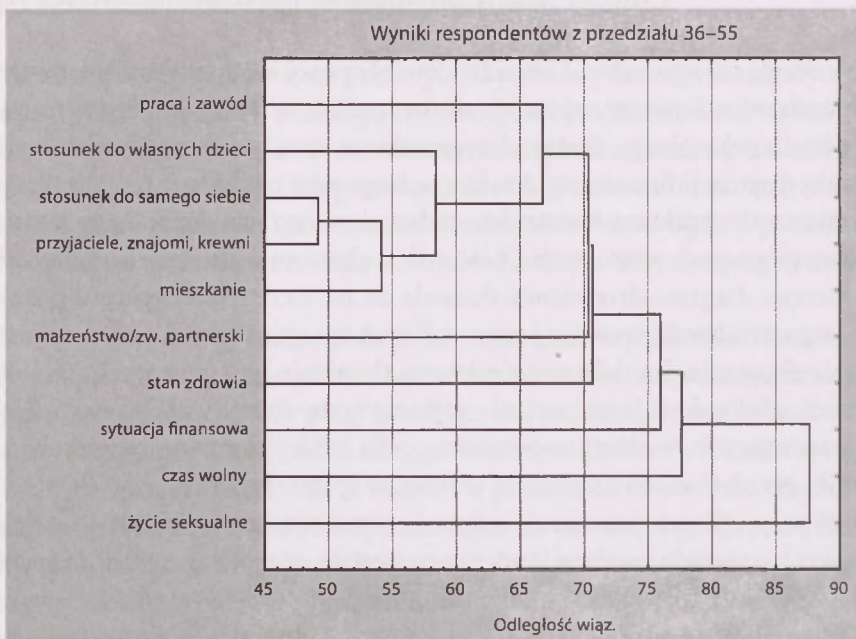
stosunku do samego siebie. Z kolei źródła deprywacji wyraźniej zróżnicowały respondentów. Seniorzy najmniej zadowoleni byli ze stanu swojego zdrowia i z pożycia seksualnego. Pozostali respondenci wyraźnie niezadowoleni byli ze swojej sytuacji finansowej. Analizy wzbogacono ponadto o próbę sprawdzenia na ile struktura konstruktów zadowolenia z życia różni się w trzech badanych grupach wiekowych. Obliczenia wykonano w procesie aglomeracji wybierając diagram drzewkowy. Pozwala on na otrzymanie wykresu pokazującego możliwość łączenia poszczególnych kategorii w mniej lub bardziej bliskie skupienia. Im dalsze w strukturze skupienie tym jego agregacja jest słabsza, gdyż wskazuje na istnienie większej liczby różnic wobec kategorii ją poprzedzających. Analizy przeprowadzono dla każdej grupy wiekowej osobno, wyniki przedstawiono za pomocą wykresów (patrz: ryc. 2–4).

W przypadku najstarszych respondentów, obszary *stosunek do siebie samego*, *przyjaciele, znajomi, krewni* a następnie *mieszkanie i praca i zawód*

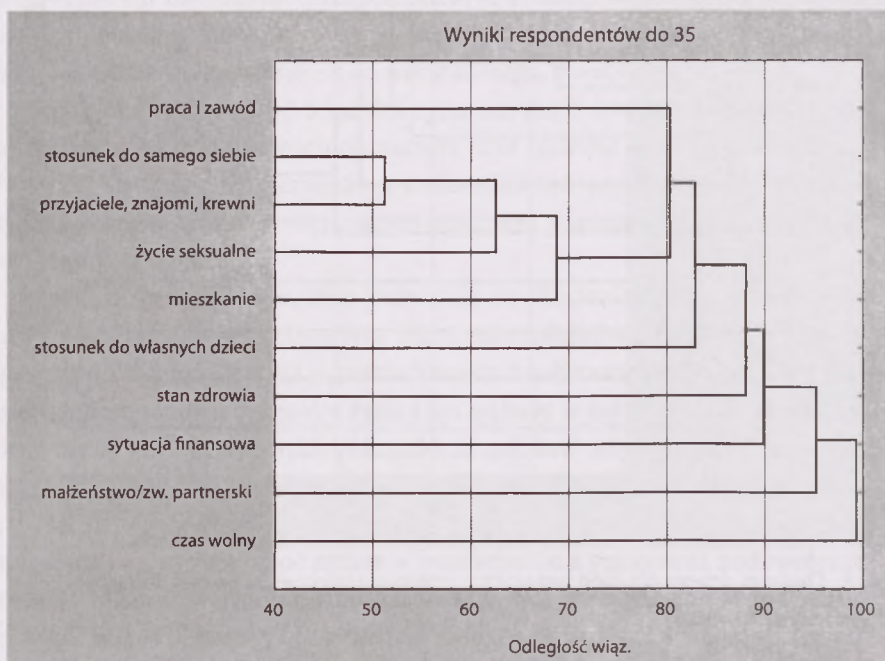


Ryc. 2. Diagram drzewa dla osób badanych z przedziału wiekowego późnej dorosłości

Źródło: materiał własny.



Ryc. 3. Diagram drzewa dla osób badanych z przedziału wiekowego średniej dorosłości
Źródło: materiał własny.



Ryc. 4. Diagram drzewa dla osób badanych z przedziału wiekowego wczesnej dorosłości
Źródło: materiał własny.

stanowiły jakości najbardziej ze sobą zbieżne. Inny obraz układu skupień otrzymano dla osób badanych w wieku 36–55 lat.

U tych osób najbardziej bliski obszarom *stosunek do siebie samego, przyjaciele, znajomi, krewni* okazał się *stosunek do własnych dzieci*. Kolejno wiązały się *praca i zawód* oraz na bardzo podobnym poziomie *małżeństwo/związek partnerski* i *zdrowie*.

U osób młodych natomiast skupienie powstało na bazie dwóch obszarów *stosunek do siebie samego, przyjaciele, znajomi, krewni*, do którego najbliżej było obszarom *życie seksualne* oraz *mieszkanie*. Ciekawa analogia pomiędzy tą grupą wiekową, a seniorami, zachodzi w obszarze *małżeństwo/związek partnerski*, który okazuje się być komponentą wyraźnie odrębną i niezależną.

DYSKUSJA

Zebrane wyniki jednoznacznie podważają nietrafne uogólnienie, że doświadczenie starości jest równoznaczne z brakiem zadowolenia z życia i jego niską jakością. W nawiązaniu do tytułu artykułu, zmiana roli przypisywanej człowiekowi staremu oznacza konieczność z jednej strony rozprawienia się z fałszywym obrazem starości tak w świadomości społecznej, jak i (a może szczególnie) w świadomości indywidualnego człowieka. Z drugiej – otwarciem się na wyzwanie, jakim jest dążenie do pozytywnego przeżywania własnej starości. Interpretując uzyskane wyniki poziomu zadowolenia z życia, szczególnie u respondentów z okresu późnej dorosłości, można przyjąć, że osiągnięcie dobrej starości nie stanowi teoretycznego postulatu, ale staje się realne. Przy tym wiele barier i ograniczeń w dochodzeniu do pozytywnej starości zlokalizować trzeba w zewnętrznym otoczeniu seniora, a niekoniecznie w nim samym.

O ile przyjąć, że środowisko jest inhibitorem pozytywnej przemiany w obrazie starości, to zmiany, które aktualnie obserwuje się jako następstwo procesu globalizacji, mogą się przyczynić do zmiany tego stanu rzeczy. J. Warburton i R. Winterton (2010) dyskutują pojawiający się współcześnie kryzys ról ludzi starszych. Dynamiczne zmiany cywilizacyjne wraz z rosnącą mobilnością osób młodych stawiają ludzi starych w pozycji „niepotrzebnych nośników często zdezaktualizowanego doświadczenia i mądrości odchodzącego pokolenia”.

W kontekście słabnących więzi emocjonalnych i rzadszych kontaktów z bliskimi, przy zastępowaniu fizycznej bliskości symboliczną relacją

w wirtualnej rzeczywistości, seniorzy mogą odnaleźć swą wartość w działalności prospołecznej. Ten światowy trend, bez wątpienia jest wartościowy w akcentowaniu pozytywnej roli dla współczesnego starzejącego się człowieka. Jednak w realiach polskich wydaje się, że jest to jeszcze dalszą aniżeli bliższą przyszłością. Zrealizowany projekt przygotowujący osoby starsze do podejmowania działań wolontariackich pokazał, że jedynie nieliczni szukają dla siebie nowych obszarów samorealizacji, a i sam system opieki społecznej w Polsce cierpi na wewnętrzną inercję skutecznie demotywuując seniorów-wolontariuszy (por. Błachnio, 2008; 2012).

WNIOSKI

1. Doświadczenie starości nie jest równoznaczne z brakiem zadowolenia z życia i jego niską jakością.
2. W kontekście słabnących więzi emocjonalnych i rzadszych kontaktów z bliskimi, przy zastępowaniu fizycznej bliskości symboliczną relacją w wirtualnej rzeczywistości, seniorzy mogą odnaleźć swą wartość w działalności prospołecznej.
3. Nieliczne badane osoby szukają dla siebie nowych obszarów samorealizacji.
4. Sam system opieki społecznej w Polsce cierpi na wewnętrzną inercję skutecznie demotywuując seniorów-wolontariuszy.

BIBLIOGRAFIA

- Błachnio, A. (2005). Jakość życia człowieka w zdrowiu i chorobie. *Polskie Forum Psychologiczne*, 10(2), 125–139.
- Błachnio, A. (2008). *Wolontariat w Uniwersytetach Trzeciego Wieku*. Bydgoszcz: Wydawnictwo UKW.
- Błachnio, A. (2012). *Starość non profit. Wolontariat na Uniwersytetach Trzeciego Wieku w Polsce i na świecie*. Bydgoszcz: Wydawnictwo Literackie.
- Brzeziński, J. (2000). *Badania eksperymentalne w psychologii i pedagogice*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Carnes, B.A., Olshansky, S.J. (2007). A Realist View of Aging, Mortality, and Future Longevity. *Population and Development Review*, 33(2), 367–381.
- CSDH (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social*

- Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization. Pobrane z http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241563703_eng.pdf (20.03.2011).
- Cudak, H. (2007). Funkcjonowanie ludzi starych we współczesnych czasach. W: B. Bugajska (red.). *Życie w starości* (s. 41–48). Szczecin: ZAPOL.
- Emsley, J. (2006). *Piękni. Zdrowi. Witalni*. Warszawa: Wydawnictwo CiS.
- Gaillard, M., Desmette, D., Keller, J. (2011). Regulatory focus moderates the influence of age-related stereotypic expectancies on older adults' test performance and threat-based concerns. *Revue europeenne de psychologie appliqué*, 61, 23–29.
- Glozman, J.M. (2006). The past and future of neuropsychology. *Acta Neuropsychologica*, 4(1/2), 1–12.
- Główny Urząd Statystyczny. (2010). *Rocznik Demograficzny*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny. Pobrane z http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_rs_rocznik_demograficzny_2010.pdf (18.03.2011).
- Gore, I. (1980). *Wiek a aktywność życiowa*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Hauziński, A. (2007). Psychologiczne koszty zmiany miejsca mieszkania w okresie późnej dorosłości. W: A. Brzezińska, K. Ober-Łopatka, R. Stec, K. Ziółkowska (red.). *Zagrożenia rozwoju w okresie późnej dorosłości* (s. 115–133). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Hecker, U. von, Sędek, G., Piber-Dąbrowska, K., Bedyńska, S. (2006). Wpływ depresji, starzenia się. Zagrożenia stereotypem i uprzedzeń na rozumowanie generatywne. W: R.W. Engle, G. Sędek, U. von Hecker, D.N. McIntosh (red.). *Ograniczenia poznawcze. Starzenie się i psychopatologia* (s. 396–420). Warszawa: Academica Wydawnictwo SWPS, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Jazwinski, S.M. (2000). Aging and longevity genes. *Acta Biochimica Polonica*, 47(2), 269–279.
- Juan, S. (2006). *Zagadki ciała. Tajemnice naszego niezwykłego i wspaniałego organizmu*. Gdańsk: VM Group.
- Kawula, S. (2000). Dodawanie życia do lat jako strategia pedagogiki „trzeciego wieku”. W: A. de Tchorzewski, A. Chrapkowska-Zielińska (red.). „Trzeci wiek” Szanse – możliwości – ograniczenia (s. 30–43). Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego.
- Kępiński, A. (1978). *Rytm życia*. Wyd. 3. Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Klus-Stańska, D. (1990). Poczucie zagrożenia osób w starszym wieku. W: J. Starga-Piasek, B. Synak (red.). *Społeczne aspekty starzenia się i starości* (s. 109–125). Warszawa: Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego.
- Kosior, M. (2007). Kontakty międzypokoleniowe a postrzeganie seniorów przez ludzi młodych (Komunikat z badań). W: B. Bugajska (red.). *Życie w starości* (s. 247–260). Szczecin: ZAPOL.
- Kościńska, E. (2007). Aktywność seniorów. W: B. Kromolicka, B. Bugajska, K. Serdyńska, (red.). *Pomoc i opieka w starości* (s. 107–114). Szczecin: ZAPOL.

- Kowalik, S. (2000). Wspomaganie rozwoju w procesie starzenia się. W: B. Kaja (red.). *Wspomaganie rozwoju. Psychostymulacja i psychokorekta* (t. 2). Bydgoszcz: Wydawnictwo Uczelniane WSP.
- Łuczynek, E., Barczak, A., Gabryelewicz, T., Pfeffer, A., Pepłońska, B., Maik, M., Styczyńska, M., Religia, D., Barcikowska, M. (2006). Successful aging: the neuropsychological assessment of persons in very advanced age. *Acta Neuropsychologica*, 4(1/2), 21–32.
- Nelson, T.D. (2003). *Psychologia uprzedzeń*. Gdańsk: GWP.
- Nerło, M. (2007). Mądrość w okresie późnej dorosłości jako efekt indywidualizacji rozwoju. W: A. Brzezińska, K. Ober-Łopatka, R. Stec, K. Ziółkowska (red.). *Szanse rozwoju w okresie późnej dorosłości* (s. 31–48). Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.
- Obuchowski, K. (2002). Wprowadzenie. W: K. Obuchowski (red.). *Starość i osobowość* (s. 9–11). Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej.
- Orłowski, K. (2001). *Zastosowanie pakietu Statistica w analizie wyników badań społecznych*. Poznań: SPA.
- Pąchalska, M. (2003). Zaburzenia neurobehawioralne a jakość życia pacjentów po urazach czaszkowo-mózgowych. W: A. Herzyk, B. Daniluk, M. Pąchalska, B.D. MacQueen (red.). *Neuropsychologiczne konsekwencje urazów głowy. Jakość życia pacjentów* (s. 51–82). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Pąchalska, M. (2008). *Rehabilitacja neuropsychologiczna*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Pąchalska, M., Kaczmarek, B.L.J., Kropotov, J.D. (2014). *Neuropsychologia kliniczna: od teorii do praktyki*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Silverstein, S. (1981). The little boy and the old man. W: S. Silverstein. *Light in the attic*. Harper&Row.
- Stuart-Hamilton, I. (2000). *The Psychology of Ageing. An Introduction*. London-Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Tazopoulou, E., Truelle, J.-L., North, P., Montreuil, M. (2005). Generic and specific measures of quality of life after traumatic brain injury: initial validation of a new specific measure, the QOLBI. *Acta Neuropsychologica*, 3(1/2), 13–24.
- Tokaj, A. (2007). W poszukiwaniu starości doskonałej. W: B. Bugajska (red.). *Życie w starości* (s. 185–192). Szczecin: ZAPOL.
- Trafiałek, E. (2003). *Polska starość w dobie przemian*. Katowice: „Śląsk”.
- Vaillant, G.E. (2007). Pozytywne starzenie się. W: P.A. Linley, S. Joseph (red.). *Psychologia pozytywna w praktyce* (s. 334–362). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Warburton, J., Winterton, R. (2010). The role of volunteering in an era of cultural transition: can it provide a role identity for older people from Asian Culture? *Diversity*, 2, 1048–1058.

- Zboina, B., Kulik, T.B., Wiereć, M., Koc-Kozłowiec, B., (2002). Rola pielęgniarki w poprawie jakości życia osób starszych w zakładzie pielęgnacyjno-opiekuńczym. W: T.B. Kulik (red.). *Ostrowieckie Spotkania Naukowe „Rehabilitacja 2002”* (s. 131–139). Ostrowiec Świętokrzyski: WSBiP.
- Zeidler, W. (2011). Zadowolenie z życia: inspiracje i próby konceptualizacji. *Przegląd Psychologiczny* 54(4), 323–342.
- Zeidler, W. (w druku). *Kwestionariusz Zadowolenia z Życia (FLZ)*.

ANEKS

Tab. 6. Prognoza ludności Polski do 2035 r.

	2010	2015	2020	2025	2030	2035
Ogółem	38 092 000	38 016 000	37 830 000	37 438 000	36 796 000	35 993 000
0–17	7 107 000	6 918 000	6 959 000	6 816 000	6 253 000	5 632 000
18–44	15 294 000	15 005 000	14 072 000	12 823 000	11 624 000	10 834 000
45–59	8 211 000	7 473 000	7 195 000	7 765 000	8 622 000	8 719 000
60–64	2 327 000	2 691 000	2 650 000	2 190 000	2 102 000	2 450 000
65 lat i więcej	5 153 000	5 929 000	6 954 000	7 844 000	8 195 000	8 358 000

Źródło: Rocznik Demograficzny 2010.