Jacek Łukasiewicz SCJ*

Rafał Łukasik**

POCZUCIE SENSU ŻYCIA U OSÓB W WIEKU PÓŹNEJ DOROSŁOŚCI

THE MEANING OF LIFE OF PEOPLE ADVANCED IN YEARS

Streszczenie. Artykuł dotyczy problematyki poczucia sensu życia i samooceny u osób w wieku późnej dorosłości. Przeprowadzono badanie mające na celu uchwycenie związku między poczuciem sensu życia u osób w późnej dorosłości a ich samooceną. Następnie analizowano problem czy taka zmienna jak: miejsce pobytu osób badanych (dom prywatny vs dom pomocy społecznej) jest czynnikiem różnicującym poczucie ich sensu życia i poziom samooceny. W celu odpowiedzi na postawione pytania przeprowadzono badanie za pomocą: Kwestionariusza Postaw Życiowych oraz Skali Samooceny Rosenberga. W badaniu wzięła udział grupa 100 osób w wieku późnej dorosłości, podzielonych na dwie grupy po 50 osób. W pierwszej grupie znalazły się mieszkańcy domów prywatnych, w drugiej natomiast mieszkańcy Domu Opieki Społecznej Betania w Lublinie. Badania wykazały istotny związek między poziomem poczucia sensu życia a miejscem pobytu. Wykazano, także, że osoby z domu opieki mają wyższy poziom akceptacji śmierci niż osoby z domów prywatnych.

Summary. The article concerns the problems of the sense of life and self-esteem in people in their late adulthood. The study was aimed at capturing the relationship between the sense of the meaning of life in people of late adulthood and their self-esteem. We then analyzed the problem of whether the variable of the place of residence of the respondents (private home vs home with social assistance is a differentiating factor in their sense of the meaning of life and their level of self-esteem. In order to answer the questions surveyed using: Questionnaire about

* Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie.

** Wyższa Szkoła Ekonomii i Innowacji w Lublinie.

attitudes to life and the Rosenberg Self-Assessment Scale. The participants in this study group of 100 people in late adulthood, were divided into two groups of 50 people. In the first group were residents of private homes, in the other group, nursing home residents in Betania in Lublin. Studies have shown a significant relationship between the level of sense of life and the place of residence. It has been shown also that people living in a nursing home have a higher level of acceptance of death than those living in private houses.

Wstęp

Już w chwili narodzin człowieka rozpoczyna się proces, który nieuchronnie przybliża go do okresu starości. Wkroczenie w tą fazę życia wiąże się z wieloma specyficznymi zmianami w funkcjonowaniu człowieka. Coraz bliższa perspektywa śmierci sprawia, że coraz większego znaczenia dla jednostki nabiera pytanie o sens życia. Wiek późnej dorosłości, któremu poświęcony jest artykuł, niesie za sobą istotne zmiany w funkcjonowaniu człowieka. Istotnie wpływają one na jakość życia człowieka i niejednokrotnie niosą za sobą cierpienie danej jednostki. Ponadto problematyce starości warto poświęcić uwagę z jeszcze jednego ważnego powodu. Otóż jak pokazują obecne badania demograficzne, Polska jest krajem, który się starzeje, co oznacza, że w przyszłości będziemy mieli coraz więcej ludzi w tym okresie życia.

1. Problematyka poczucia sensu życia

1.1. Rozumienie pojęcia sensu życia

Każdy człowiek żyjący na tym świecie ze wszystkich stron otoczony jest różnymi zjawiskami, zdarzeniami, które mogą być zarówno sprzyjające jak i też niestety często niesprzyjające. Jest on istotą, która niejako została wepchnięta w wir upływającego czasu, który niesie za sobą różne okoliczności, doświadczenia, wobec których jednostka nie pozostaje obojętna. Jest ona nastawiona na przyszłość, której tak naprawdę nie zna. W odniesieniu do tak ważnych aspektów

ludzkiego życia niezwykle istotnym problemem staje się pytanie o sens życia. Trudno jednak określić w sposób jednoznaczny pojęcie „sensu".

Popielski (1994) nawiązując do pojęcia sens używa następujących kategorii znaczeniowych:

- strukturalnej – chodzi w niej o uchwycenie elementów składowych danej całości;
- funkcjonalnej – w tym przypadku „sens" polega na uchwyceniu funkcji istotnych dla danej kategorii bytu
- topologicznej – polega na wydzieleniu pewnej całości z większej dziedziny bytów
- egzystencjalnej – tutaj określenie sensu następuje poprzez wskazanie na element antropologiczno-psychologiczny oraz jego egzystencjalne znaczenie.

"Pierwsze trzy znaczenia terminu „sens" mają charakter raczej epistemologiczny. Sens w rozumieniu egzystencjalnym, obejmuje nie tylko element poznania, ale uwzględnia również moment przeżywania i podmiotowego doświadczania sensowności tzn. zarówno sensu własnego bycia jak i przeżywania siebie i świata. W tym znaczeniu pojęcie sensu jest ściśle związane z osobowym i podmiotowym byciem, tzn. doświadczaniem i przeżywaniem egzystencji" (Popielski, 1994, s. 45).

Natomiast Reker i Chamberlain podają dwa sposoby rozumienia pojęcia sens: sens wewnętrzny „definicyjny" oraz sens egzystencjalny. W pierwszym przypadku jest on przez nich określany jako sens (znaczenie) doświadczenia, w drugim zaś przypadku jako doświadczenie sensu. Aby móc zdefiniować sens ludzkiego życia w sposób całościowy konieczne są oba te sposoby. Jest to ważne albowiem, gdy człowiek chce osiągnąć doświadczenie sensu, czyli osiągnąć sens egzystencjalny, musi potrafić realizować ważne dla siebie cele, a także odnieść się do konkretnych wydarzeń życiowych, czyli musi wystąpić sens (znaczenie) doświadczenia (Klamut, 2010).

Zdaniem Skrzypińskiej (2002, s. 80) „subiektywne pojmowanie sensu życia odnosi się do poczucia, jego indywidualnego doświadczenia emocjonalnego, dotyczącego osobistego życia jednostki".

Można wyróżnić takie płaszczyzny jak ontologiczny sens życia oraz psychologiczny sens życia. Pierwszy z nich dotyczy pojmowania życia jako życia, czyli zjawiska trwającego samodzielnie. Z kolei psychologiczny sens życia dotyczy podmiotowego przeżywania życia. Tutaj sens jest doświadczany i przeżywany przez każdego człowieka w sposób indywidualny. Ontologiczny sens życia dotyczy więc życia, jako zjawiska obiektywnego, natomiast w przypadku psychologicznego sensu życia, jest ono przeżywane subiektywnie (Klamut, 2010).

Frankl (1987a) „wskazuje, że psychologiczny sens życia to stan podmiotowej satysfakcji jednostki będący wynikiem celowych i ukierunkowanych na wartości działań. Człowiek nie jest twórcą sensu, ale dostrzega go w rzeczywistości, w której żyje (sens definicyjny, wewnętrzny), i nadaje własnemu życiu (sens egzystencjalny)" (Klamut, 2010, s.12).

Natomiast w swoim modelu z 1984 roku Frankl funkcjonowanie jednostki opisał, za pomocą poziomu biologicznego, psychologicznego i duchowego. Pierwszy z nich cechuje wszystkie istoty żywe. Na tym poziomie oddziałują instynkty, popędy oraz procesy uczenia się (Popielski, 1996, za: Klamut, 2010). Na poziomie psychicznym istotne znaczenie mają subiektywność i emocjonalność. Tu mieszczą się zjawiska psychiczne i społeczne (Frankl, 1984, Popielski, 1996, za: Klamut, 2010). Natomiast wyróżniającą się cechą poziomu duchowego jest przynależność wyłącznie człowiekowi. Daje on m. in. możliwość podmiotowej i intencjonalnej aktywności, która umożliwia jednostce wykraczanie poza własne uwarunkowania czy też dystansowania się wobec doświadczeń, które przynosi życie (Frankl, 1980, 1984, Popielski 1993,1996, za: Klamut, 2010).

1.2. Ujęcie sensu życia w literaturze przedmiotu

Problematyka poświęcona poczuciu sensu życia jest nieustannie aktualnym zagadnieniem poruszanym przez psychologów. Tematyka związana z życiem człowieka i sensem jego istnienia od zawsze leży w centrum zainteresowań zarówno psychologów jak i takich dziedzin nauki, jak filozofia czy socjologia. Na przestrzeni lat powstało wiele koncepcji nawiązujących do problematyki sensu ludzkiego życia.

Jak stwierdza Popielski (1994) problem sensu w psychoanalizie raczej jest pomijany. Freud skłaniał się nawet za tym, aby uznać go za rodzaj czy element przejawu chorobowego. Natomiast skrajny behawioryzm rozpatruje problematykę sensu ludzkiego życia instrumentalnie.

Problem poczucia sensu życia odnajdujemy w poglądach klasyków neopsychoanalizy. Adler proces nadawania sensu życiu widział w formowaniu się pozytywnego wzoru dążeń. Warunkiem funkcjonowania tego wzoru była synchronizacja pomiędzy przyrodzonym człowiekowi dążeniem do doskonałości, a orientacją na dobro innych ludzi. Ma to na celu niedopuszczenie do przekształcenia się dążenia do doskonałości w dążenie do mocy, które uważał, za najbardziej prymitywną postać dążeń. Jego zdaniem taka forma dążeń nie tylko ogranicza możliwości człowieka, ale inspiruje także do kierowania działań przeciwko innym ludziom, a w konsekwencji przeciwko własnym interesom (Obuchowski, 2000). „Nastawienie na egoistyczne działania siłowe pozbawia życie sensu, gdyż nigdy działanie na siłę nie realizuje osoby. Natomiast takie doskonalenie się, które bierze pod uwagę interesy wszystkich ludzi, zapewnia poczucie wspólnoty, sprawia, że osoba może odczuwać satysfakcję ze swoich dokonań, realizuje pozytywne potencjały psychiczne i w efekcie rozwija się. Każde odchylenie od tego wzoru powoduje jakiegoś rodzaju dewiację osobowości – psychopatię lub nerwicę" (Obuchowski, 2000, s. 257, 258).

Adler podkreślał, że „być człowiekiem to mieć poczucie niższości, prące ustawicznie do przezwyciężenia go" (Adler, 1986, s. 80). Jak pisze on dalej: „poczucie niższości włada życiem duchowym i daje się łatwo zrozumieć i wyprowadzić z poczucia niedoskonałości, braku pełni i nieustającego dążenia ludzi do doskonałości" (Adler, 1986, s. 104). Jak pisze Popielski (1994, s. 194) odwołując się do książki Adlera, w której w tytule pojawiło się określenie sens - „problematyka indywidualnego sensu, możliwości jego podmiotowego realizowania oraz jego wpływu na całość jednostkowego bycia, nie znajdują tu szerszego opracowania. Niemniej, samo wywołanie tematu „sensu" jako problemu psychologicznego, zwrócenie uwagi na cele, wartości, społeczne zobowiązania i dążenia ma duże znaczenie".

Pewne wnioski dotyczące sensu życia można również wyodrębnić w teorii Junga. Zgodnie ze swoją teorią orzeka on: „sens jest archetypem”, „sens jest przeżyciem całościowym”, „brak sensu jest ogólną nerwicą naszego czasu” (Popielski, 1994, s.194).

Jak zauważa Obuchowski (2000) problematyka sensu życia czasami bywa ujmowana w inny sposób. Autor odwołuje się tutaj do poglądów Maslowa i Rogersa. Jako przykład przywołuje takie obszary zainteresowań psychologii humanistycznej jak: metapotrzeby, samoaktualizacja czy samorealizacja. Ponadto jak zauważa Popielski (1994, s. 194) „psychologię humanistyczną charakteryzuje duża otwartość na dziedzinę wartości i sensu"

Problematyka sensu ludzkiego życia nabrała istotnego znaczenia w psychologii egzystencjalnej. „Logoteoria Frankla, podobnie jak psychologia humanistyczna, zajmuje się rozwojem potrzeb, pragnień i dążeń ludzi zdrowych. Różni się jednak w akcentowaniu faktu, że człowiek jest bytem osobowym, ukierunkowanym ze swej natury na odkrywaniu wartości, sensu i celów życiowych” (Popielski, 1987, s. 29). Zdaniem Frankla (1976) człowiek to nie tylko organizm psychofizyczny, lecz także jest on osobą duchową. Według niego „wola sensu nie może

być rozumiana jako popęd. Nie jest też potrzebą, tak jak celem nie jest, według niego, stan homeostazy. Gdyby była popędem, to człowiek realizowałby sens swego istnienia po to, by zaspokoić dążenie popędu i w konsekwencji, by znów uzyskać stan wewnętrznej równowagi. Człowiek zdaniem Frankla jest rzeczywiście popychany przez popędy, ale również pociągany przez sens. Jest bytem, który w swej istocie orientuje się ku światu logosu i etosu" (Chojniak, 2003, s. 57). W doświadczeniu bezsensu życia widział on ogromne zagrożenie dla ludzkości (Klamut, 2010). „Od cierpień wynikających z pustki egzystencjalnej nie ma – zdaniem Frankla – ucieczki. Gdy cierpienie ma podłoże w zdarzeniu nieodwracalnym, jak śmierć bliskiej osoby, nieuleczalna choroba lub też gubienie się w sobie, jedynym sposobem jest właśnie wiara, że mają one swój niedostępny dla naszego poznania sens" (Obuchowski, 2000, s. 263).

Wśród teorii widzących sens życia jednostki w jej pełnym rozwoju osobistym można zaliczyć koncepcję Maya. Twierdził on, że „człowieka możemy rozumieć tylko wówczas, gdy wiemy ku czemu zmierza, czym się staje. Poznanie jednak tego, co potencjalne w człowieku i jego urzeczywistnienie możliwe jest tylko wówczas, gdy ujmuje się ludzkie istnienie w całości układu relacji określonego w terminach: „ja – świat", „ja – ty", „ja jako podmiot – ja jako przedmiot" (Popielski, 1987, s. 92). Jak twierdzi Opoczyńska (1999, s. 129) „według Maya cechą szczególną kondycji człowieka we współczesnym świecie jest utrata poczucia znaczenia. Nie jest to utrata tożsamości, jest to zjawisko o wiele głębsze, ponieważ podważa same podstawy osobowego bytu, tak jak ujmuje May, czyli podmiotowość i wolność". Wielkim zagrożeniem dla jednostki w czasie aktualnym jest utrata człowieczeństwa (Opoczyńska, 1999). „May wyróżnia takie cechy człowieka, jak świadomość, wolność, transcendencja, możliwość odczytywania sensu i znaczenia, umiejętność tworzenia symboli, a także – lęk i winę" (Opoczyńska, 1999, s. 130).

Wiele uwagi na problematykę sensu życia poświęcił Popielski. Jego zdaniem „pojęcie sensu życia wyraża motywację głęboką, podstawową, choć zarazem bardzo ogólną. Jest ona potrzebą każdego działania i równocześnie ważną dla prawidłowego realizowania się każdej, poszczególnej ludzkiej egzystencji" (Popielski, 1994, s. 187). „Fakt obecności fenomenu poczucia sensu w konkretnym ludzkim życiu przejawia się w podwójnej formie: „posiadania" i „braku". Problem „z sensem" zaczyna się dopiero wówczas, gdy brakuje celów wartościowych, gdy okazały się one zawodne, fałszywe, niewłaściwie postawione i bezpodstawnie zabsolutyzowane. Słowem, gdy stają się niewystarczające i tracą moc orientowania, odnoszenia, pociągania, tzn. gdy przestają motywować (Popielski, 1994, s. 189, 190). Poczucie sensu życia, „jest to "doświadczenie całościowe", dotyczy całego człowieka" (Popielski, 1994, s. 191). "Interesujące, że "problem sensu" ujawnia się u ludzi żyjących w krajach o różnym stopniu rozwoju cywilizacyjnego, niezależnie od tego, że inne są bezpośrednio przyczyny oraz sposoby pojawienia się złączonych z tym kryzysów egzystencjalnych" (Popielski, 1994, s. 195). Zwykle związane jest to z narzuceniem poszczególnym jednostkom konsumpcyjnego stylu bycia, co sprowadza się jedynie w kierunku potrzeb biologicznych i hedonistycznych. Chociaż należy zaznaczyć, że problem ten można zauważyć także w społeczeństwach uboższych i rozwijających się (Popielski, 1994).

Natomiast jak zauważa Obuchowski (2000) utworzenie własnego sensu życia przez jednostkę wiąże się dla niej z kosztem bycia człowiekiem - podmiotem. Może się to okazać trudne dla ludzi, mających poczucie odpowiedzialności za swoje życie, którzy jednocześnie bardzo mocno angażują sie w wartości zewnętrzne płynące z kultury, w jakiej byli wychowani. Wówczas mogą pojawić się wątpliwości – czy więcej satysfakcji przynosi bycie podmiotem, czy też przedmiotem.

Obuchowski pojęcie sensu życia ujmował w kategoriach potrzeb. Postawił on tezę, że „u normalnego człowieka jedynym kierunkiem

mogącym zapewnić wyższe, dojrzałe formy zachowania się jest kierunek wyznaczony przez potrzebę sensu życia" (Obuchowski, 1983, s. 202). Obuchowski (2000) łączy sens życia z potrzebą dorosłego człowieka do utworzenia osobistej koncepcji życia, która umożliwi mu pozytywne spełnianie się. Według niego jeśli taka koncepcja nie zostanie utworzona, nie może nastąpić rozwój osobowości takiego człowieka. Obuchowski zwraca uwagę na środki wybierane przez jednostkę, aby zaspokoić tę jakże specyficzną potrzebę. "Z zaspokojeniem potrzeby sensu życia zawsze łączy się praca, jakiś wysiłek psychiczny, gdyż musimy przy tym zrezygnować z wielu przelotnych pragnień i opierać się wymaganiom niezgodnym z naszymi celami. Trudno sobie wyobrazić, by ktoś znalazł zaspokojenie potrzeby sensu życia uciekając od wysiłku, i to wysiłku zorganizowanego" (Obuchowski, 1983, s. 213). Wynika z tego, że głównym sposobem realizacji potrzeby sensu życia jest praca, której charakter może być zależny od czynników kulturowych, pełnionych ról społecznych, czy też od wykształconych w życiu codziennym nawyków.

Obuchowski zwraca uwagę na tak zwaną ułomną postać sensu życia. Jego zdaniem „nawet „ułomne" postacie sensu życia, jak sens życia nadany, odgrywają ograniczoną w czasie, ale ważną rolę" (Obuchowski, 2000, s. 264). Zalety ułomnego sensu życia są widoczne u ludzi starszych, którzy natrafili na coś, co nadało ich życiu sens, i dzięki temu są w stanie pokonać trudności, które wcześniej wydawały się nie do przezwyciężenia. Nadanie sensu życia w takim przypadku nie musi być efektem logicznych przemyśleń, które wynikają z własnej filozofii życia. Ważną rolę wówczas odgrywają takie czynniki jak posiadanie zainteresowań czy aktywność intelektualna.

Obuchowski (2000, s. 266) zauważa, że „nie ma granic wiekowych dla podjęcia realizacji działań nadających sens życiu i że nawet w późnym wieku działalność ta może zmienić już, wydawałoby się, ustabilizowaną biografię. Jest to wniosek ważny dla

psychologii osobowości ludzi starych". Zauważa on jednak pewne niebezpieczeństwo. „Spełnianie konkretnego sensu życia wymaga podporządkowania się mu, co zawsze uprzedmiotowia, nawet gdy sens jest ważny. Człowiek uprzedmiotowiony nie jest tylko sobą. On sam dla siebie ma sens, gdy świat spełnia warunki, z którymi związane jest istnienie jego sensu. Stąd częsta orientacja kolektywistyczna tej kategorii ludzi i dlatego, gdy ich świat ulega zmianie lub gdy traci swój sens, to i oni - jako jego składnik - tracą sens" (Obuchowski, 2000, s. 267).

Kolejnym polskim psychologiem, który zagadnieniu sensu życia poświęcił dużą uwagę jest Stefan Szuman. Wskazywał on na ewidentne powiązanie pomiędzy sensem życia a przyjęciem określonego światopoglądu. Widział w tym istotny warunek przystosowania (Obuchowski, 2000). „W nowej rzeczywistości cywilizacyjnej i kulturalnej, w którą wkracza ludzkość w chwili obecnej, otwierają się przed nią nowe zadania i możliwości. Dalszy rozwój ludzkości zależy niewątpliwie od tego, czy potrafi ona wykształcić światopogląd w pełni przekonujący i zadowalający, i czy będzie go umiała wcielić w życie" (Szuman, 1947, za: Obuchowski, 2000, s. 259). Szuman kategorycznie odrzuca możliwość doszukiwania się sensu życia poza życiem. Według niego, niezbędna do uzyskania owego sensu jest afirmacja życia. Szuman zaznacza, że chodzi tutaj o dojrzały i pozytywny stosunek do życia, który wiąże się z pokonaniem osobistego pesymizmu (Obuchowski, 2000).

2. Problematyka wieku późnej dorosłości

2.1. Pojęcie i kryteria wieku późnej dorosłości

Przychodzi taki moment w życiu człowieka kiedy musi on w znaczący sposób ograniczyć pracę zarobkową. Zwykle oznacza to dla jednostki, że przyszła dla niej pora przejścia na emeryturę. Ten właśnie fakt łączony jest z rozpoczęciem okresu późnej dorosłości. Dla większości takich osób oznacza to definitywne pożegnanie się

z aktywnością zawodową, choć zdarzają się jednostki, które ograniczają ją tylko częściowo. Oczywistą sprawą jest, że w większości przypadków takie doświadczenie nie jest sprawą łatwą. Wiąże się to z faktem, że o to jednostka, której aktywność przez wiele ostatnich lat wypełniała praca zarobkowa, nagle staje przed nowym wyzwaniem. Musi teraz odnaleźć się w nowej rzeczywistości. Przejście na emeryturę oznacza bowiem dla jednostki konieczność zmiany swojego dotychczasowego trybu życia. Prawdopodobnie większość z nas w ciągu swojego życia przynajmniej raz musiała zmierzyć się z koniecznością zmiany jakiegoś nawyku. Zwykle dla nikogo, nie jest to łatwe zadanie. Tym bardziej trudne jest to dla osoby w omawianym okresie życia. Konieczność zmiany trybu życia nie jest jedynym doświadczeniem, jakie przeżywa osoba po przejściu na emeryturę. Wycofanie się z aktywności zawodowej powoduje też zmianę w obrazie własnej osoby.

W literaturze przedmiotu znajdujemy różne podziały tego specyficznego okresu życia człowieka. Jeden z nich wyróżnia trzy etapy, charakteryzujące się własną specyfiką rozwojową:

- 60 – 75 lat – najmłodsza grupa wśród seniorów, nazywana inaczej młodsi starsi,
- 75 – 85 lat – określana starsi starsi,
- po 85 roku życia – nazywana najstarsi starsi. (za: Janiszewska-Rain, 2005).

Steuden (2012) zwraca uwagę, że używa się także takich określeń jak trzeci i czwarty wiek. Rozróżnienia tego dokonuje się ze względu na aktualny poziom aktywności psychospołecznej oraz styl życia charakteryzujący jednostkę. Trzeci wiek, czasami określany także jako trzecia tercja obejmuje obszar pomiędzy 60 a 90 rokiem życia. Można w nim wyodrębnić dwie części. W trakcie pierwszej części poszczególne osoby charakteryzują się zwykle jeszcze sporą aktywnością,

samodzielnością i niezależnością. Druga część różni się od pierwszej, zmniejszającym się tempem życia jednostki. Natomiast czwarty wiek, nazywany też czwartą tercją obejmuje osoby, które przekroczyły 90 rok życia. W tym okresie następuje znaczący spadek sprawności psychofizycznej, przez co osoby takie z reguły potrzebują wsparcia innych.

Z kolei Straś-Romanowska (2009) podkreśla, że trudności, związane z próbą wyodrębnienia jednoznacznego progu i stadiów okresu późnej dorosłości wynikają z takich czynników jak: indywidualne tempo starzenia się poszczególnych jednostek, brak jednolitego obrazu starości oraz różnic preferencyjnych przy wyodrębnianiu kryteriów starości. Autorka wskazuje na kryterium biologiczne oraz socjoekonomiczne, jako najmniej sporne w omawianym okresie życia. Kryterium biologiczne dotyczy dających się uchwycić zmian, poszczególnych funkcji fizjologicznych. Natomiast kryterium socjoekonomiczne wiąże się z faktem, że życie codzienne jednostki podporządkowane jest czynnikom socjologicznym, instytucjonalnym czy ekonomicznym. Wyodrębnia się także trzecie, charakteryzujące się mniejszą precyzyjnością kryterium psychologiczne. Dotyczy ono zmian w sferze procesów psychicznych, osobowości i w sferze subiektywnych doświadczeń.

Istnieje jeszcze inny sposób określania objawów towarzyszących procesowi starzenia się, na który wskazuje Steuden (2012). Można bowiem mówić o wieku metrykalnym. Mierzony jest on liczbą lat, jaką dana jednostka ma. Wykorzystuje się go do określania przedziałów wiekowych i odpowiadających im normom rozwojowym. Można także mówić o wieku społecznym. W tym przypadku można powiedzieć, że jest to sytuacja społeczna danej jednostki względem osiągniętego wieku. Z określonego wieku społecznego wynikają określone role społeczne czy też określony stopień aktywności. Z aktualnym wiekiem społecznym danej jednostki związany jest także dostęp do świadczeń emerytalnych, uprawnień czy przywilejów socjalnych. Poza tym, istnieje także takie określenie jak wiek biologiczny. W tym przypadku można powiedzieć, że

chodzi o ogólny stan organizmu danej jednostki. Za jego pomocą można określić fizyczną sprawność organizmu oraz stopień zmian do jakich doszło w określonych narządach czy układach. Wyróżnia się także wiek psychologiczny. Za jego pomocą określa się sprawność umysłową i jakość funkcjonowania psychospołecznego danej jednostki

2.2. Fizyczny wymiar okresu późnej dorosłości

Wiek późnej dorosłości jest dosyć specyficznym okresem życia. Każda jednostka po jego osiągnięciu coraz większymi krokami przybliża się do kresu swego istnienia. Zanim jednak to się stanie, musi jeszcze ona stawić czoła szeregu zmianom, które dokonują się w jej życiu. Jednym z takich doświadczeń, które zazwyczaj bywa bolesne zarówno w wymiarze fizycznym jak i psychicznym, i jest zarazem nieuniknione, jest zmaganie się fizycznymi konsekwencjami procesu starzenia się organizmu.

„Z medycznego punktu widzenia rozróżnia się dwa zasadnicze typy zmian: obniżenie sprawności fizycznej oraz tzw. mnogą patologię" (Krzymiński 1993, za: Straś-Romanowska, 2009, s. 265). Biorąc pod uwagę fakt, jak duża jest rozbieżność wieku pomiędzy poszczególnymi osobami w tym okresie życia, można stwierdzić, że w różnym stopniu zmagają się one z obniżeniem sprawności fizycznej organizmu. Jak już wcześniej zostało wspomniane, w tym okresie życia znajdują się zarówno 60 latkowie, jak i 90 latkowie. Można więc przypuszczać, że osoba 90 letnia w znacznie większym stopniu będzie się zmagała ze spadającą sprawnością organizmu niż osoba 60 letnia. Choć nie zawsze to musi być regułą. Spadająca sprawność fizyczna przejawia się przede wszystkim w ograniczeniu sprawności do wysiłku oraz zwiększającym się stopniem podatności na zmęczenie. W codziennym życiu jednostki wiąże się to z koniecznością ograniczenia aktywności. W dalszej konsekwencji wiąże się to z ogólnym spadkiem wigoru. Powyższe zmiany są następstwem ważnego procesu, który zachodzi w tym

okresie życia, nazywanym deterioracją czynności organizmu. Proces ten objawia się stopniowym słabnięciem funkcji niemal wszystkich narządów ciała. Należy jednak podkreślić, że wymierne obniżenie sprawności fizycznej zazwyczaj wcale nie jest skutkiem procesu starzenie się. Zwykle dochodzi do niego w konsekwencji chorób (Straś-Romanowska, 2009).

Wiele osób w tym okresie życia doświadcza konieczności jednoczesnego zmagania się z wieloma dolegliwościami na raz. Jest to spowodowane tzw. mnogą patologią. „Terminem *mnogiej patologii* określa się występowanie kilku dolegliwości równocześnie u tej samej osoby, spowodowane przewagą procesów katabolicznych nad metabolicznymi" (Krzymiński, za: Straś-Romanowska, 2009, s. 266). "Wśród najczęściej występujących chorób somatycznych w starości wymienia się choroby infekcyjne związane z obniżeniem odporności organizmu, choroby układu krążenia, oddechowego i pokarmowego, choroby narządu ruchu oraz układu hormonalnego (głównie cukrzycę). Po 65. r.ż. wzrasta prawdopodobieństwo wystąpienia chorób psychicznych" (Straś-Romanowska, 2009, s. 266.). "Fizjologiczne starzenie się dotyczy wszystkich układów i narządów organizmu człowieka, niekiedy jednak trudno jest różnicować skutki starzenia się biologicznego od wpływu chorób przewlekłych na proces starzenia się" (Steuden, 2012, s. 39).

Ważną zmianą, która zachodzi w układzie nerwowym u osób w omawianym okresie życia jest przerzedzanie się sieci dendrytów w mózgu. W skutek eliminacji najważniejszych połączeń synaptycznych dochodzi do wydłużenia czasu reakcji. W codziennym życiu osoby starsze z reguły nawet najprostsze czynności wykonują w zwolnionym tempie, ponadto kiedy uczestniczą w rozmowie z drugą osobą i są o coś pytane, odpowiadają na pytania powolnym tempem (Bee, 2004, za: Janiszewska-Rain, 2013).

Problemy ze wzrokiem występują u ludzi w różnych okresach życia. Doświadczają je już nawet małe dzieci. Jednak u osób starszych

problemy z układem wzrokowym dają się szczególnie we znaki. Bee (2004) zwraca uwagę na powiększenie się „ślepej plamki" na siatkówce oka, co jest konsekwencją zmniejszającego się dopływu krwi do gałki oka.

Podobnego zdania jest Steuden (2012). Zdaniem autorki, u osób po przekroczeniu sześćdziesiątego roku życia występuje upośledzenie ostrości widzenia. Tłumaczy to, dlaczego tak wiele osób starszych napotyka tak spore trudności z orientacją w terenie, kiedy pomieszczenie, w którym się znajdują jest słabo oświetlone, lub gdy spostrzegane przez nich obiekty znajdują się w oddali. Trudności te bowiem wiążą się z problemem z wyraźnym spostrzeganiu obiektów w takich warunkach. Upośledzenie to daje się im szczególnie we znaki także wtedy kiedy warunki otoczenia się pogarszają. Dotyczy to funkcjonowania podczas zmierzchu, mgły czy zachmurzenia. Osoby takie powinny zachować szczególną ostrożność podczas wykonywania takich czynności, jak chociażby prowadzenie przez nie pojazdów mechanicznych. Podczas takich aktywności może się bowiem zdarzyć, że zostaną one oślepione światłem pochodzącym z innych pojazdów uczestniczących w ruchu. Wówczas potrzebują one znacznie więcej czasu aby powrócić do normalnego widzenia, sprzed zdarzenia. Częstym problemem nękającym osoby starsze są także trudności w spostrzeganiu obiektów zlokalizowanych w różnych odległościach. Wiąże się to z obniżeniem zdolności akomodacji, które często spotyka się w tym okresie życia. Opisywane powyżej zmiany w układzie wzrokowym w dużym stopniu wpływają na komfort życia jednostki. Niewątpliwie dla większości takich ludzi wiąże się to ze sporym utrudnieniem w codziennym funkcjonowaniu. Jednak pomimo konieczności zmagania się z tymi trudnościami, codzienna egzystencja takich osób wcale nie musi być w tak dużym stopniu uciążliwa. Istniej bowiem szereg sposobów aby podnieść komfort życia takich osób. Możliwość stosowania chociażby szkieł korekcyjnych bądź też dostęp

do odpowiednich zabiegów operacyjnych w znaczący sposób ułatwia orientację w otoczeniu co przekłada się na komfort funkcjonowania jednostki. Dzięki temu w dużym stopniu podnosi się jakość życia ludzi w tym okresie życia.

Wśród schorzeń oczu występujących w tym okresie życia wymienia się katarakty i jaskrę (Bee, 2004). „Badacze wskazują na związek między utratą wzroku a depresją czy obniżonym samopoczuciem" (Wahl, Becker, Burmedi, Schilling, 2004, za J. Janiszewska-Rain, 2013, s.598). Można to tłumaczyć tym, że utrata wzroku w znaczący sposób ogranicza samodzielność jednostki. W związku z czym zostaje ona pozbawiona możliwości wykonywania czy też planowania przeróżnych form aktywności. Czytanie, podróżowanie czy chociażby społeczne udzielanie się zaczynają być poza zasięgiem jednostki (Janiszewska-Rain, 2013).

Wiek późnej dorosłości wiąże się też dla osób starszych z wieloma utrudnieniami związanymi z funkcjonowaniem układu słuchowego. Jak zauważa Janiszewska-Rain (2013) początki zmian w tym obszarze obserwuje się już w wieku średnim, jednak w poważny sposób uaktywniają się one w omawianym okresie życia.

Zdaniem Steuden (2012) jednym z zaburzeń, z którymi zmagają się osoby starsze jest niedosłyszenie starcze. Powoduje to u nich ubytek słyszalności dźwięków o wysokich częstotliwościach. Może się ono również objawiać poprzez odbieranie dźwięków jako głośniejszych niż normalne. Wiąże się to więc nie tylko z utrudnieniem słyszenia, ale także z bólem, który pojawia się wskutek odbioru dźwięku jako znacznie głośniejszego niż normalnie. Po za tym sporadycznie występuje też w tym wieku zaburzenie odbioru dźwięków o niskich częstotliwościach. Cytowana autorka, zwraca także uwagę na kolejny problem, z których zmagają się osoby starsze. Jest on związany z trudnościami w percepcji mowy.

„Nawet jeśli dźwięki są wystarczająco głośne, starsi ludzie mają większe problemy z określeniem słyszanych słów" (Schieber, 1992, za: Bee, 2004, s. 549). „Utrata zdolności rozróżniania poszczególnych słów jest jeszcze większa w warunkach zagłuszania. Zatem uczestnictwo osób starszych w spotkaniach dużych grup jest coraz bardziej dla nich uciążliwe" (Bee, 2004, s. 550). Dyskomfort w takich sytuacjach potęguje dodatkowo nieustanny szum w uszach, który występuje u wielu ludzi starszych (Janiszewska-Rain, 2013).

Do powyższych trudności związanych ze słuchem większość osób starszych potrafi się mimo wszystko przyzwyczaić. Dla wielu osób z tej grupy pogłębiające się trudności w słyszeniu traktowane są jako coś zwyczajnego na tym etapie życia. Czasem bywa tak, że próbują one złagodzić dotykające ich ograniczenia poprzez szereg różnych zachowań. Osoby takie uczestnicząc w rozmowie starają się uważnie słuchać, stawiają dodatkowe pytania, przystawiają bliżej rozmówcy to ucho, które u nich lepiej funkcjonuje. Dużo także zależy od najbliższego otoczenia osoby starszej. Rozmowa z taką osobą wiąże się z koniecznością zwiększenia głośności wypowiadanych słów, a przede wszystkim z cierpliwością. Niestety często taka forma dialogu okazuje się zbyt trudna dla obu stron. Dla osoby starszej może oznaczać to próbę krzyczenia na nią, zamiar podkreślenia jej deficytu, przez co może poczuć się poniżana. Natomiast osoby z najbliższego otoczenia, z reguły szybko się zniechęcają, w znaczący sposób ograniczają rozmowę lub też po prostu z niej rezygnują. W dzisiejszych czasach czymś normalnym jest, że ludzie starsi korzystają z różnych odbiorników, w tym głównie radia lub telewizora. Wówczas osoby takie korzystają z prostej możliwości złagodzenia dolegliwości związanych ze słuchem, jaką jest regulacja siły nadawania głosu z danego odbiornika. Poza tym jeśli u kogoś z nich problem ze słuchem wynika z ubytku odbioru dźwięków ze względu na częstotliwość, istnieje możliwość złagodzenia takiej wady poprzez

zastosowanie odpowiedniego aparatu słuchowego. Niełatwo jednak osobom w tym wieku funkcjonować w codziennej rzeczywistości, kiedy obierane próby korekty nie przynoszą oczekiwanego skutku. Wówczas wskutek takich niepowodzeń, bardzo często narasta u takich osób poczucie niezrozumienia i osamotnienia, izolacja od otoczenia, a także podejrzliwość i nieufność (Steuden, 2012).

W wieku późnej dorosłości pojawiają się również zmiany w zakresie węchu i smaku. Z biegiem czasu u osób starszych pogarsza się zdolność odczuwania smaków. Często występuje u nich skłonność do przesadnego przyprawiania potraw chociażby solą lub cukrem. Niedoświadczanie doznań smakowych może spowodować u nich skrajne zubożenie diety (Bee, 2004; za: Janiszewska-Rain, 2013).

Zmiany w okresie późnej dorosłości dotyczą również obszaru aktywności dobowej. „Starsze osoby częściej budzą się w nocy, spada u nich częstotliwość ruchów gałek ocznych, związana z fazą REM snu, czyli fazą marzeń sennych, częściej budzą się wcześnie rano i kładą wcześnie spać, a także ucinają sobie drzemkę w trakcie dnia" (Janiszewka-Rain, 2013, s. 600).

Ponadto u osób starszych pojawiają się problemy w takich obszarach jak: zmysł równowagi, układ mięśniowy i kostny. Mają one kłopoty z błędnikiem, co powoduje, że w życiu codziennym doświadczają one sporych problemów z utrzymaniem równowagi na nierównym chodniku, czy podczas korzystania ze środków komunikacji. Zwiększa to także niebezpieczeństwo upadków i złamań, które w tym wieku są wyjątkowo groźne i trudniej się zrastają. Zmiany zwyrodnieniowe czy odwapnienie kości dodatkowo to ryzyko zwiększają. U osób w tym wieku dochodzi również do spowolnienia ruchów wskutek utraty sprężystości mięśni (Bee, 2004; za: Janiszewska-Rain, 2013).

2.3. Psychospołeczny wymiar okresu późnej dorosłości

Każdy człowiek w trakcie swojego życia musi stawić czoła wielu trudnym wydarzeniom. Zjawisko straty u każdego z nas odgrywa ważną rolę. Przechodząc przez poszczególne etapy naszego życia musimy stawić czoła przeróżnym doświadczeniom związanym ze stratą kogoś lub czegoś. Jednak w okresie późnej dorosłości pojęcie straty nabiera szczególnego znaczenia. Zazwyczaj wydarzenia związane ze stratą sprawiają, że pojawiają się w silne, negatywne emocje. Kumulacja negatywnych emocji i strata kogoś, czy czegoś dla nas bardzo ważnego, może spowodować, że takie doświadczenie stanie się tzw. zdarzeniem krytycznym, nazywanym też kryzysogennym. Bardzo znacząco wpływa ono na aktualne życie jednostki. Bardzo często wymusza na jednostce zmianę jej obecnej postawy względem rzeczywistości. Często okazuje się wówczas, że jej dotychczasowa koncepcja lub filozofia życiowa traci swoją ważność. Inaczej mówiąc, dochodzi do sytuacji, w której osoba staje przed koniecznością nowej adaptacji (Straś-Romanowska, 2009).

Jednym z takich zdarzeń krytycznych w okresie późnej dorosłości są zmiany, które można zaobserwować w fizycznym obszarze jednostki i sposobie jej funkcjonowania. W okresie starości przejawy procesu starzenia się stają się coraz bardziej widoczne w wyglądzie zewnętrznym. Skóra takich osób staje się coraz bardziej pomarszczona, sucha. Ponadto z biegiem lat staje się ona coraz mniej elastyczna i pojawiają się na niej coraz liczniejsze przebarwienia. Proces siwienia włosów nabiera swojego tempa. Rysy twarzy osoby starszej stają się ostrzejsze a jej mimika staje się coraz bardziej zubożała. Zmniejsza się także elastyczność mięśni całego organizmu, a część z nich nawet zanika. Ciało traci swoją dynamikę, ruchy rąk stają się coraz mniej precyzyjne (Steuden, 2012).

W omawianym okresie życia znacznemu ograniczeniu ulega więc przestrzeń fizyczna. Nawet z pozoru proste czynności zaczynają wymagać coraz większego wysiłku. Wędrówka do wyznaczonego celu wiąże się z coraz większym nakładem sił. Coraz częściej trzeba zrezygnować chociażby z takich form aktywności, jak wycieczki górskie, które wykraczają już poza możliwości jednostki (Brzezińska, Hejmanowski, 2013).

Kolejnym wydarzeniem krytycznym w tym okresie życia jest utrata bliskich osób. Straty bliskich osób doświadczamy praktycznie na każdym etapie życia człowieka. Jednak, jak zauważa Straś-Romanowska (2009, s. 267), „osoby stare, częściej niż młode, doświadczają wdowieństwa, utraty długoletnich przyjaciół, częściej też padają ofiarą konfliktów rodzinnych, wskutek czego czują się osamotnione, pozbawione oparcia, zagrożone.” Kielar-Turska (2000) podkreśla, jak bardzo traumatycznym przeżyciem dla osoby starszej jest śmierć małżonka. Świadczy o tym fakt, że znajduje się ono na pierwszym miejscu wśród czynników stresogennych. Cytowana autorka zwraca uwagę, na to, że po 60 roku życia częściej wdowieją kobiety niż mężczyźni. Zazwyczaj taką sytuację gorzej znoszą mężczyźni, ale z drugiej strony mają oni większe szanse na to, że uda im się stworzyć nowy związek. Brzezińska i Hejmanowski (2013) zauważają, że w tym wieku może się również zdarzyć tak, że osoby starsze muszą stawić czoła niezwykle bolesnemu doświadczeniu jakim jest śmierć własnych dzieci, lub nawet wnuków.

Następnym zdarzeniem krytycznym w okresie starości jest utrata statusu społecznego i ekonomicznego związanego z przejściem na emeryturę. „Przejście na emeryturę oznacza koniec kariery zawodowej i dla większości osób nie jest decyzją łatwą. Niektóre osoby, starając się, aby przejście to było łagodne, chcą nadal pracować na części etatu" (Kielar-Turska, 2000, s. 326).

Jak stwierdza Janiszewska-Rain (2013) w przypadku osób z grupy młodsi starsi (60-75) może wystąpić potrzeba „powiązania bagażu". Jest ona związana z całościowym spojrzeniem na swoje dotychczasowe życie. Poza tym kobiety, które wcześniej nie miały czasu dla siebie, w tym okresie życia mają możliwość rozwinięcia własnej aktywności. Najczęściej angażują się one w wolontariat, działalność charytatywną czy inne organizacje, często o charakterze religijnym.

Wydarzeniem krytycznym w omawianym okresie jest też utrata poczucia przydatności i prestiżu. „Chodzi tu o utratę poczucia, że jest się przydatnym najbliższym oraz, że zajmuje się wśród nich znaczącą pozycję będącą wypadkową przydatności w różnych sytuacjach życiowych. Poczucie, o którym tu mowa wynika z faktu, że jest się po prostu mniej sprawnym zarówno w sensie psychicznym jak i fizycznym, a więc mniej zdolnym do troszczenia się o innych i sprawowania opieki nad nimi w sposób charakterystyczny dla wcześniejszych stadiów dorosłości. Oczywiście istotne znaczenie ma tu również fakt, że własne dzieci są już dojrzałymi, w pełni autonomicznymi osobami, i nie potrzebują tych przejawów troski, które były im tak potrzebne wcześniej." (Brzezińska, Hejmanowski, 2013, s. 644)

Bardzo trudnym doświadczeniem dla osób w wieku późnej dorosłości jest także przybliżająca się perspektywa śmierci. W tej właśnie fazie życia czymś wyjątkowo bliskim i realnym staje się świadomość przybliżania się kresu ludzkiej egzystencji. Dla każdej jednostki na tym etapie życia wyjątkowo bliska staje się myśl, że po tej fazie życia nie następuje już następna faza rozwojowa. Zakończeniem tego okresu życia jest śmierć. Nie da się zaprzeczyć jej istnieniu, bez względu na stopień pogodzenia się z nią, przez daną osobę (Steuden, 2012).

2.4. Psychologiczny wymiar okresu późnej dorosłości

Starzenie się jest dosyć specyficznym procesem w życiu człowieka. Zmiany, które w trakcie tego procesu następują ujawniają się w organizmie człowieka poprzez rozwój określonych funkcji aż po ich słabnięcie. Należy tutaj podkreślić, że zmiany te zachodzą u poszczególnych jednostek w różnicowanym tempie i zakresie. W okresie późnej dorosłości mają miejsce ważne przeobrażenia w sferze osobowości, funkcji poznawczych, relacji społecznych (Steuden, 2012).

„W pierwszym okresie późnej dorosłości (60-75 lat) funkcjonowanie poznawcze pozostaje na tym samym poziomie, co w okresie średniej dorosłości. Widoczne zmiany zachodzą dopiero u starszych (75-85 lat) i najstarszych starszych (po 85 r.ż.) (Bee, 2004, za: Janiszewska – Rain, 2013, s. 602). „Z danych literatury przedmiotu można wnosić, że pomimo zmian dokonujących się w zakresie niektórych funkcji psychicznych sprawność intelektualna większości osób utrzymuje się na podobnym poziomie do około 60 r.ż., a w długim okresie starości zależy od jej fazy" (Bich, Malim, 1999, za: Steuden, 2012, s. 49).

Osoby starsze potrzebują więcej czasu na zapamiętanie różnych informacji. Podobnie ma się sprawa z ich późniejszym odtworzeniem z pamięci. Trochę mniej problemów przynosi im za to rozpoznawanie. U osób w tym wieku szwankuje też zapamiętywanie tego, skąd pochodzi zapamiętana przez nie informacja oraz to, jak ją zdobyli (Simons, Bell, Schacter, Dodson, 2004, za: Janiszewska-Rain, 2013).

Badacze zajmujący się rozwojem osobowości w kolejnych etapach życia bardzo często sięgają do prac E. H. Eriksona. Zgodnie z jego koncepcją starość przypada na VII stadium rozwoju, którego specyfikę charakteryzują: integracja ego i rozpacz (Straś-Romanowska, 2009).

„Integralność można określić jako skłonność umysłu do doświadczania ładu, harmonii i sensu w odniesieniu do całego

otaczającego świata, ludzi i własnego życia, tak przeszłego, jak i teraźniejszego, o tyle rozpacz wiąże się z niemożnością pogodzenia się z faktem, że na tym jednym, już przeżytym życiu kończy się cała egzystencja" (Brzezińska, Hejmanowski, 2013, s. 632). Erikson był zdania, że osiągnięcie integralności oznacza dla jednostki odkrycie sensu życia oraz posiadanie przekonania, co do słuszności drogi życiowej, którą obrała. Słuszność ta nie podlega zmianie pomimo posiadania przez nią świadomości, że droga ta mogłaby biec inaczej (Straś-Romanowska, 2009).

Steuden (2012) zwraca uwagę na badania, które prowadzili tacy badacze, jak chociażby Neugarten (1968). W trakcie tych badań podjęto się próby określenia wzorców osobowości i funkcjonowania osób starszych. W ich efekcie wyodrębniono takie typy osobowości jak: zintegrowana, obronna, pasywno – zależna, niezintegrowana.

W przypadku osobowości zintegrowanej, poszczególne, składające się na nią czynniki, są ze sobą dobrze dopasowane. Jednostki takie dobrze radzą sobie, jeśli chodzi o funkcjonowanie psychospołeczne. Ich funkcje poznawcze są na dobrym poziomie. Uczestnicząc w różnego rodzaju zadaniach życiowych wykazują się dużą kompetencją. Ponadto w życiu codziennym mają wysokie poczucie satysfakcji życiowej. W ramach tego rodzaju osobowości wyróżnia się takie wzorce funkcjonowania psychospołecznego jak:

- reorganizator – są to jednostki cechujące się dużą aktywnością w organizacjach i stowarzyszeniach. Ponadto osoby takie nieustannie modyfikują swoją aktywność;
- skupiony – są to jednostki z poczuciem satysfakcji życiowej, jednak nie są tak społecznie aktywne jak osoby z poprzedniego wzorca. Swoją uwagę skupiają na kilku upatrzonych czynnościach;
- niezaangażowany – jednostki te mają podobne poczucie satysfakcji życiowej jak osoby z poprzedniego wzorca, ale ich aktywność społeczna jest znacznie niższa.

Natomiast ludzie starsi o osobowości obronnej skupiają się przede wszystkim na osiąganiu sukcesów, a kiedy napotkają problemy ujawnia się u nich postawa obronna. Jednostki takie nieustannie kontrolują swoje zachowanie. W przypadku tego rodzaju osobowości możemy wyróżnić następujące wzorce funkcjonowania psychospołecznego:

- powstrzymujący – dla tych osób charakterystyczne jest przejawianie zachowań typowych dla wcześniejszego okresu życia. Aktywność jakiej się podejmują w mniemaniu tych osób jest wyznacznikiem ich wartości,
- ograniczający – jednostki takie na różne sposoby bronią się przed starością. Mają poczucie satysfakcji z życia, pomimo tego, że w wykonywanych rolach społecznych nie są zbyt aktywne.

Natomiast dla osobowości pasywno-zależnej charakterystyczne jest zestawienie dwóch wzorców funkcjonowania:

- szukający wspomagania – są to przede wszystkim jednostki o dużej zależności od innych i dużym zapotrzebowaniu na wsparcie emocjonalne,
- apatyczny – są to przede wszystkim jednostki przesadnie pasywne i apatyczne.

Natomiast w przypadku osobowości niezintegrowanej powyżej wspomniane czynniki są ze sobą zupełnie niezharmonizowane.

Poszczególne jednostki na różnych etapach życia przejawiają charakterystyczne zachowania społeczne. Obserwując ludzi w okresie późnej dorosłości również stwierdzono występowanie takich typowych zachowań. W związku z czym wyodrębniono teorie opisujące mechanizm przystosowania się do starości. Warte uwagi są dwie odmienne i jednocześnie uzupełniające się teorie: aktywności oraz wycofania się. Według pierwszej z tych teorii najkorzystniejsze w przebiegu procesu starzenia się jest pozostanie cały czas aktywnym.

Z kolei teoria wycofania się głosi pogląd odmienny. Zgodnie z nią to nie aktywność a wycofanie się z życia społecznego wyraża tendencję rozwojową tego okresu. W ramach tej teorii zwraca się uwagę na sposób życia określany stylem „bujanego fotela". Daje on osobom starszym możliwość analizy przeszłości i odkrycia nowych znaczeń. Warta uwagi jest również teoria stresu starości. W jej ramach zwraca się uwagę na to, że stres związany z procesem starzenia się powoduje rekapitulację cyklu rozwojowego, w konsekwencji czego ogromnego znaczenia dla jednostki nabiera dobrostan fizjologiczny i psychologiczny, a także potrzeba ogólnej stymulacji (Straś-Romanowska, 2009).

3. Metodologiczne podstawy pracy

3. 1. Problemy i hipotezy badawcze

Przedmiotem badań podjętym w tej pracy jest poczucie sensu życia u osób w wieku późnej dorosłości. W czasach, których żyjemy, czas płynie szybko, a człowiek w pogoni za sprawami życia codziennego nie ma czasu na zastanawianie się nad śmiercią. Fazą życia, w której temat śmierci powraca jest niewątpliwie okres późnej dorosłości. Zmiany, które zachodzą w tym okresie wpływają na jakość życia człowieka, a przybliżająca się perspektywa śmierci pociąga za sobą pytanie o sens życia danej jednostki. Ta faza życia wiąże się ze szczególnymi zmianami w funkcjonowaniu jednostki, w tym z wielorakim cierpieniem związanym m. in. z zmniejszoną wydajnością organizmu, pogarszającym się stanem zdrowia. Celem badania było określenie poziomu poczucia sensu życia i samooceny u osób w wieku późnej dorosłości.

W związku z czym rodzą się pytania badawcze:

Jak kształtuje się poczucie sensu życia u osób w późnej dorosłości i jaki jest jego związek z poziomem samooceny?

Czy miejsce pobytu osób badanych (dom prywatny vs dom pomocy społecznej) jest czynnikiem różnicującym poczucie ich sensu życia i poziom samooceny?

Na tej podstawie postawiono następujące hipotezy badawcze:

H1: Istnieje istotny związek między poczuciem sensu życia u osób w wieku późnej dorosłości a ich samooceną.

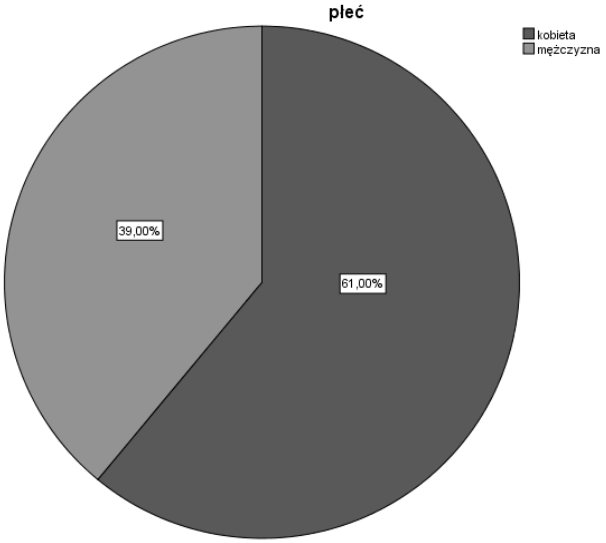
H2: Mieszkańcy domu opieki społecznej różnią się istotnie co do poczucia sensu życia i poziomu samooceny.

H3: Miejsce zamieszkania seniorów jest czynnikiem różnicującym specyfikę związku między poczuciem sensu życia u osób w wieku późnej dorosłości a ich samooceną.

3. 2. Charakterystyka grupy badawczej

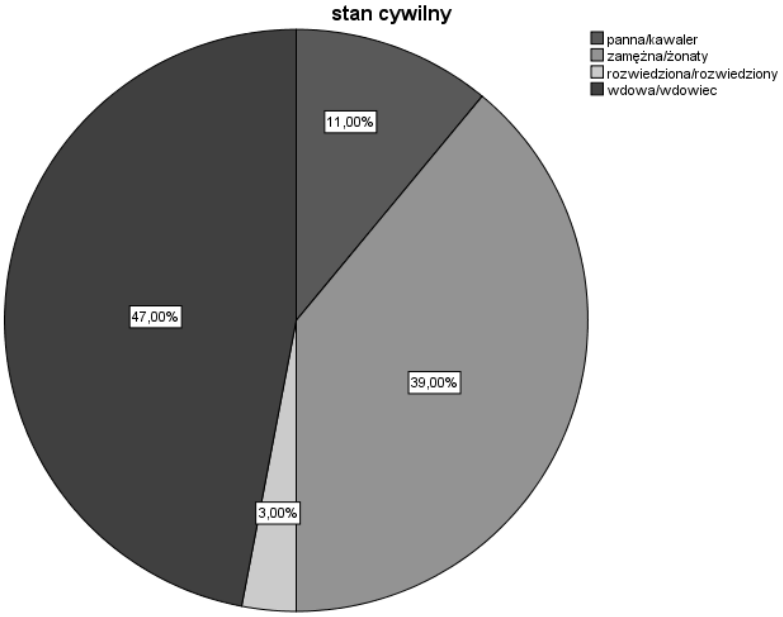
Charakterystyka badanej grupy przedstawia się następująco:

Wykres 1. Charakterystyka badanej grupy z uwzględnieniem zmiennej płci



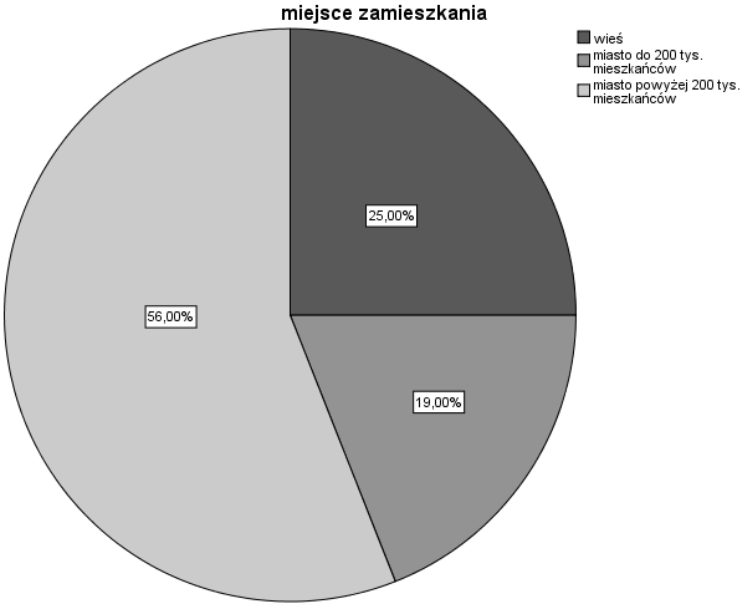
W badaniu wzięło udział sto osób. Grupę badawczą pod względem płci stanowiło 61 kobiet i 39 mężczyzn. Wykres 1 przedstawia procentowy rozkład badanej grupy z uwzględnieniem płci.

Wykres 2. Stan cywilny badanej grupy



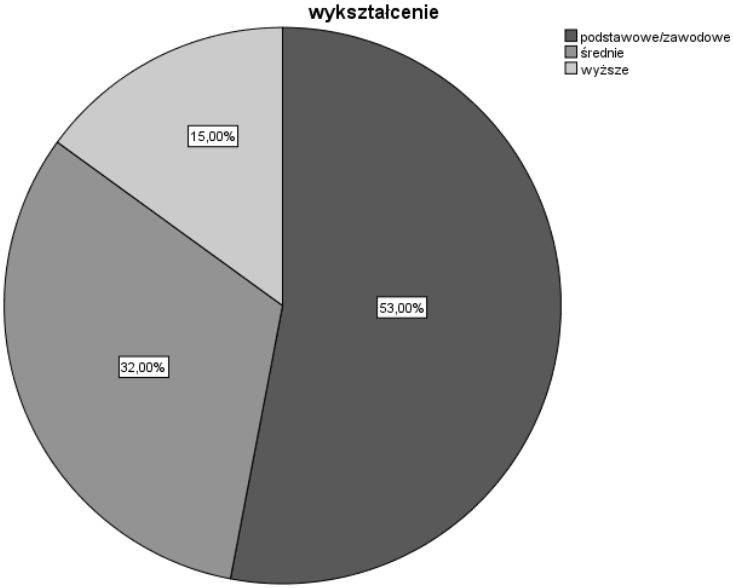
W badaniu wzięło udział 11 osób stanu wolnego, 39 osób przebywających w związku małżeńskim, 3 osoby rozwiedzione oraz 47 owdowiałych osób. Procentowy udział stanu cywilnego osób badanych przedstawia wykres 2.

Wykres 3. Charakterystyka badanej grupy z uwzględnieniem miejsca zamieszkania osób badanych



Dwadzieścia pięć badanych osób pochodziło ze wsi. 19 osób pochodziło z miasta do 200 tys. mieszkańców, a 56 badanych osób z miasta powyżej 200 tys. mieszkańców. Wykres 3 pokazuje jak kształtuje się rozkład miejsca zamieszkania osób badanych w procentach.

Wykres 4. Wykształcenie badanej grupy



Pięćdziesiąt trzy badane osoby posiadają wykształcenie podstawowe/zawodowe, 32 osoby wykształcenie średnie a 15 osób wykształcenie wyższe. Dane dotyczące wykształcenia zostały przedstawione procentowo na wykresie 4.

3. 3. Zmienne

Dla zobrazowania podjętego problemu i weryfikacji postawionych hipotez badawczych wyodrębniono następujące założenia i zmienne. W pierwszej części zostanie przeprowadzona statystyczna analiza otrzymanych wyników ankiety i testów dla zweryfikowania hipotez. W tym celu jako zmienne będą potraktowane następujące parametry:

- zmienne niezależne:
    - miejsce zamieszkania

- zmienne zależne:
    - poczucie sensu życia
    - poziom samooceny
- w części korelacyjnej poszczególnymi zmiennymi będą skale z zastosowanych testów SES i KPŻ.

3. 4. Metody i narzędzia badawcze

Uwzględniając adekwatność narzędzi do omawianego problemu badawczego oraz ich parametry statystyczne, wybrano następujące narzędzia badawcze:

3. 4. 1. Kwestionariusz Postaw Życiowych (KPŻ)

Kwestionariusz Postaw Życiowych autorstwa R. Klamuta jest polską adaptacją Kwestionariusza Life Attitudes Profile – Revised (LAP-R) G. T. Rekera. Składa się on z 48 twierdzeń, które odnoszą się do poczucia sensu życia, tworzących sześć skal prostych:

- Cel – „poczucie ukierunkowania w życiu na obiektywny sens i wartości. Takie przekonanie jest podstawą do zaspokojenia potrzeby sensu, a w efekcie również do odczuwania sensu własnego życia" (Klamut, 2010, s.19).
- Spójność Wewnętrzna – „świadczy o posiadaniu poczucia tożsamości, o przekonaniu dotyczącym rozumienia własnego miejsca w świecie, własnej odrębności oraz uporządkowania własnych odniesień do świata" (Klamut, 2010, s.20).
- Akceptacja Śmierci – „charakteryzuje się zrozumieniem przemijalności ludzkiej natury, a sama śmierć staje się źródłem nadającym sens ludzkiemu życiu. Pozytywne odniesienie do śmierci łączy się z głębszą refleksją i większym dystansem do życia, własnych działań i wyborów" (Frankl, 1984; Próchniak, 2005, za: Klamut, 2010, s. 21).

- Kontrola Życia – „Osoba definiuje własne możliwości i w zależności od oceny uwarunkowań oraz ograniczeń podejmuje decyzję o działaniu lub rezygnuje z niego. Czyni to w poczuciu odpowiedzialności za własne życie i działanie, a więc uwzględniając potencjalne konsekwencje" (Klamut, 2010, s. 21, 22).
- Pustka Egzystencjalna – „przejawia się w czterech bardziej szczegółowych odniesieniach do własnego życia i otoczenia. Są to postawa prowizoryczna, związana z poczuciem zagrożenia, postawa fatalistyczna, związana z poczuciem braku możliwości oddziaływania na rzeczywistość, postawa kolektywistyczna, wyrażająca się w rezygnacji z własnej indywidualności, oraz fanatyzm, polegający na absolutyzacji wartości przyjętej grupy odniesienia" (Frankl, 1984, za: Klamut, 2010, s.23).
- Poszukiwanie Celów – „odnosi się do poziomu motywacji do podejmowania działań sensotwórczych i zdolności do przekraczania własnych uwarunkowań w celu ukierunkowania na aktywność nową dla jednostki, często niekonwencjonalną" (Klamut, 2010, s.23).

A także dwie skale złożone: osobowego sensu, na, który składają się cel oraz spójność wewnętrzna; oraz równowagi postaw życiowych, powstająca poprzez dodanie do siebie wyników w skalach: cel, spójność wewnętrzna, kontrola życia, akceptacja śmierci, następnie od uzyskanego wyniku odejmuje się łączny wynik skal: pustka egzystencjalna oraz poszukiwanie celów.

3. 4. 2. Skala Samooceny Rosenberga (SES)

Skala Samooceny Rosenberga, autorstwa M. Rosenberga. Na język polski została przetłumaczona przez Irenę Dzwonkowską, Kingę Lachowicz – Tabaczek oraz Mariolę Łagunę w 2008 roku. Składa się z 10 stwierdzeń. Badany w każdym stwierdzeniu ma do dyspozycji

czterostopniową skalę, na której zakreśla jedną odpowiedź. Są one w szeregu od 1 do 4. Poszczególne cyfry odpowiadają stopniu w jakim osoba badana zgadza się z danym stwierdzeniem. 5 stwierdzeń wyrażonych jest w formie pozytywnej a 5 w formie negatywnej.

Skala ta umożliwia ocenę poziomu ogólnej samooceny, czyli względnie stałej dyspozycji, ujmowanej jako świadoma pozytywna lub negatywna postawa wobec Ja.

3. 5. Procedura badania

Poszczególne kwestionariusze do osób z domów prywatnych zostały częściowo dostarczone we współpracy ze studentami psychologii. Badania osób w DPS zostały przeprowadzone dzięki życzliwości i przy pomocy osób w nim pracujących. W obu przypadkach w razie jakich wątpliwości czy niejasności osoby, które dostarczały kwestionariusze służyły pomocą badanym. Ze względu na wiek i stan zdrowia, osób badanych, dostarczający kwestionariusze pomagali im w wypełnianiu poszczególnych narzędzi. Pomoc ta polegała na tym, że czytali oni poszczególne pytania, następnie po udzieleniu odpowiedzi przez osobę badaną, zaznaczali wskazaną odpowiedź. Badani mieli dowolny czas na wypełnienie poszczególnych kwestionariuszy.

3. 6. Analiza wyników badań własnych

Charakterystyka opisowa wyników uzyskanych w Kwestionariuszu do badania Poczucia Sensu Życia (KPŻ).

Tabela 1. Statystyki opisowe dla wyników uzyskanych w poszczególnych skalach Kwestionariusza Postaw Życiowych dla całej grupy badawczej

	cel	**spójność wewnętrzna**	**kontrola życia**	**akceptacja śmierci**	**pustka egzystencjalna**	**poszukiwanie celów**	**osobowego sensu**	**równowaga postaw życiowych**
Średnia	38,48	40,64	40,31	39,18	27,06	33,36	79,12	98,20
Błąd standardowy średniej	1,179	1,020	1,076	1,087	0,680	1,077	2,136	3,274
Mediana	42,50	44,00	44,00	43,00	27,00	35,00	87,00	108,50
Dominanta	48	48	47	48	24	35[a]	92[a]	67[a]
Odchylenie standardowe	11,786	10,200	10,755	10,871	6,803	10,766	21,363	32,743
Wariancja	138,919	104,031	115,671	118,169	46,279	115,909	456,369	1072,121
Skośność	-0,844	-1,154	-1,363	-0,741	-0,210	-0,620	-1,034	-0,679
Błąd standardowy skośności	0,241	0,241	0,241	0,241	0,241	0,241	0,241	0,241
Kurtoza	-0,366	0,501	1,035	-0,524	-0,318	-0,455	0,074	-0,303
Błąd standardowy kurtozy	0,478	0,478	0,478	0,478	0,478	0,478	0,478	0,478
Rozstęp	46	45	46	43	31	44	85	147
Minimum	10	11	9	13	9	8	23	11
Maksimum	56	56	55	56	40	52	108	158

Rozkład wyników dla poszczególnych skal KPŻ przedstawia tabela 2. W skali cel badani uzyskali średni wynik M=38,48. Przy odchyleniu standardowym SD = 11,786; przy czym najniższy wynik wyniósł 10 a najwyższy 56; skośność *As* = -0,844, a kurtoza *K* = -0,366. Zastosowany test normalności rozkładu Kołmogorowa-Smirnowa wykazał istotne różnice ($K\text{-}S_{(100)}$= 0,167; p<0,001). W skali

Spójność wewnętrzna średni wynik wyniósł M = 40,64, odchylenie standardowy SD = 10,200, wyniki skrajne: najniższy 11, a najwyższy 56; skośność *As* = -1,154, a kurtoza *K* = 0,501. Zastosowany test normalności rozkładu Kołmogorowa-Smirnowa wykazał istotne różnice ($K\text{-}S_{(100)}$= 0,185; p<0,001). W skali Kontrola życia badani uzyskali średni wynik M = 40,31, przy odchyleniu standardowym SD = 10,755; przy czym najniższy wynik wyniósł 9, a najwyższy 55; skośność As = -1,363, a kurtoza K = 1,035. Zastosowany test normalności rozkładu Kołmogorowa-Smirnowa wykazał istotne różnice ($K\text{-}S_{(100)}$= 0,239; p<0,001). W skali Akceptacja śmierci badani uzyskali średni wynik M = 39,18, przy odchyleniu standardowym SD = 10,871; przy czym najniższy wynik wyniósł 13, a najwyższy 56, skośność As = -0,741, a kurtoza K = -0,524. Zastosowany test normalności rozkładu Kołmogorowa-Smirnowa wykazał istotne różnice ($K\text{-}S_{(100)}$= 0,187; p<0,001). W skali Pustka egzystencjalna badani uzyskali średni wynik M = 27,06, przy odchyleniu standardowym SD = 6,803; przy czym najniższy wynik wyniósł 9, a najwyższy 40; skośność As = -0,210, a kurtoza K = -0,318. Rozkład wyników w tej skali też nie odbiega istotnie od rozkładu normalnego ($K\text{-}S_{(100)}$= 0,076; p>0,05). W skali Poszukiwanie celów badani uzyskali średni wynik M = 33,36, przy odchyleniu standardowym SD= 10,766; przy czym najniższy wynik wyniósł 8, a najwyższy 52; skośność As = -0,620 a kurtoza K = -0,455. Zastosowany test normalności rozkładu Kołmogorowa-Smirnowa wykazał istotne różnice ($K\text{-}S_{(100)}$= 0,130; p<0,001). W skali Osobowy sens badani uzyskali średni wynik M=79,12, przy odchyleniu standardowym SD = 21,363; przy czym najniższy wynik wyniósł 23, a najwyższy 108; skośność As = - 1,034, a kurtoza K = 0,074. Zastosowany test normalności rozkładu Kołmogorowa-Smirnowa wykazał istotne różnice ($K\text{-}S_{(100)}$= 0,168; p<0,001). W skali Równowaga postaw życiowych badani uzyskali średni wynik M =98,20, przy odchyleniu standardowym SD = 32,743;

przy czym najniższy wynik wyniósł 11, a najwyższy 158; skośność As = -0,679, a kurtoza K = -0,303. Zastosowany test normalności rozkładu Kołmogorowa-Smirnowa wykazał istotne różnice ($K\text{-}S_{(100)}$= 0,129; p<0,001).

Tabela 2. Statystyki opisowe dla wyników uzyskanych w Skali Samooceny Rosenberga dla całej grupy badawczej

	samoocena
Średnia	29,59
Błąd standardowy średniej	0,589
Mediana	30,00
Dominanta	30
Odchylenie standardowe	5,888
Wariancja	34,669
Skośność	-0,611
Błąd standardowy skośności	0,241
Kurtoza	0,787
Błąd standardowy kurtozy	0,478
Rozstęp	30
Minimum	10
Maksimum	40

Rozkład wyników w SES przedstawia tabela 2. Badani uzyskali średni wynik M=29,59, przy odchyleniu standardowym SD = 5,888; przy czym najniższy wynik wyniósł 10 a najwyższy 40; skośność *As* = -0,611, a kurtoza *K* = 0,787. Zastosowany test normalności rozkładu Kołmogorowa-Smirnowa wykazał istotne różnice ($K\text{-}S_{(100)}$= 0,100; p<0,05).

Tabela 3. Statystyki opisowe dla wyników uzyskanych w poszczególnych skalach Kwestionariusza Postaw Życiowych dla mieszkańców domów prywatnych

	cel	**spójność wewnętrzna**	**kontrola życia**	**akceptacja śmierci**	**pustka egzystencjalna**	**poszukiwanie celów**	**osobowego sensu**	**równowaga postaw życiowych**
Średnia	38,88	41,46	42,78	34,66	28,00	34,82	80,34	94,98
Mediana	41,00	43,00	43,00	35,00	26,50	36,50	82,50	100,50
Dominanta	42	43	42	43	24	37	85	67
Odchylenie standardowe	9,356	6,622	6,705	10,016	5,761	8,310	14,735	27,360
Wariancja	87,536	43,845	44,951	100,311	33,184	69,049	217,127	748,591
Skośność	-0,387	-1,137	-0,602	-0,119	0,328	-0,383	-0,671	-0,396
Błąd standardowy skośności	0,337	0,337	0,337	0,337	0,337	0,337	0,337	0,337
Kurtoza	-0,547	1,756	0,336	-0,633	-0,501	-0,365	0,440	-0,600
Błąd standardowy kurtozy	0,662	0,662	0,662	0,662	0,662	0,662	0,662	0,662
Rozstęp	39	32	29	39	23	35	67	114
Minimum	17	19	26	17	17	14	36	23
Maksimum	56	51	55	56	40	49	103	137

Rozkład wyników dla poszczególnych skal KPŻ przedstawia tabela 3. W skali cel badani uzyskali średni wynik M=38,88. przy odchyleniu standardowym SD = 9,356; przy czym najniższy wynik wyniósł 17 a najwyższy 56; skośność *As* = -0,387, a kurtoza *K* = -0,547.

Zastosowany test normalności rozkładu Kołmogorowa-Smirnowa wykazał nieistotne różnice ($K\text{-}S_{(50)}$= 0,782; p>0,05). W skali Spójność wewnętrzna średni wynik wyniósł M = 41,46, odchylenie standardowy SD = 6,622, wyniki skrajne: najniższy 19, a najwyższy 51; skośność *As* = -1,137, a kurtoza *K* = 1,756. Rozkład wyników w tej skali również nie odbiega istotnie od normalnego ($K\text{-}S_{(50)}$= 0,936; p>0,05). W skali Kontrola życia badani uzyskali średni wynik M = 42,78, przy odchyleniu standardowym SD = 6,705; przy czym najniższy wynik wyniósł 26, a najwyższy 55; skośność As = -0,602, a kurtoza K= -0,336. Rozkład wyników w tej skali, również nie odbiega istotnie od rozkładu normalnego ($K\text{-}S_{(50)}$= 1,126; p>0,05).W skali Akceptacja śmierci badani uzyskali średni wynik M = 34,66, przy odchyleniu standardowym SD = 10,016; przy czym najniższy wynik wyniósł 17, a najwyższy 56, skośność As = -0,119, a kurtoza K = -0,633. Rozkład wyników w tej skali, także nie odbiega istotnie od rozkładu normalnego ($K\text{-}S_{(50)}$= 0,761; p>0,05). W skali Pustka egzystencjalna badani uzyskali średni wynik M = 28,00, przy odchyleniu standardowym SD = 5,761; przy czym najniższy wynik wyniósł 17, a najwyższy 40; skośność As = 0,328, a kurtoza K = -0,501. Rozkład wyników w tej skali też nie odbiega istotnie od rozkładu normalnego ($K\text{-}S_{(50)}$= 0,960; p>0,05). W skali Poszukiwanie celów badani uzyskali średni wynik M = 34,82, przy odchyleniu standardowym SD= 8,310; przy czym najniższy wynik wyniósł 14, a najwyższy 49; skośność As = -0,383 a kurtoza K = -0,365. Rozkład wyników w tej skali, również nie odbiega istotnie od rozkładu normalnego($K\text{-}S_{(50)}$= 0,732; p>0,05).W skali Osobowy sens badani uzyskali średni wynik M=80,34, przy odchyleniu standardowym SD = 14,735; przy czym najniższy wynik wyniósł 36, a najwyższy 103; skośność As = - 0,671, a kurtoza K = 0,440. Rozkład wyników w tej skali też nie odbiega istotnie od rozkładu normalnego ($K\text{-}S_{(50)}$= 0,736; p>0,05). W skali Równowaga postaw życiowych badani uzyskali średni wynik M =94,98, przy odchyleniu standardowym SD = 27,360; przy

czym najniższy wynik wyniósł 23, a najwyższy 137; skośność As = -0,396, a kurtoza K = -0,600. Rozkład wyników w tej skali, także nie odbiega istotnie od rozkładu normalnego ($K\text{-}S_{(50)}$= 0,767; p>0,05).

Tabela 4. Statystyki opisowe dla wyników uzyskanych w poszczególnych skalach Kwestionariusza Postaw Życiowych dla mieszkańców Domu Pomocy Społecznej

	cel	spójność wewnętrzna	kontrola życia	akceptacja śmierci	pustka egzystencjalna	poszukiwanie celów	osobowego sensu	równowaga postaw życiowych
Średnia	38,08	39,82	37,84	43,70	26,12	31,90	77,90	101,42
Mediana	44,50	46,00	45,00	47,00	27,00	35,00	92,00	116,00
Dominanta	48	48	47	48	27	35	96	61[b]
Odchylenie standardowe	13,886	12,844	13,278	9,836	7,650	12,680	26,493	37,368
Wariancja	192,810	164,967	176,300	96,745	58,516	160,786	701,888	1396,371
Skośność	-0,898	-0,890	-0,983	-1,884	-0,278	-0,470	-0,903	-0,911
Błąd standardowy skośności	0,337	0,337	0,337	0,337	0,337	0,337	0,337	0,337
Kurtoza	-0,801	-0,709	-0,631	2,779	-0,712	-1,077	-0,839	-0,198
Błąd standardowy kurtozy	0,662	0,662	0,662	0,662	0,662	0,662	0,662	0,662
Rozstęp	44	45	44	43	31	44	85	147
Minimum	10	11	9	13	9	8	23	11
Maksimum	54	56	53	56	40	52	108	158

Rozkład wyników dla poszczególnych skal KPŻ przedstawia tabela 4. W skali cel badani uzyskali średni wynik M=38,08, przy odchyleniu standardowym SD = 13.886; przy czym najniższy wynik wyniósł 10 a najwyższy 54; skośność *As* = -0,898, a kurtoza *K* = -0,801.

Zastosowany test normalności rozkładu Kołmogorowa-Smirnowa wykazał istotne różnice ($K\text{-}S_{(50)}$= 1,828; p<0,01). W skali Spójność wewnętrzna średni wynik wyniósł M = 39,820, odchylenie standardowy SD = 12,844, wyniki skrajne: najniższy 11, a najwyższy 56; skośność *As* = -0,890, a kurtoza *K* = -0,709. Rozkład wyników w tej skali odbiega istotnie od normalnego ($K\text{-}S_{(50)}$= 1,892; p<0,01). W skali Kontrola życia badani uzyskali średni wynik M = 37,84, przy odchyleniu standardowym SD = 13,278; przy czym najniższy wynik wyniósł 9, a najwyższy 53; skośność As = -0,983, a kurtoza K= -0,631. Rozkład wyników w tej skali, odbiega istotnie od rozkładu normalnego ($K\text{-}S_{(50)}$= 2,001; p<0,01).W skali Akceptacja śmierci badani uzyskali średni wynik M = 43,70, przy odchyleniu standardowym SD = 9,836; przy czym najniższy wynik wyniósł 13, a najwyższy 56, skośność As = -1,884, a kurtoza K = 2,779. Rozkład wyników w tej skali odbiega istotnie od rozkładu normalnego ($K\text{-}S_{(50)}$= 2,210; p<0,001). W skali Pustka egzystencjalna badani uzyskali średni wynik M = 26,12, przy odchyleniu standardowym SD = 7,650; przy czym najniższy wynik wyniósł 9, a najwyższy 40; skośność As = -0,278, a kurtoza K = -0,712. Rozkład wyników w tej skali nie odbiega istotnie od rozkładu normalnego ($K\text{-}S_{(50)}$= 0,889; p>0,05). W skali Poszukiwanie celów badani uzyskali średni wynik M = 31,90, przy odchyleniu standardowym SD= 12,680; przy czym najniższy wynik wyniósł 8, a najwyższy 52; skośność As = -0,470, a kurtoza K = -1,077. Rozkład wyników w tej skali nie odbiega istotnie od rozkładu normalnego ($K\text{-}S_{(50)}$= 1,172; p>0,05).W skali Osobowy sens badani uzyskali średni wynik M=77,90, przy odchyleniu standardowym SD = 26,493; przy czym najniższy wynik wyniósł 23, a najwyższy 108; skośność As = - 0,903, a kurtoza K = -0,839. Rozkład wyników w tej skali odbiega istotnie od rozkładu normalnego ($K\text{-}S_{(50)}$= 1,940; p<0,01). W skali Równowaga postaw życiowych badani uzyskali średni wynik M =101,42, przy odchyleniu standardowym SD = 37,368; przy czym

najniższy wynik wyniósł 11, a najwyższy 158; skośność As = -0,911, a kurtoza K = -0,198. Rozkład wyników w tej skali nie odbiega istotnie od rozkładu normalnego ($K\text{-}S_{(50)}$= 1,275; p>0,05).

Tabela 5. Statystyki opisowe dla wyników uzyskanych w Skali Samooceny Rosenberga dla mieszkańców domów prywatnych

	samoocena
Średnia	29,10
Mediana	28,50
Dominanta	28
Odchylenie standardowe	4,748
Wariancja	22,541
Skośność	-0,235
Błąd standardowy skośności	0,337
Kurtoza	0,369
Błąd standardowy kurtozy	0,662
Rozstęp	22
Minimum	17
Maksimum	39

Rozkład wyników w SES przedstawia tabela 5. Badani uzyskali średni wynik M=29,10, przy odchyleniu standardowym SD = 4,748; przy czym najniższy wynik wyniósł 17 a najwyższy 39; skośność *As* = -0,235, a kurtoza *K* = 0,369. Zastosowany test normalności rozkładu Kołmogorowa-Smirnowa wykazał nieistotne różnice ($K\text{-}S_{(50)}$= 1,113; p>0,05).

Tabela 6. Statystyki opisowe dla wyników uzyskanych w Skali Samooceny Rosenberga dla mieszkańców Domu Pomocy Społecznej

	samoocena
Średnia	30,08
Mediana	30,00
Dominanta	30
Odchylenie standardowe	6,857
Wariancja	47,014
Skośność	-0,836
Błąd standardowy skośności	0,337
Kurtoza	0,708
Błąd standardowy kurtozy	0,662
Rozstęp	30
Minimum	10
Maksimum	40

Rozkład wyników w SES przedstawia tabela 6. Badani uzyskali średni wynik M=30,08, przy odchyleniu standardowym SD = 6,857; przy czym najniższy wynik wyniósł 10 a najwyższy 40; skośność *As* = -0,836, a kurtoza *K* = 0,708. Zastosowany test normalności rozkładu Kołmogorowa-Smirnowa wykazał nieistotne różnice ($K\text{-}S_{(50)}$= 0,908; p>0,05).

3. 7. Weryfikacja hipotez

Dla weryfikacji hipotezy (H1) mówiącej o istotnym związku między poziomem samooceny a postawami życiowymi u badanych osób zastosowano współczynnik korelacji r-Pearsona (Tabela 7). Analiza statystyczna wykazała istotny i dodatni związek między poziomem samooceny a życiowymi postawami u badanych seniorów w wymiarach: Cel (*r* = 0,639; p<0,001), Spójność Wewnętrzna (*r* = 0,634; p<0,001), Kontrola życia (*r* = 0,468; p<0,001), Akceptacja

śmierci (*r* = 0,399; p<0,001), Osobowy sens (*r* = 0,655; p<0,001) i Równowaga postaw życiowych (*r* = 0,674; p<0,001). W przypadku pozostałych wymiarów związek był również istotny, ale o słabej sile. W wymiarze Pustka egzystencjalna miał on charakter ujemny. Weryfikowana hipoteza została potwierdzona w zasadniczej jej części.

Tabela 7. Współczynnik korelacji r-Pearsona dla skal SES i KPŻ z uwzględnieniem zmiennej miejsca pobytu badanych osób

Skale KPŻ		SES	
		Dom prywatny	DPS
Cel	Korelacja Pearsona	-0,180	0,639**
	Istotność (dwustronna)	0,210	0,000
	N	50	50
Spójność wewnętrzna	Korelacja Pearsona	0,655**	0,684**
	Istotność (dwustronna)	0,000	0,000
	N	50	50
Kontrola życia	Korelacja Pearsona	0,560**	0,604**
	Istotność (dwustronna)	0,000	0,000
	N	50	50
Akceptacja śmierci	Korelacja Pearsona	0,233	0,678**
	Istotność (dwustronna)	0,103	0,000
	N	50	50
Pustka egzystencjalna	Korelacja Pearsona	0,030	-0,158
	Istotność (dwustronna)	0,837	0,274
	N	50	50
Poszukiwanie celów	Korelacja Pearsona	-0,487**	0,521**
	Istotność (dwustronna)	0,000	0,000
	N	50	50
Osobowy sens	Korelacja Pearsona	-0,142	0,666**
	Istotność (dwustronna)	0,324	0,000
	N	50	50
Równowaga postaw życiowych	Korelacja Pearsona	0,667**	0,721**
	Istotność (dwustronna)	0,000	0,000
	N	50	50

W następnej kolejności zweryfikowano prawdziwość hipotezy drugiej (H2.1 i H2.2) – miejsce pobytu osób badanych (dom prywatny vs dom pomocy społecznej) jest czynnikiem różnicującym poziom poczucia ich sensu życia i poziom samooceny oraz specyfikę związku jaka zachodzi między życiowymi postawami i samooceną w wyodrębnionych przez zmienną grupach.

W pierwszej kolejności przeprowadzono analizę opisową wyników w poszczególnych skalach KPŻ oraz SES dla wyodrębnionych grup badanych.

Tabela 8. Statystyki opisowe dla wyników uzyskanych w poszczególnych skalach Kwestionariusza Postaw Życiowych dla mieszkańców domów prywatnych

	cel	**spójność wewnętrzna**	**kontrola życia**	**akceptacja śmierci**	**pustka egzystencjalna**	**poszukiwanie celów**	**osobowego sensu**	**równowaga postaw życiowych**
Średnia	38,88	41,46	42,78	34,66	28,00	34,82	80,34	94,98
Mediana	41,00	43,00	43,00	35,00	26,50	36,50	82,50	100,50
Dominanta	42	43	42	43	24	37	85	67
Odchylenie standardowe	9,356	6,622	6,705	10,016	5,761	8,310	14,735	27,360
Wariancja	87,536	43,845	44,951	100,311	33,184	69,049	217,127	748,591
Skośność	-0,387	-1,137	-0,602	-0,119	0,328	-0,383	-0,671	-0,396
Błąd standardowy skośności	0,337	0,337	0,337	0,337	0,337	0,337	0,337	0,337
Kurtoza	-0,547	1,756	0,336	-0,633	-0,501	-0,365	0,440	-0,600
Błąd standardowy kurtozy	0,662	0,662	0,662	0,662	0,662	0,662	0,662	0,662

	cel	spójność wewnętrzna	kontrola życia	akceptacja śmierci	pustka egzystencjalna	poszukiwanie celów	osobowego sensu	równowaga postaw życiowych
Rozstęp	39	32	29	39	23	35	67	114
Minimum	17	19	26	17	17	14	36	23
Maksimum	56	51	55	56	40	49	103	137

Rozkład wyników dla poszczególnych skal KPŻ przedstawia tabela 8. W skali cel badani uzyskali średni wynik M=38,88. przy odchyleniu standardowym SD = 9,356; przy czym najniższy wynik wyniósł 17 a najwyższy 56; skośność *As* = -0,387, a kurtoza *K* = -0,547. Zastosowany test normalności rozkładu Kołmogorowa-Smirnowa wykazał nieistotne różnice ($K\text{-}S_{(50)}$= 0,782; p>0,05). W skali Spójność wewnętrzna średni wynik wyniósł M = 41,46, odchylenie standardowy SD = 6,622, wyniki skrajne: najniższy 19, a najwyższy 51; skośność *As* = -1,137, a kurtoza *K* = 1,756. Rozkład wyników w tej skali również nie odbiega istotnie od normalnego ($K\text{-}S_{(50)}$= 0,936; p>0,05). W skali Kontrola życia badani uzyskali średni wynik M = 42,78, przy odchyleniu standardowym SD = 6,705; przy czym najniższy wynik wyniósł 26, a najwyższy 55; skośność As = -0,602, a kurtoza K= -0,336. Rozkład wyników w tej skali, również nie odbiega istotnie od rozkładu normalnego ($K\text{-}S_{(50)}$= 1,126; p>0,05).W skali Akceptacja śmierci badani uzyskali średni wynik M = 34,66, przy odchyleniu standardowym SD = 10,016; przy czym najniższy wynik wyniósł 17, a najwyższy 56, skośność As = -0,119, a kurtoza K = -0,633. Rozkład wyników w tej skali, także nie odbiega istotnie od rozkładu normalnego ($K\text{-}S_{(50)}$= 0,761; p>0,05). W skali Pustka egzystencjalna badani uzyskali średni wynik M = 28,00, przy odchyleniu standardowym SD = 5,761; przy czym najniższy wynik wyniósł 17, a najwyższy 40; skośność

As = 0,328, a kurtoza K = -0,501. Rozkład wyników w tej skali też nie odbiega istotnie od rozkładu normalnego ($K\text{-}S_{(50)}$= 0,960; p>0,05). W skali Poszukiwanie celów badani uzyskali średni wynik M = 34,82, przy odchyleniu standardowym SD= 8,310; przy czym najniższy wynik wyniósł 14, a najwyższy 49; skośność As = -0,383 a kurtoza K = -0,365. Rozkład wyników w tej skali, również nie odbiega istotnie od rozkładu normalnego($K\text{-}S_{(50)}$= 0,732; p>0,05). W skali Osobowy sens badani uzyskali średni wynik M=80,34, przy odchyleniu standardowym SD = 14,735; przy czym najniższy wynik wyniósł 36, a najwyższy 103; skośność As = - 0,671, a kurtoza K = 0,440. Rozkład wyników w tej skali też nie odbiega istotnie od rozkładu normalnego ($K\text{-}S_{(50)}$= 0,736; p>0,05). W skali Równowaga postaw życiowych badani uzyskali średni wynik M =94,98, przy odchyleniu standardowym SD = 27,360; przy czym najniższy wynik wyniósł 23, a najwyższy 137; skośność As = -0,396, a kurtoza K = -0,600. Rozkład wyników w tej skali, także nie odbiega istotnie od rozkładu normalnego ($K\text{-}S_{(50)}$= 0,767; p>0,05).

Tabela 9. Statystyki opisowe dla wyników uzyskanych w poszczególnych skalach Kwestionariusza Postaw Życiowych dla mieszkańców Domu Pomocy Społecznej

	Cel	**Spójność wewnętrzna**	**Kontrola życia**	**Akceptacja śmierci**	**Pustka egzystencjalna**	**Poszukiwanie celów**	**Osobowego sensu**	**Równowaga postaw życiowych**
Średnia	38,08	39,82	37,84	43,70	26,12	31,90	77,90	101,42
Mediana	44,50	46,00	45,00	47,00	27,00	35,00	92,00	116,00
Dominanta	48	48	47	48	27	35	96	61[b]
Odchylenie standardowe	13,886	12,844	13,278	9,836	7,650	12,680	26,493	37,368

	Cel	**Spójność wewnętrzna**	**Kontrola życia**	**Akceptacja śmierci**	**Pustka egzystencjalna**	**Poszukiwanie celów**	**Osobowego sensu**	**Równowaga postaw życiowych**
Wariancja	192,810	164,967	176,300	96,745	58,516	160,786	701,888	1396,371
Skośność	-0,898	-0,890	-0,983	-1,884	-0,278	-0,470	-0,903	-,911
Błąd standardowy skośności	0,337	0,337	0,337	0,337	0,337	0,337	0,337	0,337
Kurtoza	-0,801	-0,709	-0,631	2,779	-,712	-1,077	-0,839	-0,198
Błąd standardowy kurtozy	0,662	0,662	0,662	0,662	0,662	0,662	0,662	0,662
Rozstęp	44	45	44	43	31	44	85	147
Minimum	10	11	9	13	9	8	23	11
Maksimum	54	56	53	56	40	52	108	158

Rozkład wyników dla poszczególnych skal KPŻ przedstawia tabela 9. W skali cel badani uzyskali średni wynik M=38,08, przy odchyleniu standardowym SD = 13,886; przy czym najniższy wynik wyniósł 10 a najwyższy 54; skośność *As* = -0,898, a kurtoza *K* = -0,801. Zastosowany test normalności rozkładu Kołmogorowa-Smirnowa wykazał istotne różnice ($K\text{-}S_{(50)}$= 1,828; p<0,01). W skali Spójność wewnętrzna średni wynik wyniósł M = 39,820, odchylenie standardowy SD = 12,844, wyniki skrajne: najniższy 11, a najwyższy 56; skośność *As* = -0,890, a kurtoza *K* = -0,709. Rozkład wyników w tej skali odbiega istotnie od normalnego ($K\text{-}S_{(50)}$= 1,892; p<0,01). W skali Kontrola życia badani uzyskali średni wynik M = 37,84, przy odchyleniu standardowym SD = 13,278; przy czym najniższy wynik

wyniósł 9, a najwyższy 53; skośność As = -0,983, a kurtoza K= -0,631. Rozkład wyników w tej skali, odbiega istotnie od rozkładu normalnego ($K\text{-}S_{(50)}$= 2,001; p<0,01).W skali Akceptacja śmierci badani uzyskali średni wynik M = 43,70, przy odchyleniu standardowym SD = 9,836; przy czym najniższy wynik wyniósł 13, a najwyższy 56, skośność As = -1,884, a kurtoza K = 2,779. Rozkład wyników w tej skali odbiega istotnie od rozkładu normalnego ($K\text{-}S_{(50)}$= 2,210; p<0,001). W skali Pustka egzystencjalna badani uzyskali średni wynik M = 26,12, przy odchyleniu standardowym SD = 7,650; przy czym najniższy wynik wyniósł 9, a najwyższy 40; skośność As = -0,278, a kurtoza K = -0,712. Rozkład wyników w tej skali nie odbiega istotnie od rozkładu normalnego ($K\text{-}S_{(50)}$= 0,889; p>0,05). W skali Poszukiwanie celów badani uzyskali średni wynik M = 31,90, przy odchyleniu standardowym SD= 12,680; przy czym najniższy wynik wyniósł 8, a najwyższy 52; skośność As = -0,470, a kurtoza K = -1,077. Rozkład wyników w tej skali nie odbiega istotnie od rozkładu normalnego ($K\text{-}S_{(50)}$= 1,172; p>0,05).W skali Osobowy sens badani uzyskali średni wynik M=77,90, przy odchyleniu standardowym SD = 26,493; przy czym najniższy wynik wyniósł 23, a najwyższy 108; skośność As = - 0,903, a kurtoza K = -0,839. Rozkład wyników w tej skali odbiega istotnie od rozkładu normalnego ($K\text{-}S_{(50)}$= 1,940; p<0,01). W skali Równowaga postaw życiowych badani uzyskali średni wynik M =101,42, przy odchyleniu standardowym SD = 37,368; przy czym najniższy wynik wyniósł 11, a najwyższy 158; skośność As = -0,911, a kurtoza K = -0,198. Rozkład wyników w tej skali nie odbiega istotnie od rozkładu normalnego ($K\text{-}S_{(50)}$= 1,275; p>0,05).

Tabela 10. Statystyki opisowe dla wyników uzyskanych w Skali Samooceny Rosenberga dla mieszkańców domów prywatnych

	samoocena
Średnia	29,10
Mediana	28,50
Dominanta	28
Odchylenie standardowe	4,748
Wariancja	22,541
Skośność	-0,235
Błąd standardowy skośności	0,337
Kurtoza	0,369
Błąd standardowy kurtozy	0,662
Rozstęp	22
Minimum	17
Maksimum	39

Rozkład wyników w SES (w odrębnych grupach) przedstawia tabela 10 i 11. Badani uzyskali średni wynik M=29,10, przy odchyleniu standardowym SD = 4,748; przy czym najniższy wynik wyniósł 17 a najwyższy 39; skośność *As* = -0,235, a kurtoza *K* = 0,369. Zastosowany test normalności rozkładu Kołmogorowa-Smirnowa wykazał nieistotne różnice ($K\text{-}S_{(50)}$= 1,113; p>0,05).

Tabela 11. Statystyki opisowe dla wyników uzyskanych w Skali Samooceny Rosenberga dla mieszkańców Domu Pomocy Społecznej

	samoocena
Średnia	30,08
Mediana	30,00
Dominanta	30
Odchylenie standardowe	6,857
Wariancja	47,014
Skośność	-0,836
Błąd standardowy skośności	0,337
Kurtoza	0,708
Błąd standardowy kurtozy	0,662
Rozstęp	30
Minimum	10
Maksimum	40

Badani (mieszkańcy DPS) uzyskali średni wynik M=30,08, przy odchyleniu standardowym SD = 6,857; przy czym najniższy wynik wyniósł 10 a najwyższy 40; skośność *As* = -0,836, a kurtoza *K* = 0,708. Zastosowany test normalności rozkładu Kołmogorowa-Smirnowa wykazał nieistotne różnice ($K\text{-}S_{(50)}$= 0,908; p>0,05).

Z uwagi na istotną rozbieżność rozkładu wyników dla niektórych skal KPŻ, dla weryfikacji hipotezy w obrębie tych wymiarów zastosowano Test U Manna-Withney'a. Wartości poszczególnych rang oraz poziom istotności różnic zawierają tabele (12 i 13).

Tabela 12. Tabela rang w Teście U Manna-Withney'a dla wyodrębnionych grup badanych osób

	zamieszkanie	N	Średnia ranga	Suma rang
Cel	dom prywatny	50	48,14	2407,00
	dom pomocy społecznej	50	52,86	2643,00
	Ogółem	100		
Spójność wewnętrzna	dom prywatny	50	47,43	2371,50
	dom pomocy społecznej	50	53,57	2678,50
	Ogółem	100		
Kontrola życia	dom prywatny	50	51,75	2587,50
	dom pomocy społecznej	50	49,25	2462,50
	Ogółem	100		
Akceptacja śmierci	dom prywatny	50	35,05	1752,50
	dom pomocy społecznej	50	65,95	3297,50
	Ogółem	100		
Osobowy sens	dom prywatny	50	46,98	2349,00
	dom pomocy społecznej	50	54,02	2701,00
	Ogółem	100		

Tabela 13. Istotność różnic dla poszczególnych skal Kwestionariusza Postaw Życiowych w Teście U Manna-Withney'a z uwzględnieniem zmiennej miejsce pobytu

	Cel	Spójność wewnętrzna	Kontrola życia	Akceptacja śmierci	Osobowy sens
U Manna-Whitneya	1132,000	1096,500	1187,500	477,500	1074,000
W Wilcoxona	2407,000	2371,500	2462,500	1752,500	2349,000
Z	-,815	-1,060	-,432	-5,335	-1,214
Istotność asymptotyczna (dwustronna)	0,415	0,289	0,666	0,000	0,225

Różnice w wyodrębnionych grupach okazały się istotne tylko dla skali Akceptacja śmierci (U=477,500; p<0,001). Osoby mieszkające w domu pomocy społecznej uzyskały wyższy średni wynik w tej skali (M=43,70; SD=9,836) w porównaniu do osób mieszkających w domach prywatnych. Hipoteza więc w tym zakresie została potwierdzona tylko częściowo.

Tabela 14 zawiera analizę istotności różnic dla skali samooceny SES i wybranych skal KPŻ, dla których rozkład wyników nie odbiegał istotnie od normalnego.

Tabela 14. Analiza różnic wyników w Kwestionariuszu Postaw Życiowych z uwzględnieniem zmiennej miejsce pobytu

	zamieszkanie	N	Średnia	Odchylenie standardowe	wartość t	poziom istotności
Pustka egzystencjalna	dom prywatny	50	28,00	5,761	1,388	0,168
	dom pomocy społecznej	50	26,12	7,650		
Poszukiwanie celów	dom prywatny	50	34,82	8,310	1,362	0,177
	dom pomocy społecznej	50	31,90	12,680		
Równowaga postaw życiowych	dom prywatny	50	94,98	27,360	-0,983	0,328
	dom pomocy społecznej	50	101,42	37,368		
Samoocena	dom prywatny	50	29,10	4,748	-0,831	0,408
	dom pomocy społecznej	50	30,08	6,857		

Analiza nie wykazała istotnych różnic w teście KPŻ pomiędzy poszczególnymi grupami, zatem prawdziwość hipotezy w tym aspekcie nie została potwierdzona.

Tabela 15. Współczynnik korelacji r-Pearsona dla skal SES i KPŻ w całej grupie badanych osób

Skale KPŻ		SES
Cel	Korelacja Pearsona	0,639**
	Istotność (dwustronna)	0,000
	N	100
Spójność wewnętrzna	Korelacja Pearsona	0,634**
	Istotność (dwustronna)	0,000
	N	100
Kontrola życia	Korelacja Pearsona	0,468**
	Istotność (dwustronna)	0,000
	N	100
Akceptacja śmierci	Korelacja Pearsona	0,399**
	Istotność (dwustronna)	0,000
	N	100
Pustka egzystencjalna	Korelacja Pearsona	-0,278**
	Istotność (dwustronna)	0,005
	N	100
Poszukiwanie celów	Korelacja Pearsona	0,299**
	Istotność (dwustronna)	0,003
	N	100
Osobowy sensu	Korelacja Pearsona	0,655**
	Istotność (dwustronna)	0,000
	N	100
Równowaga postaw życiowych	Korelacja Pearsona	0,674**
	Istotność (dwustronna)	0,000
	N	100

** Korelacja jest istotna na poziomie 0.01 (dwustronnie).
* Korelacja jest istotna na poziomie 0.05 (dwustronnie).

W celu weryfikacji hipotezy mówiącej o różnicy między badanymi seniorami przebywającymi w domu rodzinnymi a mieszkającymi w DPS co do istotnego związku między poziomem samooceny a ich postawami życiowymi zastosowano współczynnik korelacji r-Pearsona

dla wyodrębnionych przez zmienną grup (Tabela 15). Badani przebywający w DPS ujawniają analogiczny związek między samooceną a życiowymi postawami jak całościowo ujęta grupa seniorów. Natomiast w przypadku osób starszych mieszkających w domach rodzinnych wyższy poziom samooceny nie oznacza większego przekonania co do posiadach celów życiowych (Cel, r = -0,180; p>0,05), wręcz przeciwnie, nie motywuje, ani nie wzmacnia potrzeby poszukiwania takiego celu. Ci z badanych, którzy mieszkając we własnym domu wykazują większą aktywność życiową, charakteryzują się również niższym poziomem samooceny (Poszukiwanie celów, r = -0,487; p<0,001). Weryfikowana hipoteza została więc potwierdzona tylko w pewnym zakresie.

3. 8. Dyskusja wyników i wnioski końcowe

W powyższej pracy zakładano, że istnieje związek między poczuciem sensu życia a poziomem samooceny u osób w wieku późnej dorosłości.

W dalszej części pracy, poszukiwano związku między miejscem pobytu osób badanych, a ich poczuciem sensu życia oraz poziomem samooceny. Na podstawie analizy nie stwierdzono, aby obie grupy różniły się poziomem samooceny.

Z przeprowadzonej analizy wynika, iż wyższy poziom samooceny u badanych seniorów ma istotny związek ze świadomością życiowych celów, poczuciem ich własnej tożsamości i spójności odniesień wobec świata. Osoby o wyższej samoocenie mają większe przekonanie o osobistym wpływie na bieg własnego życia, czują się odpowiedzialne za podejmowane decyzje, biorąc pod uwagę ich konsekwencje. Przemijalność życia jest dla tych badanych elementem normalnego życia, gdzie aktywność życiowa i zaangażowanie nie są zagłuszaniem myśli o zbliżającej się śmierci, ale sposobem na uczynienie każdej chili okazją do osobistego rozwoju i źródłem życiowej satysfakcji. Wyższemu poziomowi samooceny u badanych seniorów towarzyszy możliwość

oddziaływania na rzeczywistość, w której na co dzień się znajdują. Chętniej też postrzegają siebie jako indywidualność, która może żyć i działać w grupie, nie tracąc swojej samodzielności i autonomii. Przekonanie do własnej wartości i godności pozwala z większą tolerancją, czy również akceptacją postrzegać odmienność otoczenia i innych osób, kształtować wzajemne odniesienia w duchu przychylności i współpracy a nie agresywności i rywalizacji.

Uwzględniając aktualne miejsce pobytu badanych osób (dom rodzinny vs dom pomocy społecznej) można wykazać różnice w poziomie życiowej satysfakcji, ale tylko w niewielkim zakresie. Te istotne dotyczą akceptacji własnej śmierci. Osoby przebywające w DPS przejawiają większy dystans, a nawet akceptację przemijalności życia, jego skończoności. Fakt zamieszkania w DPS, a zatem opuszczenia domu rodzinnego niesie za sobą konieczność zmierzenia się z przemijalnością, względnością pewnych życiowych doświadczeń. Z pewnością za samym faktem zamieszkania w DPS idzie również refleksja nad tym co ważne w życiu, co nieuniknione, nad własną śmiercią. Przebywanie we własnym domu rodzinnym (czy to samotnie, czy z innymi osobami) – jak wynika zvprzeprowadzonych badań – może być swoistym czynnikiem ochronnym przed dokonywaniem takiego życiowego rozrachunku.

Na podstawie uzyskanych wyników nie można jednak z pewnością twierdzić o przyczynach takiego stanu. Trudno wnioskować, że jest to na przykład lęk przed podejmowaniem takiej refleksji, obrona przed nią. Tak samo jak w przypadku mieszkańców DPS – nie można jednoznacznie powiedzieć, że jest to rzeczywista akceptacja śmierci, czy może zgoda, co do której nie było (i nie ma) innego wyjścia. Wyniki wskazują, iż u mieszkańców DPS wystąpiło silniejsze i pełniejsze pogodzenie się z taką rzeczywistością, jak przemijalność życia czy nieuniknioność śmierci. Mają one prawdopodobnie lepsze zrozumienie przemijalności ludzkiej natury. Pozytywnemu nastawienie do śmierci tych osób, towarzyszy głębsza refleksja oraz większy dystans do życia (Frankl, 1984; Próchniak, 2005, za: Klamut, 2010).

Miejsce pobytu badanych seniorów nie różnicuje ich co do poczucia własnej wartości. Zarówno w domu rodzinnym, jak i w DPS wykazują oni podobny poziom zadowolenia z siebie.

Rozpatrują natomiast statystycznie istotne związki z wymiarami poczucia sensu życia i samooceny można wskazać na pewne różnice między wyodrębnionymi grupami (mieszkańcy domu rodzinnego vs DPS). Dla mieszkańców DPS wyższy poziom samooceny istotnie nierozerwalnie i pozytywnie wiąże się z poczuciem sensu życia w różnych jego wymiarach. Nie chroni on jednak przed doświadczaniem egzystencjalnej pustki, rezygnacją z chęci wpływania na własne losy. Te jakby zostały już zadecydowane bez względu na poczucie własnej wartości.

Dla odróżnienia w przypadku osób mieszkających w domach rodzinnych wyższa samoocena nie przekłada się jednoznacznie na świadomość życiowych celów. Być może ich wyznacznikami są inne czynniki (obecność bliskich osób, samodzielność, opieka najbliższych, utrzymywanie „zdobyczy przeszłości" lub inne). U tych osób wyższej samoocenie nie koniecznie towarzyszy akceptacja śmierci i znalezienie osobowego sensu istnienia. Z życiem „na swoim", wiąże się raczej oddalanie myśli o umieraniu i przemijalności życia. To co najwyraźniej różni ich od grupy mieszkańców DPS, to fakt, iż wyższa samoocena łączy się tu z istotnie mniejszym nastawieniem na poszukiwanie życiowych celów. Być może będąc „u siebie" nie muszą tego robić; dotychczasowe cele nie straciły swojej aktualności. Pójście do DPS wiązałoby się z wyraźną przebudową wizji swojego życia i podejmowaniem na nowo wysiłku znalezienia inspiracji i priorytetów w życiu.

Wyniki prezentowanych badań pokazują kwestię związku między poziomem samooceny, znaczeniem własnej wartości a poczuciem sensu życia w różnych wymiarach u osób w okresie późnej dorosłości. Czynnikiem znaczącym okazał się fakt zamieszkania osób starszych czy to we własnym domu, czy w domu pomocy społecznej. Ważną okazuje się więc rola zarówno członków rodziny, jak i pracowników domu

opieki. Ich wsparcie jest szczególnie ważne w godzeniu się czy akceptacją przemijalności życia, której doświadczają seniorzy. Pomaga w angażowanie się dla poszukiwania nowych priorytetów i celów życiowych, chroniąc tym samym przed popadanie w egzystencjalna pustkę i beznadziejność.

BIBLIOGRAFIA

Adler A. (1986), Sens życia. Warszawa: Wydawnictwo PWN.

Aumonier. N., Beignier. B., Letellier. P., (2003), Eutanazja. Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax.

Bee. H. (2004), Psychologia rozwoju człowieka. Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo.

Brzezińska A.I., Hejmanowski. Sz. (2013), Okres późnej dorosłości. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać. [W:] A.I. Brzezińska (red.), Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa (s. 623-664). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Brzezińska. A. (2013), Psychologiczne portrety człowieka. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Cerruti F.-R. (1987), L'euthanasie. Approche médicale et juridique. Tuluza: Wydawnictwo Privat.

Chojniak A. (2003), Człowiek i sens. Frankla koncepcja autotranscendencji. Poznań: Wydawnictwo Fundacji Humaniora.

de Walden - Gałuszko. K. (1996), Eutanazja a jakość życia pacjentów w terminalnym okresie choroby nowotworowej, [W:] Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne. Lublin: Wydawnictwo Wydziału Nauk Społecznych KUL, Akademia Medyczna.

Fenigsen R. (1994), Eutanazja - śmierć z wyboru?. Poznań: Wydawnictwo W drodze.

Frankl V.E. (1976), Homo patiens. Warszawa: instytut wydawniczy PAX.

Jan Paweł II, Evangelium vitae, [W:] Encykliki Ojca świętego bł. Jana Pawła II, (2011). Kraków: Wydawnictwo AA.

Janiszewska-Rain. J. (2013), Okres późnej dorosłości. Jak rozpoznać potencjał ludzi w wieku podeszłym. [W:] A.I. Brzezińska (red.), Psychologiczne portrety człowieka. Praktyczna psychologia rozwojowa (s. 591-622). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

Katechizm Kościoła Katolickiego (1994). Poznań: Wydawnictwo Pallotinum.

Klamut. R. (2010), Kwestionariusz postaw życiowych, Warszawa: Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego.

Kodeks Etyki Lekarskiej, Radziwił. K. (2004). Warszawa.

Łuczak. J. (1996), Etyka w opiece paliatywnej, [W:] Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne. Lublin: Wydawnictwo Wydziału Nauk Społecznych KUL, Akademia Medyczna.

Łużyński. W. (2011), Eutanazja w kontekście ludzkiego cierpienia. Studia Gnesnensia, XXV, 331-346.

Nowy Słownik Języka Polskiego, red. E. Sobol (2002). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Obuchowski K. (1983), Psychologia dążeń ludzkich. Warszawa: Wydawnictwo PWN.

Obuchowski. K. (2000), Galaktyka potrzeb. Psychologia dążeń ludzkich. Poznań: Zysk i S-ka Wydawnictwo.

Opoczyńska M. (1999), Wprowadzenie do psychologii egzystencjalnej. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Popielski K. (1987), Człowiek - pytanie otwarte. Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.

Popielski. K. (1994), Noetyczny wymiar osobowości. Psychologiczna

analiza poczucia sensu życia. Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
Skrzypińska K. (2002), Pogląd na świat a poczucie sensu życia i zadowolenia z życia. Kraków: Oficyna Wydawnicza Inywels.
Słownik Wyrazów Obcych, red. E. Sobol (1999). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Steuden. S. (2012), Psychologia starzenia się i starości. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Stolarczyk. J. (1996), Słowo o eutanazji, [W:] Eutanazja a opieka paliatywna. Aspekty etyczne, religijne, psychologiczne i prawne. Lublin: Wydawnictwo Wydziału Nauk Społecznych KUL, Akademia Medyczna.
Straś-Romanowska. (2009), M. Późna dorosłość. Wiek starzenia się. [W:] B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), Psychologia rozwoju człowieka. Charakterystyka okresów życia (s. 263-292), Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
Szeroczyńska. M. (2004), Eutanazja i wspomagane samobójstwo w świecie. Studium prawnoporównawcze. Kraków: Universitas.
Śledzianowski. J. (2010), Eutanazja - dobra śmierć czy zabójstwo człowieka. Kielc: Wydawnictwo Jedność.
Wojciszke. B. (2002), Człowiek wśród ludzi. Zarys psychologii społecznej. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Schole.