

Katarzyna Ziomek-Michalak

Zasoby osobiste a oczekiwania zdrowotne polskich seniorów



WYDAWNICTWO AKADEMII PEDAGOGIKI SPECJALNEJ

Zasoby osobiste
a oczekiwania zdrowotne
polskich seniorów

*Gdy wszystkie fizyczne i umysłowe zasoby są skoncentrowane na jednym zadaniu,
zdolność do jego wypełnienia wzrasta wielokrotnie*

Norman Vincent Peale

Najbliższym i tym, co daleko...

Katarzyna Ziomek-Michalak

Zasoby osobiste a oczekiwania zdrowotne polskich seniorów



Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej
Warsaw 2016

Recenzenci

dr hab., prof. U w B Małgorzata Halicka

dr hab., prof. UP Zofia Szarota

Projekt okładki

Anna Gogolewska

Zdjęcie na okładce

© *Shironosov/iStock*

Redakcja i korekta

Hanna Cieśla

Publikacja dofinansowana przez
Akademię Pedagogiki Specjalnej im. Marii Grzegorzewskiej
ze środków na działalność statutową

Copyright © by
Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej
Warszawa 2016



Uznanie Autorstwa – Użycie Niekommercyjne 3.0 Polska

ISBN 978-83-64953-50-7

Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej
02-353 Warszawa, ul. Szczęśliwicka 40
tel. 22 5893645
e-mail: wydawnictwo@aps.edu.pl

SPIS TREŚCI

Wstęp	9
Rozdział 1.	
Specyfika funkcjonowania biopsychospołecznego polskich seniorów ...	13
1.1. Określenie starości jako fazy życia	13
1.2. Aspekty demograficzne starzenia się i starości	19
1.3. Prewencja fizjologicznego starzenia się	26
1.4. Psychospołeczne funkcjonowanie osób w podeszłym wieku	31
Rozdział 2.	
Zdrowie i oczekiwania zdrowotne	40
2.1. Modele wyjaśniające pojęcie zdrowia	40
2.2. Określenie oczekiwań zdrowotnych	46
2.2.1. Oczekiwania dotyczące własnej skuteczności. Poczucie kompetencji	56
2.2.2. Poczucie kontroli zdrowia	60
2.2.3. Oczekiwania dotyczące wyniku działania. Zachowania zdrowotne	61
Rozdział 3.	
Zasoby osobiste sprzyjające zachowaniom zdrowotnym	70
3.1. Pojęcie zasobów odpornościowych	70
3.2. Poczucie koherencji w orientacji salutogenetycznej	73
3.2.1. Pojęcie poczucia koherencji	73
3.2.2. Struktura i właściwości poczucia koherencji	75

3.2.3. Znaczenie poczucia koherencji dla utrzymania zdrowia	77
3.3. Wsparcie społeczne	81
3.3.1. Definiowanie wsparcia społecznego	81
3.3.2. Rodzaje i modele wsparcia społecznego	90
3.3.3. Znaczenie wsparcia społecznego dla utrzymania zdrowia	94

Rozdział 4.

Metodologiczne podstawy badań własnych	99
4.1. Cel badań	99
4.2. Zmienne i ich wskaźniki	102
4.3. Problemy i hipotezy badawcze	103
4.4. Metody, techniki i narzędzia badawcze	107
4.4.1. Kwestionariusz wywiadu	108
4.4.2. Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia – MHLC (K.A. Wallston, B.S. Wallston, R. DeVellis)	108
4.4.3. Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności – GSES (R. Schwarzer, M. Jerusalem, Z. Juczyński)	108
4.4.4. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych – IZZ (Z. Juczyński)	109
4.4.5. Kwestionariusz Orientacji Życiowej – SOC-29 (A. Antonovsky)	109
4.4.6. Kwestionariusz Wsparcia Społecznego – NSSQ (J.S. Norbeck)	110
4.5. Teren i grupa osób badanych. Organizacja i przebieg badań	111
4.6. Demograficzno-społeczna charakterystyka badanych osób	116

Rozdział 5.

Oczekiwania zdrowotne badanych osób	134
5.1. Subiektywna ocena zdrowia biopsychospołecznego respondentów	134
5.2. Poczucie kompetencji badanych osób w zakresie radzenia sobie w trudnych sytuacjach	146
5.3. Kontrola zdrowia badanych osób	149
5.4. Podejmowanie działań prozdrowotnych przez badane osoby	156

Rozdział 6.

Zasoby osobiste badanych osób	162
6.1. Porównanie poziomów poczucia koherencji badanych osób	162
6.2. Wsparcie społeczne badanych osób	167
6.2.1. Sieć wsparcia społecznego badanych osób	167
6.2.2. Natężenie wsparcia społecznego badanych osób	170
6.2.2.1. Emocje	173
6.2.2.2. Afirmacja	177

6.2.2.3. Pomoc	180
6.2.2.4. Częstość kontaktów badanych osób z grupami źródłowymi wsparcia	184

Rozdział 7.

Zależności między oczekiwaniami zdrowotnymi a zasobami

osobistymi badanych osób	189
---------------------------------------	------------

7.1. Poczucie własnej skuteczności a zasoby osobiste	190
--	-----

7.2. Umieszczenie kontroli zdrowia a zasoby osobiste	192
--	-----

7.3. Zachowania zdrowotne a zasoby osobiste	197
---	-----

Zakończenie i wnioski	202
------------------------------------	------------

Literatura	213
-------------------------	------------

Spis tabel, wykresów i rycin	228
---	------------

Aneks	231
--------------------	------------

Table of contents	248
--------------------------------	------------

Introduction	251
---------------------------	------------

WSTĘP

Prezentowana książka porusza problematykę oczekiwań zdrowotnych i zasobów osobistych polskich seniorów. Oczekiwania zdrowotne zogniskowano wokół poczucia własnej skuteczności, poczucia kontroli zdrowia i zachowań zdrowotnych. Osoby o wysokim przekonaniu o własnej skuteczności stawiają sobie motywujące cele, do trudnych zadań podchodzą jak do wyzwań, którym należy sprostać. Mają one wysokie aspiracje, silnie angażują się w realizację dążeń, wierząc, że ich wysiłek przyniesie oczekiwany skutek. Poczucie kontroli zdrowia z kolei to przekonanie o możliwości wpływu na stan swojego zachowania oraz o posiadaniu umiejętności odpowiedniego zachowania się, która poprawia stan zdrowia lub sprzyja jego zachowaniu. Im bardziej kontrola umiejscowiona jest wewnątrz, tym większa świadomość odpowiedzialności za własne zdrowie (Heszen, Sęk, 2008; John-Borys, 2002).

Elementy te są ściśle powiązane z zasobami osobistymi w rozumieniu modelu salutogenetycznego Aarona Antonovsky'ego (1995). Poczucie koherencji (*the sense of coherence* – SOC), definiowane jako zgeneralizowany emocjonalno-poznawczy sposób patrzenia na świat, który wyraża stopień ogólnego przekonania o tym, że: informacje docierające do człowieka ze świata z zewnątrz są ustrukturalizowane, przewidywalne i zrozumiałe, dostępne są zasoby w świecie, jak i w samym człowieku, które pozwalają sprostać wymaganiom życiowym, a wymagania świata zewnętrznego są warte podejmowania działań i zaangażowania, traktowane jest w kategorii nadrzędnego zasobu indywidualnego, istotnego dla zachowania zdrowia. W obrębie zagadnień dotyczących przekonań i zacho-

wań zdrowotnych zwraca się uwagę na to, że jednostki z silniejszym poczuciem koherencji częściej preferują działania służące zdrowiu, angażują się w aktywność promującą je swoimi zachowaniami, starają się podtrzymać zdrowie. W większym stopniu są również zwolennikami holistyczno-funkcjonalnego modelu zdrowia (Pasikowski, 2001b). SOC motywuje do podejmowania aktywności, radzenia sobie z wymaganiami, a dzięki funkcjom regulacyjnym steruje odpowiednim do wymagań wyborem zasobów. Do najważniejszych, zgodnie z koncepcją saluto-genetyczną, zewnętrznych zasobów należy wsparcie społeczne, rozumiane jako potencjalnie dostępne wspierające zabezpieczenie, pochodzące ze specyficznych relacji w obrębie indywidualnych sieci społecznych. Ma ono charakter relacyjny, interakcyjny i odgrywa znaczącą rolę w utrzymaniu zdrowia, ochronie przed chorobą, jak i w procesach zdrowienia. To właśnie poczucie koherencji i wsparcie społeczne – jako zasoby osobiste polskich seniorów – zostały wybrane do dalszej analizy.

Do poprawy kondycji psychofizycznej i społecznej ludzi starszych przyczyniają się Uniwersytety Trzeciego Wieku (UTW), które sprzyjają aktywnej postawie oraz dobremu samopoczuciu. Poza tym poprzez proponowane wykłady i inne formy działań przybliżają problematykę zdrowotną, promują zachowania podejmowane na rzecz zdrowia oraz dają wskazówki postępowania. Z tego właśnie powodu zdecydowano się na poddanie badaniu osób uczęszczających do wybranych Uniwersytetów Trzeciego Wieku oraz osób nie zrzeszonych w UTW, upatrując w nich grupę porównawczą.

Nadawanie poczuciu koherencji oraz wsparciu społecznemu znaczenia zasobów wiąże się z przyjęciem ich pozytywnej, pożądanej roli w procesie budowania zdrowia oraz oczekiwań zdrowotnych.

Celem monografii jest ukazanie zależności między zasobami osobistymi a oczekiwaniami zdrowotnymi seniorów, co znajduje odzwierciedlenie w jej strukturze, w której trzy pierwsze rozdziały mają charakter teoretyczny, natomiast cztery pozostałe są prezentacją przeprowadzonych badań.

Pierwszy rozdział dotyczy analizy teoretycznej problematyki funkcjonowania biopsychospołecznego seniorów. Zaprezentowano tu analizę definicyjną starości jako fazy życia, aspekty demograficznego starzenia się i starości, określono prewencję fizjologicznego procesu starzenia się oraz psychospołeczne funkcjonowanie osób w podeszłym wieku. W drugim rozdziale zanalizowano modele zdrowia skupiające się na przyjętym modelu holistyczno-funkcjonalnym i oczekiwania zdrowotne w świetle teorii społeczno-poznawczej Alberta Bandury,

wyznaczone przez poczucie kompetencji, poczucie kontroli zdrowia oraz zachowania zdrowotne. W trzecim rozdziale natomiast poddano analizie zasoby osobiste sprzyjające zachowaniom zdrowotnym, osadzone w koncepcji salutogenetycznej Antonovsky'ego, jakimi są poczucie koherencji i subiektywne odczucie wsparcia społecznego, poczynając od dyskursu teoretycznego, a skończywszy na zarysie dokonań empirycznych z tego zakresu w odniesieniu do badanej grupy osób.

Metodologiczne podstawy zrealizowanych badań własnych omówione zostały w czwartym rozdziale. Sformułowano tutaj cel podjętych badań oraz problemy szczegółowe, czego dokonano na podstawie prawidłowości występujących na gruncie teorii psychologii i pedagogiki zdrowia. Zawarto tu również operacjonalizację zmiennych oraz opis wybranych metod, technik i narzędzi badawczych. Jego uzupełnieniem jest opis organizacji i przebiegu badań oraz szczegółowa charakterystyka demograficzno-społeczna badanych grup osób.

Rozdziały piąty i szósty dotyczą analizy danych, uzyskanych od badanych celowo-losowo wybranych słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku oraz osób w nim nie zrzeszonych, z zakresu ich oczekiwań zdrowotnych oraz zasobów osobistych. Zastosowana procedura porównawcza umożliwiła ustalenie poziomów analizowanych zmiennych, zarówno w grupie podstawowej, jak i porównawczej. Ustalono w obu grupach poczucie kompetencji badanych osób w zakresie radzenia sobie w trudnych sytuacjach, ich umiejscowienie poczucia kontroli zdrowia oraz podejmowanie działań prozdrowotnych.

W siódmym rozdziale opisano strukturę zależności między zmiennymi oczekiwaniami zdrowotnymi a zasobami osobistymi badanych osób, co było możliwe dzięki zastosowaniu procedury korelacyjnej pod postacią analizy regresji wielokrotnej, która pozwala ustalić, jaki procent wariancji zmiennej, określonej jako zależna w modelu korelacyjno-regresyjnym, wyjaśniany jest przez liniową kombinację zmiennych niezależnych. W przeprowadzonej analizie istotne było uzyskanie informacji, które zmienne i w jakim stopniu są istotne w modelu regresyjnym, czyli jaki układ wielu zmiennych niezależnych ma znaczenie w wyjaśnianiu jednej zmiennej zależnej.

Przeprowadzone analizy i podjęte interpretacje pozwoliły na zajęcie stanowiska wobec przedstawionych w książce problemów badawczych, a w konsekwencji na sformułowanie stosownych wniosków. Próba opisanego zależności między analizowanymi zmiennymi zaprezentowana została w *Zakończeniu i wnioskach*.

Monografia opatrzona jest *Literaturą, Spisem tabel, wykresów i rycin oraz Anekssem*, w którym umieszczono zestaw zastosowanych narzędzi badawczych.

Prezentowana książka stanowi znacznie poszerzoną i zaktualizowaną wersję rozprawy doktorskiej. Na potrzeby publikacji została wzbogacona o dodatkowe informacje, komentarze, wyniki opinii publicznej oraz dane demograficzne.

Oddany w ręce Czytelnika materiał jest próbą zwrócenia uwagi na ważną problematykę zdrowotną, zwłaszcza w dobie starzejącego się społeczeństwa i potrzeby aktywizowania współczesnych seniorów. Szczegółowe studia literatury przedmiotu nie ukazują licznych opracowań w tym zakresie. Nie łatwo jest też odnaleźć określenie oczekiwań zdrowotnych; prędzej pojęcia, takie jak: oczekiwania wobec służby zdrowia, oczekiwana długość życia, jakość życia, styl życia czy zachowania zdrowotne seniorów. Stąd prezentowana monografia wniesie nowe spojrzenie na omawianą problematykę, z nadzieją na wykorzystanie jej zasobów zarówno w teorii, jak i praktyce edukacji zdrowotnej, psychologii zdrowia i gerontologii, i być może zapoczątkuje zainteresowanie badaniami w tym kierunku.

W trakcie realizacji badań nawiązano współpracę z forum internetowym Kobieta 50 plus (<http://www.kobieta50plus.pl>), Forum 50+ Seniorzy XXI wieku (<http://www.forum50.org/a/aktualnosci/0>) oraz Fundacją dla Uniwersytetu Jagiellońskiego, które były bardzo zainteresowane prowadzonymi badaniami i na łamach swoich stron promowały podjętą tematykę badań oraz mobilizowały do zgłaszania chęci przystąpienia do udziału w nich, za co Autorka składa im podziękowanie.

W tym miejscu pragnę złożyć podziękowanie Pani dr Zofii Zaorskiej za zainteresowanie mnie problematyką senioralną jeszcze w czasie studiów, Promotorowi Panu prof. dr. hab. Januszowi Kirence za wszelkie inspirujące rozmowy, recenzentom, Pani dr hab. Małgorzacie Halickiej, prof. Uniwersytetu w Białymstoku oraz Pani dr hab. Zofii Szarocie, prof. Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie, za cenne uwagi, bez których książka ta nie miałaby prezentowanego poziomu, mężowi i dzieciom za ogromne wsparcie i doping, seniorom, którzy zechcieli wziąć udział w czasochłonnych badaniach oraz wszystkim tym, bez których ta monografia nie ukazałaby się. Podziękowanie składam również Wydawnictwu Akademii Pedagogiki Specjalnej za owocną współpracę.

ROZDZIAŁ 1

SPECYFIKA FUNKCJONOWANIA BIOPSYCHOSPOŁECZNEGO POLSKICH SENIORÓW

1.1. Określenie starości jako fazy życia

Starość i starzenie się są pojęciami trudnymi do zdefiniowania. *Słownik języka polskiego* definiuje starość jako „okres życia następujący po wieku dojrzałym; okres kiedy jest się starym, stare lata, sędziwy wiek” (Szymczak, 1996, s. 300). Aleksander Dawidowicz (1968, s. 21) definiuje starość jako fizjologiczny, naturalny etap pojawiający się w życiu każdego organizmu, a starzenie się jest istotną cechą życia, częścią stałą i niezmienną. Alex Comfort (1971, s. 8) uznaje, że starzenie się polega na mijaniu, zużyciu, narastaniu czy uciekaniu czegoś innego niż czas. Definicje starości i starzenia się zależne są od przyjętego punktu widzenia. Z medycznego punktu widzenia wskazują na zmiany biologiczne organizmu o charakterze stałym i nieodwracalnym. Z psychologicznego punktu widzenia wskazują na zmiany degradacyjne w sferze osobowości człowieka, wycofywa-

nie się z kontaktów interpersonalnych, pogłębienie osamotnienia. Socjologiczny punkt widzenia ukazuje zmiany w pełnionych przez człowieka rolach społecznych, aktywności i sytuacji materialnej. Agata Chabior (Chabior, 2000, s. 22–28; por. Hrebenda, 2002, s. 74) pisze o starości biologicznej, psychologicznej i społecznej, mając na uwadze, że płaszczyzny te przeplatają się ze sobą.

Obiektywny i subiektywny wymiar starości zdecydowanie łączy się ze sprawnością, aktywnością fizyczną i wyglądem. Starość według Jerzego Piotrowskiego (1975, s. 21–28) jest zjawiskiem kulturowym, które jest wywołane na podłożu biologicznym, związane z osłabieniem sił (inwolucją). Uważa on, że nie ma żadnego obiektywnego czy przyrodniczego progu starości. Proponuje chronologiczną i funkcjonalną definicję starości. Chronologiczna wyznacza granice wiekowe człowieka, który przekroczył konwencjonalnie ustalone 60–65 lub 70 lat (definicja ta ma odzwierciedlenie w systemie emerytalnym). Definicja funkcjonalna wskazuje na zmiany w zakresie zdolności do wykonywania określonych prac i pełnienia ról społecznych w porównaniu do osób dorosłych. Starość, pojmowana jako kategoria społeczna, może odnosić się do wybranych sfer życia. Stąd też w literaturze tak wiele różnorodnych progów wskazujących na początek fazy życia określanej starością (por. Nowicka, 2006, s. 17–19).

Lucyna Frąckiewicz (2002, s. 12) wyróżnia cztery granice starości: chronologiczną (wiek), biologiczną (sprawność), prawną (próg wieku emerytalnego) i ekonomiczną (aktywność zawodowa). Z kolei Józef Kocemba (2000, s. 108–109) wyróżnia pojęcia: wieku biologicznego (porównywanie cech, których nie można wytrenować), wieku sprawnościowego (systematycznymi ćwiczeniami jest odwracalny o 5 do 10 lat) i wieku kalendarzowego (najczęstsza miara stosowana w periodyzacji ludzkiego życia).

Wiek metrykalny, kalendarzowy, chronologiczny wyznaczony jest datą urodzin i nie zawsze pokrywa się ze stanem biologicznym i sprawnością danego człowieka. Dlatego gerontologia wyróżnia wiek biologiczny, którego podstawą oznaczenia jest porównanie testów biologicznych z wartościami właściwymi dla danego przedziału wiekowego, oraz wiek czynnościowy – na podstawie wybranych testów klinicznych i czynnościowych (określa aktualny stan sprawności życiowej) (Pędich, 1996, s. 29).

Aleksander Kamiński (1978, s. 360–364) dokonuje wyodrębnienia starości, biorąc pod uwagę wiek biologiczny oraz społeczny. Wyodrębnia trzy okresy rozwojowe w życiu człowieka: pierwszy, w którym człowiek zachowuje sprawność umysłową i fizyczną, drugi, dla którego specyficzne są różnice indywidualne – obok ludzi sprawnych i aktywnych funkcjonują osoby całkowicie uzależnione od

innych, oraz trzecia faza, dotycząca osób najstarszych, w której niewielki procent populacji zachowuje zdolność samodzielnego funkcjonowania, a pozostali wymagają całkowitej pomocy z zewnątrz. W typologii Stefana Klonowicza (1973, s. 338) są wyróżnione fazy życia w nawiązaniu do aktywności jednostki. Mamy do czynienia z wiekiem przedprodukcyjnym (0–17 lat), wiekiem produkcyjnym (18–59 lat kobiety i 18–64 lat mężczyźni) oraz wiekiem poprodukcyjnym (powyżej 60 lat kobiety i powyżej 65 lat mężczyźni). W ostatniej fazie autor wyróżnił dwa okresy: starość (60–79 lat kobiety i 65–79 mężczyźni) i sędziwa starość – powyżej 80 lat dla obu płci. Jednakże w sytuacji, gdy człowiek ma zagwarantowane prawo pracy, bez względu na wiek metrykalny taki podział traci swoje uzasadnienie (por. Szarota, 2004, s. 24–27).

Donald E. Super (za: Wojtasik, 2001, s. 303–318) wyróżnił pięć etapów rozwoju zawodowego człowieka: etap I – wzrostu (od urodzenia do 14. roku życia), etap II – poszukiwania (15.–24. rok życia), etap III – zajmowania pozycji (25.–44. rok życia), etap IV – zachowania status quo (45.–64. rok życia) i wreszcie etap V – schyłkowy (powyżej 65. roku życia). Na tym etapie powstają nowe role w związku z przechodzeniem uczestnika procesu pracy na pozycję obserwatora. Występują w nim dwa podokresy: osłabienia (65.–70. rok życia) oraz wycofania się (powyżej 70. roku życia).

Kathryn P. Cross (za: Zych, 1995, s. 147) wyróżniła i scharakteryzowała siedem faz cyklu życiowego człowieka dorosłego: stadium opuszczenia domu rodzinnego (w wieku 18–22 lata), faza wejścia w świat ludzi dorosłych (23.–28. rok życia), okres dążenia do stabilizacji życiowej (29–34 lata), stadium tożsamości osobowościowej (37–42 lata), okres przełomu (45–55 lat), okres tolerancji (57–64 lata) oraz faza refleksji nad życiem (powyżej 67. lat). Dwa ostatnie stadia przypadają na okres starzenia się i starości człowieka, w którym mają miejsce zdarzenia krytyczne, takie jak: możliwa utrata małżonka, pojawienie się problemów zdrowotnych i przygotowanie się do okresu spoczynku (w stadium tolerancji) oraz stan spoczynku, pogorszenie się zdrowia, zmiana sytuacji finansowej związana z nowymi warunkami życia, śmierć małżonka/przyjaciela, znaczące zmiany w porządku dnia (w okresie refleksji nad życiem). W stadium tolerancji K.P. Cross wyróżnia postawę tolerancji różnorodności uczuć i relacji z ludźmi, wzrastającą wagę roli współmałżonka, zwiększoną akceptację własnego ja. W okresie refleksji nad życiem typowe są postawy retrospektywne (przegląd życiowych dokonań), postawa prospołeczno-afiliatywna (dzielenia się z innymi swoimi emocjami), postawa działania na rzecz rodziny oraz postawa tanatocentryczna (śmierć jako nowa forma istnienia).

Stale zmienia się obraz społeczny seniora. W miarę poświęcania coraz większej uwagi problematyce senioralnej zaczęto wskazywać na takie cechy seniorów, jak: aktywność, mądrość, zaufanie, większa swoboda w wyrażaniu opinii i poglądów, aktywność fizyczna, dbałość o kondycję, poczucie humoru, uprzejmość i wyrozumiałość (Steuden, 2014, s. 142–143).

Warto przyrzeć się etymologii słowa *emeryt*, które wywodzi się z łaciny – *emeritus*, czyli *zasłużony*. Polski obraz starości, jej marginalizacja i pauperyzacja, niechęć wobec niej oraz kontestacja wszystkiego, co się z nią wiąże, przeczy genezie określenia. Wraz z postępem ludzie w podeszłym wieku, kojarzący się dotąd z doświadczeniem, wiedzą, mądrością życiową, zaczęli tracić swój prestiż i aurytet; stało się to w państwie demokratycznym, które cechuje sprawiedliwość, pluralizm, wspólnotowość i wolność (Trafiałek, 2001, s. 62).

Jednakże już *człowiek stary* lingwistycznie ma wydźwięk pejoratywny. Bez względu na środowisko, można dostrzec w społeczeństwie negatywne podejście do okresu starości, która nie należy do wartości pożądanых i popularnych.

Wraz ze wzrostem populacji ludzi starszych konieczne jest kształtowanie postawy zrozumienia wobec zjawiska starzenia się oraz uświadamianie negatywnych przejawów w sferze kontaktów międzypokoleniowych i polityki społecznej w odniesieniu do ludzi starszych. Dyskryminacja z powodu wieku nie powinna być tolerowana; często wyrasta ona na podłożu własnych obaw o starość, potęgowanych dodatkowo przez środki masowego przekazu. Nawiązanie kontaktu z osobami starszymi może niewątpliwie znacząco wpłynąć na obniżenie przejawów dyskryminacji. Ponieważ wzrost populacji ludzi starszych jest nieunikniony, jako społeczeństwo powinniśmy wyjść naprzeciw ich oczekiwaniom edukacyjnym w ramach Uniwersytetów Trzeciego Wieku, umożliwiającym osiągnięcie wyznaczonego celu (Ho, 2006, s. 391–401; por. Hooyman, Kiyak, 2002).

Badania procesu starzenia się wskazały na szeroko rozumiane „straty” różnego pochodzenia, związane z podeszłym wiekiem, pomijając istotną heterogeniczność osób starszych. Same następstwa procesu starzenia się zostały przesadnie uwydatnione, a wpływające na zmiany skutki sposobu odżywiania się, ćwiczeń fizycznych, eliminacji nałogów oraz psychospołecznych czynników – niedocenione. W ramach klasyfikacji starzenia się następuje podział na tzw. *zwykłe starzenie się*, w którym czynniki zewnętrzne wzmagają skutki tego procesu oraz *udane starzenie się*, w którym czynniki pochodzące z zewnątrz są neutralne, bądź odgrywają pozytywną rolę w tymże procesie. Badania nad występującym ryzykiem i sposobami jego wykluczenia w pierwszym

przypadku powinny ułatwić dalsze przejście do procesu skutecznego starzenia się (Rowe, Kahn, 1987, s. 143–149). Co rozumieją gerontolodzy poprzez *udane starzenie się*? Jak można się było spodziewać, niejasność terminu *success* w języku angielskim nie pozwala na wprowadzenie jednej definicji czy też jednego modelu *udanego starzenia się*, który przetrwałby próbę czasu. Robert J. Havighurst (za: Bearon, 1996) określił ten termin jako „przyływ energii w późnych latach”, a dalej „czerpanie z życia satysfakcji”. Badania przeprowadzone przez Fundację MacArthura (MacArthur Foundation Research Network on an Aging Society, za: tamże) uwzględniały wydolność fizyczną i inne wskaźniki natury czynnościowej. Carol D. Ryff (za: tamże) określił *udane starzenie się* jako pozytywne/idealne funkcjonowanie związane z pracą rozwojową na przestrzeni lat. Barbara J. Fisher (za: tamże) przeprowadziła rozmowy z osobami w wieku 62–85 lat przebywającymi w domach spokojnej starości, które określiły podane zagadnienie w świetle „sposobów radzenia sobie”. Erdman B. Palmore (za: tamże) utrzymuje, że pełna definicja *udanego starzenia* obejmuje: przeżycie (długość całego życia), zdrowie (bez upośledzenia/kalectwa) oraz życiową satysfakcję (szczęście) (za: tamże). Ponadto niektórzy gerontolodzy posłużyli się takimi terminami jak: „przystosowanie” czy „adaptacja” do procesu starzenia się. Definicje te znalazły swoje przełożenie na teorie procesu starzenia się oparte na społeczno-psychologicznych aspektach.

Zofia Szarota (2004, s. 58–61) ukazuje pożądane czynniki przygotowujące do procesu starzenia się. Służyć one mają profilaktyce starości na poziomie biologicznym, psychicznym, intelektualnym, społecznym i ekonomicznym. Już w dzieciach rodzice i wychowawcy powinni kształtować nawyki uprawiania sportu i rekreacji oraz dbania o higienę, zdrowie i nawyki żywieniowe. Przyczyni się to do zachowania jak największej sprawności fizycznej dla utrzymania samodzielności oraz zachowania dobrego stanu zdrowia dla przedłużenia aktywnego życia. Na poziomie psychicznym powinno wykształcić się adekwatne samopoznanie, zdrowy egoizm, pozytywne myślenie o przyszłości, niwelowanie lęku przed własną starością, co pomoże w efekcie zrozumieć i zaakceptować starość jako naturalną fazę i kontynuację życia, zaakceptować siebie, cieszyć się życiem. W okresie młodzieńczym i dorosłości powinno zadbać się o kształtowanie osobowości kognitywnej, rozbudzanie i pielęgnowanie zainteresowań, kreatywne organizowanie czasu wolnego i uprawianie gimnastyki umysłu, a w konsekwencji nie dopuścić się do intelektualnie ubogiej starości czy ryzyka demencji. Powinno obalać się negatywne stereotypy starości, wdrażać do aktywności społecznej, utrzymywać więzi rodzinne i towarzyskie, angażować

się w prace społeczne i przyjmować na siebie nowe role społeczne, by zapobiegać w przyszłości izolacji społecznej, osamotnieniu i poczuciu nieprzydatności. Pod względem ekonomicznym kształtować należy postawy przewidujące – gromadzić oszczędności, myśleć o ubezpieczeniu społecznym, zapewniać godne warunki materialne, by uniknąć starości zależnej finansowo od innych, by móc realizować marzenia.

Starość wymaga pomocy i wielkiego wysiłku jednostki w rozwoju, w pomyślnym przebiegu starzenia się; człowiek dokonuje wyboru stylu życia, wybiera formy i nasilenie aktywności. Po przejściu na emeryturę może stać się bierny, wycofać z życia społecznego, ograniczać ruch, kontakty społeczne, minimalizując potrzeby. Grozi to ryzykiem stanu apatii i zaniedbania. Postulowany styl starości i starzenia się obejmuje aktywność, uczestnictwo w życiu społecznym i kulturowym, dbałość o zdrowie fizyczne, refleksyjność nad celem życia. Teoria gerotranscendencji wskazuje wymiar aktywności człowieka do czasu śmierci (Czerniawska, 2006, s. 440–443).

Elżbieta Trafiałek (1998, s. 97–99) głosi wiele postulatów, by okres starzenia się i starości przebiegał jak najmniej dotkliwie oraz dawał możliwości wykorzystania własnego potencjału i dalszego rozwoju. Zwraca się do kreatorów polityki społecznej o: modyfikację dystrybucji świadczeń społecznych (wysokość i ich rzetelna waloryzacja, redukcja barier w dostępie do leków, opieki zdrowotnej i instytucji usługowo-pomocowych), weryfikację zasad, form i modelu funkcjonowania instytucji socjalnych (zwiększenie oferty usługowej), rozbudowanie systemu usług leczniczych, rehabilitacyjnych i pielęgnacyjnych, wspomagających ludzi starszych i ich rodziny oraz opracowywanie kierunków polityki społecznej, działań i podejmowanych inicjatyw na bazie analizy wyników bieżącej diagnozy społecznej. Do organizatorów systemu edukacyjnego apeluje o: upowszechnianie wiedzy gerontologicznej na poziomie ponadpodstawowym, tworzenie drożnego systemu kształcenia wykwalifikowanych kadr do pracy z człowiekiem starszym oraz wspieranie rozwoju Uniwersytetów Trzeciego Wieku przy ośrodkach akademickich. O intensyfikację i cykliczność badań nad warunkami życia, potrzebami i oczekiwaniami ludzi w starszym wieku zwraca się do przedstawicieli środowisk naukowych i ośrodków diagnostyki społecznej. Z kolei uwagę samorządów lokalnych kieruje na: wspieranie inicjatyw lokalnych w zakresie tworzenia placówek zajmujących się ludźmi starszymi, głównie samotnymi i niepełnosprawnymi, oraz aktywizację ludzi starszych i pomoc w tworzeniu grup samopomocowych w środowisku lokalnym.

„Wiek starszy jest ostatnią fazą wzrostu i rozwoju. Im dłużej żyjemy, tym większą mamy okazję uzyskać możliwie pełny rozwój. Życie do późnej starości daje większe szanse całkowitego wykorzystania swego potencjału. Starzenie się pociąga za sobą pogarszanie się czynności naszego organizmu, nie musi to jednak dotyczyć wszystkich ludzkich działań i zdolności” (Coni, Davison, Webster, 1994, s. 24). Na jakość życia składają się uwarunkowania zewnętrzne i wewnętrzne, a na nie z kolei nakłada się uprzedni przebieg życia, czyli tzw. droga do starości, kształtująca obecną sytuację życiową człowieka starego (Tokaj, 2005a, s. 81).

1.2. Aspekty demograficzne starzenia się i starości

Dzięki rozwojowi nowych technologii medycznych, nowoczesnych metod diagnozowania, jak również poprawie kondycji zdrowotnej Polaków na skutek promowania prozdrowotnego stylu życia, daje się zaobserwować spadek natężenia umieralności, a tym samym wydłużanie przeciętnego trwania życia. Przeciętny wiek życia mężczyzn w 2014 r. w Polsce wyniósł 73,8 lat, natomiast kobiet 81,6. Demografowie zwracają uwagę, że w porównaniu do 2000 r. długość życia wzrosła odpowiednio o 4,1 i 3,6 lat. Wśród 40 krajów europejskich polscy mężczyźni zajmują 27, a kobiety 24 miejsce. Najdłużej żyją mężczyźni w Szwajcarii i Liechtenstein – 80,7 lat, najkrócej w Rosji – 63,4 lata. Jeśli chodzi o kobiety – przeciętnie 85 lat żyją Hiszpanki, Francuzki, Włoszki i Szwajcarki, z kolei w Mołdawii i Rosji odnotowano najkrótszą długość życia kobiet w Europie – odpowiednio 74,7 i 75,2 (GUS, 2015a, s. 15, 29–30).

Tabela 1. Przeciętne trwanie życia w Europie w 2013 r.

Kraj	Mężczyźni	Kobiety
Albania	72,8	75,5
Austria	78,6	83,8
Belgia	78,1	83,2
Białoruś	65,8	77,9
Bośnia i Hercegowina	74,7	79,7
Bułgaria	71,3	78,6
Chorwacja	74,5	81,0

Kraj	Mężczyźni	Kobiety
Czarnogóra	74,1	79,0
Czechy	75,2	81,3
Dania	78,3	82,4
Estonia	72,8	81,7
Finlandia	78,0	84,1
Francja	79,0	85,6
Grecja	78,7	84,0
Hiszpania	80,2	86,1
Holandia	79,5	83,2
Irlandia	79,0	83,1
Islandia	80,5	83,7
Liechtenstein	80,7	83,9
Litwa	68,5	79,6
Luksemburg	79,8	83,9
Łotwa	69,3	78,9
Macedonia	73,4	77,5
Malta	79,6	84,0
Mołdawia	66,2	74,7
Niemcy	78,6	83,2
Norwegia	79,8	83,8
Polska	73,1	81,1
Portugalia	77,6	84,0
Rosja	63,4	75,2
Rumunia	71,6	78,7
Serbia	72,6	77,9
Słowacja	72,9	80,1
Słowenia	77,2	83,6
Szwajcaria	80,7	85,0
Szwecja	80,2	83,8
Ukraina	65,8	75,7
Węgry	72,2	79,1

Kraj	Mężczyźni	Kobiety
Wielka Brytania	79,0	83,0
Włochy	80,3	85,2

Źródło: Główny Urząd Statystyczny, Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2014 r.

Na tle krajów Unii Europejskiej Polska jest krajem stosunkowo młodym. Według danych Eurostatu średnia wieku populacji Polski wyniosła w 2012 r. 38,7 lat, podczas gdy wskaźnik ten dla krajów członkowskich UE razem osiągnął wartość 41,9 lat. Współczynnik obciążenia demograficznego dla Polski wynosił 20,1, a dla Unii – 27,5. Zgodnie z przyjętymi założeniami w Polsce w 2050 r. mężczyźni, przy niezmiennych warunkach wymierania ludności, będą żyli przeciętnie 83 lata, natomiast kobiety 88,4 lat (GUS, 2014a, s. 78; por. GUS, 2014b, s. 2–4).

Według Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ) populację uznaje się za starą, jeśli ponad 7% ogółu ludzkości ma ukończony 65. rok życia (w świetle WHO 12–15%), a za zaawansowaną w starości demograficznej powyżej 10% (w świetle WHO powyżej 15%). Współczynnik starości w Polsce osiągnął blisko 19% i jest wyższy dla kobiet niż mężczyzn (GUS, 2015b, s. 16). Wzrost współczynnika grupy poprodukcyjnej na przestrzeni lat 1990–2014 został przedstawiony w tabeli 2.

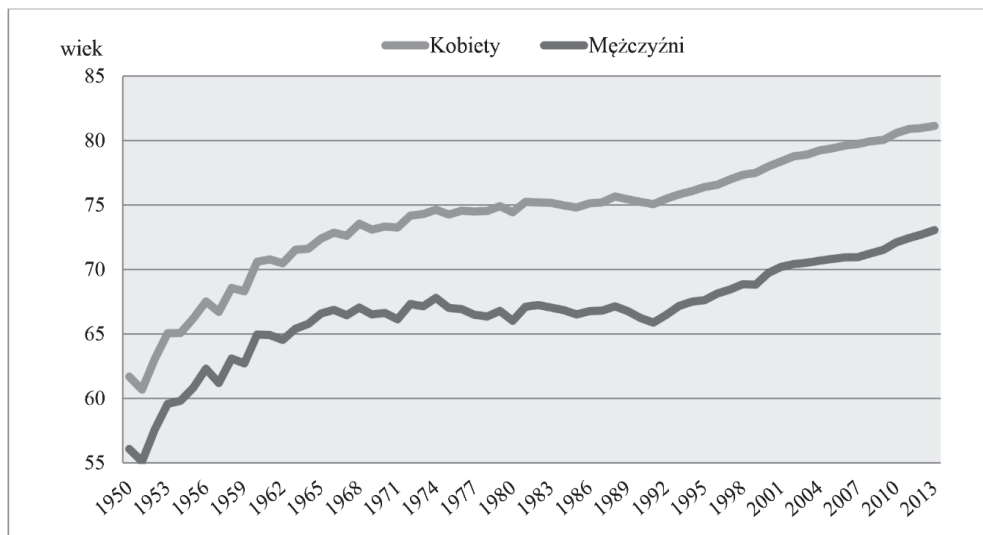
Tabela 2. Ludność według ekonomicznych grup wieku w wybranych latach (stan w dniu 31.12.2014 r.)

Grupy wieku	Lata					
	1990	2000	2010	2012	2013	2014
	w odsetkach					
Ludność ogółem	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
W wieku:						
przedprodukcyjnym	29,0	24,4	18,8	18,3	18,2	18,0
produkcyjnym	58,2	60,8	64,4	63,9	63,4	63,0
mobilnym	40,1	39,8	40,0	40,0	39,8	39,7
niemobilnym	18,1	21,0	24,4	23,9	23,6	23,3
poprodukcyjnym	12,8	14,8	16,8	17,8	18,4	19,0

Źródło: Główny Urząd Statystyczny, Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2014 r.

Wskaźniki wzrostu przeciętnej długości trwania życia z podziałem na płeć Polaków ukazane zostały na wykresie 1.

Wykres 1. Przeciętne trwanie życia w latach 1950–2013



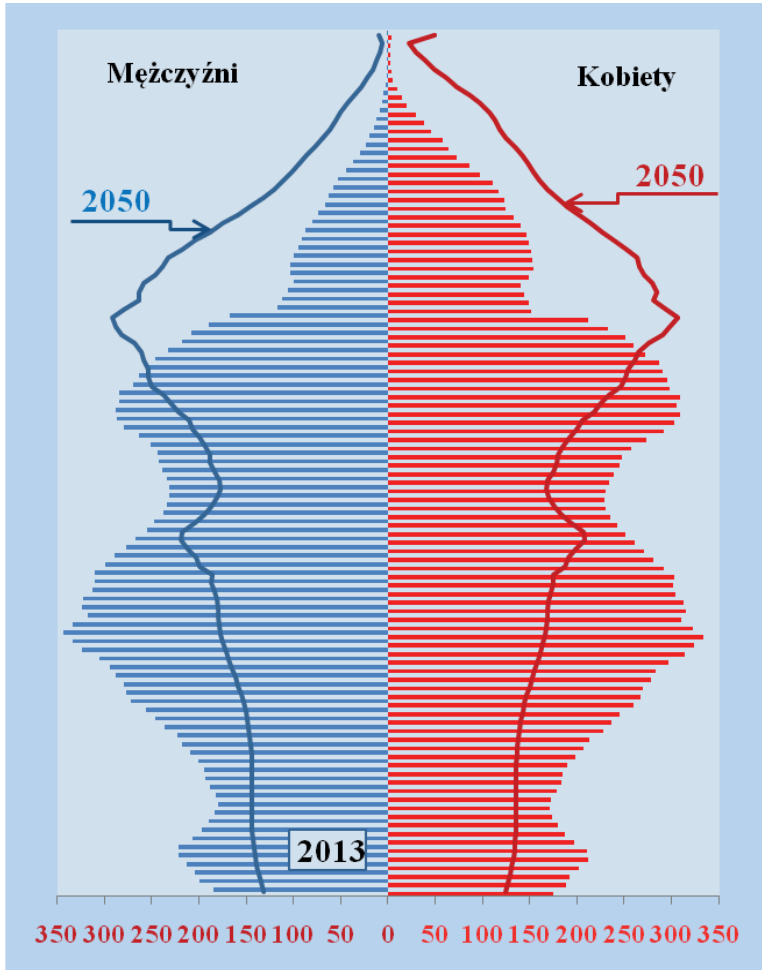
Źródło: Główny Urząd Statystyczny, Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2014 r.

Porównując kształt piramidy wieku ludności z 2013 r. z prognozowanym przez demografów, nietrudno zaobserwować jego zmianę z klasycznej piramidy na kształt odwróconego kielicha. Wraz ze zmniejszającą się liczbą urodzeń oraz wydłużonym czasem trwania życia zmniejszeniu liczbowemu ulega grupa wiekowa przedprodukcyjna i produkcyjna, z wyraźnym przyrostem ilościowym grupy w wieku poprodukcyjnym. Prognozę ze wskazaną zmianą kształtu piramidy można zaobserwować na wykresie 2.

Analiza prognozy demograficznej ludności do 2050 r. (wykres 2) wskazuje na starzenie się polskiego społeczeństwa. Zauważa się zmniejszającą liczbę ludności w perspektywie do 2050 r., przy jednoczesnym wzroście liczby ludności w wieku poprodukcyjnym (z 14,7% w 2000 r. do 32,1% w 2050 r.). Przewiduje się tendencję do obniżania narodzin i jednocześnie wydłużania się życia z uwzględnieniem zróżnicowania między kobietami i mężczyznami na korzyść kobiet (GUS, 2015b, s. 13–21).

Problem starzejącego się społeczeństwa nie dotyczy jedynie Polski. Na całym świecie populacja ludzi starszych rośnie. Z tego względu prowadzone są bada-

Wykres 2. Piramida ludności (w tys.) (2013 r. – dane rzeczywiste, 2050 r. – prognoza)



Źródło: Główny Urząd Statystyczny, Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2014 r.

nia skupiające się wokół potrzeb ludzi starszych. Według Światowej Organizacji Zdrowia w 2000 r. na świecie żyło 600 milionów ludzi w wieku 60 lat i więcej; na 2025 r. przewiduje się, że liczba ta wzrośnie do 1,2 miliarda, a w 2050 r. będą już 2 biliony seniorów. Około 2/3 populacji ludzi starszych żyje w krajach rozwijających się, natomiast w 2025 r. liczba ta osiągnie 75% populacji (Castro i in., 2007, s. 462).

Starzejące się społeczeństwo zobowiązuje specjalistów do planowania odpowiednich działań w polityce zdrowotnej i społecznej, przystosowanych do seniorów. System opieki społecznej i służby zdrowia należy dostosować tak, by odpowiadał potrzebom ludzi w starszym wieku, stąd tak ważne jest realizowanie badań w celu uzyskania pełnej oceny demograficznej kraju. Przyczyni się to do prawidłowego określenia potrzeb w zakresie organizacyjnego modelu służby zdrowia, odpowiedniej profilaktyki, leczenia i rehabilitacji. Zaleca się realizację badań zawierających informacje o zdrowotnych i społecznych potrzebach ludzi starszych, a w konsekwencji ich analizy możliwe będzie ustalenie szans zoptymalizowania działania modelu opieki zdrowotnej i społecznej nad osobami w starszym wieku (Franek, Fojt, 1999, s. 84–93).

Konieczne staje się skupienie na problemach zdrowotnych osób starszych. Wiąże się to z geriatrią – dziedziną medycyny, która zajmuje się schorzeniami wieku podeszłego. W Polsce brakuje geriatrów, ich liczba obejmuje ok. 343 lekarzy (według danych Centralnego Rejestru Lekarzy i Lekarzy Dentystów RP, prowadzonego przez Naczelną Radę Lekarską, stan na koniec kwietnia 2015 r.) i mniej niż 500 pielęgniarek posiadających specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa geriatrycznego. Zgodnie z założeniami polityki ludnościowej (na wzór Wielkiej Brytanii, gdzie jeden geriatra powinien przypadać na ok. 4000 osób po 75. roku życia i jeden na 8 tysięcy osób w wieku 65–74 lat), potrzeby w zakresie liczby geriatrów w Polsce należy oszacować na minimum 800 specjalistów (GUS, 2014a, s. 81).

W kontekście przedstawionych danych wzrasta potrzeba nie tylko poszerzenia wiedzy w zakresie jakości życia ludzi starszych, lecz także wdrażania programów, które byłyby łatwe w realizacji i nie wymagałyby dużych nakładów finansowych. Złożona w swej naturze tematyka programów obejmowałaby różne aspekty procesu starzenia, m.in.: zagadnienia z zakresu profilaktyki w celu zmniejszenia wskaźnika umieralności czy też środków wyraźnej poprawy jakości życia i osobistego dobra. Sama definicja jakości życia określonej przez Światową Organizację Zdrowia jako właściwe jednostce postrzeganie własnej sytuacji życiowej w kontekście kultury oraz systemu otaczających ją wartości w stosunku do zamierzonych celów, oczekiwań, określonych standardów i obaw, uwzględnia interakcje między kilkoma czynnikami pojawiającymi się w późniejszym okresie (Castro i in., 2007, s. 462).

Autorzy raportu PolSenior, diagnozy realizowanej przez zespół badaczy pod kierownictwem Piotra Błędowskiego, zwracają uwagę na konieczność zróżnicowanych działań na skutek starzejącej się populacji. Wskazują na potrzebę podjęcia

działań o charakterze informacyjno-edukacyjnym, obrazujących nie tylko skalę problemu, lecz także zakres oraz wielowymiarowość jego konsekwencji (unikając ukazywania procesu jako zagrożenia), prowadzenia badań i monitoringu dla potrzeb wnikliwej diagnozy społecznej, zorganizowanie debaty społecznej, jakie zadania wobec seniorów ma państwo, samorządy terytorialne, a jakie sami obywatele, oraz stworzenie katalogu zadań dla obecnych, jak i przyszłych seniorów. Badacze postulują o wsparcie dla rodzin opiekujących się niesamodzielnymi seniorami i rozbudowę infrastruktury dla osób starszych (opiekuńczej, leczniczej, instytucjonalnych i półinstytucjonalnych placówek pomocy społecznej, ale też instytucji aktywizujących osoby starsze). Należy kontynuować wspieranie inicjatyw oddolnych (warto wskazać tu, że na lata 2012–2020 został powołany Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych, tzw. ASOS) oraz określić strategię finansowania wzrastających wydatków na rzecz osób starszych (Błądowski i in., 2012, s. 47–48).

Przed społeczeństwem otwiera się nowa płaszczyzna długoletnich działań ukierunkowanych na stworzenie w społecznej mentalności odpowiedniego wizerunku trzeciego wieku, innego niż stereotyp starości zniedołężniałej, biednej, biernej i ustawicznie oczekującej na pomoc ze strony rodziny lub instytucji opiekuńczo-leczniczych. Wyż demograficzny pokolenia dziadków, określane mianem *daddy boom*, zrodził szereg problemów – socjalnych, medycznych, ekonomicznych czy edukacyjnych, a tym samym niechęć wobec tej fazy życia. Starość ukierunkowuje oczekiwania wobec świata nauki i polityki, ale i społeczeństwa. Należy utrwalać nowy styl życia, pełen aktywności, samodzielności i kreatywności. Niezbędne jest wychowanie do starości (por. Karney, 1999, s. 103–116), określane przez współczesną gerontologię uczeniem się starości (Szarota, 2015), a do tego potrzebna jest współpraca pokoleniowa na szczeblu lokalnym, resortowa na szczeblu władzy i dyscyplinarna na szczeblu nauki. Należy propagować integrację pokoleniową, poczucie wspólnotowości i solidaryzmu społecznego (Trafiałek, 2002, s. 13–22). Wychowanie do starości to według Aleksandara Kamińskiego (1978) rozwój zainteresowań, hobby, aktywność społeczna i polityczna, rozszerzanie i rozwijanie nawyków kulturalnych. W przygotowaniu do starości wyodrębnia się pięć poziomów, pól aktywności wychowawców: biologiczną (dbałość o higienę, zdrowie, odpowiednie nawyki żywieniowe, profilaktyka uzależnień, sprawność i kondycja fizyczna), dobrostanu psychicznego (samopoznanie, akceptacja siebie, aprobata starości), intelektualną (aktywność i otwartość umysłu – aktualizacja wiedzy i umiejętności, zdobywanie nowej, rozwijanie zainteresowań), przygotowania społecznego (socjalizacja, świadomość uczestnictwa

w społeczeństwie) i ekonomiczną (postawa wobec problemów dnia codziennego oparta na edukacji ekonomicznej (Szarota, 2010, s. 138–141). Edukacja gerontologiczna obejmuje cztery obszary wychowawczo-edukacyjne: edukację do starości (przygotowanie się do roli seniora), edukację dla starości (której istotą jest proces przygotowania i zawodowego doskonalenia kadr do pracy z seniorami), edukację w starości (uczenie się w starości – oddziaływania kierowane do uczących się seniorów, jak np. oferta UTW) oraz edukację przez starość (która wyraża się poprzez międzypokoleniowy dialog, przekaz ponadczasowych wartości, kreowanie pożądanych postaw, odczarowywanie społecznych mitów i stereotypów) (Szarota, 2015, s. 23–35).

1.3. Prewencja fizjologicznego starzenia się

Starzenie się jest naturalnym, długotrwałym i nieodwracalnym procesem fizjologicznym zachodzącym w organizmie. Ma charakter zjawiska dynamicznego, przebiegającego w czasie. Starość (czyli wiek starczy) jest końcowym okresem starzenia się; jako okres życia jest pojęciem statycznym. Umownie za jej początek uznaje się 60. lub 65. rok życia. Ludzie starzy stanowią bardzo zróżnicowaną grupę pod względem stanu zdrowia, sprawności psychofizycznej, sytuacji życiowej, społecznej i ekonomicznej. Z tego powodu przyjęto podział wieku starczego na podokresy: wczesnej starości (*young old*) 60–74 lata, późnej starości (*old old*) 75–89 lat oraz długowiecznych (*longlife*) – powyżej 90. roku życia (por. Kocemba, 2000, s. 108–109; Kędzior, 2006, s. 169). Powszechnie przyjęty jest podział na wczesną i późną starość, z granicą 75. roku życia. Umowny początek starości często utożsamiany jest z wiekiem emerytalnym, który zależnie od obowiązującego prawa pracy różnicuje niekiedy początek starości kobiet i mężczyzn, co z kolei nie jest uzasadnione z biologicznego punktu widzenia. W okresie wczesnej starości większość osób zachowuje znaczną sprawność fizyczną i umysłową, samodzielność społeczną i ekonomiczną. W okresie tym obowiązuje jednak przejście na emeryturę. W okresie późnej starości większość ludzi wykazuje już znaczne ograniczenia sprawności psychofizycznej oraz ma większą potrzebę korzystania z pomocy innych osób (Pędich, 1996, s. 7–23; por. Kowalewska i in., 2005b). Analogiczne określenie początku starości odnaleźć można w opracowaniach ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (*World Health Organisation – WHO*), którzy wyróżnili cztery etapy ludzkiego życia w okresie starzenia się, określając je jako:

wiek przedstarczy (45.–59. rok życia), wiek starzenia się, inaczej zwany wczesnej starości czy „młodzi-starzy” (60.–74. rok życia), następnie wiek starczy, późnej starości, czyli „starzy starzy” (75–89 lat) oraz długowieczność (90 lat i więcej) (Zych, 2001, s. 200). WHO definiuje więc człowieka starszego jako tego, który ukończył 60. rok życia. Anna I. Brzezińska (2005a) w okresie późnej dorosłości wyróżnia, podobnie jak WHO: młodszych starszych (60–75 lat), starszych starszych (75–85 lat) oraz najstarszych starszych (po 85. roku życia) .

W okresie starzenia się dochodzi do starzenia się komórek (starzenie biologiczne), zmian w wyglądzie fizycznym, w narządach zmysłów (pogorszenie wzroku, słuchu, zdolności rozpoznawania zapachów i smaków), w narządach i układach (sercowo-naczyniowym, odpornościowym, wydzielania wewnętrznego, rozrodczym, mięśniowo-szkieletowym, pokarmowym i nerwowym).

Starzenie się jest naturalnym procesem zmniejszania się wraz z wiekiem biologicznej aktywności organizmu, co prowadzi do nieuniknionej śmierci. Organizm nie nadąża za procesami odnowy i regeneracji zniszczonych komórek i tkanek, wykazuje zmiany regresyjne. Biologiczne starzenie się jest uwarunkowane czynnikami genetycznymi oraz procesami fizjologicznymi na poziomie komórek, tkanek i narządów (Kowalewska i in., 2005a, s. 295–315).

Wraz z postępującym starzeniem zauważa się utratę sił i sprawności fizycznej, dalekowzroczność, pogorszenie pamięci krótkotrwałej, upośledzenie słuchu, spadek masy kośćca, meno- i andropauzę, zmiany w wyglądzie zewnętrznym (por. Skowrońska, 2008, s. 109–122; Hrebenda, 2002, s. 74–75) i w osobowości (por. Karney, 1999, s. 103–109). Jednakże to nie te zmiany prowadzą do śmierci, a degeneracyjne postępowe zmiany fizjologiczne we wszystkich komórkach. Osłabiają one organizm, narażając go na choroby, z którymi nie ma jak walczyć. U większości bezpośrednią przyczyną zgonu jest zaostrzenie choroby, która już wcześniej występowała. Zwykle dalszą aktywność uniemożliwiają: zawały serca, wylewy krwi do mózgu, nowotwory i zaburzenia psychiczne (Kowalewska i in., 2005a, s. 295–315).

Najczęściej obserwowalnymi zmianami wieku starczego są zaburzenia w funkcjonowaniu narządów zmysłu wzroku i słuchu oraz centralnego układu nerwowego. Ocenia się, że 7% osób w wieku od 65 do 74 lat i 16% po 75. roku życia jest dotkniętych zaburzeniami widzenia lub ślepotą; ich najczęstszymi przyczynami jest zaćma, jaskra, zwyrodnienie plamki i retinopatia cukrzycowa. Zaburzenia słuchu dotyczą 32% osób w wieku 70–80 lat, a powyżej 80. roku życia – ponad 50%. U ok. 10% osób starszych występuje szum lub dzwonięcie w uszach. Zmniejszona liczba receptorów czuciowych wpływa na zwiększenie progu bólo-

wego. Dotyk staje się mniej wrażliwy na temperaturę, a próg odczuwania dotyku podwyższa się (Kołodziej, 2006, s. 57–58).

W późnych latach życia pogarsza się sprawność fizyczna na skutek osłabienia mięśni szkieletowych i kości. Pogorszeniu ulegają ruchy precyzyjne, pojawia się drżenie rąk, głowy i głosu. Może nastąpić usztywnienie sylwetki, zmniejszenie płynności i gibkości ruchów. Pojawia się opóźnienie czasu reakcji. Widoczną oznaką podeszłego wieku życia jest siwizna, utrata włosów, zębów, zmarszczki, pofałdowanie skóry, brodawki, liczne plamy. Podstawowym zaburzeniem funkcjonalnym jest osłabienie zdolności adaptacyjnych (Żakowska-Wachelko, 2002, s. 114–115).

W okresie starzenia się zauważyć można tzw. lenistwo ruchowe, będące przyczyną wielu chorób, na które uskarżają się seniorzy. W tabeli 3 zgromadzono choroby występujące w populacji osób w wieku 60 lat i więcej (Kozdroń). Najwięcej osób choruje na nadciśnienie tętnicze, choroby kręgosłupa lub dyskopatię, reumatyzm, chorobę wieńcową bez przebytego zawału. Znaczące choroby, występujące nieco rzadziej to: inne choroby serca, miażdżycy, cukrzyca, nerwica lub depresja, migrena i częste bóle głowy, inne choroby zwyrodnieniowe stawów, choroba wieńcowa z przebyłym zawałem oraz zaćma.

Starość jest nieunikniona, jednak człowiek może mieć wpływ na spowolnienie procesu starzenia się. Zwiększenie aktywności fizycznej – spacer, marsze, piesze wyprawy turystyczne, rowerowe poprawiają wydolność organizmu, zapobiegają i wspomagają leczenie wielu chorób. Ważna jest troska o właściwe odżywianie się, bogate w witaminy, sole mineralne i białka, unikanie tłuszczów zwierzęcych i słodczy. Przyczyną zaburzeń funkcjonowania wielu narządów i układów jest stosowanie używek (Kowalewska i in., 2005a).

Aktywny styl życia ma bardzo duże znaczenie dla zdrowia osób starszych. Niedobór ruchu może przyczynić się do przyspieszenia procesów starzenia się oraz niedołęstwa. Regularność aktywności fizycznej jest zatem czynnikiem przeciwdziałającym szybkiemu starzeniu się organizmu, ale też pozytywnie oddziałuje na sprawność umysłową (Grzanka-Tykwińska, Kędziora-Kornatowska, 2010). Rekreacja fizyczna w znacznym stopniu zapobiega samotności i izolacji człowieka starego (Kaczmarczyk, Trafiałek, 2007). Sprawniejszy fizycznie i psychicznie senior mniej korzysta z instytucjonalnych form pomocy, jest niezależny, przez co kształtuje pozytywny wizerunek człowieka starszego w środowisku lokalnym.

Na poprawę stanu zdrowia, w świetle badań realizowanych przez CBOS, ma wpływ: prawidłowa dieta (50%), regularne wizyty u lekarza (34%), unikanie sytuacji stresowych (29%) oraz regularna aktywność fizyczna (25%) (Kozdroń).

Tabela 3. Odsetek osób starszych chorujących w Polsce w populacji osób w wieku 60 lat i więcej

Jednostka chorobowa	Odsetek osób starszych
Inne choroby przewlekłe	7,70
Nowotwór złośliwy	2,30
Nerwica lub depresja	11,30
Migrena i częste bóle głowy	10,40
Choroba Parkinsona	1,20
Choroba Alzheimera lub otępienie	1,20
Padaczka	0,30
Przewlekłe choroby skóry	2,40
Choroby tarczycy	5,80
Przewlekłe zapalenie oskrzeli, rozedma płuc	4,80
Jaskra	4,10
Zaćma	10,00
Inne choroby nerek	3,50
Kamica nerkowa	2,90
Inne przewlekłe choroby wątroby	3,70
Kamica żółciowa	4,20
Choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy	6,90
Inne choroby zwyrodnieniowe stawów	10,50
Reumatyzm	23,10
Osteoporoza	10,00
Stwardnienie rozsiane	0,40
Choroby kręgosłupa lub dyskopatia	28,10
Przebyty udar lub wylew krwi do mózgu	3,30
Miażdżyca	15,30
Nadciśnienie tętnicze	43,70
Inne choroby serca	15,60
Choroba wieńcowa bez przebytego zawału	19,10
Choroba wieńcowa z przebyłym zawałem	10,10
Cukrzyca	13,10
Alergia (bez astmy alergicznej)	3,80
Astma niealergiczna	5,20
Astma o podłożu alergicznym	2,90

Źródło: Kozdroń, http://www.espar50.org/dla50,rekreacja_ruchowa_w_procesie_starzenia.html

Regularna gimnastyka ma korzystny wpływ na układ sercowo-naczyniowy, systematyczny trening wpływa na obniżenie ciśnienia tętniczego. Proces starzenia się jest jednym z czynników ryzyka niepełnosprawności. Siedzący tryb życia wraz z małą aktywnością fizyczną jest przyczyną osłabienia kości i prowadzi do zwiększenia ich łamliwości czy zmian zwyrodnieniowo-zniekształcających stawy. Trening zdrowotny oddziałuje również na układ nerwowy. Badacze obserwują wpływ na technikę, koordynację, szybkość, autonomizację ruchów, funkcje poznawcze mózgu, stany emocjonalne i samopoczucie. Gimnastyka podnosi nastrój. Odpowiednio dobrane ćwiczenia mają korzystny wpływ na usprawnienie funkcjonowania układu oddechowego oraz odpornościowego ludzi starszych. To również profilaktyka cukrzycy i otyłości, a także choroby Alzheimerera (Gąbka, Kędzióra-Kornatowska, 2012).

Światowa Organizacja Zdrowia zaleca dla potrzeb zdrowego starzenia się (zachowania odpowiedniej sprawności funkcjonalnej, która w dużej mierze zależy od stylu życia, a w nim należnego miejsca kultury fizycznej we wszystkich okresach rozwoju): ćwiczenia usprawniające (codziennie 5–10 minut ćwiczeń zwiększających ruchomość w stawach), ćwiczenia siłowe angażujące duże partie mięśniowe (2 razy w tygodniu po 20 minut), ćwiczenia aerobowe (2 razy w tygodniu po 30 minut) albo 150 minut w tygodniu aktywności fizycznej o umiarkowanej intensywności lub 75 minut o dużej intensywności. Rekomendacje Unii Europejskiej to minimum 30 minut aktywności fizycznej dziennie o umiarkowanej intensywności przez co najmniej 5 dni w tygodniu (Kozdroń, Leś, 2014).

Wraz z promocją aktywnego stylu życia, aktywnego, pomyślnego starzenia się i wzrostem zainteresowania aktywnością ruchową seniorów, na rynku pojawiło się wiele ofert dla trzeciego wieku w tym zakresie. Ofertę zajęć aktywizujących dla osób starszych można znaleźć wśród konkurujących ze sobą ośrodków sportu i rekreacji, klubów fitness, biur podróży, czy firm prywatnych. Starzejące się społeczeństwo lokuje seniora na wysokiej pozycji klienta. Osoby starsze mogą uczestniczyć w oferowanych ćwiczeniach relaksacyjnych, odnowie biologicznej (SPA: masaże, kąpiele, sauna), konsultacjach z dietetykiem, nauce i doskonaleniu pływania, zajęciach aqua aerobik, pilates, siłowni, siłowni na powietrzu, tańcu. Popularna jest już nie tylko turystyka rodzinna, lecz także: turystyka terenowa, turystyka górską, turystyka uzdrowskowa, turystyka religijna (wspólnotowe i indywidualne pielgrzymowanie) itp. (por. Szarota, 2010). Coraz częściej można odnaleźć ofertę gier rekreacyjnych: gry miejskie, krokiet – mini golf, bule, ringo. Aktywizują również, na miarę możliwości ich mieszkańców oraz warunków samej instytucji, Domy Pomocy Społecznej, Domy Dziennego Pobytu, Środowiskowe Domy Samopomocy, Kluby Seniora, Centra Aktywizacji

Seniora, Domy Kultury, Biblioteki Miejskie (które w ostatnich czasach przekształcają się w centra aktywizacji, nie służą jedynie wypożyczaniu książek), wspólnoty parafialne, a także sanatoria. Oferta zajęć dla seniorów wciąż jest zdecydowanie bogatsza dla osób zamieszkujących miasta. Dla seniorów mieszkających na wsi aktywność fizyczna związana jest zazwyczaj nie z aktywnością rekreacyjną, lecz pomocą w gospodarstwie, ogrodzie lub czynnościami użytkowymi. Podejmowanie aktywności ruchowej przeciwdziała zmianom patofizjologicznym ograniczającym zdolności funkcjonalne organizmu człowieka. Ćwiczenia fizyczne są skutecznym narzędziem, które służy do redukcji lub zapobiegania problemom funkcjonalnym związanym ze starzeniem się. Na dodatek liczne badania ukazują, że aktywność fizyczna może pomóc w zachowaniu funkcji poznawczych oraz wywierać efekt prewencyjny na depresję i demencję (Kozdroń, 2012). Generalnie aktywność pełni funkcje:

- adaptacyjną – pomaga w przystosowywaniu się do nowej sytuacji społecznej i rodzinnej;
- integracyjną – pozwala na odnalezienie się w grupie osób starszych;
- kompensacyjną – pomaga w wyrównaniu braków w innych dziedzinach (np. brak pracy zawodowej, brak władzy);
- kształcącą – pomaga rozwijać i doskonalić cechy oraz dyspozycje osobowościowe;
- rekreacyjno-rozrywkową – pomaga likwidować stres, przywraca chęć do życia, wypełnia wolny czas;
- psychohygieniczną – pozwala na odczuwanie satysfakcji, może podnieść autorytet i przez to poprawić jakość życia,
- zdrowotną – wspiera profilaktykę chorób i niedołążności, usprawnia funkcjonowanie układów, utrzymuje samodzielność, zdrowie, łagodzi stres (Dzięgielewska, 2006) (więcej na ten temat: Ziomek-Michalak, 2016).

1.4. Psychospołeczne funkcjonowanie osób w podeszłym wieku

Istotne również dla starości i funkcjonowania człowieka starego w środowisku jest starzenie się psychologiczne czy społeczne. Nie bez znaczenia są czynniki psychospołeczne, które kształtują osobowość i życie emocjonalno-duchowe człowieka. Starzenie się psychiczne nie zawsze przebiega zgodnie z wiekiem metrykalnym, a zmiany psychiczne odnieść można do elementów: zdolności poznawczych (intelektu), życia uczuciowego (emocji) i postaw społecznych. W zakresie

intelektu następuje stopniowe obniżanie procesów poznawczych, sztywność schematów myślowych, mniejsza zdolność przystosowawcza, osłabienie pamięci. W zakresie życia uczuciowego słabnie uczuciowość wobec drugich, wzrasta emocjonalne zainteresowanie własną osobą (nadmierna troska o własne zdrowie), pojawia się niestabilność emocjonalna – zmiana nastrojów, płaczliwość, skłonność do depresji, egoizmu. Zawężeniu ulega krąg zainteresowań i przyjaciół, wzrasta podejrzliwość i poczucie zagrożenia (Pędich, 1996).

Psychologiczne starzenie się to zmiany, do jakich dochodzi w osobowości, życiu emocjonalnym i duchowym pod wpływem czasu. Jest ono związane ze zmianami biologicznymi zachodzącymi w mózgu. Obserwuje się słabnięcie funkcji postrzegania. Osłabienie słuchu i wzroku, prowadzi do utrudnionego kontaktu ze światem zewnętrznym. Ze względu na zaburzenia pamięci krótkotrwałej i podatność na czynniki rozpraszające, człowiek gorzej przyswaja sobie nowe treści. Poczucie osamotnienia może prowadzić do zawężenia kręgu zainteresowań i umacniać poglądy osób starszych. Częsty objaw starzenia się to zmniejszenie zdolności przystosowania się do zmian zachodzących wokół. Przejawia się to drażliwością, zmiennością nastroju, płaczliwością lub oziębłością uczuciową. Po 60. roku życia pogarsza się poziom inteligencji płynnej. Ważny jest stosunek do siebie i świata mimo upływających lat – pozytywna ocena życia może być powodem do dumy, umożliwia pogodzenie się z ludźmi i zdarzeniami. Z kolei negatywna ocena przeżytych lat powoduje obniżenie obrazu samego siebie, a w konsekwencji poczucie zagrożenia, depresji i wzrostu niepokoju. Brak satysfakcji z życia przyczynia się do pogorszenia stanu zdrowia (Kowalewska i in., 2005a, s. 295–315; por. Szarota 2004, s. 44–45).

Przy spadku sił i możliwości cielesnych pogłębiają się siły duchowe, następuje proces duchowego dojrzewania. Starość cechuje „zacisze hormonalne”, które wygasza namiętności i pozwala rozsądniej i trafniej oceniać sytuacje życiowe, powoduje zwiększoną ostrożność, rozważę, nieufność wobec nowości. Jednakże to zacisze hormonalne powoduje też, że ciało staje się coraz słabsze, mniej żywotne, traci wigor, elastyczność, jędrność. W okresie starości narastają pozytywne wartości duchowe: doświadczenie, trzeźwość oceny, refleksyjność, znajomość świata i ludzi, zrozumiałość dla prawa i porządku moralnego, zbliżenie do religii (Wiśniewska-Roszkowska, 1989, s. 60–67). Duża liczba osób przechodzących na wcześniejszą emeryturę tuż po 50. roku życia wskazuje na fakt, że tęsknota do zasłużonego odpoczynku jest większa niż lęk przed starością, a z tą utożsamia się okres emerytury. Starość staje się okresem swobody i oazy. Okres ten jest czasem: satysfakcji z wolnego czasu do użytkowania według własnych upodobań, satysfakcji z osiągnięć zawodowych i rodzinnych oraz dojrzałości duchowej, życiowej mądrości i doświadczenia (tamże,

s. 41–48). Z okresem starzenia się związane są także: rozszerzanie się horyzontów i pogłębienie spojrzenia na życie, rozwijanie nowych umiejętności, doskonalenie się, radość dzielenia życia innych pokoleń (por. Nowicka, 2006, s. 20–22).

W okresie starzenia się człowiek narażony jest na wiele zdarzeń krytycznych; w okresie wczesnej starości (65–74 lata) są to: przejście na emeryturę, śmierć rodziców, współmałżonka, rodzeństwa, przyjaciół, zespół opuszczonego gniazda na skutek usamodzielnienia się dzieci oraz osłabienie aktywności, monotonia życia, izolacja czy osamotnienie. W latach, przypadających na okres późnej starości, człowiek narażony jest na: poczucie zbliżającej się śmierci, ograniczenie sprawności (powyżej 75. roku życia) i wydolności, bezradność, poczucie zagrożenia, lęk oraz obiektywną samotność (Żakowska-Wachełko, 2002, s. 116–117).

Największym zdarzeniem krytycznym starości jest głębokie otępienie umysłowe, które cechuje się obniżeniem inteligencji, zanikiem pamięci, orientacji i krytycyzmu. Zaburzenia krytycyzmu i pamięci przyczyniają się do narastania starych dziwactw, takich jak: nieufność i podejrzliwość, skąpstwo i chciwość (tzw. *zbieracze*), hipochondria, wzmożone samopoczucie (*euforycy*) oraz życie przeszłością (Wiśniewska-Roszkowska, 1989, s. 25–40).

W literaturze spotkać można wiele typologii postaw psychicznych ludzi starych. Większość z nich zebrał i opublikował Jerzy Halicki (2010, s. 153–172). W latach 60. XX wieku w Wielkiej Brytanii Suzanne K. Reichard i współpracownicy (1962) zbadali cechy osobowości osób w podeszłym wieku (mężczyzn) – tych, którzy są dobrze, jak i źle przystosowani do starości. Największa grupa dobrze dostosowanych określona została mianem „dojrzałych” (łatwo wchodzili w wiek starchy, starość przyjęli jako swoją rzeczywistość i wykorzystywali ją jak najlepiej). Druga grupa to „ludzie na bujanych fotelach” – bierni. Grupę trzecią stanowią „opancerzeni” – dobrze przystosowani, z wysokim poziomem rozwoju, z dobrze funkcjonującym systemem obrony przed lękiem. W grupie z niepowodzeniem dostosowanych do starości znaleźli się „gniewni” – rozgoryczeni, obwiniający innych za swoje niepowodzenia, niezdolni do pogodzenia się ze starością oraz „ludzie nienawidzący samych siebie” – powracający do przeszłości, mający poczucie porażki, kierujący żal wewnątrz siebie, obwiniający siebie.

W wyniku badań Dennis B. Bromley (1969) wyróżnił pięć typów przystosowania się w starszym wieku: postawę konstruktywną (cechującą się wewnętrzną równowagą, pogodą ducha, kontaktami emocjonalnymi z ludźmi dającymi radość życia), postawę zależności (bierność i zależność od innych, brak aspiracji życiowych, uległość), postawę obronną (przesadne opanowanie, sztywność w nawykach i przyzwyczajeniach, zaabsorbowanie aktywnością zawodową, samo-

wystarczalność), postawę wrogości (agresywność, wybuchowość, podejrzliwość, przrzucanie na innych własnych pretensji, bunt przeciwko starości) i postawę wrogości skierowanej na samego siebie (ujemny bilans życiowy, brak aktywności i zaradności, bierność wobec tego, co zsyła los, pretensje, żal, depresja, poczucie osamotnienia i zbędności, śmierć – wybawieniem).

Z badań Adama Zycha (1995, s. 147–150) nad sytuacją życiową ludzi w podeszłym wieku, prowadzonych w latach 80. XX wieku na terenie woj. kieleckiego, wynikają pozytywne oraz negatywne postawy wobec starości. Na nieprzystosowanie się do starości wskazuje: postawa lęku przed starością i buntu wobec starzenia się oraz postawa rezygnacji i/lub izolacji emocjonalnej i społecznej. Na przystosowanie się wobec starzenia się i starości wskazują: postawa rozsądnej, poznawczej i emocjonalnej akceptacji starości oraz postawa refleksji nad przebyłym już odcinkiem drogi życiowej.

Badaczka amerykańska, Bernice L. Neugarten (1996) wyróżniła osiem postaw osób starszych wobec życia, ujmując je we wzory: wzór A – reorganizacja życia i utrzymanie wysokiej aktywności po przejściu na emeryturę, wzór B – ukierunkowanie się na jeden, dotąd ulubiony rodzaj aktywności, wzór C – wycofywanie się z życia, obserwacja życia z pozycji osoby siedzącej na fotelu bujanym, wzór D – utrzymanie aktywności na poziomie średniego wieku, wzór E – zawężenie aktywności do konkretnych ról, aktywność niezbędna do satysfakcji z życia, wzór F – potrzeba pomocy i współpracy ze strony otoczenia, wzór G – apatia i brak aktywności oraz wzór H – niska satysfakcja życia, zdeintegrowanie, wymaganie pomocy i wsparcia ze strony otoczenia.

Małgorzata Halicka (2004) wyróżnia dwie grupy badanych osób starszych – zadowolonych i niezadowolonych z własnego życia. Do grupy zadowolonych zalicza typy: zorientowanych rodzinnie, religijnie, zawodowo, majątkowo i uczuciowo. W grupie nieusatysfakcjonowanych są: rozpieszczeni (na skutek nadopiekuńczości własnych rodziców – nieprzystosowani społecznie do życia, pasywno-zależni), opuszczeni (doświadczeni traumą śmierci bliskiej osoby w dzieciństwie), rozczarowani zdrowiem (cechujący się nagłą chorobą lub kalectwem, które stało się punktem zwrotnym w życiu), pogodzeni i pokorni (z poczuciem skumulowanej krzywdy i kontynuacji w rodzinie niepomyślnych zdarzeń, akceptujący życie z pokorą), pierwotnie pesymistyczni (z beztróskim dzieciństwem przerwany śmiercią bliskiej osoby, która zmieniła ich życie).

Własną propozycję typologii osób starszych wysunął Jerzy Halicki (2010): pragnący ciepła, pogodzeni ze starością i samotnością, tęskniący za przeszłością – świadomi przemijania, przesłaniający starość codziennością, skoncentrowani na

sobie, pogodni duchem mimo przeciwności losu, aktywni z poczuciem osamotnienia, wierzący we własne siły, kompensujący samotność, biernie przyjmujący rzeczywistość, zadowoleni z terażniejszości – zaniepokojeni przyszłością, żyjący sprawami rodziny, aktywni z natury.

Przyjęta postawa przez seniora wobec upływu czasu, własnego starzenia się i starości determinuje jego poziom zaangażowania i funkcjonowania w społeczeństwie. Różne sposoby przystosowania się do starości próbują wyjaśnić teorie: konstruktywnej starości (własne życie człowiek traktuje jako zadanie), starości z wyboru (człowiek starszy ma pozostawiony wybór decyzji w kwestii gospodarowania własnej starości), wspomnianego uprzednio aktywnego stylu życia (poszukiwanie wiedzy, zdobywanie kompetencji lepszego rozumienia siebie i innych, procesu starzenia się i starości, przebywania z innymi ludźmi oraz korzystania z czasu wolnego) oraz teoria przepływu (jakość życia zależy od sposobu doświadczania codzienności, umiejętności wyjścia poza dolegliwości somatyczne, osamotnienie i cierpienia emocjonalne) (Steuden, Marczyk, 2006, s. 11–12). Najważniejsze teorie społeczne starzenia się zebrał, usystematyzował i opublikował Halicki (2006, s. 255–273).

Ludzie starsi przyjmują różne **style życia**. Olga Czerniawska (1998, s. 19–24) na podstawie badań empirycznych dotyczących stylów życia osób starych wyróżniła: styl całkowicie bierny (wynikający najczęściej z choroby lub trudności w pokonywaniu barier architektonicznych), rodzinny (cechujący się rozszerzoną rolą babci i dziadka), wynikający z posiadania ogródka działkowego (określony przez Szarotę (2004, s. 49) hobbystycznym – został rozciągnięty na inne obszary aktywnie zaspokajanych zainteresowań), wynikający z aktywności w stowarzyszeniu społecznym, domocentryczny, pobożny. Dodatkowo wskazać można jeszcze na styl zorientowany publicznie i integracyjny (por. Halicka, Halicki, 2002, s. 207–208). Najważniejsze role społeczne przyjmowane przez seniorów to role: rodzinne (małżonek, rodzic, dziadek, babcia), zawodowa, członka grupy towarzyskiej, członka wspólnoty lokalnej, obywatela, użytkownika czasu wolnego. W roli zawodowej znajdują się najczęściej wśród osób starszych rolnicy indywidualni, pracownicy nauki, twórcy i wykonujący wolne zawody (Szatur-Jaworska, 2000, s. 51–52; por. Tokaj, 2005a, s. 86).

Liczba i rodzaj pełnionych ról społecznych w wieku starczym zależy od środowiska, ale też od aktywności w ich podejmowaniu. Część ról społecznych zanika, ale pojawiają się również nowe. Najistotniejszymi rolami w tym okresie są role: rodzinne (małżonka, rodzica, dziadka, babci, opiekuna własnych rodziców), zawodowa, uczestnika grupy rówieśniczej, członka wspólnoty lokalnej, obywatela, członka wspólnoty religijnej, wolontaryjnej, użytkownika czasu wolnego. Okres późnej dorosłości może prowadzić do odwrócenia pełnionych

ról – aktywni zawodowo przyjmują rolę bierną, dotychczasowi żywiciiele rodziny, opiekunowie niekiedy sami wymagają opieki. Relacje z innymi ludźmi stają się wyznacznikiem jakości życia ludzi w podeszłym wieku. W związku z odchodzeniem z rynku pracy, utratą wielu kontaktów służbowych, na sile wzbierają więzi rodzinne i przyjacielskie (Brzezińska, 2011, s. 43–71).

W świetle badań Głównego Urzędu Statystycznego (1990, za: Halicka, Halicki, 2002, s. 205–210) styl życia dorosłych Polaków można było określić jako bierny i monotony. Ponad 31% spędzało czas na biernym odpoczynku. Niepełna 4% badanych w ramach wypełnienia czasu wolnego brało udział w działalności społecznej, 3% w działalności na rzecz parafii, zaledwie 0,7% działało politycznie. Formy aktywności ludzi w wieku podeszłym zgromadzono w tabeli 4 (tamże, s. 204–206).

Tabela 4. Formy aktywności ludzi w podeszłym wieku

Formy aktywności	Razem
Oglądanie telewizji	84,00
Słuchanie radia	64,10
Czytanie gazet	56,00
Spacery	51,60
Praca w ogródku	39,00
Spotkania z przyjaciółmi	35,00
Czytanie książek	34,70
Praca ręczna, rękodzieło	13,10
Podróże, turystyka	5,40
Sport	4,80
Działalność społeczna	3,80
Działalność w parafii	3,30
Spotkania w klubie seniora	2,60
Kabaret, kino, teatr	2,50
Spotkania w restauracji	1,30
Uprawianie malarstwa, muzyki	1,00
Działalność polityczna	0,70
Spotkania w kole gospodyń	0,40
Dokształcanie (np. UTW)	0,30
Działalność samopomocowa	0,20

Źródło: Halicka, Halicki, 2002, s. 204–206.

Aktywność seniorów nie przybierała dużych rozmiarów, a czas wolny spędzali oni zazwyczaj receptywnie. Dlatego tak istotne staje się stymulowanie zachowań osób starszych w zakresie organizowania ich czasu wolnego.

Analiza literatury przedmiotu wykazuje, że współcześni seniorzy są bardziej witalni niż w poprzednich generacjach. Stąd też wydłużenie się okresu życia ludzi starszych i lepsza ich kondycja psychoruchowa. Proces ten zauważalny jest na skutek ewolucji kulturalno-społecznej. Seniorzy zaczynają podejmować edukację, na którą najsilniej wpływają: stan zdrowia, przygotowanie do starości, biografia edukacyjna i społeczna, predyspozycje umysłowe, osobowość, czas wolny, poczucie własnej wartości, poczucie sensu życia, motywacja do kształcenia się, trening wspomagający sprawność umysłową, sytuacja ekonomiczna, stymulacja środowiska, oferty kulturalno-oświatowe dla seniorów (Fabiś, 2006, s. 37–39). Coraz częściej miasto wychodzi naprzeciw oczekiwaniom i potrzebom seniorów, aranżując przestrzeń wspierającą aktywne starzenie się (więcej na ten temat: Ziomek-Michalak, 2014). Różne formy aktywności osób starszych pozwalają im na wykorzystywanie ich potencjału osobowego, ale też pozwalają przekraczać ograniczenia związane ze stanem zdrowia, sytuacją osobistą i społeczną (Steuden, 2014, s. 98–99).

Badania nad jakością życia seniorów prowadzone przez Główny Urząd Statystyczny w 2015 r. wykazują wspomnianą zmianę w formach spędzania czasu wolnego. W zakresie czytelnictwa: 65% osób powyżej 65. roku życia deklaruowało czytanie gazet przynajmniej raz w tygodniu, 26% – regularne czytanie miesięczników lub tygodników, 40% – czytanie książek. Wyniki te są zbliżone do wyników uzyskanych przez badanych powyżej 16. roku życia, co wskazuje na kontynuację w starości nabytych w okresie młodzieńczym tendencji i zamiłowania do czytelnictwa. Odmiennie prezentują się wyniki w zakresie korzystania z komputera i Internetu, któremu młodzież i dorośli poświęcali wiele czasu. Wśród seniorów korzystanie z technologii wyglądało następująco: w celu znalezienia potrzebnych informacji (w zakresie zdrowia, rozkładów jazdy, towarów, usług) – 16% (dla porównania osoby w wieku 16 lat i więcej – 60%), z bankowości elektronicznej korzystało 9% (w grupach młodszych – 43%), z portali społecznościowych korzystało 7% (podczas gdy w młodszych grupach – 46%), z zakupów drogą elektroniczną – 6% (analogicznie – 47%) i usług administracji publicznej – 6% (młodszy – 31%). Tak duże różnice w zakresie uzyskanych wyników mogą być spowodowane ograniczeniami w dostępie seniorów do komputera z Internetem i umiejętności posługiwania się sprzętem komputerowym, wręcz lękiem przed jego uszkodzeniem, brakiem zaufania do sieci internetowej. Osoby w wieku 16 lat i więcej posługują się na co dzień telefonami komórkowymi z dostępem do sieci, a przemieszczanie bez niego (telefonu i Internetu w zasięgu ręki) staje się dziś

wręcz niewyobrażalne. Współcześni seniorzy korzystający z telefonów stawiają raczej nacisk na prostotę w obsłudze aparatu (wygodny w dłoni, duży wyświetlacz, łatwy w obsłudze, przyciski wygodne w wybieraniu numeru), a wzrastający w dorosłości bez konieczności „przeglądania się” w opiniach innych osób na portalach społecznościowych, nie czują potrzeby istnienia w sieci. W zakresie chodzenia do kina czy do teatru lub na koncert: blisko 80% nie chodzi nigdy lub prawie nigdy, blisko 14% – rzadziej niż raz na 2–3 miesiące, blisko 5% – raz na 2–3 miesiące. Są to wyniki blisko o połowę niższe niż w przypadku osób w wieku 16 lat i więcej. Świadczyć to może o niechęci seniorów do wyjścia w miejsca publiczne, które swoją ofertę kierują do młodszej publiczności. Mimo że coraz częściej kina studyjne, domy kultury, biblioteki, teatry kierują ofertę teatralną, kinową czy muzyczną do seniorów, nie zawsze jest to wystarczająco wypromowane, by informacja objęła zainteresowanych swoim zasięgiem. Cena za wydarzenia kulturalne też często przerasta możliwości ekonomiczne emerytów. Stąd dobrym rozwiązaniem stają się Karty Seniora uprawniające do dodatkowych zniżek lub cykl wydarzeń dedykowanych osobom starszym, w specjalnej ofercie cenowej dla emerytów (np. czwartki seniora, kino dla seniora). Zwiedzanie muzeów lub wystaw sztuki daje się mało popularne w obu grupach wiekowych. I tak wśród seniorów – 81% nigdy lub prawie nigdy nie zwiedzało muzeum i wystaw, 16% – rzadziej niż raz na 2–3 miesiące, 3% – raz na 2–3 miesiące. Oferta muzealna staje się coraz bardziej atrakcyjna. Otwierane są nowe muzea, niejednokrotnie multimedialne, jednak ich cena może być barierą korzystania z nich dla osób starszych. Mimo 40% deklarujących czytanie książek – jedynie 15% deklaruje chodzenie do biblioteki, czytelnia. Seniorzy w większości nie wykazują aktywności fizycznej (83%) i też jedynie 9% deklaruje chodzenie na mecze i zawody sportowe. Na dancingi lub zabawy taneczne chodzi zaledwie 5% respondentów. Raz w tygodniu lub częściej na spacerach chodzi 55% seniorów, a muzyki słucha 31% (analogicznie nigdy nie odpoczywa na świeżym powietrzu 23% badanych, a muzyki nie słucha 31%). Filmy na nośnikach innych niż telewizor ogląda 18% seniorów, 29% zajmuje się hobby i też 29% w roku poprzedzającym badanie wyjeżdżała poza miejsce zamieszkania. Za to codziennie ponad cztery godziny telewizję ogląda 34% seniorów, a do 4 godzin – aż 57%. Wyniki prowadzą do wniosków, że styl funkcjonowania w czasie wolnym seniorów jest receptywny, niechętnie korzystają z zasobów technologicznych i preferują pozostawanie w domu. Z wydarzeń organizowanych lokalnie korzysta jedynie 9% seniorów (co ciekawe – tylko 13% młodszych). Przyczyną może być organizowanie wydarzeń niedostosowanych do potrzeb lub zbyt małe ich nagłaśnianie w środowisku. Czynne uczestnictwo w kulturze mogą ograniczać: warunki ekonomiczne, stan zdrowia, samotność lub brak towarzystwa do wspólnego wyjścia poza własne mieszkanie, osiedle, gdzie

osoby te czują się bezpieczne (łącznie bezpiecznie i raczej bezpiecznie czuje się 82% badanych). Mimo że 66% respondentów deklarowało posiadanie bliskich osób poza rodziną, to aż prawie połowa (52%) nie odwiedzała ich i nie gościła u siebie nigdy (18%) lub rzadziej niż raz w miesiącu (34%). Ze znajomymi poza mieszkaniem nie spotykało się 85% seniorów (analogicznie 71% i 14%). Kluby i kawiarnie, dedykowane głównie młodym osobom, często nie były atrakcyjnym miejscem dla seniora (uznawane jako drogie, zbyt głośne, hałaśliwe, przepełnione młodym towarzystwem). Pracę społeczną w organizacjach społecznych (poświęcenie czasu przynajmniej raz na pół roku) deklarowało 13%, z czego w świeckich organizacjach pozarządowych – 3% i religijnych – 6%. Za to 65% seniorów uczestniczyło w codziennej lub przynajmniej cotygodniowej mszy świętej, co wskazuje na ich pobożny styl funkcjonowania. (GUS, 2015).

Starość niesie za sobą duży potencjał wartości. Wartości wpływające z wieku senioralnego można wykorzystać do wdrożenia osób starszych do pracy społecznej – w roli ochotnika/wolontariusza, doradcy w rozwiązywaniu problemów, opiekuna (dla starszych, dzieci, młodych osób niepełnosprawnych) czy nauczyciela (Coni, Davison, Webster, 1994, s. 19–25). Wojciech Pędich (1996) wskazuje na potrzebę rozwijania działalności edukacyjnej wśród osób starszych dla podtrzymania ich aktywności biologicznej, psychicznej i społecznej, jak i w celu wyrabiania solidarności pokoleniowej i gotowości do działań samopomocowych. Z kolei osoby o pozytywnym nastawieniu do pracy społecznej mogą być partnerami dla pracowników socjalnych i odgrywać znaczącą rolę w rozwijaniu działalności samopomocowej lub kulturalnej w środowisku. Ważne jest, by dbać o kształtowanie pozytywnych postaw wobec starości już od wieku szkolnego, a ta działalność oświatowa i wychowawcza powinna mieć charakter powszechny, nie elitarny, stąd potrzeba współpracy ze środkami masowego przekazu (tamże). Istotne jest podejmowanie zagadnienia masowości zjawiska starzenia się, jak i problemów osób starzejących się i starych, trudności integracyjnych ze środowiskiem. Media mają przestrzeń do ukazywania aktywnych, partycypujących w życiu społeczne seniorów. Ze względu na zmniejszenie ekskluzji społecznej środki masowego przekazu powinny być wyczułone na dostrzeżenie potrzeb starszych oraz zachęcanie do integracji wewnątrz- i międzypokoleniowej, organizowania pomocy. To właśnie od sposobów prezentowania problemów ludzi starszych w prasie, telewizji, radio czy Internecie zależy jakość jednostkowych i społecznych opinii o nich, a także sądów i postaw (Ziomek-Michalak, Michalak, 2015).

ROZDZIAŁ 2

ZDROWIE I OCZEKIWANIA ZDROWOTNE

2.1. Modele wyjaśniające pojęcie zdrowia

W literaturze przedmiotu odnaleźć można wiele koncepcji definiujących pojęcie zdrowia. Według Władysława Tatarkiewicza (1979, s. 210–218) zdrowie może mieć różne przedmiotowe odniesienia; może odnosić się do samorealizacji i rozwoju, trafnego spostrzegania siebie i innych ludzi, radzenia sobie ze stresem, harmonizowania i scalania różnych funkcji. Dało to podstawę analizom nad dobrostanem człowieka, który wraz z dobrą jakością życia odnosi się do subiektywnych modeli zdrowia. W koncepcji tej pojęcie zdrowia psychicznego i szczęścia są wieloznaczne. Można je uznać za stan lub stały układ czynnościowy, rozpatrywać subiektywnie jako przeżycie i poczucie dobrego stanu (zadowolenia i satysfakcji) lub obiektywnie przez układ warunków lub przebieg procesów, jak również mogą one stanowić fakt dający się określić przez badania

empiryczne lub pojmowany jako stan idealny (wzór – idealizacja). Tatarkiewicz uznaje, że zdrowie jest warunkiem szczęścia.

Publikacje dotyczące problematyki zdrowia odwołują się zazwyczaj do jego trzech modeli: biomedycznego, holistyczno-funkcjonalnego, socjoekologicznego (por. Strelau, Doliński, 2008b, s. 683–689).

Dominacja **modelu biomedycznego** spowodowała podejście do zdrowia jako synonimu normalności, któremu często przeciwstawiano pojęcia nienormalności i patologii. Model ten definiuje zdrowie jako brak zaburzeń i choroby, co czyni je pojęciem całkowicie zobiektywizowanym. Zdrowie i choroba są kategoriami rozłącznymi. Zwolennicy modelu biomedycznego traktują ciało jako mechanizm, który można naprawić poprzez usunięcie lub wymianę uszkodzonych części. W chwili choroby ciało pozostaje pod kontrolą specjalisty, który przywraca je do zdrowia. Oznacza to, że zdrowie człowieka nie jest zależne od czynników psychicznych czy społecznych, a nawet od świadomej aktywności człowieka (Sęk, 2005a, s. 62–63).

Inne podejście do zdrowia prezentuje **model holistyczno-funkcjonalny**. Zgodnie z założeniami medycyny psychosomatycznej uznaje on wzajemne powiązania i oddziaływania psychiki na funkcje somatyczne i funkcji biologicznych na psychikę. Popierając medycynę behawioralną, włącza do koncepcji zdrowia zachowania wspomagające zdrowie lub działające jako poważne czynniki ryzyka. Definiuje zdrowie jako „proces stałego dynamicznego równoważenia potrzeb człowieka i wymagań otoczenia. O poziomie zdrowia decydują zasoby człowieka (wewnętrzne i znajdujące się w środowisku) oraz wymagania, zwane też często stresorami” (tamże, s. 62). Model ten kładzie również nacisk na duże znaczenie świadomej aktywności podmiotu w procesie zdrowia.

W centrum **socjoekologicznego modelu zdrowia** znajduje się człowiek, którego otacza biosfera i kultura. Model ten posługuje się pojęciami tzw. pól zdrowia, czyli uwarunkowań biologicznych, behawioralnych i środowiskowych. Człowiek stanowi system całościowo funkcjonujący: biologicznie, umysłowo i duchowo. Wśród wpływów, którym podlega zdrowie, najistotniejsze są dążenia i działania jednostki, które zmierzają w kierunku rozwoju jej potencjałów. Sama nadaje sens własnemu zdrowiu i umieszcza je w systemie swoich wartości i celów. Zdrowie w tym modelu jest zarówno procesem, jak i właściwością człowieka (zdolnością do osiągnięcia pełni własnych możliwości oraz reagowania na wyzwania otoczenia) (tamże, s. 63).

W naukach medycznych u schyłku XX wieku można zaobserwować istotne przemiany przejawiające się w stopniowym zastępowaniu tradycyjnego, biome-

dycznego modelu zdrowia modelem holistyczno-funkcjonalnym (biopsychospołecznym). Znaczącą rolę w tym procesie odgrywa koncepcja salutogenezy Antonovsky'ego umieszczająca w centrum zainteresowań zdrowie, a nie chorobę, co jest typowe dla obecnego w paradygmacie biomedycznym podejścia patogenetycznego (Gruszczyńska, Worsztynowicz, 1999, s. 93–94). Pozytywne koncepcje zdrowia nie miały szans na szybki rozwój, z tego powodu, że zdrowie, jak i szczęście, obciążone jest wartościowaniem i nie może być poddane naukowym analizom i badaniom. Inni traktują zdrowie jako pojęcie zbyt złożone i wieloznaczne. Jednakże wraz z rozwojem psychologii zdrowia oraz pojawieniem się modelu salutogenezy zmieniło się podejście do omawianego tu terminu (Sęk, 2005a, s. 59). Za prekursora pozytywnego pojęcia zdrowia psychicznego uznaje się Marie Jahodę (1959), która zaprezentowała kryteria zdrowia psychicznego, a wśród nich: postawę względem Ja (pozytywna i wysoka samoocena, silne poczucie tożsamości), zdolność do rozwoju i samorealizacji, integrację (syntetyzująca funkcja doświadczeń), autonomię (niezależność od wpływów społecznych i zdolność do samoregulacji), realistyczne spostrzeganie rzeczywistości i radzenie sobie z wymaganiami (zdolność do adaptacji w zmieniającym się świecie). Podejście to zostało jednak skrytykowane ze względu na indukcyjny charakter, połączenie kryteriów wywodzących się z różnych teorii o odmiennych założeniach ontologicznych i epistemologicznych.

Na potoczną wiedzę na temat zdrowia składa się wiele indywidualnych koncepcji zdrowia. Są to m.in. doświadczenia indywidualne ludzi, ślady wpływów społeczno-kulturowych, tradycji czy zwyczajów. Wyróżnia się trzy kategorie subiektywnych koncepcji, korespondujących z teoretycznymi, opisanymi wcześniej, modelami zdrowia. Pierwsza traktuje zdrowie jako brak choroby; uzależnia je od odporności biologicznej organizmu, traktuje jako zdeterminowane genetycznym wyposażeniem. Jest to nawiązanie do biomedycznego modelu zdrowia, gdzie zdrowie i choroba pozostają poza kontrolą podmiotu. Druga kategoria koncepcji ujmuje zdrowie jako potencjał lub zasób, który człowiek w sobie rozpoznaje, ocenia i docenia znaczenie jego posiadania, troszczy się o jego ochronę i wzmacnianie. Koncepcja ta zbliżona jest do modelu holistyczno-funkcjonalnego, gdzie zdrowie jest procesem równoważenia wpływów i wzajemnych wymagań w relacji otoczenie–człowiek. Zdrowie i choroba uzależnione są od świadomej aktywności jednostki i jej poczucia odpowiedzialności. Trzecia kategoria koncepcji opisuje zdrowie przez odnoszenie go do pewnej normy – wymiaru uogólnionego na podstawie obserwacji, uznanego za normalne i wartościowe zachowania ludzi na co dzień oraz samoświadomości funkcjonowania organizmu. Zdrowie pojmuje się

w kategoriach harmonii i równowagi, co oznacza, że ma ono zindywidualizowany charakter i odnosi się do osobistych pragnień i dążeń jednostki do osiągnięcia równowagi (John-Borys, 2002, s. 14–16).

Przez długi czas choroba znajdowała się w centrum zainteresowania, a praktyczne działania skierowane były na czynności naprawcze. Podejście to, zwane patogenetycznym, dostarczyło wiedzy na temat biologicznych przyczyn dysfunkcji somatycznych. Pytając o źródła choroby, ukazywano czynniki psychiczne (emocje, zachowania człowieka czy elementy osobowości) oraz społeczne, które wpływają na jej powstawanie i rozwój. Patogenetyczne rozumienie zdrowia jako braku choroby dokonało dychotomicznego podziału na ludzi zdrowych i chorych. W podejściu patogenetycznym przyjęty został dychotomiczny podział zdrowie–choroba. Powoduje to: klasyfikowanie ludzi na zdrowych lub chorych, koncentrowanie się na jednej specyficznej jednostce chorobowej, co jest opozycją holistycznego myślenia o zdrowiu, koncentrowanie się na czynnikach wywołujących chorobę, a nie na poszukiwaniu sposobów radzenia sobie z nimi, założenie, że stresory są szkodliwe dla człowieka (Gruszczyńska, Worsztynowicz, 1999, s. 94–95; por. Michalak, 2006).

We współczesnych naukach pojęcie zdrowia nie ogranicza się wyłącznie do sfery biologicznej czy somatycznej, lecz sięga również do sfery psychicznej. Różne dziedziny nauki, w tym także psychologia, podjęły się próby stworzenia ram dla wiedzy o zdrowiu. W medycynie i naukach społecznych coraz bardziej uświadamiano sobie potrzebę pozytywnej koncepcji zdrowia, by pojęcia: zdrowie, dobrostan i szczęście mogły podlegać naukowym analizom. Z kolei w ramach psychopatologii i analizy patogenetycznej wystarczające było negatywne pojęcie zdrowia. Oznacza ono brak dysfunkcji psychicznych i somatycznych lub objawów choroby. Twierdzono, że w psychopatologii można obejść się bez pojęcia zdrowia, stosując jedynie dobrze opisane kategorie zaburzeń precyzowane w powszechnie uznanych klasyfikacjach. Na skutek obserwacji, że przyczyny chorób tkwią nie tylko w strukturach biologicznych i łatwo rozpoznawalnych patogenach, że za wiele chorób odpowiedzialny jest styl życia człowieka, jego psychika, środowisko i warunki społeczne, wzrosła świadomość, że potrzeba jest nie tylko leczenia chorób, ale przede wszystkim ich prewencji i promocja zdrowia. Z kolei metodologicznie najbardziej wskazane jest rekonstruowanie pojęcia zdrowia, zawartego w koncepcjach psychologicznych człowieka i jego rozwoju, co wskazuje na podejście dedukcyjne i paradygmatyczne. Polega na ujmowaniu człowieka rozwijającego silne ego, realizującego swoje potencjały, który jest racjonalny, posiada różnicowaną wiedzę, jest zdolny do tworzenia więzi, komunikuje się w sposób

kompetentny. Z koncepcji osobowości można wyprowadzić dwa modele zdrowia – realistyczno-adaptacyjny oraz postulatywny. W ujęciu Erika H. Eriksona (2004) zdrowie określa się jako pomyślnie przebiegający proces rozwoju psychospołecznego człowieka w toku przewycięzania kryzysów. W toku tym zdobywa on niezbędne kompetencje: ufność, poczucie autonomii, inicjatywę, produktywność, tożsamość, intymność, generatywność i integralność.

Zgodnie z definicją zaproponowaną w 1948 r. przez Światową Organizację Zdrowia, zdrowie to „pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko brak choroby czy niedomagania” (za: Juczyński, 2001, s. 12). Definicja ta uwzględnia trzy płaszczyzny zdrowia – fizyczną, psychiczną oraz społeczną. Zdrowie fizyczne – somatyczne, odnosi się do organizmu i stanowi tło innych znanych chorób ciała. Pewne jego elementy można rozwijać poprzez ćwiczenie i hartowanie. W tradycyjnym ujęciu miarą zdrowia psychicznego jest stopień integracji osobowości, choć nie zawsze dobre samopoczucie stanowi wyznacznik dobrego stanu zdrowia. Współcześnie pisze się o zdolności do rozwoju jako wyznaczniku zdrowia psychicznego. Zdrowie społeczne dotyczy relacji między jednostką a społecznością. Jego miarę stanowi stopień społecznego współbrzmienia (por. Demel, 1980; Syrek, 2000). Współczesna definicja zdrowia poszerzona została o czwarta płaszczyznę – duchową – u jednych związaną z wiarą i przeżyciami religijnymi, u innych z osobistym zbiorem zasad, zachowań i sposobów osiągnięcia wewnętrznego spokoju i równowagi (Maszczak, 2005).

Definicja ta okazała się trudna do zastosowania w praktyce klinicznej ze względu na wieloznaczność pojęcia „dobrostan”. Stąd stale pojawiające się nowe definicje, które uwzględniają bardziej wymierne i szczegółowe wyznaczniki zdrowia.

Na tle podejścia patogenetycznego powstał nowy kierunek uzupełniający nurt badań; kierunek poszukujący źródeł zdrowia – **salutogenetyczna koncepcja zdrowia**. Skupiono się w niej na biologicznych, psychicznych i społecznych czynnikach sprzyjających zdrowiu, które umożliwiają utrzymanie go lub szybki powrót do niego. W obszarze działań praktycznych swe miejsce odnalazła profilaktyka i promocja zdrowia (por. Michalak, 2006). Jest ona istotnym elementem podejścia holistycznego do zdrowia; jej centralnym problemem jest zdrowie i ustalenie jego wyznaczników, w przeciwieństwie do koncepcji patogenetycznej, skupiającej się na chorobie i czynnikach chorobowych. Istotą myślenia salutogenetycznego są pytania o czynniki sprzyjające zdrowiu, a w sytuacji choroby ułatwiające człowiekowi stawanie się zdrowszym. W psychologii klinicznej prekursorami tego nurtu byli Suzanne Kobasa, George E. Vaillant, Thomas Boyce, a także Abraham H. Maslow. Jednakże twórcą paradygmatu saluto-

genetycznego ogłoszono w latach 70. ubiegłego wieku Aarona Antonovsky'ego. Założeniem salutogenezy jest fakt, że naturalnym stanem ludzkiego organizmu nie jest homeostaza, lecz heterostaza – ciągła zmienność, stan entropii – nieuporządkowania i zaburzonej homeostazy. Wynika to z obserwacji, że w codziennych sytuacjach stres, jak również stykanie się z trudnościami i potencjalnymi zagrożeniami, są nieuniknione. Stąd pytanie: *jak pozbyć się tego czy innego stresora?*, Antonovsky zastępuje pytaniem: *jak możemy nauczyć się żyć w zdrowiu, ze stresorami?* Przyjmuje się założenie, że zdrowie rozciąga się na kontinuum pomiędzy biegunami pełnego zdrowia fizycznego, społecznego i psychicznego, i głębokiej, zagrażającej życiu choroby. Wśród czynników i mechanizmów utrzymujących zdrowie, jak również przyspieszających procesy zdrowienia, wyznaczył on: stresory, zachowanie – styl życia, poczucie koherencji i uogólnione zasoby odpornościowe. Stresory to elementy wprowadzające do życia entropię, napięcie i sprzeczność. Mogą przeradzać się w stres i negatywne stany emocjonalne, jak również mobilizować, wyzwalać energię, działać rozwojowo. Prowadzą one do wytworzenia silnego poczucia koherencji, które umożliwia radzenie sobie z napięciem. Literatura przedmiotu wyróżnia: stresory przewlekłe (względnie trwałe i ciągłe sytuacje życiowe, stany lub cechy o podstawowym znaczeniu dla jednostki), ważne wydarzenia życiowe (ograniczone czasowo i przestrzennie) oraz dokuczliwe kłopoty codzienne (negatywne, odosobnione zdarzenia, znajdujące się w życiu każdego człowieka; stanowią one obciążające tło, które podwyższa napięcie). Ze względu na zróżnicowane źródło i charakter, stresory można podzielić na: psychospołeczne i fizyczno-biologiczne, krótkotrwałe i przewlekłe, zewnątrz- i wewnątrzpochodne, kształtujące się w obrębie relacji człowiek–otoczenie. Antonovsky uznał, że ważnym zasobem warunkującym utrzymanie zdrowia są świadome zachowania prozdrowotne jednostki. Pożądanym jest proces aktywnego zmagania się z trudnościami ujmowanymi w kategorii wyzwań, przyjmujący postać dynamicznej adaptacji jednostki do otoczenia (Antonovsky, 1995; Kirenko, Byra, 2008). O zachowaniach prozdrowotnych mowa będzie w dalszej części rozdziału, a problematykę poczucia koherencji i uogólnionych zasobów odpornościowych szczegółowo poruszono w rozdziale 3 tej książki.

W dalszej części monografii, ilekroć użyto pojęcia zdrowie, to zawsze w rozumieniu zgodnym z modelem holistyczno-funkcjonalnym i salutogenetycznym paradygmatem.

2.2. Określenie oczekiwań zdrowotnych

Dane dotyczące średniej długości życia, umieralności noworodków czy też przyczyn śmierci stanowiły niegdyś podstawę oceny zdrowia społeczeństwa, jak i priorytetów zdrowotnych. Wraz ze spadkiem współczynnika umieralności przy jednoczesnym wzroście średniej długości życia powstaje coraz więcej pytań o jakość życia. Dane z lat ubiegłych pozostają zasadniczym źródłem informacji ze względu na występujące zróżnicowane wskaźniki umieralności pomiędzy krajami, jak i grupami występującymi w obrębie tych krajów. Niemniej jednak zmiany, jakie się dokonały w ciągu ostatnich 20 lat, wskazały na potrzebę wprowadzenia nowych wskaźników pomiaru, mianowicie: *oczekiwanej długości życia w pełnej sprawności, w zdrowiu oraz aktywności*. Na ich podstawie uzyskujemy informację o witalności i jakości życia społeczeństwa, jak i występujących warunkach epidemiologicznych. Pojęcie **oczekiwań zdrowotnych** zostało wprowadzone w Stanach Zjednoczonych w latach 60. XX wieku. W 1984 r. wprowadzono tzw. model „przejęcia zdrowotnego” wyróżniający całkowity czas przeżycia, czas przeżycia w pełnej sprawności oraz czas przeżycia bez chorób przewlekłych. Taki model umożliwia ocenę zmian warunków występowania zarówno umieralności, stanów chorobowych, jak i schorzeń. Zmiany zachodzące między wymienionymi wskaźnikami prowadzą do oceny zdrowia, uwzględniając: rozwój chorób przewlekłych i schorzeń, skrócenie stanów chorobowych, zmiany przebiegu tzw. dynamicznej równowagi czy też wystąpienie chorób w późniejszych latach. Większość naukowców pracujących nad rozwojem pomiaru oczekiwań zdrowotnych jest członkami Europejskiej Sieci Miast i Regionów dla Ekonomii Społecznej (Réseau Européen des Villes & Régions de l'Économie Sociale – REVES; European Network of Cities & Regions for the Social Economy). Organizacja ta jest jedyną siecią, która łączy samorządy i podmioty ekonomii społecznej celem stworzenia trwałych partnerstw i wspólnych strategii politycznych na rzecz harmonijnego rozwoju lokalnego i promocji inkluzji społecznej (REVES...). Pierwotne pomiary oczekiwań zdrowotnych są dostępne w wielu krajach. Ponadto, zwiększa się liczba krajów dysponujących badaniami w zakresie oczekiwań zdrowotnych, co pozwala na obserwację stanu zdrowia społeczeństwa. Oczekiwania zdrowotne są coraz częściej stosowane w celu oceny stanu zdrowia społeczeństwa szczególnie u osób starszych. W każdym kraju pomiar oczekiwań zdrowotnych jest przydatny w ocenie zdrowia kobiet i mężczyzn, różnic uwzględniających kategorie społeczno-ekonomiczne oraz regionów. Zestawienie korzyści płynących z oczekiwań zdrowotnych, przy

jednoczesnym wykluczeniu specyficznych patologii, pozwala na zdefiniowanie priorytetów zdrowotnych wśród społeczeństwa. Oczekiwania zdrowotne obejmują zdrowie oraz średnią długość życia przy uwzględnieniu okresów charakteryzujących się różnym stanem zdrowia. W rezultacie istnieje tyle oczekiwań zdrowotnych, ile jest koncepcji zdrowia. Przykładowo, stosuje się takie pojęcia, jak: dobre samopoczucie umysłowe, fizyczne czy społeczne, modele następstw chorób, przebieg schorzeń, wykonanie codziennych zajęć czy też tzw. model „pomyślnego starzenia się”. W 1994 r. przedstawiono klasyfikację oczekiwań zdrowotnych w oparciu o międzynarodową klasyfikację chorób, ich konsekwencje oraz zdolność adaptacji zdrowia. Na tej podstawie wyróżnia się oczekiwaną długość życia z przebyta chorobą, upośledzeniem, schorzeniem lub bez wymienionych czynników. Rozróżnia się również długość życia z kondycją zdrowotną uznaną za dobrą lub złą (Robine, Romieu, Cambois, 1999, s. 181–185).

W minionym stuleciu kraje rozwinięte świata odnotowały zasadniczy wzrost wskaźnika średniej oczekiwanej długości życia przy równoczesnym wzroście wskaźnika chorób przewlekłych oraz schorzeń. W rezultacie, napięcie pomiędzy potrzebą życia dłużej a jakością życia postrzeganą w świetle zdrowia, rodzi problem natury zdrowotnej. Literatura skupia się wokół dwóch następstw tzw. przejścia epidemiologicznego (sytuacji, w której następuje spadek umieralności połączony zarówno z korzystnymi zmianami społecznymi – lepsze odżywianie się społeczeństwa, zdrowy sposób życia – jak i z wydłużaniem się średniej oczekiwanej długości życia, na skutek chorób, na które zapadają dopiero ludzie starsi), mając na uwadze zdrowie społeczeństwa (Van De Water, 1997). Pierwsze z nich dotyczy pytania, jak można dokonać pomiaru zdrowia populacji w sposób adekwatny do obecnego trybu życia, biorąc pod uwagę zachodzące zmiany. Z kolei drugie pytanie opisuje zjawisko tzw. zastępczej chorobowości i umieralności. Rzecz w tym, że coraz więcej śmiertelnych w skutkach chorób jest zastępowanych przez nieśmiertelne w skutkach choroby zwyrodnieniowe, takie jak: otępienie umysłowe czy też zapalenie stawów. To, jak wspomniane zjawisko wpływa na zdrowie społeczeństwa, odzwierciedlają: przejścia epidemiologiczne, zmieniające się główne przyczyny śmierci w skali ogólnoswiatowej, założenia zastosowane w modelach, niepożądane skutki technologii medycznych czy też wyniki niektórych prób interwencyjnych. Zjawisko „zastępczej chorobowości i umieralności” może utrudnić w dalszej perspektywie przewidywanie określonych chorób. Potrzebne jest lepsze zrozumienie dynamiki, która uwydatnia zmiany zachodzące w obszarze zdrowia. Ze zgromadzonych danych wynika, że większy nacisk powinno się kłaść na wiedzę o stanach chorobowych i ich związku

ze wskaźnikiem umieralności, podjęcie badań obserwacyjnych, bardziej surowe wymogi dla prób interwencyjnych i częstsze zastosowanie modelu jako narzędzia badawczego. Końcowe zalecenie to promocja integrujących środków pomiaru zdrowia. Niektóre badania wykazują, że – mimo większego wskaźnika umieralności i liczby schorzeń przy jednoczesnym wydłużaniu się średniej oczekiwanej długości życia przejawy złego stanu zdrowia nie są groźne. Wynik ten potwierdza teorię „dynamicznej równowagi”. Jednakże w ostatecznym rozrachunku wraz ze starzeniem się społeczeństwa ciężar chorób będzie się nasilać.

Zdrowie kształtowane jest przez wiele czynników. Zygryf Juczyński (2001, s. 18–21) ukazuje zmienne wyznaczające zachowania związane ze zdrowiem; są to:

- A – predyspozycje indywidualne (zachowania typu A – określenie typu osobowości charakteryzującej się wysokim poziomem stresu, zachowania typu B – określenie typu osobowości charakteryzującej się mniejszym poziomem stresu niż typ A, ekspresja gniewu, kontrola emocji, dyspozycyjny optymizm);
- B – przekonania i oczekiwania (umiejscowienie kontroli zdrowia, poczucie własnej skuteczności);
- C – zachowania zdrowotne i wartościowanie zdrowia;
- D – zmaganie się z chorobą (oczekiwania pacjenta, przekonania na temat kontroli bólu, strategii radzenia sobie z bólem, akceptacji choroby, przystosowania się do choroby nowotworowej).

W dalszej części książki skupiono się na analizie **przekonań i oczekiwań**, wyznaczających kategorię umiejscowienia kontroli zdrowia i poczucia własnej skuteczności oraz **zachowań zdrowotnych**.

Zgodnie z teorią planowanego zachowania opracowaną przez Icka Ajzena, czy teorii uzasadnionego działania Icka Ajzena i Martina Fishbeina, przekonania są względnie trwałymi właściwościami jednostki, które kształtują się w trakcie socjalizacji i odzwierciedlają spostrzegane konsekwencje własnych zachowań. Na ludzkie zachowania wpływ wywierają też subiektywne normy; ważne staje się zdanie osób znaczących, ich oczekiwania (tamże, s. 16, 72–73).

Oczekiwania są traktowane jako najważniejszy element procesów poznawczych zaangażowanych w kształtowanie zamiaru. Pewne osoby mają tendencję do oczekiwania, że uzyskane wyniki zależą przede wszystkim od ich aktywności (wewnętrzne umiejscowienie kontroli) i to one pozostają pod wpływem kontroli osobistej, inne przypisują to wpływom innych osób czy przypadkowi (umiejscowienie zewnętrzne), pozostając poza kontrolą osobistą. Wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia zwiększa prawdopodobieństwo podejmowania zacho-

wań prozdrowotnych, co sprzyja dobremu stanowi zdrowia. Osoby z wewnętrzną kontrolą są bardziej autonomiczne w podejmowaniu decyzji, częściej angażują się w działalność na rzecz zdrowia oraz mają poczucie większej odpowiedzialności za własne zdrowie (tamże, s. 72–74).

Health expectancy, tłumaczone na język polski jako oczekiwania zdrowotne, funkcjonuje w literaturze jako: oczekiwana jakość życia. Jest to oczekiwana liczba lat życia w dobrym stanie zdrowia przy utrzymaniu obecnego współczynnika zachorowalności i śmiertelności. Wskaźnikiem oczekiwań zdrowotnych jest okres życia, podczas którego człowiek może żyć niezależnie, bez korzystania z pomocy innych osób oraz specjalistycznych urządzeń (*Raport społeczny...*). Oczekiwana jakość życia jest „opartym na populacji stosunkiem do oczekiwanej szacunkowo określonej długości życia, w zdrowiu lub życia w dobrej kondycji, wolnego od choroby i niepełnosprawności, do norm społecznych i obserwacji oraz przyjętych standardów. Przykładami wskaźników oczekiwanej długości życia są: liczba lat życia wolnych od niepełnosprawności oraz okres pełnej sprawności wyrażony w latach. Skupiają się one przede wszystkim na długości życia jednostek, wolnej od niepełnosprawności, zaburzeń i/lub chorób przewlekłych” (Kozierkiewicz, 2001, s. 236).

Badając jakość życia, Światowa Organizacja Zdrowia bierze pod uwagę trzy aspekty, mianowicie: subiektywność, wielowymiarowość oraz występowanie czynników pozytywnych (np. mobilność), jak i negatywnych (np. ból, samotność). Te trzy kategorie muszą być wymierne przy badaniu jakości życia w każdym kraju (Carvalho-Loures i in., 2010, s. 391–401).

W problematyce prezentowanej publikacji oczekiwania zdrowotne przyjęto za zmienną zależną. W trakcie analizy literatury przedmiotu nie zidentyfikowano precyzyjnej definicji oczekiwań zdrowotnych. Niewiele też pozycji bibliograficznych dotyczy oczekiwań zdrowotnych ludzi w wieku podeszłym. Najczęściej opisywany jest styl życia, jakość życia oraz zachowania zdrowotne seniorów. Tym samym podjęcie tego tematu zyskuje na wartości, wpisując się w rosnące zapotrzebowanie na opracowania poświęcone seniorom.

Oczekiwanie (*expectancy*) to „stan wewnętrzny, postawa lub nastawienie organizmu, prowadzące do antycypacji danego zdarzenia”. Dla behaviorystów oczekiwanie musi być wywnioskowane z obiektywnego zachowania, dla psychologów poznawczych traktowane jest jako nastawienie umysłowe, obejmujące wiele świadomych procesów poznawczych i oceniane jest w sposób fenomenologiczny. Oczekiwanie (*expectation*) to „antycypowany wynik sytuacji probabilistycznej, oczekiwana wartość (antycypowany wynik stosowania danej strategii

w dłuższym czasie); średnia prawdziwa; emocjonalny stan antycypacji” (Reber, 2000, s. 436–437). Behawioryzm poznawczy po raz pierwszy włączył oczekiwania do obszaru swych zainteresowań. Założył, że uczenie się stanowi przyswajanie oczekiwań co do sytuacji. Gdy utworzy się schemat poznawczy i działaniowy, pojawiają się oczekiwania co do zdarzeń niezależnych i zależnych od samego siebie, czyli co do konsekwencji własnego działania (Nyczaj-Draż, 2003, s. 751–753). Jest to „nadzieja człowieka, który opierając się na posiadanych przez siebie obiektywnych przesłankach, liczy na pewne powodzenie. [...] na jego kształt wpływają życzenia oraz obawy zainteresowanego” (Sillamy, 1994, s. 184). Oczekiwania to spodziewanie się kogoś lub czegoś, zbliżone do pragnienia i nadziei. W psychologii i socjologii zwykło się je określać przez spodziewaną wielkość kar, nagród, ponoszonych kosztów lub przez kształt zachowań związanych ze spodziewanym rozwojem sytuacji lub pewnymi sytuacjami w ogóle. Wyróżnić można: oczekiwania szczegółowe – wynik dotychczasowych doświadczeń jednostki, obejmujących tylko pewną dziedzinę życia społecznego, oraz oczekiwania zgeneralizowane, zwane uogólnionymi, będące wynikiem większości dotychczasowych doświadczeń życiowych jednostki, szczególnie wynikających z działań i otrzymywanych w konsekwencji kar, nagród, a także z ponoszonych kosztów. W sytuacjach nowych dla jednostki to właśnie zgeneralizowane oczekiwania kształtują zachowanie (Olechnicki, Załęcki, 1997, s. 143). Oczekiwanie to „przypuszczenie, pragnienie, nadzieja, spodziewany stan rzeczy” (Nyczaj-Draż, 2003, s. 751–753).

Współcześnie istnieją dwa kierunki rozważań nad oczekiwaniami:

- oczekiwania w ujęciu decyzyjnym, probabilistycznym, rozumiane jako hipoteza dotycząca prawdopodobieństwa subiektywnego zajścia zdarzeń zależnych od siebie – przewidywanie prawdopodobieństwa określonych konsekwencji własnych działań oraz
- oczekiwania w ujęciu niedecyzyjnym – hipotezy (przewidywania) dotyczące zajścia pewnych mniej lub bardziej określonych zdarzeń charakteryzujących się różnymi właściwościami; tu oczekiwania rozumie się jako: (1) poznawcze standardy regulacji, (2) przewidywanie zadań, celów lub programów działania i (3) przypuszczenia jednostki dotyczące kontroli wzmocnień (tamże, s. 751–753).

Oczekiwania pełnią regulacyjną funkcję. Formułowane są na podstawie posiadanego przez człowieka doświadczenia i aktualnie napływających z otoczenia informacji. Kształtowanie się oczekiwań dokonuje się przez formowanie i przekształcanie potrzeb podstawowych w wyniku określonych doświadczeń, przy czym wszystkie potrzeby mają szansę przekształcenia się w oczekiwania.

Oczekiwania dotyczące stanu normalnego są przewidywaniami o charakterze realnym. Tworzą się na podstawie doświadczeń oraz przekazu społecznego. Z kolei oczekiwania stanu idealnego mają charakter normatywny i wartościujący i tworzą się przez przekaz społeczny („jak powinno być?”). Realne są przewidywania dotyczące spodziewanego wyniku działania lub stanu, który zaistnieje w przyszłości (forma wizji pojęciowych, wyobrażeń). Idealne – oczekiwania życzeniowe, pragnienia dotyczące pożądaných wyników działania lub upragnionych stanów (tamże, s. 751–753).

We wszystkich kulturach i społeczeństwach zdrowie traktowane jest jako dobro, stan pożądaný i ceniony. Uznaje się je za wartość i zasób dla jednostki i społeczeństwa (Woynarowska, 2007, s. 37).

Stanisław Ossowski (1967) wyróżnia dwie grupy wartości: odczuwane i uznawane za uroczyste i codzienne. Wartość „zdrowie” odnosi się do wartości odczuwanej, która jest uznana przez jednostkę za rzeczywiście cenną, generującą postawy emocjonalne i wyzwającą działania. Zależy ona od stanu fizjologicznego organizmu i stopnia zinternalizowania wpływów społecznych. Traktując wartość „zdrowie” jako wartość uznawaną, jednostka ma przekonanie, że zdrowie powinno być cenione, gdyż tak jest postrzegane w środowisku. Przekonanie takie w mniejszym stopniu oparte jest na emocjach, zawiera element powinności i częściej pozostaje w sferze deklaracji, ale jest bardziej ustabilizowane i trwałe niż wartości odczuwane. Z kolei wartość zdrowia (siła, z jaką jest ono cenione lub pożądané) odpowiada podziałowi na wartości uroczyste, w których zdrowie należy do wartości wyższych, obdarzonych powszechnym szacunkiem, publicznie manifestowanych oraz wartości codziennych, związanych z praktycznymi, codziennymi, prywatnymi celami jednostek. Zdrowie zajmuje wysokie i stałe miejsce w hierarchii wartości Polaków. Z raportu Centrum Badań Opinii Społecznej (CBOS) z 2004 r. wynika, że 100% badanych odpowiedziało, że zdrowie własne oraz swojej rodziny jest ważne (bardzo ważne i raczej ważne). Wybierając pięć spośród osiemnastu najważniejszych wartości nadających życiu sens, 67% badanych na drugim miejscu wskazało zdrowie własne i rodziny. Zdrowie wyżej cenione jest przez ludzi starszych niż młodych. Z kolei z *Diagnozy Społecznej 2005* wynika, że na pierwszym miejscu dla 64,9% (N = 8560) badanych zdrowie jest najważniejszym warunkiem udanego szczęśliwego życia, co utrzymało się w powtórzonym badaniu w 2013 r. – 53,4% (N = 26248) (za: Czapiński, Panek, 2014, s. 246; por. badania dotyczące wartości zdrowia zaprezentowane w: Puchalski, 1997, s. 77–90).

Wyniki badań nad oczekiwaniami zdrowotnymi zostały zebrane w 49 krajach, w większości z rozwiniętą gospodarką rynkową. Bezpośrednie porównanie

wyników pochodzących z różnych krajów nie jest łatwe ze względu na specyfikację badań poszczególnych służb zdrowia. Jednakże można wysunąć następujące wnioski. Większość badań wykazuje, że średnia długość życia wraz z oczekiwaniami zdrowotnymi wśród kobiet są wyższe, jednak proporcja lat bez stanów chorobowych w stosunku do całkowitej długości życia jest nieco niższa. Różnice społeczno-gospodarcze były przedmiotem badań w siedmiu krajach. Z wyjątkiem jednego badania, pozostałe wykazały, że społeczne różnice w obszarze zdrowia są większe w stosunku do wskaźnika umieralności: ludzie ubodzy i niewykształceni nie tylko żyją krócej, lecz także bardziej są podatni na upośledzenie lub kalectwo. Pierwszych takich obserwacji dokonano w Kanadzie: różnica w oczekiwanej długości życia pomiędzy grupą ludzi najbogatszych (20%) i najbiedniejszych (20%) wahała się od 6,3 lat oczekiwanej długości życia do 14,3 lat oczekiwanej długości życia w pełnej sprawności. Badania przeprowadzone w Finlandii oraz Danii wykazały różnice społeczne na poszczególnych szczeblach edukacyjnych. Mianowicie, im wyższe wykształcenie, tym wyższy wskaźnik długości życia oraz oczekiwań zdrowotnych. Obliczenia dokonane wśród różnych grup etnicznych Stanów Zjednoczonych wykazują znacznie niższy wskaźnik oczekiwanej długości życia z uwzględnieniem pełnej sprawności wśród ludności czarnej aniżeli Azjatów. Badano zachodzący proces zmian przy całkowitej średniej długości życia i oczekiwanej długości życia w pełnej sprawności od momentu narodzin dla mężczyzn w Australii, Kanadzie, Francji, Niemczech, Zjednoczonym Królestwie i Stanach Zjednoczonych. Wskaźniki obejmują lata od 1970 do 1995. Analiza wskaźnika sięgającego 1970 r. wykazuje, że średnia długość życia w pełnej sprawności nie wzrasta. Jednakże podczas gdy wskaźnik dla osób urodzonych w Kanadzie i Zjednoczonym Królestwie jest podobny, dla Francuzów, Niemców i Amerykanów wskaźnik ten rośnie, a dla Australijczyków spada. Analiza badań wskazuje na to, że zwiększonej średniej długości życia nie towarzyszy wzrost przeżytych lat z wysokim stopniem kalectwa czy upośledzenia. Jednakże mogą pojawić się na wysoką skalę upośledzenia i schorzenia w stopniu lekkim i średnim. To potwierdza teorię „dynamicznej równowagi”, częściowo wyjaśniając wydłużenie średniej długości życia, uwzględniając zwolniony rozwój chorób przewlekłych. Tak więc spadek wskaźnika umieralności pociąga za sobą większą liczbę ludzi z łżejszym upośledzeniem czy kalectwem. Teoria dynamicznej równowagi sprawdza się również na przykładzie Francji, gdzie wydłużonej średniej długości życia w latach 1981–1991 towarzyszył równoległy wzrost oczekiwanego czasu trwania życia w pełnej sprawności przy jednoczesnym stałym wskaźniku średniej długości życia bez przebytych chorób przewlekłych. Badania wskazują

na związek poszczególnych wskaźników oczekiwań zdrowotnych. Ocena, czy zwiększonej oczekiwanej długości życia towarzyszy zmniejszony wskaźnik umieralności czy też wzrost przypadków kalectwa, jest możliwa. Bez względu na kraj objęty badaniem, zwiększonej średniej długości życia wyraźnie nie towarzyszy wzrost lat przeżytych z wysokim stopniem upośledzenia (Robine, Romieu, Cambois, 1999, s. 181–185).

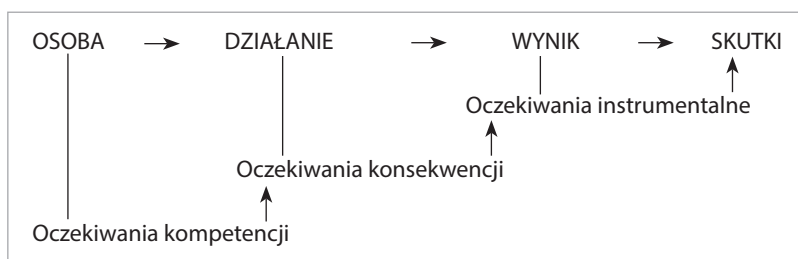
Paula Costa Castro wraz z grupą naukowców (2007, s. 461–467) oceniała jakość życia za pomocą dwóch ankiet, w których uwzględniono różne aspekty tej samej zmiennej. Porównując oba kwestionariusze, SF 36 (*Short-Form 36 Medical Outcomes Study*) bada jakość życia ze szczególnym uwzględnieniem zdrowia fizycznego oraz następstw chorób, podczas gdy WHOQOL (*World Health Organization Quality-of-Life*) traktuje jakość życia w sposób integralny, bardziej wskazany przy badaniu zdrowych emerytów, jak w badaniu P.C. Castro i współpracowników. W świetle tych narzędzi badawczych, ocena różnych aspektów pozwala szerzej poznać możliwe korzyści płynące z programów interwencyjnych dla osób starszych. Wraz z wiekiem spodziewany jest spadek jakości życia, w tym umiejętności czynnościowych. Brak aktywności przyczynia się do takiego stanu rzeczy. W pytaniu pierwszym: „Jak byś ocenił jakość swojego życia?” oraz drugim: „W jakim stopniu jesteś zadowolony ze swojego stanu zdrowia?” badani wskazywali na jego poprawę. Sfery psychologiczna i środowiskowa są ważne dla oceny jakości życia. I tak poprawa jakości życia w odniesieniu do sfery psychologicznej uwzględniała w badaniu wygląd fizyczny, poczucie własnej wartości, duchowość, wyznanie, własne przekonania, proces myślenia i uczenia się, pamięć oraz koncentrację. Sfera środowiskowa zaś odnosiła się do zmian w zakresie środków finansowych, pojęcia wolności, poczucia bezpieczeństwa, jakości usług zdrowotnych oraz ich dostępności, ogniska domowego, możliwości zdobycia nowych umiejętności, czasu wolnego czy środków materialnych. Wyniki te zostały potwierdzone w badaniach Terezy Etsuko da Costa Rosa, Gunilli Borglin i innych, wskazując na pogorszenie jakości życia emerytów nie poddanych opiece interwencyjnej, w przeciwieństwie do tej grupy osób, które taką opiekę otrzymały. Na podstawie tej wiedzy można wnioskować, że nie proces starzenia się jest decydujący dla poziomu jakości życia, ale izolowanie się od społeczeństwa oraz brak aktywności umysłowej i fizycznej. Na podstawie badania WHOQOL jakość życia w sferze fizycznej obejmującej: codzienne zajęcia, uzależnienie od lekarstw, siłę i zmęczenie, mobilność, ból i poczucie dyskomfortu, sen i odpoczynek oraz zdolność do pracy, nie wzrosła znacząco. Wyniki badań przeprowadzonych przez Ellen F. Binder i innych, które również obejmowały programy interwencyjne dla

emerytów, okazały się odmienne ze względu na lepiej postrzeganą jakość życia w przeprowadzonym badaniu SF 36. Prawdopodobną przyczyną jest czas, w jakim realizowano programy. Podsumowując, grupy poddane programom interwencyjnym w obydwu badaniach wykazały podobne zależności. Pomimo tego, że grupa badanych wzięła udział w zajęciach z różnych dziedzin, takich jak: przynależność państwowa, kultura, zdrowie, sport czy czas wolny, nie wykazała ona jednak różnic w percepcji jakości życia. Podobnie jak grupa badanych realizujących program obejmujący zajęcia tylko w sferze ruchowej. Tego typu programy dostępne są dla szerokiej grupy odbiorców, stanowiąc alternatywę dla programów profilaktycznych w ramach publicznej służby zdrowia. Końcowe wyniki wskazują na poprawę jakości życia osób starszych biorących udział w różnych zajęciach aktywizujących, zapobiegając odosobnieniu czy też brakowi kondycji ruchowej, charakterystycznym dla okresu starzenia się. W ten sposób dochodzimy do wniosku, że brak jest dowodów na przewagę programów interdyscyplinarnych nad programami interwencyjnymi ograniczonymi do zajęć fizycznych. Stąd też konieczne jest badanie różnych aspektów i korzyści płynących z tych dwóch programów w celu określenia ich przydatności dla danej populacji czy jednostki, w oparciu o określone priorytety. Niewątpliwie aktywizacja ruchowa wpływa na poprawę zdolności praktycznych i ogólnej sprawności fizycznej, podczas gdy programy interdyscyplinarne mogą służyć poprawie aktywności społecznej, komunikacji, ekspresji czy procesu poznania. Ponadto badania wykazały dominację kobiet, które przejawiają większą gotowość uczestnictwa w grupach aktywizujących. Stwierdzono również, że kobiety znacznie częściej korzystają z wizyt u lekarza i są bardziej skłonne realizować zalecenia lekarzy w kwestii zdrowia. Ten fakt może stanowić przeszkodę w uogólnieniu wyników badań wśród mężczyzn. Niemniej jednak, biorąc pod uwagę to, że obie płcie podobnie przechodzą okres starzenia się (np. zmniejszenie zdolności ruchowych), wprowadzenie programów interwencyjnych prowadzi do podobnych wyników. Każdy z przedstawionych programów interwencyjnych posiada własną charakterystykę oraz zastosowanie. Tego typu programy, obejmujące interdyscyplinarne zajęcia edukacyjne dla dorosłych, mogą wpływać na lepsze zrozumienie określonych czynników związanych ze sferą psychologiczną i środowiskową, jak również ogólną oceną jakości życia i zdrowia osób w wieku średnim i ludzi starszych. Oczekiwania zdrowotne umożliwiają określenie różnic występujących pomiędzy grupami społecznymi, regionami czy płcią. Coraz bardziej staje się jasne, że istnieje silne powiązanie między krótką oczekiwaną długością życia a liczbą stanów chorobowych. Co więcej, jest mało dowodów, które świadczyłyby o związku pomiędzy długością

a jakością życia. W prawie wszystkich przestudiowanych przypadkach średnia długość życia, jak i oczekiwana długość życia w pełnej sprawności, są ściśle ze sobą powiązane.

W dalszej części książki ilekroć mowa o oczekiwaniach zdrowotnych, to zawsze w rozumieniu teorii społeczno-poznawczej Alberta Bandury. Według niej zaangażowanie się w różne zachowania wymaga: po pierwsze przekonania, że spodziewana zmiana zachowania przedstawia wartość, po drugie – że zachowując się w określony sposób, osiągnie się zamierzony cel, i po trzecie – iż posiada się umiejętność zachowania w określony sposób. Wzbogacenie teorii uczenia się o koncepcje poznawcze spowodowało uwzględnienie znaczenia oczekiwań, nie tylko wzmocnień kierujących naszym zachowaniem (Juczyński, 1998, s. 54–63). Zgodnie z **teorią społeczno-poznawczą Bandury** (1977; por. Schwarzer, 1992) zachowaniem człowieka kierują oczekiwania i bodźce. Bodziec związany jest z subiektywną ważnością danego obiektu lub wyniku. Zachowaniem regulują jego konsekwencje, czyli wzmocnienia, w zależności od tego, jak je jednostka postrzega. **Oczekiwania można podzielić na trzy typy:**

- **oczekiwania dotyczące wyniku danej sytuacji** (*situation-outcome expectancies*), czyli jakie konsekwencje wystąpią w danej sytuacji bez podejmowania działań ze strony jednostki;
- **oczekiwania dotyczące wyniku działania** (*outcome expectancies*), czyli zakładane normalne konsekwencje działania;
- **oczekiwania dotyczące własnej skuteczności** (*self-efficacy expectancies*), to jest postrzeganie własnej kompetencji do wykonania działania niezbędnego dla osiągnięcia pożądanego rezultatu. Przekonanie o własnej skuteczności można uzyskać poprzez: bezpośrednie lub doskonalące doświadczenie, pośrednie lub zastępcze doświadczenie, werbalną perswazję lub symboliczne doświadczenie.



Rycina 1. Hierarchia oczekiwań – Ralf Schwarzer

Źródło: Juczyński, 2001, s. 73.

Oczekiwanie wyniku (skupiające się na zakładanych konsekwencjach działania) i oczekiwanie własnej skuteczności (czyli poczucie osobistej kompetencji do podjęcia zamierzonego działania), w myśl teorii społeczno-poznawczej Alberta Bandury, odgrywają duże znaczenie w wyjaśnianiu zachowań i przewidywaniu zmian. Ponieważ oczekiwania wyniku nie zawsze są celem samym w sobie, lecz narzędziem do osiągnięcia innych wartości, można mówić o oczekiwaniach skutków (Badura, 1977; por. Juczyński, 2001, s. 73).

Prawdopodobieństwo, że ludzie podejmą wartościowe zachowanie zdrowotne, zależy od trzech elementów poznawczych: oczekiwania, że sytuacja życiowa jest niebezpieczna, oczekiwania, że zmiana zachowania może zredukować zagrożenie oraz oczekiwania, że jest się wystarczająco kompetentnym do podjęcia pozytywnego zachowania lub porzucenia zachowania negatywnego (Schwarzer, 1992).

Z perspektywy społeczno-poznawczej proponuje się model przyczynowy, czyli perspektywę procesu działania zdrowotnego (*Health Action Process Approach*), który ogniskuje się na roli oczekiwań i uwzględnia procesy samoregulacji w fazie kontynuacji działania. Złożony zespół oczekiwań, z których jednym jest przewidywana własna skuteczność, przynosi w efekcie zamiar podjęcia zachowania. By podjąć zachowanie pożądane i unikać niepożądanych, konieczne jest wystąpienie powiązanych z działaniem procesów poznawczych, obejmujących plany działania i jego kontrolę. Nie bez znaczenia są również czynniki sytuacyjne, które odzwierciedlają potencjalne zagrożenia istniejące w danym środowisku, jak i wsparcie społeczne (Schwarzer, 1992; Schwarzer, 1997, s. 175–176).

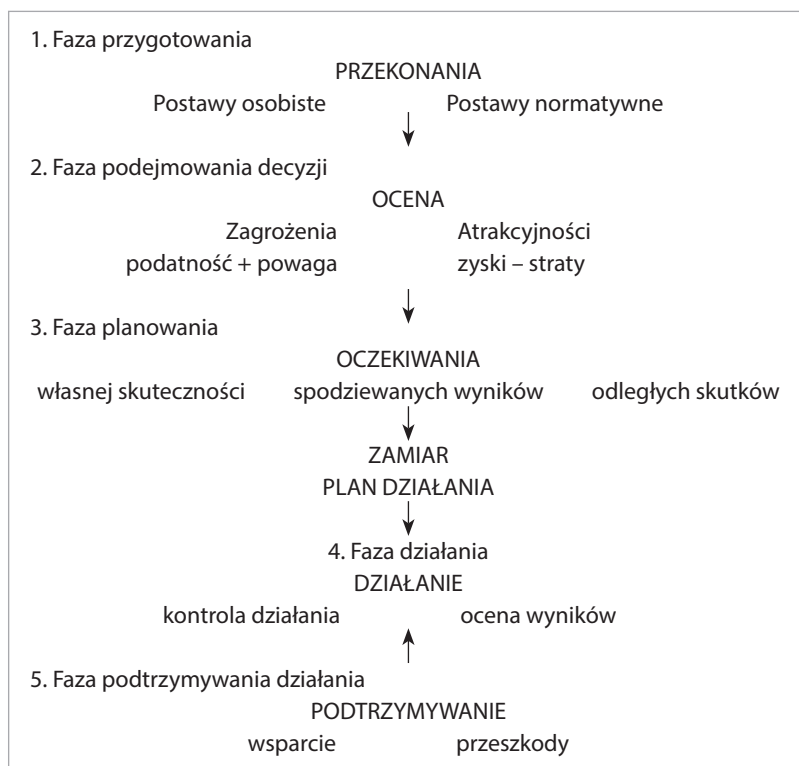
2.2.1. Oczekiwanie dotyczące własnej skuteczności. Poczucie kompetencji

Oczekiwanie dotyczące własnej skuteczności reprezentują przekonanie, że zachowania mogą podlegać zmianom na skutek własnych zdolności do kontrolowania podejmowanych działań. Zmiana zachowania rozpatrywana jest jako zależna od własnej zdolności do radzenia sobie ze stresem i nudą oraz mobilizowania posiadanych zasobów i działań koniecznych do sprostania sytuacyjnym wymaganiom. Poczucie własnej skuteczności wpływa na intencję zmiany niebezpiecznych zachowań, na wysiłek podjęty dla osiągnięcia tego celu i na wytrwałość w dążeniu do niego, pomimo przeszkód i niepowodzeń osłabiających motywację (Bandura, za: Schwarzer, 1992; Schwarzer, 1997, s. 177–178).

Poczucie własnej skuteczności określa przekonania osoby co do jej szans osiągnięcia zamierzonego celu w konkretnej sytuacji. Postrzegana skuteczność przyczynia się do radzenia sobie ze stresem. Osoby z wysokim poczuciem skuteczności lepiej radzą sobie z problemami zdrowotnymi i osiągają lepsze efekty przy podejmowaniu decyzji zmiany dotychczasowych szkodliwych dla zdrowia zachowań. Poczucie własnej skuteczności ma decydujące znaczenie dla zmiany zachowania. Niskie poczucie własnej skuteczności wiąże się z depresją, lękiem i bezradnością, wysokie poczucie własnej skuteczności ze stawianiem wysokich celów, wytrwałością i efektywnością w działaniu. Poczucie własnej skuteczności zostało przypisane fazie planowania w kompetencyjnym modelu zmiany zachowania. W ujęciu tym przyswajanie i utrwalanie czynności zdrowotnych przebiega w dwóch fazach: motywacyjnej (gdzie jednostka formułuje zamiar) oraz wolicjonalnej (fazie działania – służącej realizacji planu oraz utrwalaniu nowych zachowań). Wspomniana faza planowania mieści się po sformułowaniu intencji, po której, dzięki sile woli, następuje podjęcie działania. W momencie zainicjowania działania, w poczuciu własnej kompetencji znajduje się niezbędny do tego element siły, jak również element wytrwałości, warunkujący jego podtrzymanie. Dlatego poczuciu własnej kompetencji zostało przypisane tak duże znaczenie w modyfikacji zachowań zdrowotnych u osób dorosłych. Model ten został zaprezentowany na rycinie 2 (s. 58) (Juczyński, 2001, s. 14–21; Juczyński 1998, s. 57–58).

Zgodnie z teorią społeczno-poznawczą Bandury (1977), oczekiwania wyniku (*action-outcome expectancies*) oraz oczekiwania własnej skuteczności (*self-efficacy expectancies*) odgrywają znaczącą rolę w wyjaśnianiu zachowań i przewidywaniu zmian. Oczekiwania wyniku są skoncentrowane na zakładanych konsekwencjach działania, a oczekiwania własnej skuteczności to poczucie osobistej kompetencji do podjęcia zamierzonego działania. O ile oczekiwania wyniku i jego następstw dotyczą spostrzegania konsekwencji działania, to poczucie własnej kompetencji wchodzi w zakres kontroli osobistego działania.

W modelu radzenia sobie ze stresem R. Meyera (rycina 3, s. 59; za: Sęk, 2005, s. 53) to, czy wydarzenia życiowe i różne obciążenia doprowadzą do choroby, czy wzmocnią zdrowie, zależy od: rodzaju stresorów (siła, nagłość, ich czas trwania), oceny stresorów, typu osobowości (podatnej, odpornej), nawyków reagowania (skuteczne – nieskuteczne, zdrowotne – antyzdrowotne) i zasobów środowiska (fizycznego, materialnego, społecznego – bogatego lub ubogiego w źródła wsparcia). W modelu tym zauważyć można ogniwa i tendencje podejścia salutogenetycznego, jak i patogenetycznego.

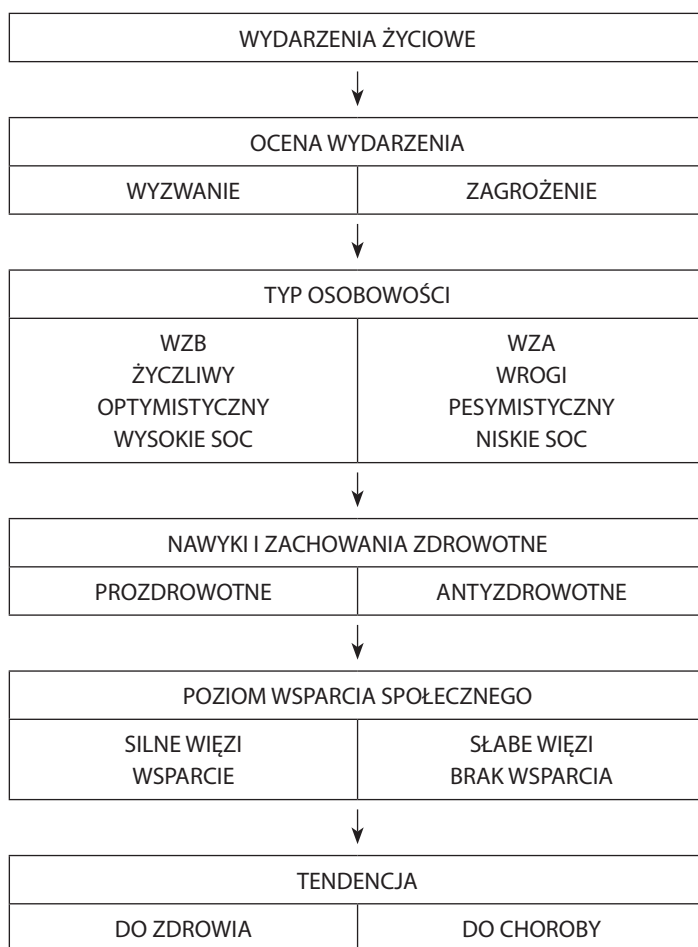


Rycina 2. Kompetencyjny model zmiany zachowań zdrowotnych

Źródło: Juczyński, 2001, s. 19.

Badania wykazują, że poczucie własnej skuteczności wiąże się z takimi zachowaniami zdrowotnymi, jak zapobieganie niekontrolowanym zachowaniom seksualnym, podejmowanie regularnych ćwiczeń fizycznych, kontrolowanie wagi i zachowań związanych z jedzeniem, zapobieganie i rzucanie palenia tytoniu i innych uzależnień. Ma ono decydujące znaczenie w zmianie zachowania. Dzięki niemu człowiek posiada odpowiednie umiejętności do tego, by dzięki własnej aktywności zmienić swoje zachowanie. Niskie poczucie własnej skuteczności wiąże się z depresją, lękiem i bezradnością, a wysokie ze stawianiem sobie wysokich celów, wytrwałością i efektywnym działaniem człowieka (Juczyński, 2001, s. 76–77; Chodkiewicz, 2007).

Niewątpliwie wiara w swoje możliwości sprzyja osiągnięciu sukcesu i wyzwala dodatkową energię. Jednakże samo poczucie własnej skuteczności nie wystarcza, niezbędne są jeszcze odpowiednie zdolności i umiejętności. By przekonania dotyczące własnej skuteczności spełniały regulacyjną rolę, powinny uwzględniać



WZA – wzór zachowania A, określenie typu osobowości, charakteryzującej się wysokim poziomem stresu; WZB – wzór zachowania B, określenie typu osobowości, charakteryzującej się odczuwaniem mniejszej ilości stresu niż osobowość typu A; SOC – *the sense of coherence* – poczucie koherencji (spójności) wprowadzone przez A. Antonovsky'ego

Rycina 3. Współdziałanie korzystnych i niekorzystnych właściwości w radzeniu sobie z wymaganiami wydarzeń życiowych

Źródło: Sęk, 2005, s. 53.

rzeczywiste możliwości jednostki, ponieważ nierealistyczny optymizm prowadzi zazwyczaj do rozczarowań (Zakrzewski, 1987, s. 661–678).

Przekonania o własnej skuteczności są niezmiernie ważne, gdyż determinują zachowania jednostek. Ludzie o niskim przekonaniu o własnej skuteczności: unikają trudnych zadań, traktując je jako zagrożenia, których lepiej unikać,

mają niskie aspiracje, unikają wyzwań. W realizację dążeń angażują się z obawą, że zabraknie im zdolności i wytrwałości. Wobec trudności skupiają się na przeszkodach, możliwych skutkach porażki i własnych brakach, łatwo rezygnują. Przy poniesionej porażce tracą wiarę w siebie, biorąc ją jako dowód braku zdolności. Po porażkach powoli odbudowują poczucie skuteczności. Z kolei osoby o wysokim przekonaniu o własnej skuteczności stawiają sobie motywujące cele, do trudnych zadań podchodzą jak do wyzwań, którym należy sprostać. Mają one wysokie aspiracje, szukają wyzwań, silnie angażują się w realizację dążeń, wierząc, że ich wysiłek przyniesie oczekiwany skutek. W obliczu napotkanej trudności przeszkody traktują jako możliwe do przezwyciężenia, skupiają się na tym, jak skutecznie działać, poszukują możliwości opanowania wyzwań. Porażki przypisują czynnikom dającym się kontrolować i szybko po nich odbudowują pewność siebie (Oleś, Drat-Ruszczak, 2008, s. 715; por. Chodkiewicz, 2007).

2.2.2. Poczucie kontroli zdrowia

Poczucie kontroli zdrowia to przekonanie o możliwości wpływu na stan swojego zachowania oraz o posiadaniu umiejętności odpowiedniego zachowania się, która poprawia stan zdrowia lub sprzyja jego zachowaniu. Im bardziej kontrola umiejscowiona jest wewnątrz, tym większa świadomość odpowiedzialności za własne zdrowie (John-Borys, 2002, s. 28–29).

Przyczyny zdarzeń i zachowań usiłuje tłumaczyć teoria atrybucji. Funkcją procesów atrybucji, poza ogólną potrzebą zrozumienia i wyjaśnienia rzeczywistości społecznej, jest kontrola, rozumiana przez Kennetha A. Wallstona (za: Juczyński, 2001, s. 14) jako: „przekonanie, że można wpływać na własne stany wewnętrzne i zachowania, na środowisko i uzyskiwać pożądane skutki”. Georg Bishop (2000; por. Chodkiewicz, 2007) wskazuje na badania dowodzące najwyższego stresu człowieka w sytuacjach pozbawionych jego własnej kontroli. Wyodrębnia on dwa rodzaje poczucia kontroli – poczucie kontroli behawioralnej i poczucie kontroli poznawczej. **Poczucie kontroli behawioralnej** jest „świadomością dysponowania możliwościami oddziaływania na negatywne skutki danej sytuacji poprzez przerwanie zdarzenia, ograniczenie jego konsekwencji lub skrócenie czasu jego oddziaływania”, a **poczucie kontroli poznawczej** określa się mianem „świadomości dysponowania strategiami poznawczymi zdolnymi do ograniczenia negatywnych skutków zdarzenia” (Juczyński, 2001, s. 14). Przekonanie o stopniu kontroli nad daną sytuacją jest cechą indywidualną. Pewne osoby przejawiają tendencję

do oczekiwania, że uzyskane wyniki zależą przede wszystkim od ich aktywności (wewnętrzne umiejscowienie kontroli), inne przypisują to wpływom innych ludzi czy przypadkowi (zewnętrzne umiejscowienie kontroli) (tamże, s. 73–74).

Osoby wierzące we własną możliwość wpływania na stresujące wydarzenia życiowe lepiej potrafią je opanować, są skuteczniejsze w zmaganiu się z nimi, a osoby zewnętrznie umiejscawiające kontrolę pod wpływem negatywnych wydarzeń życiowych podlegają większej liczbie różnych zaburzeń psychopatologicznych. Silna zewnątrzsterowność wzmacnia poczucie bezradności, pasywność i uleganie poddawaniu się. Dla człowieka najkorzystniejsza wydaje się umiarkowana wewnętrzsterowność, gdyż nie na wszystko w życiu człowiek ma wpływ (Chodkiewicz, 2007).

Julian B. Rotter (1975; por. Juczyński, 2001, s. 74) spopularyzował pojęcie umiejscowienia kontroli zdrowia (*locus of control* – LOC). Znalazło ono zastosowanie w obszarze zdrowia. Wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia powinno zwiększać prawdopodobieństwo podejmowania zachowań prozdrowotnych i prowadzić do lepszego stanu zdrowia. Osoby o wewnętrznej kontroli są bardziej autonomiczne w podejmowaniu decyzji, częściej angażują się w aktywność prozdrowotną i mają poczucie większej odpowiedzialności za swoje zdrowie. Z badań Juczyńskiego (2001, s. 75) na próbie 496 osób dorosłych wynika, że częstsze angażowanie się w zachowania profilaktyczne, jak systematyczne zgłaszanie się na badania lekarskie i przestrzeganie zaleceń lekarskich, wiąże się z przypisywaniem większego wpływu na swoje zdrowie zewnętrznej kontroli. Z kolei lepsze przestrzeganie codziennych praktyk zdrowotnych i nawyków żywieniowych uzależnione jest od kontroli wewnętrznej.

Nie zidentyfikowano badań ukazujących zależność pomiędzy zasobami osobistymi a poczuciem kontroli zdrowia czy własnej skuteczności seniorów, które zazwyczaj w przytaczanych w literaturze badaniach przyjmują postać zmiennych niezależnych. Tym samym zaprezentowana książka wniesie nowe spojrzenie na omawianą problematykę i być może zapoczątkuje zainteresowanie badaniami w tym zakresie.

2.2.3. Oczekiwania dotyczące wyniku działania. Zachowania zdrowotne

Stan zdrowia ludności zazwyczaj wyrażany jest danymi, które opisują częstość występowania chorób, urazów czy dolegliwości, jak również ich skutki w formie stopnia powodowanego inwalidztwa i zgonów. Istotnym elementem opisu

sytuacji zdrowotnej, który umożliwia jej ocenę, są dane uwzględniające warunki zdrowotne, czyli determinanty zdrowia. Stanowią one mogą, obok uwarunkowań genetycznych, bezpośrednie lub pośrednie przyczyny występowania chorób, urazów, dolegliwości i zgonów. Wśród bezpośrednich determinantów zdrowia można wskazać na: sposób odżywiania, palenie tytoniu, zaopatrzenie w zdrową wodę, ekspozycję na zakażenia; do pośrednich zalicza się warunki makroekonomiczne, społeczno-demograficzne, wykształcenie i środowisko. Determinanty pośrednie w bardzo istotnym stopniu wpływają na skalę pozytywnego bądź negatywnego wpływu na zdrowie determinantów bezpośrednich (Leowski, 1999, s. 48–49).

Uwaga wielu badaczy skierowana jest na oczekiwania dotyczące wyniku działania. Jednym z takich oczekiwań jest przekonanie, że pewne ryzykowne dla zdrowia zachowania spowodują pożądany efekt w postaci doświadczania przyjemnych emocji lub unikania czy minimalizacji emocji negatywnych (jak chociażby w przypadku stosowania używek). Oczekiwania co do działania i następstw takich, a nie innych zachowań, rozwijają się zanim nastąpi ich pierwsze wdrożenie w życie, a wzmacniane i stabilizowane są przez podejmowanie kolejnych ryzykownych zachowań, po których następują pozornie nagradzające konsekwencje. Z kolei inny rodzaj oczekiwań odnosi się do zmian zachowania, jak na przykład przekonanie, że porzucenie pewnego rodzaju działania może poprawić stan zdrowia. Ten rodzaj przekonań jest niezbędny do przewycięzania nałogów i jego wytworzenie jest głównym celem terapii. Oczekiwania dotyczące wyniku działania oraz dotyczące własnej skuteczności odgrywają rolę w podejmowaniu zachowań zdrowotnych, w zmianie szkodliwych nawyków i w trwałości tej zmiany (Schwarzer, 1992).

W utrzymaniu i umacnianiu własnego zdrowia znaczące miejsce zajmują same zachowania zdrowotne. Są to intencjonalnie podjęte działania jednostki, których celem jest utrwalenie lub podnoszenie potencjału zdrowia, niezależnie od ich skuteczności (por. Ostrowska, 1999). Daniel M. Harris i Sharon Guten (1979; por. Juczyński, 2001, s. 112) zaprezentowali wąskie ujęcie zachowań zdrowotnych, sprowadzające się do aktywności prozdrowotnej, a więc takich zachowań jak:

- praktyki zdrowotne,
- praktyki zabezpieczające,
- profilaktyczne badania lekarskie,
- unikanie zagrożeń środowiskowych,
- unikanie substancji szkodliwych.

Z kolei David S. Gochman (1988; por. Juczyński, 2001, s. 112) prezentuje inne ujęcie zdrowotnych zachowań: to „takie osobiste atrybuty, jak przekonania, oczekiwania, motywy, spostrzeżenia i inne elementy poznawcze, właściwości osobowościowe, włączając stany i cechy uczuciowe i emocjonalne, wzorce jawnego zachowania, działania i nawyki, które wiążą się z utrzymywaniem, odzyskiwaniem i polepszaniem zdrowia”.

W modelu salutogenetycznym zachowania zdrowotne nie zostały szeroko omówione przez Antonovsky'ego. Kładł on większy nacisk na warunki kształtujące styl życia niż na zachowania. Zgodnie z modelem salutogenetycznym poziom zdrowia uzależniony jest od procesów regulacji zachodzących w przypadku działania stresorów. Wywołują one stan napięcia, który oceniamy jako nieszkodliwy lub w stosunku do którego podejmujemy działania zaradcze. Gdy zachodzące procesy są skuteczne, napięcie nie przeradza się w stres, a w konsekwencji mamy do czynienia z prozdrowotnym stanem organizmu na poziomie somatycznym i psychologicznym. Mechanizmem, który steruje przebiegiem konfrontacji z wymaganiami, jest poczucie koherencji, które mobilizuje uogólnione zasoby odpornościowe, powoduje korzystną ocenę stresorów i steruje wyborem strategii zaradczych. Skutkiem jest zachowanie zdrowia, powrót do zdrowia lub rozwój zasobów zdrowotnych (Sęk, 2005a, s. 50–51).

W obrębie zagadnień dotyczących przekonań i zachowań zdrowotnych zwraca się uwagę na to, że jednostki z silniejszym poczuciem koherencji częściej preferują działania służące zdrowiu, angażują się w aktywność promującą je, swoimi zachowaniami starają się podtrzymywać zdrowie. Również w większym stopniu są zwolennikami holistyczno-funkcjonalnego modelu zdrowia (por. Pasikowski, 2001a).

W ujęciu Beaty Tobiasz-Adamczyk (2000, s. 41) zachowania zdrowotne to „wszelkie czynności zmierzające do utrzymania zdrowia lub jego przywrócenia, a także wszystkie reakcje jednostki wywołane pogorszeniem się samopoczucia, występowaniem dolegliwości lub objawów chorobowych”.

Zachowania zdrowotne to wszelkie formy aktywności celowej, ukierunkowanej na ochronę lub osiągnięcie poprawy własnego zdrowia. Andrew Steptoe, Benjamin Gardner i Jane Wardle (2010) wyróżnili pięć klas zachowań prozdrowotnych:

- unikanie używek,
- bezpieczne prowadzenie samochodu,
- zwyczaje żywieniowe (spożywanie dużej ilości warzyw i owoców, zmniejszenie ilości zjadanych tłuszczów zawierających cholesterol itp.),
- pozytywne praktyki zdrowotne (ćwiczenia fizyczne, odpowiednia higiena otoczenia i samego siebie) oraz

- zachowania związane z działalnością prewencyjną (regularne wizyty kontrolne u lekarzy pierwszego kontaktu, samokontrolę).

W aktywności człowieka ukierunkowanej na zdrowie można wyróżnić zachowania zdrowotne o cechach nawykowych i celowe czynności zdrowotne. Nawyki zdrowotne są wynikiem procesów socjalizacyjnych i wpływów kulturowych. Dotyczą higieny życia codziennego, nawyków odżywiania, aktywności fizycznej i wypoczynku. Obejmują działania podnoszące i umacniające zdrowie, jak również zachowania ochraniające zdrowie – zapobiegające chorobom i przyczyniające się do wczesnego wykrywania chorób. Natomiast celowe działania zdrowotne inicjowane są w szczególnych sytuacjach związanych z działaniami promocyjnymi lub profilaktycznymi. Obejmują one zachowania człowieka w sytuacji choroby, polegające na poszukiwaniu pomocy oraz pełnieniu roli chorego i pacjenta (Juczyński, 2001, s. 113).

Zachowania zdrowotne są bardzo zróżnicowane i zależą od wielu czynników. Czynniki wpływające na zdrowie społeczeństwa (Woynarowska, 2007, s. 44–47) to:

- zarobki i status materialny (im wyższe, tym lepsze zdrowie);
- sieci wsparcia społecznego (wsparcie zmniejsza ryzyko chorób i zachowań ryzykownych);
- edukacja (im wyższy poziom wykształcenia, tym większa możliwość kierowania swoim życiem i kontrolowania zdrowia);
- zatrudnienie i warunki pracy (bezrobocie zwiększa częstotliwość występowania wielu problemów zdrowotnych związanych z brakiem aktywności życiowej, a niekorzystne warunki pracy są przyczyną wielu urazów);
- środowisko fizyczne (naturalne i stworzone przez człowieka);
- biologia i wyposażenie genetyczne (potencjał genetyczny, wiek, płeć, funkcje układów organizmu);
- zachowania zdrowotne i umiejętność radzenia sobie (wpływają na zdrowie bezpośrednio, ale są zależne od czynników społecznych, wiedzy i umiejętności dokonywania wyborów);
- prawidłowy rozwój w dzieciństwie oraz
- służba zdrowia (działania ukierunkowane na utrzymanie i doskonalenie zdrowia oraz zapobieganie chorobom).

Powołując się na Raport Lalonde’a z 1978 r., Antonina Ostrowska (1999, s. 27–30) pisze o „polu zdrowia” uwarunkowanym przez:

- biologię człowieka (czynniki genetyczne, wiek, płeć – ok. 20% ogółu wpływu);
- czynniki środowiska zewnętrznego (jego zewnętrzne elementy, na które jednostka nie ma lub ma bardzo ograniczony wpływ – ok. 20% ogółu wpływu);

- czynniki związane ze stylem życia (zbiór decyzji i działań jednostki, które wpływają na jej zdrowie i które może w stopniu mniejszym lub większym kontrolować – ok. 52% ogółu wpływu) oraz
- efekt działania medycyny (organizacja opieki medycznej – dostępność, jakość, organizacja, rodzaj, zasoby opieki medycznej – ok. 10–15% ogółu wpływu).

Ukazuje ona ujęcie prozdrowotnego stylu życia definiowane jako określony sposób odżywiania się, unikanie tytoniu i alkoholu, aktywność fizyczną i umiejętność zwalczania stresu. Światowa Organizacja Zdrowia posługuje się definicją stylu życia Nancy Milio z 1986 r., według której są to wzory wyborów zachowań spośród alternatywnych możliwości, jakie dostępne są ludziom w zależności od ich sytuacji społeczno-ekonomicznej i łatwości, z jaką są w stanie przełożyć określone zachowania nad inne. Same zachowania zdrowotne ujmowane są jako każde intencjonalnie podjęte działania jednostki, których celem jest utrwalenie lub podnoszenie potencjału zdrowia, niezależnie od jego skuteczności.

Prozdrowotnym stylem życia określa się (za: Ostrowska, 1999, s. 27; por. Woynarowska, 2007, s. 51) „wzory zachowań związanych ze zdrowiem, będących efektem wyborów dokonywanych przez ludzi na podstawie dostępnych, determinowanych ich sytuacją życiową alternatyw” oraz „wartości i postawy reprezentowane przez ludzi w odpowiedzi na warunki ich społecznego, kulturowego i ekonomicznego środowiska”.

Prozdrowotny styl życia oznacza świadome działania ukierunkowane na zwiększenie potencjału własnego zdrowia (przedrostek „pro-” odnosi się do wzorów zachowań i działań ludzi korzystnych dla zdrowia, ku zdrowiu, do zdrowia, określanym jako prozdrowotne) oraz eliminację zachowań zagrażających mu. Wśród zachowań związanych ze zdrowiem wyróżnić można umownie ich cztery grupy (Woynarowska, 2007, s. 52; por. Ostrowska, 1999, s. 29):

- zachowania związane głównie ze zdrowiem fizycznym (dbałość o ciało i najbliższe otoczenie, aktywność fizyczna, racjonalne żywienie, hartowanie się, odpowiedni czas trwania i jakość snu);
- zachowania związane głównie ze zdrowiem psychospołecznym (korzystanie i dawanie wsparcia społecznego, unikanie nadmiaru stresów i radzenie sobie z problemami i stresem);
- zachowania prewencyjne (samokontrola zdrowia i samobadanie, badania profilaktyczne, bezpieczne zachowania w codziennym życiu, bezpieczne zachowania w życiu seksualnym) oraz

- niepodejmowanie zachowań ryzykownych (niepalenie tytoniu, ograniczone używanie alkoholu, nienadużywanie leków nie zaleconych przez lekarza oraz innych substancji psychoaktywnych).

Zbigniew Cendrowski (1994) sporządził listę dziesięciu głównych zasad zachowania i wzbogacenia zdrowia, nazywając ją „dekalogiem zdrowego stylu życia”. Należą do niej:

- zdobywanie wiedzy o samym sobie,
- utrzymywanie sił obronnych organizmu w stałej gotowości,
- nienadużywanie leków,
- utrzymywanie wszechstronnej aktywności fizycznej,
- prawidłowe odżywianie się,
- hartowanie się,
- rozwijanie umiejętności walki ze stresem,
- eliminowanie nałogów,
- życzliwość dla innych,
- zachowanie i demonstrowanie postawy radzenia sobie w życiu.

Do poprawy kondycji psychofizycznej i społecznej ludzi starszych przyczyniają się Uniwersytety Trzeciego Wieku (ich znaczenie dla utrzymania zdrowia zostało omówione w rozdziale 4.5). Wpływają one na poprawę zachowania oraz dobre samopoczucie ludzi starszych. Poza tym poprzez proponowane wykłady i inne formy działań przybliżają problematykę zdrowotną, promują zachowania podejmowane na rzecz zdrowia oraz dają wskazówki postępowania. Na przełomie 2006 i 2007 r. podjęto badania (Kozieł i in., 2008, s. 23–28) na próbie 394 osób, w tym 197 osób z Uniwersytetu Trzeciego Wieku w Kielcach (grupa podstawowa) oraz 197 osób nie wykazujących tej formy aktywności (próba kontrolna). Celem badań było ustalenie zależności pomiędzy podejmowaną aktywnością przez ludzi starszych a ich zachowaniami zdrowotnymi. Zastosowano skalę Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (Juczyńskiego). W wyniku zgromadzonych danych ($p < 0,001$) ustalono, że słuchacze UTW najczęściej prezentowali przeciętne zachowania zdrowotne (46%), a osoby spoza UTW najczęściej prezentowali niski poziom zachowań zdrowotnych – w 57% przypadków. Słuchacze UTW istotnie wyżej ocenili swoje nawyki żywieniowe w porównaniu z grupą kontrolną. Średnia wartość tej kategorii w grupie badanej wyniosła $20,90 \pm 4,21$ pkt (mediana 21 pkt, minimalna wartość 9 pkt, a maksymalna 29 pkt), a w grupie kontrolnej $17,08 \pm 5,20$ (mediana 16 pkt, minimalna wartość 7 pkt, a maksymalna 30 pkt). Podobnie przedstawia się sytuacja w przypadku zachowań profilaktycznych, gdzie osoby aktywne intelektualnie lepiej oceniają przestrzeganie zaleceń zdrowotnych i uzyskiwanie informacji

na temat zdrowia i choroby (średnie wyniki w grupie podstawowej $21,06 \pm 4,21$ pkt przy medianie 21 pkt, wartości minimalnej 6 pkt, a maksymalnej 30 pkt; w grupie kontrolnej: $18,68 \text{ pkt} \pm 0,55 \text{ pkt}$ przy medianie 18 pkt, wartości minimalnej 6 pkt, a maksymalnej 30 pkt). Przy badaniu kategorii pozytywnego nastawienia psychicznego również wyższe wyniki uzyskano w grupie słuchaczy; częściej starali się oni unikać sytuacji działających przygnębiająco, zbyt silnych emocji i stresów, na co wskazuje wynik $20,76 \pm 4,07$ pkt (mediana 21 pkt, minimalna wartość 10 pkt, a maksymalna 30 pkt) w porównaniu z grupą kontrolną $17,91 \pm 4,64$ pkt (mediana 18 pkt, minimalna wartość 7 pkt, a maksymalna 29 pkt). W przypadku badania praktyk zdrowotnych obu grup zaobserwowano też istotne statystycznie różnice na korzyść seniorów z UTW, którzy istotnie lepiej je oceniają; średnia wartość dla grupy badanej wyniosła $20,86 \pm 3,92$ pkt (mediana 21 pkt, minimalna wartość 8 pkt, a maksymalna 30 pkt), a kontrolnej $19,39 \pm 4,50$ pkt (mediana 20 pkt, minimalna wartość 6 pkt, a maksymalna 29 pkt). Podsumowując, zachowania zdrowotne seniorów aktywnych intelektualnie, zrzeszonych w Uniwersytecie Trzeciego Wieku, istotnie różniły się od zachowań zdrowotnych osób nie uczęszczających na zajęcia UTW. Seniorzy z UTW prezentowali wyższy ogólny wskaźnik zachowań prozdrowotnych ($83,52 \pm 3,01$ pkt, mediana 85 pkt, minimalna wartość 33 pkt, a maksymalna 108 pkt vs $73,06 \pm 16,59$ pkt, mediana 72 pkt, minimalna wartość 28 pkt, a maksymalna 115 pkt), mieli lepsze nawyki żywieniowe, częściej podejmowali zachowania profilaktyczne i praktyki służące zdrowiu oraz wykazywali bardziej pozytywne nastawienie psychiczne (por. rozdział 5.4, gdzie analizie poddano zachowania prozdrowotne badanej próby).

Zdaniem wielu gerontologów samoocena stanu zdrowia jest niezłym prognostykiem stanu zdrowia, zwłaszcza w odniesieniu do ludzi starszych. Istnieją dowody na to, że samoocena i samopoczucie mają silne oddziaływanie na zachowanie sprawności funkcjonalnej. Zatem istotną rolę w diagnozie powinna odgrywać samoocena zdrowia, będąca oceną subiektywną, która składa się z trzech aspektów zdrowia: fizycznego, psychicznego i społecznego. Grażyna Franek (2003, s. 162–171) zrealizowała badania w grupie 515 seniorów (61% kobiet i 39% mężczyzn). Badani określili swój stan zdrowia jako: bardzo dobry – 10,4% spośród zapytanych, dobry – 40,2%, średni – 36,7% oraz zły – 12,7%. Analizując odpowiedzi w grupach wiekowych, najwięcej badanych z grupy wczesniej starości określiło swój stan jako bardzo dobry lub dobry (41%), a w okresie późnej starości – jako średni. Potwierdza to psychologiczne tezy, że są to wyselekcjonowane roczniki, osoby, które uporały się z okresem niepokojów i lęków. Uzyskane wyniki wykazują, że poziom samooceny stanu zdrowia zależy głównie od

obecności dolegliwości ze strony układu ruchu, obecności chorób przewlekłych i częstości konsultacji z lekarzem. Aktywność zawodowa czy poziom dochodów nie wpływają na wynik samooceny zdrowia. Wysłunięto wniosek, że to choroby wpływają na samoocenę stanu zdrowia, a ponieważ dotyczą one częściej kobiet, to ich samoocena stanu zdrowia jest bardziej negatywna niż mężczyźn. Lepiej swój stan zdrowia oceniają i faktycznie lepszym zdrowiem wykazują się osoby pozostające w związkach małżeńskich oraz zamieszkujące w pobliżu własnych dzieci. Jest to zapewne efektem poczucia bezpieczeństwa i możliwości uzyskania od nich wsparcia w chwili zagrożenia zdrowia.

Cały zakres i wewnętrzną złożoność elementów składających się na poczucie zdrowia w indywidualnych przypadkach stanowią badania kliniczne wraz z subiektywną oceną zdrowia pacjenta. Subiektywne samookreślenie stanu zdrowia stanowi wypadkową z całokształtu stanu psychofizycznego. Wyraża ona odzwierciedlenie subiektywnych i obiektywnych aspektów zdrowia w osobistej percepcji człowieka. W świetle badań Jerzego Piotrowskiego i Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego (za: Bień, 2002, s. 36–37), jedynie 17% starszych Polaków w 2000 r. oceniało stan swojego zdrowia dobrze lub raczej dobrze (8% mniej niż w 1967 r.), jako przeciętny – 31%, a negatywny aż 52% (11% więcej niż w 1967 r.). Badania Janusza Halika (2001) potwierdzają trend. Pozytywną opinię o zdrowiu wyraziło 44% badanych, a negatywną – 53%. Badania Głównego Urzędu Statystycznego opublikowane w 1999 r. (za: Steuden, 2014) wskazują na 10,2% spośród osób powyżej 60. roku życia zadowolonych ze swojego zdrowia, pozostali ocenili je negatywnie. W obu badaniach oceny wyższe przypisywali ocenie zdrowia mężczyźni. Nasuwa się wniosek, że wraz z wydłużaniem się przeciętnej długości życia wskaźniki zdrowia ulegają pogorszeniu. Na zwiększenie pesymizmu w ocenie zdrowia wpływać też może rosnący poziom oczekiwań w zakresie poprawy jakości starzenia i propagowany przez media kult młodości, co sprzyja trudowi akceptowania starości z jej niedomaganiami i słabościami.

Podejmowanie przez ludzi wartościowych zdrowotnie zachowań lub dokonywanie zmian w szkodliwych działaniach dla zdrowia zależeć może od trzech elementów poznawczych: oczekiwań, że sytuacja życiowa jest niebezpieczna, oczekiwań, że zmiana zachowania pozwoli zredukować zagrożenie oraz oczekiwań, że jednostka posiada kompetencje do pozytywnego zachowania lub odejścia od negatywnego zachowania (Schwarzer, 1997, s. 177).

Stwierdzono, że u osób, dla których zdrowie stanowi dużą wartość, występuje dodatnia korelacja między przekonaniami zdrowotnymi, umiejscowieniem kontroli zdrowia a zachowaniami zdrowotnymi. Osoby przypisujące wysoką wartość

zdrowiu wykazują większe zaangażowanie w zachowania promujące zdrowie, takie jak związane z dietą, rzucaniem palenia papierosów, przeprowadzaniem badań profilaktycznych. Jak wynika z prowadzonych badań, czynnikiem najbardziej mobilizującym do podejmowania zachowań zdrowotnych jest wartość, jaką przypisuje się zdrowiu. Głównym motywem zaś do podejmowania zachowań profilaktycznych staje się motywacja zdrowotna. Znaczącą rolę odgrywają przekonania wyrażające wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia, które stają się podstawą do przewidywania profilaktycznych zachowań zdrowotnych. Osoby preferujące zdrowy styl życia, w porównaniu z osobami preferującymi niezdrowy styl życia, są bardziej ekstrawertywne, optymistyczne, mają poczucie większej wartości, a w kontroli zdrowia mniejsze znaczenie przypisują przypadkowi. Z reguły wskaźnik przestrzegania praktyk zdrowotnych u kobiet jest wyższy niż u mężczyzn. To one w większym stopniu podejmują działania służące zdrowiu, częściej zmieniają nawyki zdrowotne. Istotnym wyznacznikiem tej zmiany jest przekonanie o znaczeniu danego zachowania i jego wpływie na przyszłość (Juczyński, 2001, s. 114–122).

ROZDZIAŁ 3

ZASOBY OSOBISTE SPRZYJAJĄCE ZACHOWANIOM ZDROWOTNYM

3.1. Pojęcie zasobów odpornościowych

Pojęcie zasobów zaczerpnięte zostało najprawdopodobniej z ekologii, a w psychologii nie doczekało się jasnej definicji. Patogenetyczny model (podatność – stres) traktuje uogólnione zasoby odpornościowe jako bufory dla działania czynników ryzyka. Za to w salutogenetycznym modelu przyjmują postać jednego z głównych czynników w genezie zdrowia. Są one istotnym składnikiem modelu salutogenezy Antonovsky'ego. Definiowane jako „właściwości jednostki, grup społecznych, środowiska i kultury, które wyróżniają się cechą funkcjonalną, polegającą na możliwości uniknięcia stresorów i/lub usprawnienia radzenia sobie z wymaganiami w ten sposób, że zapobiegają one przekształceniu się napięcia w stan stresu” (Sęk, 2001a, s. 26; Sęk, 2005a, s. 46). Określa się je mianem „uogólnionych”, by podkreślić ich działanie niezależnie od sytuacji.

Zasoby są to „cechy świata zewnętrznego, interpersonalnego i personalnego (podmiotowego), które w dynamice procesów konfrontacji człowieka z wymaganiami, jakie napotyka w życiu pełnią potrójną, regulacyjną i prozdrowotną

funkcję: a) zapobiegają wystąpieniu stresorów, b) zapobiegają przekształcaniu się napięcia stresowego w chroniczny stres, c) sprzyjają skutecznemu radzeniu sobie ze stresem” (Sęk, 2003b, s. 18).

Zasobami osobistymi zwane są czynniki pośredniczące w konfrontacji ze światem. Psychologia zdrowia poświęca im wiele miejsca, upatrując w nich czynniki sprzyjające zdrowiu i jakości życia jednostki. Wymienia się wśród zasobów osobistych: wsparcie społeczne, poczucie własnej wartości, poziom samooceny, poczucie własnej skuteczności, poczucie koherencji, optymizm, przekonanie o sprawowaniu osobistej kontroli, osobowościową odporność (Chodkiewicz, 2007).

Wsparcie społeczne również klasyfikowane jest do uogólnionych zasobów odpornościowych (*generalised resistant resources*, GRRs; termin używany przez Antonovsky’ego), które dodatkowo obejmują odporność biologiczną, wydolność fizjologiczną, inteligencję, wiedzę, kompetencje, poczucie sprawstwa, optymizm, prozdrowotne systemy wartości i przekonań, warunki materialne i finansowe (Kirenko, Byra, 2008, s. 107–110). Antonovsky (1995; por. Kosińska-Dec, Jelonkiewicz, 1997, s. 218) traktuje zasoby odpornościowe „jako własności osoby i/lub środowiska, które zapewniają pewien typ doświadczeń życiowych kształtujących poczucie koherencji”. Autor koncepcji salutogenetycznej (1995; por. Sęk, 2003a, s. 59–61; Sęk, 2005a, s. 46–47) mówi także o zasobach tkwiących w warunkach materialnych. Szczególną uwagę przywiązuje on do czynników społeczno-kulturowych, wśród których wymienia wspomniane już wsparcie społeczne, kulturową stabilność, religię, filozofię, sztukę oraz instytucje społeczne, w tym także opiekę zdrowotną. Jednakże najbardziej rozbudowaną grupą zasobów są właściwości psychiczne jednostki, zwłaszcza poczucie tożsamości, poczucie sprawstwa i kontroli, wszelkie kompetencje, inteligencja i wiedza. Zasoby odpornościowe porządkują doświadczenia człowieka, są uruchamiane, gdy napotyka on przeszkody w realizacji zadań lub gdy wymagania przekraczają jego możliwości. Część z zasobów (ośrodkowy układ nerwowy, układ immunologiczny, sprawność zmysłowa i ruchowa, zdolności czy inteligencja) mogą mieć charakter wrodzony, jednak wiele zasobów psychicznej odporności rozwija się w procesie socjalizacji.

Andrew G. Billings i Rudolf H. Moos (1981, za: Kosińska-Dec, Jelonkiewicz, 1997, s. 218) opisują zasoby (*resources*) jako „złożony układ osobowościowych, dyspozycyjnych i poznawczych czynników, które tworzą psychologiczne tło radzenia sobie”. Zatem radzenie sobie można rozumieć jako część składową zasobów; celem uruchomienia zasobów jest przeciwstawienie się stresowi, a zasoby stają się buforem stresu. Do zasobów zaliczają oni takie właściwości psychologiczne jed-

nostki, jak: poziom rozwoju ego, poczucie własnej skuteczności, poczucie kompetencji społecznych, style poznawcze, umiejętności rozwiązywania problemów.

Z kolei Susan Folkman i Richard S. Lazarus (1980, za: Kosińska-Dec, Jelonekiewicz, 1997, s. 218–220) traktują proces radzenia sobie jako rozwijający się z zasobów. Badali oni zasoby, których jednostka używa do radzenia sobie ze stresem. Według nich zasoby poprzedzają i wpływają na proces radzenia sobie. Wskazali oni na kilka kategorii zasobów możliwych do posługiwania się w sytuacji stresowej. Są nimi: zdrowie i energia (zarówno zdrowi, jak i chorzy, w nie najlepszej kondycji fizycznej potrafią sobie radzić ze stresem), pozytywne przekonania (mające na celu podtrzymywanie jednostki, dawanie nadziei kontrolowania sytuacji), zdolności do rozwiązywania problemów (umiejętność poszukiwania informacji, prowadzenia analizy sytuacji w celu nazwania problemu, uwzględnianie alternatywnych rozwiązań i wybór odpowiednich planów działania) oraz zdolności społeczne (umiejętności komunikowania się i zachowania zgodnie z normami wobec innych ludzi).

Zasoby jednostki można klasyfikować na wewnętrzne i zewnętrzne. Do wewnętrznych można zaliczyć: zasoby duchowe (poczucie sensu i transgresji), zasoby psychiczne (np. temperament, struktury i funkcje poznawczo-intelektualne, kompetencje emocjonalne i interpersonalne), zasoby biologiczne (odporność biologiczna). Z kolei do zewnętrznych należą: zasoby środowiska fizycznego (kultura materialna – klimat, jakość powietrza, wód i gleby, architektura, komunikacja itp.), zasoby środowiska biologicznego (zasoby organizmów żywych roślin i zwierząt) oraz zasoby społeczno-kulturowe, o których mowa w prezentowanym opracowaniu. Zasoby kulturowe są znacznie szersze i rzutują na jakość zasobów społecznych. Helena Sęk (2003a, s. 18–19) zalicza do zasobów społecznych bliskie relacje (matka–dziecko, siostra–brat, mąż–żona, lekarz–pacjent), grupy odniesienia (małżeństwo, rodzina, rówieśnicy, znajomi, koledzy), stowarzyszenia, grupy samopomocy, profesjonalne grupy oparcia, wspierające instytucje rządowe i pozarządowe. Zasoby te mogą funkcjonować przed zadziałaniem stresora (są wtedy proaktywne), jak i po jego zadziałaniu (pełnią rolę reaktywną).

Literatura przedmiotu w sposób skąpy odpowiada na pytania, w jaki sposób zasoby odpornościowe prowadzą do dobrego zdrowia, skupia się na koncepcji patogenetycznej, udzielając informacji, jak brak zasobów odpornościowych warunkuje słabe zdrowie (Antonovsky, 1997, s. 222). Zdaniem Antonovsky'ego (1984, s. 121) zagadnieniem kluczowym dla zdrowia jest nie tyle zakres posiadanych przez ludzi zasobów odpornościowych, ile „gotowość i chęć wykorzystania zasobów, które oni posiadają w ich aktualnej dyspozycji”. Większe i bardziej zróżnicowane zasoby

odpornościowe posiadają osoby o silnym poczuciu koherencji; również osoby o silnym poczuciu koherencji lepiej uruchamiają potencjalne zasoby odpornościowe. Wybierają one spośród dostępnych zasobów ten zestaw, który najlepiej ich zdaniem pasuje do sytuacji oraz angażują się w walkę ze stresem i jego konsekwencjami (Antonovsky, 1995, s. 133). Antonovsky spostrzega relację między zasobami a poczuciem koherencji jako dwukierunkową, uważając, że generalne zasoby odpornościowe lub generalne deficyty odpornościowe, jak niska samoocena czy izolacja społeczna, umacniają bądź osłabiają koherencję. Z kolei Charles L. Sheridan oraz Sally A. Radmacher (1998), opracowując interakcyjny model stresu, zaliczyli poczucie koherencji do ogólnych zasobów odpornościowych jednostki. W ich modelu znalazły się trzy elementy: stresory, pierwotna ocena poznawcza odnosząca się do stresora oraz ocena wtórna – szacująca zasoby odpornościowe jednostki.

Poczucie koherencji oraz wsparcie społeczne jako istotne zasoby osobiste dla postaw zdrowotnych stały się znaczącym elementem analizy w dalszej części tej książki.

3.2. Poczucie koherencji w orientacji salutogenetycznej

3.2.1. Pojęcie poczucia koherencji

Głównym zasobem, a jednocześnie centralną kategorią opisywaną w modelu salutogenetycznym, jest **poczucie koherencji** (*the sense of coherence* – SOC), które jest szczególnym czynnikiem warunkującym procesy zdrowienia. To czynnik psychiczny, umożliwiający radzenie sobie ze stresem, co skutkuje rzadszymi chorobami lub szybszymi powrotami do zdrowia.

Początkowo poczucie koherencji było określone przez Antonovsky'ego (1995, s. 11) jako „ogólna orientacja wyrażająca, w jakim stopniu człowiek ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne przekonania o przewidywalności świata wewnętrznego i zewnętrznego oraz o tym, że z dużym prawdopodobieństwem sprawy przyjmą tak pomyślny obrót, jakiego można oczekiwać na podstawie racjonalnych przesłanek”. Następnie w dalszych pracach Antonovsky (1995, s. 34; por. Sęk, 2005a, s. 48–50) rozwinął jego znaczenie, traktując poczucie koherencji jako zmienną przynależną jednostce, składającą się z trzech komponentów; określił je jako „globalną orientację człowieka, wyrażającą sto-

pień, w jakim człowiek ten ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że: bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturalizowany, przewidywalny i wytłumaczalny; ma dostęp do środków, które mu pozwolą sprostać wymaganiom, jakie stawiają te bodźce; wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania”.

Pojęcie poczucia koherencji jest niejednoznacznym konstruktem w opracowaniach teoretycznych i empirycznych. Jego autor posługuje się wieloma niespójnymi znaczeniowo terminami: „dyspozycja”, „ogólna orientacja”, „poczucie”, „przekonanie”. Istnieją pewne sugestie, by poczucie koherencji ujmować w kategorii postawy jednostki wobec stresu, którego doświadcza i zasobów odpornościowych, które posiada. Chociaż Antonovsky wyraził sprzeciw wobec uznania omawianego terminu za cechę osobowościową, to wnikliwe analizy teoretyczne i empiryczne dostarczają podstaw do takiego właśnie traktowania poczucia koherencji, które jest rezultatem procesu uczenia się i nabywania doświadczeń (por. Łuszczynska-Cieślak, 2001; Kirenko, Byra, 2008, s. 81–87). Można przyrzeć się bliżej określeniom używanym przez A. Antonovsky’ego w celu zdefiniowania koherencji. Arthur S. Reber (1985, s. 683–684) definiuje „poczucie” (*sense*) jako „formę świadomości pewnej abstrakcyjnej cechy lub konceptu” lub jako „ogólne znaczenie danej rzeczy, sedno pewnego wydarzenia, epizodu”. Definiując termin „orientacja” (Antonovsky stosuje określenie *global orientation*), A.S. Reber (s. 503) podaje, że jest to „szczególny sposób spostrzegania świata, bardzo ogólna perspektywa patrzenia na życie, naukę, filozofię” lub że jest to „poznawczy punkt widzenia, który przynosi charakterystyczną dyspozycję do reagowania na wydarzenia”. Właśnie ta definicja najbardziej przybliży rozumienie przez Antonovsky’ego pojęcia SOC (por. Łuszczynska-Cieślak, 2001, s. 61).

Antonovsky (1995, s. 170–172) nie chce, by poczucie koherencji traktowane było jako zmienna osobowościowa czy cecha osobowości. Chce, by SOC traktować jako nadrzędną, unikalną strukturę, która pośredniczy pomiędzy zasobami jednostki a zdrowiem. Domaga się rozpatrywania koherencji w kontekście społeczno-kulturowym (czego nie czyni się z cechami) oraz nie zgadza się na spostrzeganie koherencji w kategoriach dychotomii; proponuje umiejscowienie człowieka na kontinuum orientacji dyspozycyjnej. Kolejny argument przeczący rozpatrywaniu koherencji jako cechy to brak stabilności cechy; mianowicie może się ona ujawniać w różnych sytuacjach przez różnorakie zachowania.

Poczucie koherencji musi zostać ukształtowane, nie jest cechą wrodzoną. W pierwotnej wersji modelu określone zostało przez Antonovsky’ego jako „trwałe,

choć dynamiczne”. Na jego kształt wpływa: stałość doświadczeń (*consistency*; ich ciągłość i spójność), która odgrywa rolę w kształtowaniu komponentu zrozumiałości, równowaga przeciążenia/niedociążenia (*underload-overload balance*; zakłada optymalny poziom obciążenia jednostki; oznacza zakres, w jakim doświadczenia życiowe, które są naszym udziałem, pociągając za sobą pewne wymagania, są odpowiednie do naszych możliwości), mająca związek z rozwojem sterowalności oraz udział w podejmowaniu decyzji, nie jako sprawowanie pełnej kontroli nad sytuacją, a poczucie partycypowania w nadawanie kształtu dziejącym się wydarzeniom, co wzmacnia rozwój poczucia koherencji, zwłaszcza w komponencie sensowności (Antonovsky, 1997, s. 222–224; Dolińska-Zygmunt, 1996, s. 17–29).

Poczucie koherencji najlepiej jest określać, wskazując na jego funkcje, traktując je jako zmienną, wysoce zbliżoną do kategorii postawy, która odgrywa zasadniczą rolę w procesach radzenia sobie, utrzymywania i przywracania zdrowia (Łuszczynska-Cieślak, 2001, s. 56–67). W świetle koncepcji Antonovsky’ego osoba o silnym poczuciu koherencji lepiej uruchamia potencjalne zasoby odpornościowe, co znaczy, że w sytuacji choroby będzie intensywnie działać na rzecz własnego zdrowia, sięgając po dostępne zasoby zdrowotne. Siła poczucia koherencji ma bezpośrednie konsekwencje fizjologiczne, wpływając na stan zdrowia (por. Michalak, 2006; Antonovsky, 1995).

3.2.2. Struktura i właściwości poczucia koherencji

Na poczucie koherencji składają się komponenty: zrozumiałości (chodzi o poczucie zrozumienia, przewidywalności, wytlumaczalności – w dalszej części zastosowano terminologię za Antonovskym – przyp. Autora), zaradności (sterowalności) i sensowności (Antonovsky, 1995, s. 34; Antonovsky, 1997, s. 215–216; Gruszczynska, Worsztynowicz, 1999, s. 95–97; Sęk, 2003a, s. 62–66; Sęk, 2005a, s. 48–50; Zajac, 2002, s. 60–61).

Poczucie zrozumiałości (*comprehensibility*) określa stopień, w jakim osoba odbiera bodźce ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego jako posiadające sens poznawczy; jako zrozumiałe, uporządkowane, jasne i spójne, a zatem przewidywalne. Osoby o wysokim poziomie zrozumiałości postrzegają rzeczywistość jako możliwą do poznawczego ogarnięcia. Taka ocena rzeczywistości nie oznacza uznania jej za nieskomplikowaną i jasną, a jedynie możliwą do zrozumienia po opracowaniu napływających z niej informacji. Daje to szansę przewidzenia przyszłych sytuacji na podstawie posiadanej wiedzy o rzeczywistości.

Poczucie zaradności, sterowalności (*manageability*) opisuje zakres, w jakim ludzie postrzegają odpowiednie możliwości do sprostania wymaganiom stawianym przez napływające bodźce (człowiek może sobie poradzić z wymaganiami, jakie stawia przed nim życie i aktywnie wpływać na istniejące sytuacje). Zasoby, o których mowa to te, którymi człowiek dysponuje lub dysponują nimi zaufane osoby, na które może on liczyć. Ich źródłem może być również otoczenie jednostki – fizyczne i społeczne. Jest komponentem instrumentalnym poczucia koherencji.

Poczucie sensowności (*meaningfulness*) dotyczy aspektu emocjonalno-motywacyjnego; to przekonania jednostki, że warto angażować się w daną sytuację, że wymagania stawiane przez życie są pożądanymi wyzwaniem. Dzięki niemu człowiek czuje sens własnych działań i wartość swojego życia. Osoby charakteryzujące się wysokim poczuciem sensowności czują, że życie ma sens emocjonalny.

Zazwyczaj u jednostki te trzy elementy poczucia koherencji osiągają zbliżony poziom, choć można założyć, że będzie on różny. Ich niezrównoważenie jest stanem przejściowym, gdyż wzajemne oddziaływanie zrozumiałości, sterowalności i sensowności doprowadzi do jego wyrównania (Zajac, 2002, s. 61). Są one nierozzerwalnie powiązane ze sobą i mogą być rozdzielone jedynie dla celów analitycznych. Silne poczucie koherencji nie musi wcale oznaczać poczucia zrozumienia całego swojego życia, ze wszystkimi elementami, które je otaczają. Człowiek może interesować się jednymi jego aspektami bardziej niż innymi, a mimo to mieć wysoki poziom poczucia koherencji (Antonovsky, 1997, s. 216–217). Antonovsky jest przekonany o konieczności analizowania trzech składników SOC jednocześnie, gdyż efektywne radzenie sobie ze stresem zależy ma od poczucia koherencji ujmowanego całościowo. Sam też zwraca jednak uwagę na składniki mniej i bardziej ważne. Za kluczowy składnik poczucia koherencji uznaje poczucie sensowności, ponieważ bez silnego tego komponentu poczucie sterowalności lub zrozumiałości jest nietrwałe (por. Antonovsky, 1995).

Poczucie koherencji charakteryzowane jest za pomocą cech, takich jak: trwałość, dynamiczność, dymensjonalność oraz granice. **Trwałość** oznacza, że poziom poczucia koherencji pozostaje względnie stabilny mimo doświadczania zmian w wyniku konfrontacji z sytuacjami stresogennymi. Nie jest on zdeterminowany genetycznie i niezmienny, gdyż może ulec modyfikacji na skutek pewnych zdarzeń kształtujących doświadczenie (Antonovsky, 1995; por. Gruszczyńska, Worsztynowicz, 1999, s. 98–99; Kirenko, Byra, 2008, s. 81–87).

Dynamiczność określa możliwość obniżenia się lub wzmocnienia poziomu poczucia koherencji w jego pewnych obszarach. Z kolei **dymensjonalność** pozwala wyznaczyć miejsce jednostki na kontinuum od silnego do słabego

poczucia koherencji. Im silniejsze poczucie koherencji, tym osoba ma większe poczucie pewności poradzenia sobie w różnorodnych sytuacjach, nawet mocno stresujących; lepiej sobie radzi z napięciem, nie dopuszcza do jego przerodzenia się w stres. Do podstawowych cech silnego poczucia koherencji, cechujących się dymensjonalnością, należą: plastyczność, otwartość i stabilność (Antonovsky, 1995; Kirenko, Byra, 2008, s. 81–87).

Poczucie koherencji wyznaczane jest również przez jego **granice**. Oddzielają one ważne, od mało znaczących dziedzin aktywności dla jednostki. Taka zdolność wyodrębnienia ważnych, mniej znaczących i nieważnych obszarów związana jest z silnym poczuciem koherencji. U osób tych wśród najbardziej wartościowych obszarów znajduje się: własne życie emocjonalne, bezpośrednie relacje z innymi ludźmi, główna aktywność życiowa oraz problemy natury egzystencjalnej. Ich brak wskazuje na niskie poczucie koherencji (por. Antonovsky, 1995).

Badania prowadzone przez Małgorzatę Waszkowską oraz Bohdana Dudka (2001, s. 205–211) wśród osób zatrudnionych wskazują na istotne różnice w poziomie poczucia koherencji kobiet i mężczyzn, co oznacza, że musi być ono związane z odmiennością psychologiczną płci, która wynika z właściwości biologicznych oraz różnic w wychowaniu, z pełnienia odmiennych ról rodzinnych, zawodowych oraz różnego statusu zawodowego i społecznego.

Poczucie koherencji ustala się ok. 30. roku życia człowieka, gdy jego życie zaczyna się stabilizować. Istotną rolę odgrywają tu doświadczenia rodzinne i zawodowe. Po ustabilizowaniu się poczucie koherencji przejmuje sterowanie dostępnymi dla człowieka zasobami, w oparciu o które powstało. Zasoby stanowią bazę dla kształtowania się silnego bądź słabego poczucia koherencji, a następnie pewnego rodzaju zaplecze, z którego człowiek potrafi korzystać. Jednakże należy pamiętać, że poziom SOC przyjmuje pewną wartość na kontinuum i może ulegać zmianom pod wpływem radykalnych i długotrwałych zmian w życiu człowieka (Gruszczyńska, Worsztynowicz, 1999, s. 98–99).

3.2.3. Znaczenie poczucia koherencji dla utrzymania zdrowia

W przedstawionej koncepcji salutogenetycznej poczucie koherencji jest determinantą zdrowia. Im silniejsze poczucie koherencji, tym łatwiej unikać zagrożeń i niebezpieczeństw, zwiększa się szansa na zaangażowanie się ludzi w działania o charakterze prozdrowotnym, unikanie czynników szkodliwych dla zdrowia. Osoby takie wierzą, że wszelkie wysiłki podjęte w celu troski o własne

zdrowie są opłacalne. Przekonanie, że życie ma sens, że ma się zasoby pozwalające radzić sobie oraz że życie jest uporządkowane i przewidywalne, przyczynia się bezpośrednio do unikania zagrożeń i dbania o zdolność do optymalnego funkcjonowania. Tak myślący ludzie częściej niż pozostali uważają za warte podejmowanie działań prozdrowotnych, typu rzucanie palenia, inwestowanie w ćwiczenia fizyczne, właściwe odżywianie. Wierzą oni, że zabiegi te są opłacalne. Z kolei ludzie o niskim poziomie poczucia koherencji nie mają podstaw motywacyjno-poznawczych do aktywnego radzenia sobie, jakiego wymaga unikanie zagrożeń. Kontynuując analizę znaczenia poczucia koherencji, stwierdza się, że im jest ono silniejsze, tym większe prawdopodobieństwo odbierania nieprzyjemnych bodźców nie jako karę, lecz wyzwanie. Bodźce te, nieuniknione, nie są odbierane jako paraliżujące zagrożenia i niebezpieczeństwa, prowadzące do negatywnych samospełniających się przepowiedni, lecz jako okazje oferujące znaczące nagrody, wyzwania warte zainwestowania energii, sytuacje, którymi można z powodzeniem kierować (jak w koncepcji stresu R.S. Lazarusa; 1980, s. 27–74). Wreszcie osoby z silnym poczuciem koherencji poszukują środków do radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Nie widząc pomocy płynącej ze środowiska, nie wycofują się, nie popadają w bezradność, lecz działają. Życie w nieunikniony sposób konfrontuje nas ze szkodliwymi, zagrażającymi bodźcami, stresorami, a poczucie koherencji stanowi potencjał do walki z patogenami. Ludzie różnią się od siebie pod względem dostępnych im potencjalnych zasobów; różnią się także pod względem gotowości i chęci wykorzystywania zasobów, jakimi dysponują. Silne poczucie koherencji sprzyja poszukiwaniu potencjalnie dostępnych środków do poradzenia sobie, a słabe poczucie koherencji zwiększa prawdopodobieństwo wycofania się i uwierzenia w beznadziejność sytuacji, w jakiej się znaleźli (Antonovsky, 1997, s. 218–222; por. Michalak, 2006; Dolińska-Zygmunt, 2001; Pasikowski, 2001a).

SOC jest zatem poznawczą tendencją do oceniania sytuacji stresowych jako uporządkowanych, ustrukturalizowanych i jasnych; do oceniania stresu w kategoriach wyzwania, a zasobów jako dostępnych. Wiązą się z tym emocje oraz motywacja do angażowania się w sytuacje stresowe (Łuszczynska-Cieślak, 2001, s. 63).

Ludzie o silnym SOC posiadają emocje niosące duży potencjał motywacyjny, który skłania do podejmowania konkretnych działań i w mniejszym stopniu podsyca tendencje do zastosowania nieświadomych mechanizmów obronnych. Emocje regulowane są poprzez odniesienie do komponentu zaradności i wykorzystania zasobów do zmiany sytuacji (Gruszczynska, Worsztynowicz, 1999, s. 100).

U osób o słabym poczuciu koherencji cechy osobowości determinują zachowania, z kolei u osób o silnym poczuciu koherencji to właśnie koherencja determinuje zachowanie. Choć koherencja nie determinuje treści zachowań w konkretnych sytuacjach stresowych, to zauważyć można bardzo silny związek między poczuciem koherencji a jakością zachowania (Antonovsky, 1995, s. 173; Łuszczynska-Cieślak, 2001, s. 58–62). Ludzie o silnym poczuciu koherencji częściej kierują się emocjami i wyrażają je, a napięcie rzadziej przeradza się u nich w stres (Antonovsky, 1995, s. 144).

Poczucie koherencji jest właściwością ułatwiającą radzenie sobie z wszelkimi czynnikami naruszającymi stan homeostazy (Zajac, 2002, s. 60). Odgrywa ono znaczącą rolę w procesie przystosowania się do nowych i trudnych sytuacji, stąd tak duże jest jego znaczenie dla przeżywania okresu starości. Ma ono wpływ na zdrowie człowieka starszego. To od poczucia koherencji zależy efektywność radzenia sobie z trudnościami, a w konsekwencji też samopoczucie i zadowolenie z życia. Od poziomu poczucia koherencji zależy optymalne funkcjonowanie biologiczne, jakość dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego (Zajac, 2002, s. 62; Sitarczyk, 2006, s. 293).

Badania (Zajac, 2002, s. 86–109) przeprowadzone wśród mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Bydgoszczy potwierdzają hipotezę, że wysoki poziom poczucia koherencji wiąże się z lepszym przystosowaniem do okresu starości, ocenianym na podstawie subiektywnej oceny własnego życia oraz nasilenia objawów depresyjnych. W stanie depresji zaburzeniom ulega sfera emocjonalno-motywacyjna, stąd jej nasilenie związane jest głównie z sensownością. To właśnie sensowność jest elementem wewnętrznych zasobów wspomagającym jednostkę w obszarze emocji i motywacji; sprzyja odczuwaniu celowości podejmowanej aktywności i wartości angażowania się w nią, co zapewnia emocjonalną orientację w rzeczywistości i poczucie wartościowania życia. Wysoki poziom zrozumiałości i sterowalności wiąże się z mniejszym nasileniem objawów depresyjnych. Zrozumiałość zmniejsza niepokój płynący z niepewności przyszłości oraz lęku przed śmiercią. Na podstawie posiadanej wiedzy człowiek jest w stanie przewidzieć pewne sytuacje i uruchomić w sobie odpowiednie przygotowanie do nich. Natomiast sterowalność sprzyja zachowaniu poczucia bezpieczeństwa i wpływu na własne życie. Nie wymaga ona uruchamiania własnych zasobów wewnętrznych, lecz dopuszcza, co w okresie starości ma większe znaczenie, możliwość radzenia sobie z rzeczywistością przy pomocy innych osób czy instytucji.

Badania Małgorzaty Sitarczyk (2006, s. 294–299) zrealizowane wśród mieszkańców domów pomocy społecznej oraz słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku

wskazują na znaczący wpływ poczucia koherencji na zdrowie człowieka i jego funkcjonowanie w sferze biologicznej, fizycznej, psychicznej i społecznej. Poziom poczucia koherencji decyduje o efektywności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Analiza uzyskanych wyników potwierdza wyższy poziom we wszystkich trzech komponentach poczucia koherencji wśród słuchaczy UTW w porównaniu z mieszkańcami DPS. Słuchaczy UTW charakteryzuje wysokie poczucie zrozumiałości, co zapewne wynika z lepszych możliwości poznawczych tej grupy (z racji lepszego wykształcenia), jak również z umiejętności obiektywnego i logicznego wnioskowania. Również w zakresie zaradności (sterowalności) słuchacze przewyższają mieszkańców. Częściej doświadczają oni poczucia sprawstwa, osiągają cele i sukcesy. Czynnikiem sprzyjającym tym zachowaniom jest poczucie sensowności, istotnie statystycznie wyższe w grupie słuchaczy. Im wyższe subiektywne poczucie sensowności podejmowanych działań, tym silniej odczuwane jest przekonanie o zaradności i sprawczości człowieka; to zależność charakteryzująca badanych zrzeszonych w UTW. Poziom aktywności życiowej różnicuje nasilenie poczucia koherencji. Zestawienia przeanalizowanych wyników Sitarczyk wskazują na fakt, że słuchacze są znacznie bardziej zadowoleni z różnych form aktywności życiowej niż ich rówieśnicy w DPS. Wynika z tego, że wyższy poziom poczucia koherencji w okresie starości wtórnie warunkuje subiektywną satysfakcję z życia.

Z badania uczniów i uczennic ostatnich klas szkół średnich (Kosińska-Dec, Jelonkiewicz, 1997, s. 220–224) wynika, że poziom poczucia koherencji istotnie różnicuje częstość stylów radzenia sobie w określony sposób. W przypadku wysokiego poziomu poczucia koherencji badani deklarują koncentrację na zadaniu. Z kolei niższemu poczuciu koherencji towarzyszy koncentracja na własnych emocjach. Radzenie sobie polegające na unikaniu wydaje się niezależne od SOC. Niskiemu poczuciu koherencji towarzyszy wyższy wskaźnik koncentrowania się na odwracaniu uwagi od problemu. Natomiast poszukiwaniu kontaktów społecznych sprzyja wzrost poziomu poczucia koherencji.

Prowadzono wiele badań na temat związku poczucia koherencji z oceną zdrowia. Subiektywna ocena zdrowia wiąże się pozytywnie z ogólnym pomiarem poczucia koherencji zarówno u dziewcząt, jak i chłopców (Zwoliński, 1999, za: Sęk, 2001a, s. 34–35) oraz z poczuciem koherencji osób dorosłych. W badaniach Michała Ziarko (1999) oraz Heleny Sęk i Tadeusza Pasikowskiego (za: Sęk, 2001a, s. 34–35) zaobserwowano, że tylko pomiar zdrowia na płaszczyźnie społecznej (sprawność w wykonywaniu zadań i wypełnianiu ról) nie osiąga istotnych powiązań ze wskaźnikami SOC. Natomiast koreluje ono istotnie z poczuciem zdrowia somatycznego i psychicznego oraz całościowym pomiarem zdrowia. Najwyższe

korelacje poczucia koherencji w całości i we wszystkich komponentach uzyskano, badając poziom satysfakcji z życia u młodzieży i pozytywny nastrój u dorosłych (por. Kirenko, Byra, 2008). Poczucie koherencji koreluje także z deklarowaną tendencją do zachowań prozdrowotnych, takich jak zdrowa dieta, aktywność ruchowa, zachowania profilaktyczne i relaksacyjne (Sęk, 2001a, s. 34–35).

Również z badań Pasikowskiego (2001b, s. 48–54) na grupie osób w przedziale wiekowym od 18 do 69 lat (średnia 35 lat) wynika, że SOC wpływa w istotny sposób na procesy radzenia sobie z krytycznymi wydarzeniami, co najbardziej uwidacznia się na etapie poznawczej oceny pierwotnej stresorów. Wysoki poziom SOC łączy się z tendencją do oceny zdarzeń w kategoriach wyzwania oraz zwiększa prawdopodobieństwo wyboru strategii aktywno-behawioralnych skoncentrowanych na problemie (nie unikowych). Oddziałuje ono na subiektywne poczucie zdrowia jako zmienna modyfikująca procesy radzenia sobie.

SOC motywuje do podejmowania aktywności, radzenia sobie z wymaganiami, a dzięki funkcjom regulacyjnym steruje odpowiednim do wymagań wyborem zasobów. Pełni kluczową rolę dla procesów osiągnięcia, ochrony i przywracania zdrowia (Sęk, 2005a, s. 50). Co najważniejsze, istnieje realna możliwość unikania zagrożeń przez osoby o silnym poczuciu koherencji, co wyraża się w podejmowaniu zachowań prozdrowotnych i unikaniu zachowań antyzdrowotnych (Antonovsky, 1984, 1995, 1997, za: Gruszczyńska, Worsztynowicz, 1999, s. 100; Waszkowska, Dudek, 2001, s. 203–204).

3.3. Wsparcie społeczne

3.3.1. Definiowanie wsparcia społecznego

Wsparcie społeczne wymieniane jest w literaturze jako zewnętrzny względem podmiotu rodzaj zasobów. Ujmując rzecz powierzchownie można stwierdzić, że wsparcie należy do zasobów społecznych. Sęk (2003a, s. 17–30) uzasadnia, że wsparcie jest pierwotnie zasobem społecznym, do którego uruchomienia i skutecznego moderowania stresu niezbędne są warunki wewnętrzne jednostki.

Można dostrzec dwie tendencje w definiowaniu wsparcia społecznego – jedna wynika z preferencji dyscyplinarnych autorów, a druga z różnic koncepcyjnych. Istnieje m.in. pedagogiczny punkt widzenia, u źródeł którego znajdują się relacje wychowawcze i wspomaganie rozwoju osobistego; terapeutyczny, oparty

na wspomagającym – leczniczym oddziaływaniu; psychologiczny – zbudowany na teorii potrzeb i interakcji międzyludzkiej oraz socjologiczny – wywodzący się ze wspólnoty środowisk, więzi i sił społecznych. Z kolei wśród różnic koncepcyjnych można wskazać na ujęcie koncentrujące się na bezpośredniej, profesjonalnej, instytucjonalnej pomocy oraz szersze, obejmujące pomocnicze oddziaływanie środowisk naturalnych, w których żyje i funkcjonuje człowiek (Winiarski, 2005, s. 149; Krause, 2004, s. 47).

Literatura wskazuje na **funkcjonalne i strukturalne rozumienie wsparcia społecznego**. Wsparcie społeczne określa się jako „rodzaj interakcji społecznej, która zostaje podjęta przez jednego lub obu uczestników w sytuacji problemowej, trudnej, stresowej, krytycznej” (Sęk, 2001a, s. 16–17). Wsparcie społeczne ujmowane funkcjonalnie nawiązuje do teorii wymiany społecznej i jest definiowane jako rodzaj interakcji społecznej, podczas której dochodzi do wymiany lub przekazywania emocji, informacji, instrumentów działania i dóbr rzeczowych, która ma miejsce w sytuacjach trudnych. Celem wymiany jest zmniejszenie stresu, opanowanie kryzysu, poprzez towarzyszenie, tworzenie atmosfery poczucia przynależności, bezpieczeństwa i nadziei, jak również zbliżenie do rozwiązania problemu i pokonania trudności (Sęk, 2003a, s. 21–23; por. Kirenko, Byra, 2008). Zachodząca wymiana może być jednostronna lub dwustronna, a kierunek „dawca–biorca” może być stały lub zmienny. By wymiana społeczna była skuteczna, niezbędna jest adekwatność między rodzajem i wielkością udzielanego wsparcia a potrzebami odbiorcy (Sęk, 2001a, s. 16–17). Ujmując strukturalnie, pojęcie wsparcia społecznego jako system oparcia społecznego wprowadził Gerald Caplan (za: Sęk, 2003a, s. 21–23; por. Kirenko, Byra, 2008). Definiuje je jako obiektywnie istniejące i dostępne sieci społeczne, wyróżniające się faktem istnienia więzi, kontaktów społecznych i przynależności; pełnią funkcję pomocną wobec osób w trudnych sytuacjach. Sieci mogą przyjmować postać naturalnych źródeł wsparcia (funkcjonujące spontanicznie i cieszące się wzajemnym zaufaniem), typu: rodzina, przyjaciele, grupy towarzyskie i rówieśnicze lub sformalizowanych źródeł wsparcia: stowarzyszeń i instytucji.

Sieć wsparcia społecznego definiowana jest jako życzliwa obecność innych, źródło rad i usług, nośnik określonych wartości. Wytwarza ona w ludziach i grupach poczucie wspólnotowości życia w konkretnym środowisku; daje poczucie przynależności, bezpieczeństwa, możliwość uzyskiwania informacji zwrotnych dotyczących własnej osoby (Szczęsna, 2004, s. 144–145). Również w kontekście sieci społecznej ujmuje wsparcie społeczne Ewa Kantowicz (2001; por. Leszczyńska-Rejchert, 2005, s. 119); przez sieć rozumie ona system zło-

żony z ludzi i instytucji mogących udzielać człowiekowi realnej pomocy. Obejmuje ona rodzinę, rówieśników, znajomych, sąsiadów i istnieje samoistnie lub tworzy społeczne systemy wsparcia. Sieci nazywane przez Caplana systemami oparcia (za: Sęk, 2001a, s. 14–15) pełnią funkcje pomocne, działając na rzecz dobra swoich członków lub osób, dla których są one dostępne. W badaniach nad znaczeniem tak rozumianego wsparcia w ujęciu strukturalnym skupiano się na wielkości sieci, jej gęstości, spójności i dostępności. Mówiąc o dostępności sieci, można wskazać na ujęcie obiektywne i subiektywne, mierząc ją liczbą kontaktów, bliskością terytorialną, szybkością i łatwością podjęcia kontaktów. Właśnie wskaźnik dostępności sieci wsparcia osoby starsze i samotne wskazują jako najistotniejszy.

Wsparcie i wspomaganie następują przez osoby określane mianem „znaczące inne”, którymi mogą być: grupy i stowarzyszenia społeczne, instytucje lub pojedyncze osoby, takie jak: partner, małżonek, rodzina, przyjaciel, dziecko, duchowny, lekarz, prawnik, grupy samopomocowe. Bliskie więzi z innymi chronią nas przed poczuciem alienacji, wzmacniają odporność psychiczną (Kawula, 2003, s. 132). Wsparcie społeczne jest potencjalnie istniejącym zasobem, pełniącym funkcje pierwotnej prewencji (Sęk, 2003a, s. 20).

Anna J. Brzezińska (2005a, s. 34–36) traktuje osoby znaczące jako kluczowy czynnik rozwoju w każdym okresie naszego życia; osoby wyróżnione z kręgu ludzi obecnych w naszym życiu ze względu na częstotliwość i wagę kontaktów w większym stopniu niż inne uczestniczą w naszym życiu lub są w nim intensywnie obecne. Wiąże nas z nimi szczególna więź emocjonalna (bliskość, zaufanie, wzajemna przewidywalność swego zachowania w trakcie interakcji w różnych sytuacjach). Osoba znacząca posiada swoisty wzór postępowania oraz często jest autorytetem.

Podobnie wsparcie społeczne pojmuje Stanisław Kawula (2003, s. 128–129), dodając, że pozostaje ono w układzie: osoba lub grupa pomagająca i odbierająca wsparcie, które żeby było skuteczne, powinno odpowiadać na faktyczne potrzeby biorcy. Występuje ono w czterech układach ludzkiego życia:

- człowiek–człowiek (relacje rodzinne, sąsiedzkie, rówieśnicze, zawodowe, koleżeńskie, przyjacielskie, towarzyskie, człowiek znaczący, partner; relacje typu ja–ty);
- człowiek–grupa (rodzina własna, stowarzyszenie, środowisko sąsiedzkie i lokalne, kościoły, sekty, ugrupowania wyznaniowe, grupy podkulturowe, grupy o charakterze rozwojowym – wsparcia małżeńskiego i rodzinnego, rówieśniczego oraz osób starszych);

- człowiek–instytucje (instytucje pomocy i porady prawnej, medycznej i socjalnej, instytucje usług i służb porządkowych, ubezpieczeniowych, socjalnych, związkowych, edukacyjnych, gospodarczych, polityki społecznej, instytucje samorządowe i samopomocowe);
- człowiek–szersze układy (obejmujące relacje w wymiarze środowiska okolicznego, gminy, miasta lub jego dzielnicy, rejonu zamieszkania, regionu etnicznego i kulturowego, organizacji i stowarzyszeń regionalnych, ogólnopolskich, międzynarodowych).

Najistotniejszym elementem wsparcia społecznego jest subiektywne odczucie człowieka, że podlega opiece własnej sieci i jest szanowany, a komunikacja zachodzi na zasadach wzajemnych zobowiązań (Głębocka, Szarzyńska, 2005, s. 366). Należy uświadomić sobie, że wsparcie społeczne nie zawsze działa jednoznacznie korzystnie i może przyjmować charakter negatywny (jak w przypadku grup dysfunkcyjnych) – wtedy jednak nie spełnia funkcji zasobów (Sęk, 2003a, s. 20). By traktować je jako zasób, musi zawierać jedynie pozytywne relacje zachodzące w środowisku, stąd „spirala życzliwości” (Kawula, 2003, s. 132), która funkcjonuje, gdy środowisko: mobilizuje potencjał i energię jednostek lub grup do rozwiązania problemów wymagających interwencji wsparcia i pomocy innych, zgłasza gotowość współdziałania w rozwiązywaniu zaistniałych problemów, oferuje konkretną pomoc w odpowiedniej formie i postaci oraz śledzi efekty udzielanej pomocy i wsparcia. Spirala życzliwości zakłada model odpowiedzi wsparciem społecznym adekwatnym do potrzeb jednostki, co wywołać powinno impuls do jej samorozwoju i samodzielności.

Wsparcie społeczne jest rozmaicie definiowane. Sęk (2003a, s. 20–21; 2001a, s. 14–15) dokonała przeglądu definicji. Określane jest ono jako pomoc dostępna dla jednostki w sytuacjach trudnych (S. Sarason), to konsekwencja przynależności człowieka do sieci społecznych (J. Pommersbach), zaspokojenie potrzeb w trudnych sytuacjach gwarantowane przez osoby znaczące i grupy odniesienia (G. Caplan). Sama zaś traktuje wsparcie jako rodzaj interakcji społecznej, która charakteryzuje się tym, że zostaje podjęta przez jedną lub dwie strony tej interakcji w sytuacji problemowej czy trudnej. Dochodzi wtedy do wymiany informacji, instrumentów działania, dóbr materialnych lub wymiany emocjonalnej pomiędzy jedną lub dwiema stronami (osobą wspierającą – pomagającą i odbierającą wsparcie). Celem tej wymiany jest zbliżenie się do rozwiązania problemu, przezwyciężenie sytuacji trudnej. Literatura (Leszczyńska-Rejchert, 2005, s. 116–117) definiuje je jako formę interakcji społecznej, która odbywa się w sytuacji trudnej, polega na jednostronnej lub dwustronnej wymianie informacji, dóbr, środków działania, a jej celem

jest opanowanie sytuacji trudnej oraz wzmocnienie psychiczne i społeczne osoby wspieranej. Na wsparcie aktywizujące siły jednostki zwraca uwagę również Zofia Kawczyńska-Butrym (1998), definiując je jako szczególny sposób i rodzaj pomocy, który udzielany jest innym w celu mobilizowania ich potencjałów i zasobów do poradzenia sobie z problemem. Mikołaj Winiarski (1997, s. 37–38) natomiast definiuje wsparcie jako profesjonalne lub nie, zamierzone lub nie oraz świadome lub nie, działanie wobec osób, grup lub instytucji, które znajdują się w trudnej sytuacji. Działanie to przybiera charakter interakcji społecznej i przejawia się w przekazywaniu informacji, uczuć, usług, instrumentów działania, dóbr materialnych, w więzi społecznej czy nawet współpracy. Wsparcie społeczne przyjmuje formę przekazu informacji, które kształtują u jednostki poczucie tego, że jest szanowana, podlega opiece, funkcjonuje jako członek określonej sieci i wzajemnych zobowiązań (Pommersbach, 1988, s. 503–523).

Wsparcie można rozumieć jako postawę pomagania potrzebującym w odzyskaniu utraconej równowagi psychicznej lub zapobiegania sytuacjom mogącym taki stan wywołać (Olubiński, 1996, s. 17–20).

Wsparcie społeczne zestawiane też jest z pomocą społeczną. Wiesław Ciczkowski (1999, s. 197) uznaje wsparcie za odmianę pomocy społecznej realizowanej w sytuacjach przełomowych dla jednostki i grupy, a Józef Górniewicz (1997, s. 16–20) podkreśla, że dotyczy ono funkcjonowania człowieka w różnych układach społecznych i wiąże je z opieką oraz pomocą (jedną z form wsparcia społecznego) (por. Leszczyńska-Rejchert, 2005, s. 119). Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej w art. 2.1 definiuje pomoc społeczną jako: „instytucję polityki społecznej państwa, mającą na celu umożliwienie osobom i rodzinom przezwyciężanie trudnych sytuacji życiowych, których nie są one w stanie pokonać, wykorzystując własne uprawnienia, zasoby i możliwości”. Pomoc społeczna wspiera osoby i rodziny w wysiłkach zmierzających do zaspokojenia niezbędnych potrzeb i umożliwia im życie w warunkach odpowiadających godności człowieka, o czym traktuje art. 3.1. Literatura przedmiotu jest niezmiernie bogata w tematykę pomocy społecznej wobec osób starszych, ubogich, samotnych, bezradnych, uzależnionych, a tym samym zależnych od wsparcia społecznego. Barbara Smolińska-Theiss (1997, s. 3–8) podkreśla walory wsparcia społecznego – jego powszechność i neutralność, dzięki którym wsparcie nie naznacza, nie etykietuje, ani nie stygmatyzuje (por. Leszczyńska-Rejchert, 2005, s. 119).

Potrzeby wsparcia są zindywidualizowane; ludzie poszukują, mobilizują, ale też unikają wsparcia społecznego. Na skutek interakcji wsparcia społecznego dobra emocjonalne, informacyjne i rzeczowe są przekazywane i odbierane, co określa się wspar-

ciem otrzymywanym. Kluczowe znaczenie ma tu poziom dopasowania wsparcia do oczekiwań osoby potrzebującej pomocy (trafność wsparcia) (Sęk, 2003a, s. 25).

Wyniki badań (Veenstra, za: Wiggins i in., 2004, s. 693–708) wykazujące negatywny związek między częstotliwością kontaktów społecznych z przyjaciółmi i rodziną a zdrowiem ponownie wykazały te same zależności. Można więc wyciągnąć wniosek, że jako taki kontakt społeczny nie zawsze powinien być korzystnie rozpatrywany. W rzeczywistości może on być niekiedy powodem konfliktu bądź stresu. To, co jest istotne dla ludzi starszych, to poczucie bliskości silnie związane ze społecznością lokalną, jak i otrzymywanym od niej wsparciem. Ponadto można by wysunąć przypuszczenie, że silne poczucie bliskości we wzajemnych relacjach może równoważyć wpływ głównych wydarzeń życiowych. Jednak prawdopodobieństwo niskiej jakości życia wzrasta, gdy tylko osoba doświadcza złego stanu zdrowia, niekorzystnych warunków mieszkaniowych czy emerytalnych.

W latach 1999–2001 pod kierunkiem Piotrowskiego (za: Bień, 2002, s. 79–83) zrealizowano badania dotyczące źródeł wsparcia osób chorych. Zgromadzone wyniki zaprezentowano w tabeli 5. Badani deklarują najczęściej jako swego opiekuna współmałżonka, którego rola jest w tym przypadku niezmiernie trudna z uwagi na podobny wiek do chorego partnera. Jego wkład zostaje doceniony

Tabela 5. Rodzaj opiekuna w razie choroby

Rodzaj opiekuna	Razem (N = 1821)
Współmałżonek	34,00
Córka	29,30
Syn	16,60
Synowa	3,70
Zięć	0,20
Wnuk, wnuczka	2,80
Siostra, brat	2,10
Inny członek rodziny	1,80
Sąsiad, przyjaciel	2,90
Osoba prywatnie opłacona	0,30
Pielęgniarka środowiskowa	0,80
Pracownik społeczny	0,50
Inna osoba	0,70
Nikt, zdany na własne siły	3,10

Źródło: Bień, 2002, s. 79–83.

z racji rozpadu rodziny wielopokoleniowej, samotnego zamieszkiwania starzejącego się małżeństwa, jak również małodzietności. Badani zdają się nie doceniać grupowego wkładu rodziny, traktując zapracowanie dzieci, wnuków i innych jej członków, jako czynnik utrudniający niesienie wsparcia, stąd też zaniżone oczekiwania seniorów wobec nich. Wzrost udziału rodziny w opiece nad chorym wzrasta wraz z wiekiem podopiecznego. Specyficzną grupę opiekunów stanowi rodzina i inne osoby, spoza rodziny. Udział w opiece osób z zewnątrz środowiska rodzinnego poprawia i ułatwia sytuację opiekuńczą rodziny. Pomoc pochodząca tylko spoza rodziny jest sytuacją ostateczną w razie osamotnienia. Świadczenia rodziny na rzecz seniora mają wartość emocjonalną i ekonomiczną – oszczędzają wydatki państwa na opiekę instytucjonalną.

W krajach rozwiniętych nieustannie rosnąca populacja ludzi starzejących się wymaga opieki. Wielu osobom starszym mieszkającym samotnie towarzyszy brak poczucia bezpieczeństwa oraz samotność. Co więcej, bardzo często nie są w stanie zadbać o siebie ze względu na różne przejawy niesprawności fizycznej; stąd też wymagają długoterminowej opieki. Osoby w podeszłym wieku mają mniej dzieci niż poprzednie generacje, co oznacza, że przyjęcie pod dach samotnie żyjącego rodzica powinno być przedmiotem troski każdego dziecka. Pomimo faktu, że bezpośrednio ustalenie zależności pomiędzy miejscem zamieszkania a dobrym samopoczuciem psychofizycznym osób starszych nie jest możliwe, to wpływ pierwszego czynnika na drugi wydaje się oczywisty. Wnioskując, powszechnie stwierdza się, że ludzie w podeszłym wieku wymagają opieki medycznej. Osoby starsze niemające bliskiej rodziny, która mogłaby się nimi zaopiekować, są umieszczane albo w zakładach opieki, bądź też korzystają z innej formy opieki medycznej (Albuquerque, 2006, s. 11–12).

James Lubitz ze współpracownikami (2003, s. 1048–1055) poddali ocenie stosunek stanu zdrowia osób w wieku 70 lat do średniej długości życia oraz łącznych wydatków na opiekę zdrowotną ludzi w wieku 70 lat do śmierci. W konsekwencji prowadzonych badań u osób starszych będących w lepszej kondycji zdrowotnej stwierdzono wydłużenie średniej długości życia, w przeciwieństwie do osób skarżących się na zły stan zdrowia. Jednakże wśród obydwu badanych grup wydatki na opiekę zdrowotną były bardzo podobne. Tak oto, u siedemdziesięcioletka w pełnej kondycji fizycznej oszacowano średnią dalszą długość życia na 14,3 lat z prawdopodobnymi wydatkami w kwocie 136 tys. dolarów. Tymczasem u osób wykazujących pewne ograniczenia w co najmniej jednej czynności ruchowej, oczekiwana długość życia wyniosła 11,6 lat wraz łącznymi wydatkami na sumę 145 tys. dolarów. Ponadto łączna kwota wydatków dla osób przebywających

w domach opieki zdrowotnej była znacznie wyższa. Wnioskując, spodziewana suma wydatków na opiekę medyczną osób starszych w lepszym stanie zdrowia, pomimo ich dłuższego statystycznie życia, okazała się przybliżona w odniesieniu do osób z problemami zdrowotnymi. Wysiłki skierowane na promocję zdrowia osób poniżej 65. roku życia mogą wpłynąć na poprawę zdrowia oraz wydłużenie średniej długości życia osób starszych bez wzrostu wydatków.

Seniorzy korzystają z różnych świadczeń zdrowotnych. W okresie prowadzonych przez Piotrowskiego badań (1999–2001), na jednego respondenta przypadało w ciągu ostatnich 12 miesięcy przeciętnie 8,9 porad – 8,2 wśród mężczyzn i 9,3 wśród kobiet. W badaniach nie uwzględniano rozróżnienia miejsca i rodzaju świadczeniodawcy (finansowane z ubezpieczenia zdrowotnego i prywatnie) (Bień, 2002, s. 83–87). W badaniach PolSenior (<http://polsenior.iimcb.gov.pl/monografia>) odnotowano większą częstość korzystania przez kobiety niż mężczyzn z porad lekarza pierwszego kontaktu. Na uwagę zasługuje jednak fakt, że w przypadku kobiet na tym kończy się opieka medyczna nad starszą kobietą, podczas gdy starszy mężczyzna częściej korzysta z opieki specjalistycznej i leczenia szpitalnego. Może to wynikać ze zróżnicowanego profilu zachorowalności płci, ale też z odmiennej jakości życia kobiet i mężczyzn w starszym wieku. Badanie PolSenior wykazało też różnice w jakości relacji między lekarzem a starszym pacjentem. Mniejsze miejscowości sprzyjają kontaktom otwartym i osobistym (por. Tobiasz-Adamczyk i in., 2012, s. 467–494).

Rola pielęgniarki jest niezmiernie istotna dla osób w wieku starszym, jednak jest ona niedoceniona i niedowartościowana, zwłaszcza jej praca środowiskowa. Z badań Piotrowskiego (1999–2001, za: Bień, 2002, s. 87–89) wynika, że jedynie 32% badanych seniorów kontaktuje się z pielęgniarką, przy dość częstych kontaktach z lekarzem (86% badanych). Częstość kontaktów zestawiono w tabeli 6.

Tabela 6. Częstość kontaktów z pielęgniarką

Liczba wizyt pielęgniarskich w ciągu 12 m-cy	Razem
0	68,40
Od 1 do 4	9,60
Od 5 do 12	11,80
13 i więcej	10,20

Źródło: Bień, 2002, s. 87–89.

Wzrost starzejącej się populacji generuje wzrost liczby seniorów korzystających z lecznictwa zamkniętego. Dla wielu z nich jest to najwygodniejsza, szybka i kompleksowa forma diagnostyki i terapii, jak również sposób na sprawne dotar-

cie do specjalistów, z wykluczeniem konieczności odbycia u nich wizyt prywatnych. Bezpłatne leczenie szpitalne ma też dla wielu wartość ekonomiczną. Częstość leczenia szpitalnego zestawiono w tabeli 7.

Tabela 7. Częstość leczenia szpitalnego

Pobyty w szpitalu w ciągu 12 m-cy	Razem
Nie	77,50
Tak	22,50
Razem	100,00

Źródło: Bień, 2002, s. 87–89.

Nie wszystkie osoby mają jednak wsparcie w środowisku; doznają samotności. Można wskazać na wieloraką treść samotności, a ta jest częstą sytuacją człowieka starego: samotność cywilna (niezamężni, rozwiedzeni, owdowiali, bezdzietni), samotność mieszkaniowa (zamieszkanie bez innych osób), samotność socjalna (brak kontaktów z rodziną, sąsiadami, środowiskiem), samotność subiektywna (poczucie osamotnienia, mimo wspólnego z rodziną zamieszkania). Samotność ma na ogół niekorzystny wpływ na samopoczucie, stan zdrowia i pozycję społeczną człowieka starego (Pędich, 1996, s. 25). Liczne badania wskazują na fakt zwiększonej religijności osób starszych. Decyduje o tym refleksyjny charakter starszej fazy życia, potrzeba przełamywania poczucia osamotnienia i samotności, potrzeba rozwiązania problemów ostatecznych, problemy na skutek zaprzestania pracy zawodowej i wzrostu ilości czasu wolnego. Należy mieć na względzie życie religijne i aktywność religijną seniorów, które wyrażają się w zewnętrznych formach (praktyki religijne, obrzędy), ale również wewnętrzną religijność – myślenie o ostatecznych wartościach (Halicka, Halicki, 2002, s. 210–211).

Starzy dopatrują się u młodych zepsucia, a młodzi zarzucają starszym zaco-fanie. Problem ten wynika z różnicy psychiki i temperamentu oraz innego spojrzenia na świat (Wiśniewska-Roszkowska, 1989, s. 49–59). Przy rozluźnieniu kontaktów międzypokoleniowych na skutek dystansów przestrzennych, społeczno-kulturowych i obyczajowych między generacjami, wzrasta poczucie osamotnienia ludzi starszych. Ma na nie wpływ także obserwowalny kryzys rodziny, malejąca liczba zawieranych małżeństw, ich rozpad, zmniejszająca się dzietność. Zmiany technologii, szybki postęp techniczny i ekonomiczny wypierają rolę i autorytet starszej generacji w zatrudnieniu, a tym samym ograniczają kontakty interpersonalne. Stąd potrzeba rozwijania wszechstronnych działań opiekuńczych w postaci zinstytucjonalizowanych form opieki społecznej obejmującej nie

tylko świadczenia pieniężne, w naturze i usługach, lecz także polegających na rozwijaniu kontaktów międzyludzkich i kulturowych (Frąckiewicz, 2001, s. 16–21). Polski system pomocy społecznej zakłada równoległe funkcjonowanie wielu typów placówek pobytu stałego i czasowego, z określeniem i zdefiniowaniem deficytów osób, którym mają służyć. Są to: domy pomocy społecznej, dzienne domy pomocy społecznej, zakłady opiekuńczo-lecznicze, prywatne domy opieki, hospicja. Uzupełnieniem tej działalności są placówki prowadzone przez służbę zdrowia, stowarzyszenia, fundacje i osoby prywatne (Szarota, 2004, s. 84–85). Nie można nie wspomnieć o placówkach służących aktywizacji seniorów, to jest klubach seniorów czy Uniwersytetach Trzeciego Wieku.

Osoby znajdujące się w sytuacjach trudnych mogą korzystać z naturalnych, jak również instytucjonalnych źródeł wsparcia. Przyznanie nadrzędności jednemu z nich uzależnione jest od sytuacji, w jakiej znajduje się osoba, od jej indywidualnych preferencji, siły więzi z członkami grup w jej środowisku, specyfiki przeżywanych trudności, jak również zmienności warunków na skutek upływu czasu (Kirenko, Byra, 2008, s. 107–126).

Istnieje pewne ryzyko wsparcia społecznego; gdy zastępuje ono człowiekowi inne sposoby rozwiązywania problemów, gdy występuje permanentnie – może doprowadzić do utraty zdolności jednostki do samodzielnego radzenia sobie w sytuacjach krytycznych, zaniku samodzielności, uzależnienia się od wsparcia i pomocy otoczenia (zbyt gęsta sieć społeczna staje się doświadczeniem nadmiernej kontroli społecznej, nadopiekuńczości). Dlatego wsparcie powinno być skuteczne dwójako – przyczynić się do rozwiązania problemu, jak również do uruchomienia tendencji do radzenia sobie w przyszłości w podobnych sytuacjach poprzez aktywne poszukiwanie pomocy, a nie oczekiwanie gotowej (Kawula, 2003, s. 130–131).

3.3.2. Rodzaje i modele wsparcia społecznego

Najczęściej w literaturze przedmiotu wymienia się rodzaje wsparcia wyodrębnione na podstawie ich funkcji. Są to: wsparcie emocjonalne, poznawcze (informacyjne), instrumentalne, rzeczowe (materialne), duchowe (Sęk, 2003a, s. 23–24; por. Sęk, 2001b; Kirenko, Byra, 2008). Oto ich krótka charakterystyka:

Wsparcie emocjonalne polega na przekazywaniu emocji podtrzymujących, uspokajających, będących przejawem troski i pozytywnego ustosunkowania się osoby wspierającej. Ma to na celu tworzenie poczucia przynależności, opieki i wzrostu samooceny, a tym samym samopoczucia. Interakcje wsparcia umożli-

liwiają uwalnianie od napięć, negatywnych uczuć, obaw, smutku; wyzwalają poczucie nadziei.

Wsparcie informacyjne (poznawcze) to wymiana i udzielanie informacji oraz dawanie rad, sprzyjających lepszemu zrozumieniu sytuacji, własnego położenia życiowego i problemów. To dostarczanie informacji zwrotnych o skuteczności podejmowanych przez osobę wspieraną działań zaradczych. Wsparcie to polega także na dzieleniu się doświadczeniami przez osoby przeżywające podobne sytuacje. Umiejętne – zapewnia osobie wspieranej poczucie kontroli nad sytuacją i poczucie sprawstwa.

Wsparcie instrumentalne to przekazywanie informacji o konkretnych sposobach postępowania oraz formach modelowania skutecznych zachowań zaradczych; może przyjąć formę wymiany sposobów postępowania, zdobywania informacji i dóbr materialnych. Wsparcie to zbliżone jest do wsparcia informacyjnego, jednak pełni inną rolę – przyjmuje rodzaj formowania zachowań i zastępowania osoby wspieranej, co może ograniczać rozwój zasobów jednostki.

Wsparcie materialne (rzeczowe) sprowadza się do świadczenia pomocy materialnej, udzielania bezpośredniej pomocy w formie pożyczek, darów, usług, jak również do fizycznego działania na rzecz potrzebujących – karmienie, udostępnianie schronienia, mieszkania, pomoc finansowa, przekazywanie lekarstw itp.

Wsparcie duchowe to pomoc w sytuacjach wymagających odniesienia się do sfery sensu życia i ducha. Często świadczone jest w sytuacji kryzysu egzystencjalnego i w sytuacjach związanych z lękiem przed śmiercią i cierpieniem duchowym; przyjmuje charakter duszpasterski.

Stanisław Kawula (2003, s. 128) sprowadza wsparcie społeczne do pięciu płaszczyzn, postaci czy form:

- 1) **emocjonalne**, polegające na dawaniu komunikatów werbalnych i niewerbalnych typu: jesteś przez nas kochany, nie poddawaj się, lubimy cię;
- 2) **wartościujące**, które polega na dawaniu komunikatów typu: jesteś dla nas kimś znaczącym, trzymaj tak dalej;
- 3) **instrumentalne**, czyli dostarczanie konkretnej pomocy, świadczenie usług, takich jak: pożyczanie pieniędzy, dostarczenie odzieży, wskazanie form leczenia;
- 4) **informacyjne**, polegające na udzielaniu rad, porad prawnych i medycznych, informacji mogących pomóc w rozwiązywaniu problemu życiowego, np. w ustalaniu drogi kształcenia, poszukiwaniu pracy, porad hobbystycznych;

5) **duchowe** (psychiczno-rozwojowe), które występuje, gdy jednostki lub grupy, pomimo własnych prób i udzielanego im wsparcia, nadal pozostają w trudnej sytuacji życiowej, zazwyczaj przy stanach apatii, rezygnacji, niemożności, wyczekiwania.

Ryszard Poprawa (2001, s. 101–141; Głębocka, Szarzyńska, 2005, s. 366) wskazuje na cztery typy wsparcia społecznego:

- 1) **emocjonalne** – wyrażanie troski, zaufania, bliskości, stworzenie możliwości autoekspresji;
- 2) **informacyjne** – polegające na dostarczaniu nowych umiejętności, informacji, udzielania rad;
- 3) **instrumentalne** – dostarczanie dóbr materialnych, wspólne rozwiązywanie trudnych zadań oraz
- 4) **oceniające** – mające na celu wyrażanie akceptacji, zrozumienia, zachęty.

Zofia Palak (2004, s. 106), pisząc o pożądanym wsparciu osób niepełnosprawnych w świetle biopsychospołecznej koncepcji niepełnosprawności, wskazuje na **wsparcie personalne** (pomoc innych ludzi) oraz **wsparcie techniczne** (zniesienie barier architektonicznych, sprzęt pomocniczy i rehabilitacyjny).

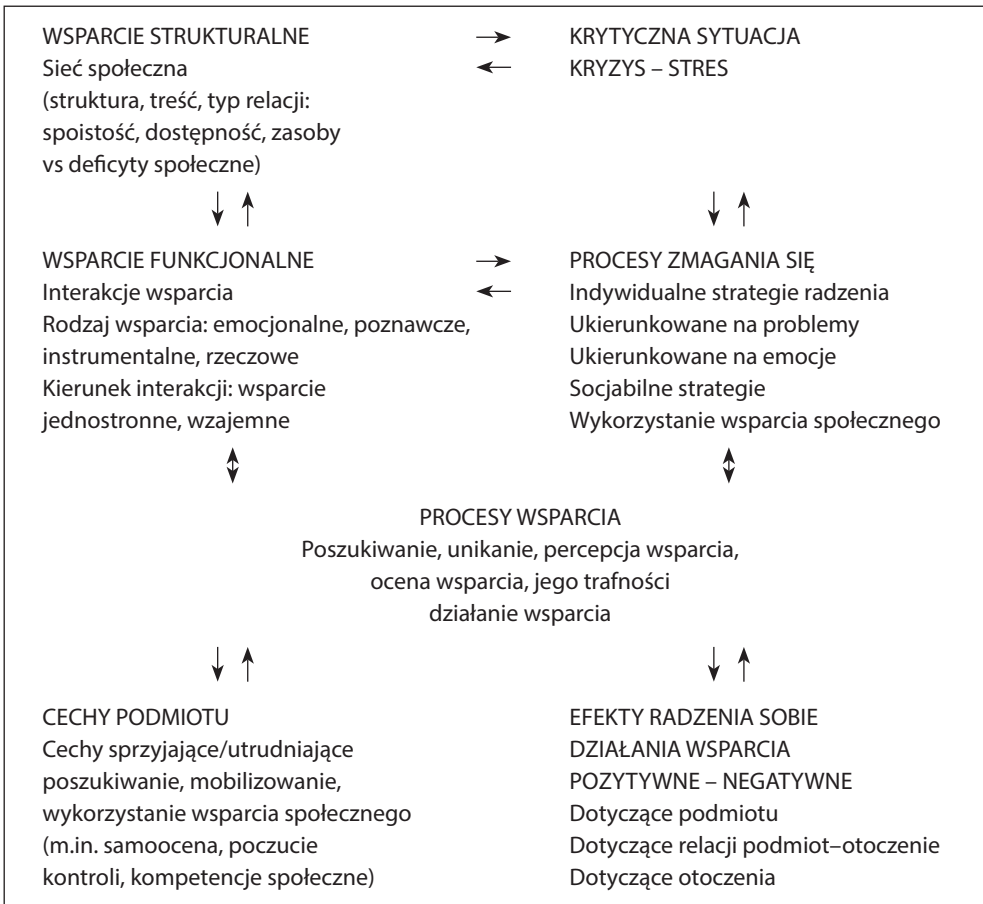
Można jeszcze dodać klasyfikację wsparcia społecznego B. Willsa (za: Sęk, 2001a, s. 18; Kirenko, 2002, s. 87), który dokonał podziału na **wsparcie podtrzymujące samoocenę** (porównywane ze wsparciem emocjonalnym, gdzie obecność i akceptacja bliskiej osoby przeciwdziała zagrożeniom samooceny i negatywnym skutkom stresu), **prestżowe** (więzy społeczne są wspierające z faktu ich istnienia, dostarczając określonych nagród), **motywacyjne** (behawioralne – pochodzące ze specyficznych wymian między uczestnikami interakcji) i **obcowania społecznego** (*assistance*). To ostatnie (zwane też relacyjnym) jest szczególnie interesujące ze względu na związek z jedną z form socjabilnego radzenia sobie ze stresem poprzez poszukiwanie alternatywnych gratyfikacji w spotkaniach towarzyskich i różnych formach aktywności towarzyskiej (turystryka, koncerty, warsztaty artystyczne itp.).

Poza wymienionymi, autorzy wskazują dodatkowe formy wsparcia społecznego: ukierunkowane na przeciwdziałanie negatywnym skutkom stresu (zachowania emocjonalnie podtrzymujące, ukierunkowane na rozwiązywanie problemów, niedyrektywne wpływy osobiste, działania środowiskowe), rozważane z punktu widzenia aksjologicznego i logicznego (nastawione na udzielenie pomocy bez wartościowania osoby wspieranej pod względem jej przekonań i światopoglądu, wpływające z pobudek moralnych), wsparcie w rozwoju (wyrównywanie szans

w zakresie edukacji, rekreacji, aktywności ruchowej) (Kirenko, Byra, 2008, s. 110–114).

Literatura przedmiotu ukazuje najbardziej popularne **modele wsparcia**: model efektu głównego/bezpośredniego i buforowego/pośredniego. **Model efektu głównego** skoncentrowany jest na podstawowych więziach, relacjach i sieciach społecznych. Kontakty społeczne dostarczają pozytywnych doświadczeń i poczucia przewidywalności i stabilności życia. Dotyczy on funkcji prozdrowotnych i bezpośredniego oddziaływania na zachowanie zdrowia. Uzyskiwane wsparcie, dając poczucie bliskości i zrozumienia, wzmacnia ogólną kondycję i samopoczucie człowieka, podtrzymując jego zdrowie niezależnie od stresorów. Tak ujęta hipoteza zakłada jedynie pozytywne funkcje wsparcia, stąd często podkreślane są ograniczenia tego podejścia. Z kolei **model buforowy** wsparcia społecznego skupiony jest na tych elementach wsparcia, które pełnią charakter „bufora” chroniącego przed negatywnymi skutkami stresu, co obniża napięcie i zagrożenie patologią. Wpływ wsparcia buforowego polega na zmianie oceny dotyczącej własnych kompetencji, zwiększeniu wglądu we własne możliwości, wzroście poczucia własnej skuteczności oraz zwiększeniu zaangażowania w rozwiązanie obciążających jednostkę problemów. Wysoki poziom adekwatnego wsparcia sportowanego i otrzymywanego sprzyja skuteczniejszemu radzeniu sobie z problemami (Chodkiewicz, 2007; Kirenko, Byra, 2008, s. 115–117). **Model addytywny** wyjaśnia niższy dobrostan jednostki nadmiernie obciążającym stresem, a dobrą kondycję psychofizyczną obecnością wsparcia. Zakłada się w nim buforową funkcję wsparcia społecznego. Obserwuje się ogólną prawidłowość w zachowaniu człowieka doznającego silnego stresu, która przejawia się we wzmożonym oczekiwaniu i poszukiwaniu wsparcia u innych, co tłumaczy **model mobilizacji wsparcia**. Z kolei **model deterioracji wsparcia** wskazuje na utratę wsparcia społecznego lub jego źródeł na skutek stresu powstałego w wyniku zaistnienia specyficznych zdarzeń krytycznych i kryzysowych, jak zjawisko przemocy czy śmierć bliskiej osoby (Kirenko, Byra, 2008, s. 115–117). Z kolei w **modelu prewencyjnym wsparcia** rozważa się możliwość tworzenia społecznych sieci zabezpieczających przed wystąpieniem krytycznych wydarzeń. Silne więzi społeczne mogą powodować, że sytuacje zagrożenia będą przezwyciężane, a straty mogą być mniej bolesne (Sęk, 2001a, s. 23).

Zaprezentowane rodzaje i formy wsparcia społecznego nie wyczerpują w pełni istniejących klasyfikacji i podziałów. Można wśród nich zauważyć pewną zbieżność zakresową i treściową. Na rycinie 5 (s. 94) zaprezentowano model funkcjonowania wsparcia społecznego.



Rycina 5. Model funkcjonowania wsparcia społecznego

Źródło: Sęk, 2001a, s. 19.

3.3.3. Znaczenie wsparcia społecznego dla utrzymania zdrowia

Funkcje wsparcia społecznego ujawniają się w sytuacji zagrożenia zdrowia, w sytuacjach stresowych, choć sieci społeczne istnieją niezależnie od sytuacji trudnej i kształtowane są przez całe życie człowieka (Sęk, 2003a, s. 20).

Wsparcie społeczne odgrywa ważną rolę w utrzymaniu zdrowia, ochronie przed chorobą, jak i w procesach zdrowienia. Ważne dla zdrowia są również pozytywne emocje z optymistycznym nastawieniem i nadzieją, wewnętrznym poczuciem kontroli, przekonaniem o własnej skuteczności w podejmowaniu działań sprzyjających zdrowiu (Głębocka, Szarzyńska, 2005, s. 366).

Wiele badań ukazuje, że utrzymywanie kontaktów społecznych osób w podeszłym wieku znacząco wpływa na utrzymanie lub poprawę zdrowia, jakości życia i polepszenie funkcji poznawczych, jak również na zmniejszenie umieralności wśród seniorów. Obecność sieci społecznej zapewnia jednostce poczucie bezpieczeństwa, przynależności, akceptacji i zintegrowania (por. Woźniak, 2007, s. 10–12).

Odejście na emeryturę, jak podkreśla Olga Czerniawska (za: Tokaj, 2005a, s. 41–49), dla wielu seniorów jest czynnikiem stresogennym. Uzyskanie statusu emeryta powoduje często kryzys w sferze fizycznej, psychicznej i społecznej, którego rozwiązanie wiąże się z koniecznością zmiany obrazu siebie i stylu życia.

Bez względu na poziom przygotowania się do roli seniora osoba starsza potrzebuje wsparcia w procesie adaptacji do starości. Wsparcia tego może udzielać rodzina, stanowiąca naturalne, najbliższe seniorowi środowisko życia. Kontakty rodzinne zapewniają więzi emocjonalne łączące osoby starsze z członkami rodziny. Stabilne podłoże emocjonalne na gruncie rodzinnym umożliwia łagodne przejście przez próg wycofywania się z pełnionych ról zawodowych na rzecz rodzinnych. Dobre relacje w rodzinie bardzo znacząco wpływają na utrzymanie poczucia własnej wartości, użyteczności, kształtowanie się pozytywnego bilansu życiowego, optymistyczne spojrzenie na świat seniorów. Astrid Tokaj (2005a, s. 41–49) zrealizowała badania w drugiej połowie lat 90. XX wieku na grupie 510 osób starszych w wieku 60–70 lat. Z badań wynika, że w odczuciu respondentów rodzina odgrywa najbardziej znaczącą rolę. Dla ok. 75% respondentów w wizji przyszłości, która dla większości jest niepewna, przejawy życzliwości i serdeczności ze strony rodziny są jednym z najważniejszych czynników pozytywnych wpływających na przebieg starości. Uzyskane wyniki są potwierdzeniem dużego znaczenia kontaktów społecznych w wieku starszym. Około 95% osób podkreśla obawę przed samotnością i osamotnieniem.

Aspekt pomocowy – wymiana dóbr materialnych, świadczenie usług, dzielenie się mieszkaniem, jest najczęściej analizowanym aspektem podtrzymywania więzi rodzinnych (Szatur-Jaworska, 2000, s. 96). Na podstawie ogólnopolskich badań Piotr Czekanowski (za: Tobiasz-Adamczyk, 2009, s. 161) wskazał, że 46% badanych seniorów pomaga w opiece nad wnukami, 44% wspomaga swoje dzieci materialnie, 39% wspólnie zamieszkuje ze swoimi dorosłymi dziećmi, a 27% pomaga w kosztach wyżywienia rodziny i pracach domowych. Z innych badań (Halik, za: tamże) wynika, że pomoc seniorów swoim dzieciom i wnukom osiąga większe rozmiary: 67% pomaga finansowo, 55% pomaga w opiece nad wnukami, a 35% wspiera w prowadzeniu gospodarstwa domowego. Rodzina jest dla

seniora naturalnym środowiskiem, najlepiej służącym zaspokajaniu jego wielu potrzeb, stwarzającym możliwość kompleksowego wsparcia i opieki. Należy tu wspomnieć o zwrotnym charakterze tego wsparcia, wyrażającym się w pomocy dzieciom i opiece nad wnukami, co daje poczucie przydatności, niekiedy mające wyższy wymiar i znaczenie niż możliwość liczenia na jej członków. Analizując świadczenia na rzecz starszych (w świetle wspomnianych badań Piotrowskiego, 1999–2001), rysuje się ich wyraźna zależność od własnych dzieci. Zauważyć to można w przypadku prac domowych (60% respondentów), pomocy przy zakupach i załatwianiu w urzędzie (prawie 50%) oraz w opiece pielęgnacyjnej (blisko 40%). Zdecydowanie rzadziej respondenci wskazują kolejne formy pomocy, takie jak: udostępnianie mieszkania, pomoc finansowa, żywieniowa i rzeczowa. Niepokoi brak możliwości pomocy finansowej od dzieci (deklaracja co ósmego seniora), gdyż wskazuje to na trudną sytuację ekonomiczną także dzieci. Z kolei działania na rzecz dzieci polegają zwłaszcza na opiece nad wnukami (46%), pomocy finansowej (44%), udostępnianiu mieszkania (39%). Pomoc wzajemna i ukazana współzależność pokoleń w rodzinie jest najkorzystniejsza z punktu widzenia potrzeb psychospołecznych rodziców. Zaspokaja potrzeby przynależności, użyteczności i znaczenia, chroni przed jednostronną zależnością i poczuciem osamotnienia (Czekanowski, 2002, s. 163–167).

Status kobiety w naszym kraju wyznacza jej pozycja w rodzinie, ale także jej pozycja w środowisku pracy i innych kręgach, w których kobieta starsza uczestniczyła. Kobiety starsze wiekiem traktowane są w naszej kulturze na zasadach użyteczności, co oznacza, że ich obecność w rodzinie jest pożądana tak długo, jak długo mogą coś z siebie dać, coś zaoferować. Często prowadzą one dom swoich dzieci, opiekują się wnukami, a role te przyjmują z poczucia obowiązku lub z chęci uniknięcia poczucia zbędności i odręczenia (Tobiasz-Adamczyk, 1999, s. 78–79). Poczucie zbędności może doprowadzić do przyspieszenia procesu starczej degradacji i rezygnacji (Parnicka, 2002, s. 141).

Opieka nad wnukami może stać się dla starszego pokolenia przyjemną formą aktywności rodzinnej, o ile nie wiąże się to z ich nadmiernym obciążeniem fizycznym. Przyczynia się także do podtrzymywania więzi międzypokoleniowych (Kotlarska-Michalska, 1984, za: Kowalczyk, 2001, s. 42–43). Ze zrealizowanych przez Danutę Kowalczyk (2001, s. 43–48) badań sondażowych na 102 seniorach wynika, że spośród motywów decydujących o podjęciu sprawowania opieki nad wnukami, na pierwsze miejsce wysuwa się brak możliwości zapewnienia jej przez rodziców, spowodowany ich aktywnością zawodową lub kontynuowaniem nauki (87,2% badanych). Seniorzy chcą wspierać swoje dzieci w powinnościach

rodzicielskich (68,6%), rzadziej wskazują jako powód trudną sytuację materialną (16,6%), problemy zdrowotne wnuków, uniemożliwiające umieszczenie ich w żłobku lub przedszkolu (11,7%), czy problemy adaptacyjne w żłobku lub przedszkolu (7,8%). Większość seniorów odczuwa zadowolenie ze spędzania wspólnego czasu z wnukami. Dobrowolność opieki deklaruje 82,3%, a przymus odczuwa 17,7% spośród osób zapytanych. Seniorzy zajmujący się wnukami systematycznie i codziennie stanowią grupę prawie 54%.

Badania Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego (1999–2001, za: Czekanowski, 2002, s. 167–168), wskazują na potencjalne źródła wsparcia seniorów w sytuacji potrzeby oraz duże znaczenie rodziny w tej kategorii. Współmałżonek znajduje się na niższej pozycji w hierarchii ze względu na jego brak (połowa badanych zadeklarowała wdowieństwo) lub jego zły stan psychofizyczny; zestawienia wyników dokonano w tabeli 8.

Tabela 8. Osoby, do których respondenci zwróciliby się o pomoc*

Osoba potencjalnie wspomagająca w potrzebie	Razem
Córka	45,80
Syn	37,70
Mąż/zona	35,10
Zięć/synowa	10,50
Inny członek rodziny	6,00
Sąsiad/sąsiadka	4,60
Brat/siostra	4,60
Znajomy/przyjaciel	1,20
Pracownik socjalny	0,90
Lekarz/pielęgniarka	0,70
Ksiądz	0,30
Ktoś inny	1,20
Nikt	1,70

* Dane w tabeli nie sumują się do 100%, ponieważ respondenci mogli wskazywać więcej niż jedną odpowiedź

Źródło: Czekanowski, 2002, s. 167–168.

Rodzina jest niezmiernie istotna dla seniorów. Znajduje się ona wysoko w ich hierarchii wartości. Seniorzy przypisują najwyższą wartość zdrowiu (93,6%), miłości, szczęściu rodzinnemu, dobrym stosunkom rodzinnym (81,1%), god-

nemu życiu zgodnie z przekonaniami światopoglądowymi (66,7%). Dość nisko oceniają wartości związane ze zwiedzaniem świata (16,7%), realizacją własnych zainteresowań i hobby (16,4%), podnoszeniem własnych kwalifikacji (13,6%), wyposażeniem siebie i domu w cenne przedmioty (9,2%).

Zagadnienie znaczenia wsparcia społecznego przenika się z jego formami. Wsparcie społeczne pełni funkcje:

- materialną – gdy udzielana jest rzeczowyista, konkretna pomoc;
- emocjonalną – okazywanie zrozumienia i współczucia, podtrzymywanie na duchu w trudnych sytuacjach;
- dowartościowującą – okazywanie uznania i akceptacji, potwierdzania znaczenia i wartości jednostki dla życia społecznego;
- informacyjną – doradzanie i kierowanie przy podejmowaniu ważnych decyzji oraz
- koleżeńską – realizowaną przez utrzymywanie bliskich kontaktów towarzyskich i gospodarowanie czasu wolnego pozytywnymi interakcjami społecznymi (Sowa, 2004, s. 43–44; por. Kowalik, 1999).

Ważne jest, by wsparcie prowadziło do rozwoju osoby wspieranej i jej samodzielności, bowiem wspieranie nie jest jednorazowym aktem, lecz procesem przebiegającym w trakcie ludzkiego życia; ma ono aktywizować tendencję do radzenia sobie (Kawula, 2003, s. 130–133). Funkcjonalne właściwości wsparcia społecznego wyrażają się w dostarczaniu pozytywnych emocji, pozyskaniu porady, informacji, opieki, ugruntowaniu poczucia własnej wartości i samooceny, zaufaniu do siebie i innych, poczuciu przynależności i więzi społecznej. Można wyodrębnić wsparcie spostrzegane (o charakterze prospektywnym) oraz wsparcie otrzymywane czy udzielane (retrospektywne), które nie zawsze są ze sobą powiązane, a znajdują odzwierciedlenie w licznych badaniach. Przy znaczącym poziomie wsparcia spostrzeganego uzyskiwano pozytywne skutki w postaci dobrostanu osoby oraz jej efektywnego radzenia sobie. Z kolei w przypadku zaawansowanego wsparcia, lecz nietrafnego z subiektywnego punktu widzenia, otrzymywano negatywne rezultaty w postaci obniżonej samooceny, poczucia samoskuteczności i sprawstwa, nasilającej się bezradności i bezsilności (Kirenko, Byra, 2008, s. 118–126).

Przekonanie, że życie ma sens, jest uporządkowane, a w zasięgu są zasoby, sprzyja podejmowaniu aktywności i postrzeganiu własnej skuteczności (własnych kompetencji do wykonania działania).

ROZDZIAŁ 4

METODOLOGICZNE PODSTAWY BADAŃ WŁASNYCH

4.1. Cel badań

W prezentowanej książce skierowałam uwagę na problematykę zdrowotną seniorów. Przyczyną tego stał się dynamiczny wzrost liczby osób w wieku emerytalnym. W świetle danych zamieszczonych w Roczniku Statystycznym RP (2009, s. 200), na dzień 31.12.2008 r. w Polsce było 13,49% ogółu ludności. Początek 2016 r. przyniósł nam blisko 19% wskaźnik udziału seniorów w polskim społeczeństwie, co potwierdza tendencję jego starzenia się. Mając w Polsce dynamicznie starzejące się społeczeństwo, za sprawą polityki społecznej wobec starości, powinny być wyznaczane trendy, cele i kierunki działań sprzyjające aktywności osób starszych, organizowaniu pomocy i opieki dla seniorów, by mogli jak najdłużej pozostać w swoim środowisku oraz przygotowaniu człowieka do własnej starości, to jest pomóc mu zdobyć refleksję nad starością,

uznać ją za naturalność, wypracować jej akceptację i gotowość do pełnienia zmieniających się ról społecznych.

O aktualności podjętego tematu wśród osób starszych świadczą działania takie jak ustanowienie 2012 r. Europejskim Rokiem Aktywności Osób Starszych i Solidarności Pokoleniowej. Rok ten obchodzony był również w Polsce jako Rok Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Dodatkowo Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej ogłosiło Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej na lata 2014–2020, w którym zobowiązało się do uruchomienia *Rządowego Programu na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych* (tzw. ASOS). Celem polityki senioralnej w Polsce w świetle przyjętych dokumentów jest „wspieranie i zapewnienie możliwości aktywnego starzenia się w zdrowiu oraz możliwości prowadzenia w dalszym ciągu samodzielnego, niezależnego i satysfakcjonującego życia, nawet przy pewnych ograniczeniach funkcjonalnych” (*Rządowy Program...*).

Dlatego też w obszarze nauki – w naukach humanistycznych – rozwijają się takie subdyscypliny, jak geragogika i gerontologia. Gerontologia (Górecki, 2006, s. 30–31) to „nauka zajmująca się procesem starzenia żywych organizmów (gr. *geron* – starzec, *logos* – nauka), w szczególności człowieka (gerontologia biologiczna), profilaktyką, diagnostyką i leczeniem chorób wieku podeszłego, starczego i sędziwego (geriatria) oraz społecznym aspektem problemu starzenia się społeczeństw: zmianami, jakie wiek wywołuje w stosunkach międzyludzkich, materialnymi warunkami życia, statusem społecznym i rolą osób starszych, wpływem starzejących się jednostek na młode pokolenia, procesem adaptacji ludzi starych do zmieniających się warunków oraz społeczeństwa, potrzebami osób starych i całej starzejącej się populacji (gerontologia społeczna)”. Natomiast geragogika (Halicki, 2006b, s. 29–30) zajmuje się „w teorii i praktyce kształceniem ludzi starszych i wspomaganie ich w procesie starzenia się (łac. *gerontos* – starzec, *ago* – pokazuję drogę); określana jest też mianem gerontologii edukacyjnej, gerontologii wychowawczej lub pedagogiki starzenia się i starości”. Do myśli pedagogicznej problematyka ta została wprowadzona przez Jana Amosa Komeńskiego, lecz ostatnie dekady XX wieku, z problemem zwiększania się liczebności osób starszych, przyczyniły się do jej znacznego rozwoju.

Z kolei Adam A. Zych (1995, s. 11–25) proponuje przyjęcie terminu „geragogika” na oznaczenie zarówno gerontologii edukacyjnej, jak i edukacji gerontologicznej. W zakresie podstawowych studiów i badań geragogicznych jest: poznanie starzenia się jako procesu i fazy ludzkiego życia, diagnoza sytuacji życiowej ludzi w podeszłym wieku (określenie stanu zdrowia, zaradności

życiowej, systemu wartości, aktywności w czasie wolnym, rozpoznanie sytuacji ekonomicznej i społecznej ludzi starszych), określenie czynników warunkujących proces starzenia się, opracowanie metod i środków opieki nad ludźmi starymi, tworzenie optymalnych warunków życia dla ludzi w podeszłym wieku i stwarzanie możliwości korzystania przez nich z życia, podejmowanie działań zmierzających do podniesienia statusu rodzinnego i społecznego oraz roli człowieka starego we współczesnym świecie. W zakresie badań geragogicznych istnieje potrzeba skupienia się na zagadnieniach wychowania dla tolerancji i dialogu pokoleń, przygotowanie człowieka do procesu starzenia się i starości, profilaktyka i prewencja pedagogiczna zmierzająca do przeciwdziałania oraz zapobiegania patologii życia społecznego ludzi starszych, działania konsultacyjno-doradcze, socjalizacja ludzi w podeszłym wieku, działania terapeutyczne, rehabilitacyjne i reaktywizacyjne, rehabilitacja zawodowa, inspirowanie i stymulowanie refleksji nad sensowną starością, przygotowanie człowieka do tego, co nieuchronne. Na pograniczu geragogicznych badań jest kształcenie ludzi w podeszłym wieku i upowszechnianie problematyki geragogicznej. Istotne jest działanie na rzecz rozwoju geragogiki, gdyż jej zbagatelizowanie może prowadzić do coraz mniejszego zainteresowania życiem wśród seniorów, brakiem umiejętności czerpania radości z ostatniej fazy życia.

To zrozumienie siebie, świata, społeczeństwa, a także aktywność własna są niezmiernie istotne w prezentowanym opracowaniu, gdyż mogą rzutować na umiejscowienie przez osoby badane poczucia kontroli zdrowia w jednym z trzech wymiarów: wewnętrznym (kontrola nad zdrowiem zależy od samej jednostki), wpływu innych (zdrowie jest skutkiem oddziaływania innych osób, zwłaszcza pracowników służby medycznej), przypadku (który obok innych czynników zewnętrznych decyduje o stanie zdrowia) (Juczyński, 2001, s. 83).

To, w jaki sposób przebiega nasze starzenie się, jest osobistym wyborem. Zmienia się stereotyp człowieka starszego, gdy patrzymy na emerytów zapisujących się na zajęcia Uniwersytetu Trzeciego Wieku, otwierających własną działalność gospodarczą, czy – uprawiających różne sporty. Wiek przestaje być sztywną barierą determinującą sposób myślenia i zachowania ludzi. Zmiana stylu życia ludzi starszych wiąże się ze społeczną zmianą przekonań na temat tego okresu; starzenie się przestaje być procesem wymagającym od ludzi rezygnacji z różnych aspektów życia. Dzisiejsi starsi ludzie nie pasują do utartego wizerunku babci czy dziadka; są często pełni pasji życia. Osoby, które posiadają pozytywne oczekiwania wobec własnego starzenia się, wykazują większą dbałość o zdrowie. Największym wrogiem starości nie jest wiek, a choroby somatyczne, powstałe zazwyczaj

na skutek niezdrowego stylu życia. Równie niebezpieczna jest dla starości samotność, jak i izolacja społeczna. Osoby, które nie doświadczają na co dzień wsparcia społecznego czy kontaktu ze środowiskiem, są bardziej narażone na różne choroby (Czapczyńska, 2006, s. 62–63).

Negatywne myślenie o sobie, niepewność i zachwiane poczucie własnej wartości powodują negatywną ocenę osób w oczach innych, a w konsekwencji blokadę skutecznych prób nawiązywania kontaktów, uniemożliwia aktywność społeczną, jak również ukierunkowuje aktywność starszych na służbę rodzinie, niekiedy wbrew potrzebom i zdrowemu rozsądkowi, co pozbawia już czasu na własne życie, spotkania ze znajomymi czy aktywny odpoczynek. To z kolei może przyczynić się do samotności, po usamodzielnieniu się dzieci i wnuków. Poczucie bezradności i bezsilności powoduje zachwianie, a nawet zanik poczucia bezpieczeństwa, co sprzyja bierności i całkowitemu poddaniu się cudzej woli (Dąbrowiecka, 2003, s. 9–10).

Celem badań ukazanych w książce jest ocena związku między zasobami osobistymi a oczekiwaniami zdrowotnymi polskich seniorów poddanych badaniom w dwóch grupach – słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku i osób nie zrzeszonych w UTW. Brakuje prac poświęconych ściśle tej problematyce, stąd skierowanie uwagi na potrzebę badań w tym kierunku. Uzyskane wyniki przyczynią się do wzbogacenia wiedzy w zakresie geragogiki, gerontologii oraz pedagogiki zdrowia, jak również rozpropagują wśród seniorów idee promocji zdrowia.

Odniesienia do wyników w świetle badań GUS publikowanych w Małym Roczniku Statystycznym w Polsce w 2009 r. są świadomie i celowo podjęte, ze względu na potrzebę ukazania badanych grup seniorów na tle społeczno-demograficznej charakterystyki społeczeństwa w czasie realizowanych badań. Celem badań nie jest analiza porównawcza, na ile zmieniła się sytuacja zdrowotna polskich seniorów na przestrzeni lat, a jaki jest związek między oczekiwaniami zdrowotnymi a zasobami osobistymi osób starszych.

4.2. Zmienne i ich wskaźniki

Poczucie koherencji (szeroko omówione w rozdziale 3.2) oraz wsparcie społeczne (scharakteryzowane w rozdziale 3.3), traktowane jako zasoby osobiste (opisane w rozdziale 3.1), wyznaczono w prezentowanym opracowaniu jako zmienną

niezależną, a oczekiwania zdrowotne (którym poświęcony jest rozdział 2) jako zmienną zależną. W dotychczasowej części książki zostały one już szczegółowo zdefiniowane, dla porządku jedynie Autorka naświetla wskaźniki, jakimi posłużyła się podczas realizacji procesu badawczego.

Zasoby osobiste, jako zmienną niezależną uszczegółowiono następującymi wskaźnikami, które poddano badaniu:

- a) poczucie koherencji (rozumiałości, zaradności/sterowalności i skuteczności) oraz
- b) poczucie wsparcia społecznego (w wymiarze emocjonalnym, afirmacyjnym i materialnym).

Najczęściej w literaturze przedmiotu (Kirenko, Byra, 2008; Chodkiewicz, 2007) wymienia się: wsparcie emocjonalne, poznawcze (informacyjne), instrumentalne, rzeczowe (materialne), duchowe (również zdefiniowane wcześniej) i one stanowią punkt zainteresowania tej książki.

Na potrzeby postawionego celu i problemów badawczych dokonano samodzielnego dookreślenia pojęcia oczekiwań zdrowotnych, będących zmienną zależną. Badaniu poddane zostały oczekiwania zdrowotne seniorów, rozumiane jako oczekiwana liczba lat życia w dobrym stanie zdrowia, z umiejętnością skutecznego radzenia sobie w trudnych sytuacjach, poczuciem wpływu na własny stan zdrowia i podejmowaniem zachowań sprzyjających jego utrzymaniu. Oczekiwania zdrowotne dookreślone zostały zgodnie ze stworzoną definicją wskaźnikami:

- a) poczucia kompetencji (skuteczności radzenia sobie w trudnych sytuacjach);
- b) poczucia kontroli zdrowia (w trzech wymiarach: wewnętrznym, wpływu innych, przypadku);
- c) i działań prozdrowotnych (w czterech kategoriach zachowań zdrowotnych: prawidłowe nawyki żywieniowe, zachowania profilaktyczne, praktyki zdrowotne, pozytywne nastawienie psychiczne).

4.3. Problemy i hipotezy badawcze

Zainteresowanie problemem zdrowia osób starszych zostało zainspirowane zjawiskiem gwałtownie przyspieszonego tempa procesu demograficznego starzenia się ludności. Wydłużanie się życia człowieka rodzi problemy zdrowotne oraz refleksje nad jakością starości jednostkowej. Sens podjętych badań ma uzasadnienie w kontekście przemian demograficznych i indywidualnego wymiaru życia w starości.

Przedmiotem analizy empirycznej, wynikającej z poczynionych rozważań teoretycznych, będą zagadnienia związane z oczekiwaniami zdrowotnymi i zasobami osobistymi polskich seniorów – słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku oraz osób nie zrzeszonych w UTW. Stąd główny problem badawczy zawiera się w pytaniu:

Czy istnieje, a jeżeli tak, to jaki jest związek między oczekiwaniami zdrowotnymi a zasobami osobistymi badanych słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku w porównaniu do osób nie zrzeszonych w UTW?

Rozwiązanie tego problemu wymaga udzielenia odpowiedzi na trzy pytania problemowe (problemy szczegółowe):

- I. Jakie są oczekiwania zdrowotne polskich seniorów – słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku i osób nie zrzeszonych w UTW?
- II. Jakie są zasoby osobiste polskich seniorów – słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku i osób nie zrzeszonych w UTW?
- III. Jaka jest zależność między oczekiwaniami zdrowotnymi a zasobami osobistymi w badanej grupie seniorów?
 - III.1 Jaka jest zależność między oczekiwaniami zdrowotnymi a poczuciem koherencji badanych seniorów?
 - III.2 Jaka jest zależność między oczekiwaniami zdrowotnymi a wsparciem społecznym badanych osób?

Nie stawiano tu hipotez do pytań badawczych o charakterze diagnostycznym, natomiast za zaleceniami w literaturze dotyczącej metodologii badań (Łobocki, 1999, s. 126–127), sformułowano je w odniesieniu do pytań o związki zależnościowe, co miało miejsce w przypadku trzeciego problemu szczegółowego i jego problemów szczegółowych.

Podstawą wysunięcia hipotez w związku z wymienionym pytaniem była analiza dotychczasowych badań z zakresu jakości, stylu życia seniorów i ich oczekiwań zdrowotnych (rozdział 1 i 2) oraz zasobów osobistych (rozdział 3). Wyjaśnić należy, że prezentowane badania nie mają na celu uzyskania informacji o związkach przyczynowych, które mogłyby stać się podstawą budowania teorii wyjaśniającej je, lecz opis współzależności między zasobami osobistymi a oczekiwaniami zdrowotnymi seniorów. Uprawnia do tego sposób przeprowadzenia badań oraz metoda opracowania analitycznego.

Funkcjonalna relacja poczucia koherencji i wsparcia społecznego (analizowane tu zasoby osobiste – przyp. Autorki) wyraźnie zaznacza się w odniesieniu

do zdrowia, przyjmuje jednak pewną swoistość w kontekście choroby. Wysoki poziom obydwu zasobów jest niezastąpiony w sytuacji poważnej choroby, gdy niewystarczające okazują się metody leczenia somatycznego. Powrót do zdrowia przyspieszają zarówno silne poczucie koherencji, jak i satysfakcjonujące więzi społeczne (Sęk, 2005a, s. 48–50).

Niespecyficzne czynniki ryzyka zakłóceń rozwoju w cyklu życia (Brzezińska, 2005a, s. 32) obejmują wzajemne interakcje: poczucia bezpieczeństwa w kontakcie z innymi osobami, także mało znanymi, poczucie osobistego sprawstwa i kontroli nad tym, co dzieje się wokół, poczucie autonomii w podejmowaniu decyzji i realizowaniu zamierzeń oraz poczucie dobrego emocjonalnego kontaktu, więzi i przynależenia do kogoś.

Przyjęto zatem, że u słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku, w porównaniu do osób nie zrzeszonych w UTW, istnieje silniejszy związek zależnościowy pomiędzy oczekiwaniami zdrowotnymi w wymiarze poczucia kompetencji (skuteczności radzenia sobie w trudnych sytuacjach), umiejscowienia kontroli zdrowia oraz działań prozdrowotnych (trzy elementy analizowanych tu oczekiwań zdrowotnych – przyp. Autora) a zasobami osobistymi, to jest poczuciem koherencji oraz wsparciem społecznym.

W świetle badań oraz dotychczasowej analizy wykazano, że im silniejszy poziom poczucia koherencji, tym łatwiej człowiekowi unikać zagrożeń i niebezpieczeństw, podejmować zachowania zdrowotne i inwestować w wysiłki na rzecz zdrowia, gdyż uważa to za działania przynoszące mu korzyść. Ma on poznawcze i motywacyjne podstawy do aktywnego radzenia sobie w obliczu zagrożeń. Osoby o silnym poczuciu koherencji mają także silne poczucie kontroli; oznacza to, że nie są bezsilne wobec czynników zewnętrznych, wierzą, że mają wpływ na zdarzenia, nie powołują się na innych ludzi czy los, by wyjaśnić to, co się im przydarza (Antonovsky, 1995).

W związku z tym ustalono, że poczucie koherencji traktowane w modelu salutogenetycznym w kategorii nadrzędnego zasobu indywidualnego, istotnego dla zachowania zdrowia i jego przywrócenia po wystąpieniu choroby, sprzyja skuteczności radzenia sobie w trudnych sytuacjach, wewnętrznemu umiejscowieniu kontroli zdrowia oraz podejmowaniu działań prozdrowotnych w kategoriach prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, praktyk zdrowotnych i pozytywnego nastawienia psychicznego. Wysoki poziom poczucia koherencji ma zatem dodatni związek z pozytywnymi oczekiwaniami zdrowotnymi w takim rozumieniu.

Z kolei wsparcie społeczne analizowane jest z perspektywy jednego z najważniejszych zewnętrznych zasobów odpornościowych o charakterze relacyjnym,

interakcyjnym. Brzezińska (2005a, s. 34–36) jako kluczowy czynnik rozwoju w każdym okresie naszego życia traktuje osoby znaczące, wyróżnione z kręgu ludzi obecnych w naszym życiu ze względu na częstotliwość i wagę kontaktów. W większym stopniu niż inne uczestniczą one w naszym życiu lub są intensywnie w nim obecne. Wiąże nas z nimi szczególna więź emocjonalna (bliskość, zaufanie, wzajemna przewidywalność swego zachowania w trakcie interakcji w różnych sytuacjach). Osoba znacząca posiada swoisty wzór postępowania oraz często jest autorytetem. Nie wszyscy jednak odczuwają wsparcie ze strony środowiska. Można wskazać na wieloraką treść samotności, która jest częstą sytuacją człowieka starego: samotność cywilna (niezameżni, rozwiedzeni, owdowiali, bezdzietni), samotność mieszkaniowa (zamieszkanie bez innych osób), samotność socjalna (brak kontaktów z rodziną, sąsiadami, środowiskiem), samotność subiektywna (poczucie osamotnienia, mimo wspólnego zamieszkania z rodziną). Samotność ma na ogół niekorzystny wpływ na samopoczucie, stan zdrowia i pozycję społeczną człowieka starego (Pędich, 1996, s. 25).

Związek między wsparciem społecznym a zdrowiem wyjaśnia Maurice B. Mittelmark (za: Woynarowska, 2007, s. 65), powołując się na takie mechanizmy jak: dostarczanie informacji pomagających unikać ryzykownych i stresujących sytuacji, dostarczanie pozytywnych wzorców (modeli), zwiększanie poczucia własnej wartości, tożsamości oraz kontroli nad środowiskiem, oddziaływanie poprzez normy społeczne i kontrolę społeczną, pomoc materialna, wsparcie emocjonalne, poczucie dostępności wsparcia oraz „buforowanie” działań innych ludzi w sytuacji stresu.

Można zatem przyjąć, że wysoki poziom odczuwanego wsparcia społecznego najbliższych w wymiarze: emocjonalnym, afirmacyjnym i materialnym, wchodzący niejako w interakcję z poczuciem zrozumiałości, sterowalności i sensowności (elementami składowymi poczucia koherencji – przyp. Autora), sprzyja zmniejszeniu natężenia pojawiających się coraz częściej objawów chorobowych (por. Rennemark, Hagberg, 1999, s. 79–87), co ma dodatni związek z omawianymi kategoriami oczekiwań zdrowotnych seniorów. Seniorzy odczuwający adekwatny poziom wsparcia społecznego ze strony bliskiego otoczenia mają doradców, do których mogą się zwrócić w trudnych sytuacjach z prośbą o pomoc, stanu zdrowia nie cedują na przypadek, lecz zabiegają o jego kontrolę oraz widzą sens w podejmowaniu aktywności prozdrowotnej. Ich oczekiwania zdrowotne są tym większe, im wyższy jest poziom odczuwanego przez nich wsparcia społecznego.

Punkt wyjścia podjętych badań stanowi ocena związku pomiędzy oczekiwaniami zdrowotnymi a zasobami osobistymi polskich seniorów – osób zrzeszonych

w Uniwersytetach Trzeciego Wieku, uzyskana poprzez porównanie w omawianych obszarach zmiennych wyników osiągniętych przez te osoby z analogicznymi wynikami otrzymanymi w grupie osób, które nie są słuchaczami UTW.

4.4. Metody, techniki i narzędzia badawcze

W celu uzyskania materiału badawczego, który pozwoliłby na rozwiązanie postawionego problemu badawczego i weryfikację hipotez, zastosowano metodę sondażu diagnostycznego, z zastosowaniem techniki wywiadu (Pilch, 1995, s. 49–52; Łobocki, 1999, s. 236–241) oraz metodę szacowania, z uwzględnieniem skal numerycznych i przymiotnikowych (Łobocki, 1999, s. 81–89). Zastosowano następujące narzędzia: kwestionariusz wywiadu własnego autorstwa, Wielowymiarową Skalę Umiejszczenia Kontroli Zdrowia (*The Multidimensional Health Locus of Control Scales* – MHLC) Kennetha A. Wallstona, Barbary S. Wallston, Roberta DeVellis w adaptacji Zygryda Juczyńskiego, Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności (*The General Self-Efficacy Scale* – GSES) Ralfa Schwarzera, Mathiasa Jerusalema i Zygryda Juczyńskiego, Inwentarz Zachowań Zdrowotnych (IZZ) Zygryda Juczyńskiego, Kwestionariusz Orientacji Życiowej (*Sence of Coherence Aarona* – SOC-29) A. Antonovsky'ego oraz Kwestionariusz Wsparcia Społecznego (*Norbeck Social Support Questionnaire* – NSSQ) Jane S. Norbeck.

Przy analizie materiału empirycznego opartego na skalach posłużono się testem t-Studenta, który pozwala stwierdzić występowanie istotności różnic między średnimi wynikami w badanych grupach osób starszych (podstawowej i porównawczej). Przy ocenie statystycznej wyników badań zastosowano procedurę krokową dla sekwencyjnych równań dyskryminacyjnych z pakietu statystycznego SPSS. Dokonanie oceny związku zależnościowego między zasobami osobistymi a oczekiwaniami zdrowotnymi badanych seniorów możliwe było dzięki zastosowaniu analizy regresji wielokrotnej. Pozwala ona ustalić, jaki procent wariancji zmiennej, określonej jako zależna w modelu korelacyjno-regresyjnym, wyjaśniany jest przez liniową kombinację zmiennych niezależnych. Informuje więc o sile związku między zmienną zależną a zmiennymi niezależnymi. By ustalić kierunek zależności posłużono się znakiem wartości współczynnika regresji B. Współczynnik dodatni oznacza, że wraz ze wzrostem zmiennej niezależnej rośnie zmienna zależna, ujemny – im mniejsza zmienna niezależna tym większa zmienna zależna, B = 0 oznacza brak zależności między zmiennymi.

4.4.1. Kwestionariusz wywiadu

Kwestionariusz wywiadu składa się z dwóch części: danych o respondencie oraz 18 pytań sondażowych. Narzędzie to zostało samodzielnie skonstruowane w celu uzyskania bliższej charakterystyki badanej grupy osób pod względem demograficzno-społecznym oraz ich subiektywnej oceny zdrowia biopsychospołecznego.

4.4.2. Wielowymiarowa Skala Umiejscowienia Kontroli Zdrowia – MHLC (K.A. Wallston, B.S. Wallston, R. DeVellis)

Skala MHLC (Juczyński, 2001, s. 79–86) – *The Multidimensional Health Locus of Control Scale* – zawiera 18 stwierdzeń i ujmuje przekonania dotyczące oczekiwania w trzech wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia, tj.: wewnętrznym (kontrola nad zdrowiem zależy od samej jednostki), wpływu innych (zdrowie jest skutkiem oddziaływania innych osób, zwłaszcza pracowników służby medycznej), przypadku (który to obok innych czynników zewnętrznych decyduje o stanie zdrowia). Skala jest narzędziem samoopisu. W instrukcji zwrócono uwagę na to, by badani odpowiadali zgodnie z własnymi przekonaniem, a nie z tym, co powinno się sądzić. Zastosowano 6-stopniową skalę – od zdecydowanie nie zgadzam się (1 punkt) do zdecydowanie zgadzam się (6 punktów).

Rzetelność polskiej wersji A skali MHLC sprawdzano różnymi metodami. W próbie 166 osób dorosłych uzyskano wskaźnik alfa Cronbacha 0,74 dla kontroli wewnętrznej – W, 0,69 dla przypadku – P oraz 0,54 dla wpływu innych – I. Wskaźniki rzetelności zbliżone są do wyników amerykańskich, dla których współczynniki zgodności wewnętrznej wynoszą 0,77 dla skali wewnętrznego umiejscowienia kontroli, 0,67 dla wpływu innych oraz 0,75 dla przypadku. Wyniki skali wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia i wpływu innych nie korelowały ze sobą, natomiast wewnętrzne umiejscowienie korelowało negatywnie z przypadkiem, a przypadek pozytywnie z wpływem innych (za: Juczyński, 2001, s. 80).

4.4.3. Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności – GSES (R. Schwarzer, M. Jerusalem, Z. Juczyński)

Generalized Self-Efficacy Scale R. Schwarzera i współpracowników (Juczyński, 2001, s. 93–98) składa się z 10 stwierdzeń, które wchodzi w skład jednego czynnika. Mierzy ona siłę ogólnego przekonania jednostki co do skuteczności radzenia sobie z trud-

nymi sytuacjami i przeszkodami; poczucie własnej skuteczności pozwala przewidywać intencje i działania w różnych obszarach aktywności, w tym również w zakresie zachowań zdrowotnych. Badany przy każdym pytaniu ma do wyboru jedną z zaproponowanych odpowiedzi: 1 – nie, 2 – raczej nie, 3 – raczej tak oraz 4 – tak.

Zgodność wewnętrzną skali GSES ustalona została na podstawie badań przeprowadzonych na grupie 174 osób dorosłych. Współczynnik alfa Cronbacha wyniósł 0,85, natomiast błąd standardowy pomiaru 0,24. Rzetelność skali oceniona w grupie 85 osób przy pomocy metody test-retest (po upływie pięciu tygodni) wyniosła 0,78. Zgodność wewnętrzną wersji oryginalnej jest zbliżona do polskiej, a 13 językowych wersji skali waha się od 0,91 do 0,78 (tamże, s. 94).

4.4.4. Inwentarz Zachowań Zdrowotnych – IZZ (Z. Juczyński)

IZZ (Juczyński, 2001, s. 116–122) zawiera 24 stwierdzenia, które opisują różne zachowania związane ze zdrowiem. Badani określają częstotliwość poszczególnych zachowań, stosując skalę: 1 – prawie nigdy, 2 – rzadko, 3 – od czasu do czasu, 4 – często, 5 – prawie zawsze. W ocenie należy wziąć pod uwagę ostatni rok, gdyż w różnych okresach może dojść do preferowania pewnych rodzajów zachowań zdrowotnych. Inwentarz ustala nasilenie zachowań sprzyjających zdrowiu oraz stopień nasilenia 4 kategorii zachowań zdrowotnych: prawidłowych nawyków żywieniowych (które uwzględniają przede wszystkim rodzaj spożywanej żywności), zachowań profilaktycznych (przestrzeganie zaleceń zdrowotnych, uzyskiwanie informacji na temat zdrowia i choroby), praktyk zdrowotnych (nawyki dotyczące snu, rekreacji i aktywności fizycznej), pozytywnego nastawienia psychicznego (unikanie zbyt silnych emocji, stresów, napięć i sytuacji przygnębiających).

Zgodność wewnętrzną IZZ, ustalona na podstawie współczynnika alfa Cronbacha, wynosi 0,85 dla całego Inwentarza, a dla jego czterech podskal mieści się w granicach od 0,60 do 0,65. Błąd standardowy pomiaru dla wyniku ogólnego wynosi 0,63. Z kolei w badaniach test-retest, przeprowadzonych na 30 osobach w odstępie sześciu tygodni, uzyskano wskaźnik korelacji 0,88 (tamże, s. 117).

4.4.5. Kwestionariusz Orientacji Życiowej – SOC-29 (A. Antonovsky)

Kwestionariusz SOC-29 (Kirenko, Byra, 2008, s. 144–145; Pasikowski, 2001a, s. 78–85) opracowany został w polskiej wersji przez Jerzego Koniarka, Bohdana Dudka i Zofię Makowską (1993, s. 503–513); składa się z 29 pytań, na które badany

odpowiada poprzez wybór oceny na 7-stopniowej skali ocen. Przy kategoriach skrajnych (1 i 7) znajdują się opisy jakościowe. W części pytań skalę ocen uszeregowano tak, że ocena najwyższa odpowiada największemu pozytywnemu nasileniu badanej cechy, a w innych odwrócono porządek, co wymaga odwrócenia uszeregowania ocen przy obliczaniu wyników. W ramach Kwestionariusza SOC-29 istnieją 3 podskale: Zrozumiałości (PZR – 11 pytań), Zaradności/Sterowalności (PZ – 10 pytań) i Sensowności (PS – 8 pytań). Wynik ogólny ustalany jest na podstawie zliczenia punktów ze wszystkich pozycji testowych. Prace prowadzone nad polską wersją kwestionariusza wskazują na jego zadowalające właściwości psychometryczne w zakresie rzetelności i trafności. Nie została potwierdzona 3-czynnikowa struktura tego kwestionariusza, jednak badacze nie odrzucają jej. Dlatego postuluje się, by omawiane narzędzie stosować do ustalenia nie tylko wyniku ogólnego poczucia koherencji, lecz także jego wymiarów cząstkowych.

Metoda badania zgodności wewnętrznej jest standardową procedurą stosowaną podczas analizy właściwości psychometrycznych narzędzi pomiarowych (podejście zaproponowane przez Cronbacha). Antonovsky (za: Pasikowski, 2001a, s. 75–76), powołując się na opublikowane prace źródłowe na temat ewaluacji Kwestionariusza SOC-29, podaje, że zakres zmienności, jaki przybierają obliczone według tej metody współczynniki rzetelności, waha się w granicach od 0,82 do 0,95.

4.4.6. Kwestionariusz Wsparcia Społecznego – NSSQ (J.S. Norbeck)

Norbeck Social Support Questionnaire (Kirenko, Byra, 2008, s. 145–146; Kirenko 2002, s. 185–187) pozwala określić poziom otrzymywanego wsparcia społecznego oraz zidentyfikować jego źródła. Dostarcza informacji o zakresie wsparcia oraz osobach, które znajdują się w sieci socjalnej. Kwestionariusz podzielono na trzy części. Pierwsza zawiera informacje o osobach znaczących, wskazywanych przez badanego wraz z określeniem charakteru więzi, która łączy go z każdą ze wskazanych osób. Badani podają jedynie imię lub inicjał osoby znaczącej. Druga część obejmuje pytania o rodzaje wsparcia oferowane przez poszczególne z podanych wcześniej osób. Odpowiedź udzielana jest z zastosowaniem 5-punktowej skali Likerta, jednak w dwóch ostatnich pytaniach forma odpowiedzi różni się – należy podać czas znajomości z wymienioną osobą oraz częstość podejmowanych z nią kontaktów. Część trzecia zawiera pytania ukierunkowane na ustalenie doświadczenia utraty kontaktu z osobą bliską przez badanego; ta jednak nie była wykorzystywana

podczas prezentowanych badań. Wyniki uzyskane przy pomocy kwestionariusza umożliwiają ustalenie wsparcia społecznego w trzech wymiarach – emocjonalnym, afirmacyjnym oraz materialnym (praktycznym). Określa się również sumę funkcjonalną, która wyraża całość otrzymywanego wsparcia ze strony wszystkich grup źródłowych. Polska wersja narzędzia nie zawiera norm, jednak uzyskane zadowalające wskaźniki trafności i rzetelności pozwalają na jego stosowanie.

4.5. Teren i grupa osób badanych. Organizacja i przebieg badań

W literaturze przedmiotu nie ma zgodności co do celów podejmowania edukacji przez osoby starsze. Z jednej strony przyczynia się ona do pielęgnacji sprawności fizycznej i psychicznej, rehabilitacji sił życiowych, osiągnięcia większej satysfakcji na starość; z drugiej zaś strony pozwala odzyskać kontrolę nad tym, co jest tworzone. Podjęta edukacja w tak późnym okresie życia sprzyja niewątpliwie zrozumieniu siebie, świata, społeczeństwa, a także pozwala być aktywnym. Uczenie się w okresie starości nie wiąże się ze zmianami czy nowymi orientacjami, a z nową konsumpcją poznawczą. Jest ono wsparciem ludzi starszych w procesie starzenia się (realizuje postulat pomocy wychowawczej człowiekowi staremu) (Halicki, 2000, s. 30). Z tego też powodu do grupy podstawowej badanych osób dobrano słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku, mając na uwadze fakt, że podjęcie przez nich edukacji oraz uczestnictwo w wykładach na temat wiedzy aktualnej, wiedzy o zdrowiu oraz o przyrodzie, może przyczynić się do większego poziomu samoświadomości i podejmowania aktywności na rzecz troski o własne zdrowie. Jednocześnie osoby te pozbawione są poczucia izolacji społecznej, ze względu na systematyczne kontakty z grupą rówieśniczą, a tym samym mogą wykazywać się wyższym poczuciem wsparcia społecznego.

Większość słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku stanowią kobiety (84%), mniej liczną grupę stanowią mężczyźni (16%). Ich przedział wiekowy to 55–80 lat. Instytucje te są szansą wzbogacenia życia, kontaktu z wiedzą, rozumienia przemian, kontaktu z ludźmi o podobnych problemach, aspiracjach – uczyć żyć twórczo i aktywnie (Chabior, 2000, s. 139–143).

Do głównych zadań Uniwersytetów Trzeciego Wieku należą: włączenie osób starszych do systemu edukacji permanentnej, aktywizacja intelektualna, psychiczna i fizyczna słuchaczy, opracowanie metod edukacji i wdrażania pro-

filaktyki gerontologicznej oraz prowadzenie obserwacji i badań naukowych nad zbiorowością ludzi starszych. Osoby starsze uczestniczące w zajęciach UTW muszą intelektualnie mobilizować się na treściach wykładowych, a poprzez systematyczne uczestnictwo w zajęciach i kontakty z rówieśnikami mobilizują się psychicznie i fizycznie. Wyjście z domu nabiera znaczenia i sensu. Zajęcia te sprzyjają integracji osób w zbliżonym wieku, o zbliżonych zainteresowaniach i problemach. W okresie emerytalnym krąg znajomych znacznie zawęża się, stąd UTW realizuje potrzeby społeczne. Wybór form zajęć, udział w zajęciach, organizowanie sobie czasu sprawiają, że człowiek staje się bardziej potrzebny, odczuwa sens istnienia. Tematyka wykładów i zajęć konwersatoryjnych skupiona jest wokół problemów zdrowia i choroby, obejmuje problematykę medyczną, psychologiczną, socjologiczną i pedagogiczną. Ponadto słuchacze mogą uczestniczyć w zajęciach z zakresu zdrowej żywności i ziołolecznictwa, wiedzy o świecie, języków obcych, informatyki, literatury, tańca, malarstwa, turystyki czy gimnastyki. Zajęcia przyjmują formę wykładów (ich częstotliwość i tematyka jest odpowiedzią na zapotrzebowanie słuchaczy w środowisku), ćwiczeń, warsztatów, wycieczek (Hrapkiewicz, 2002, s. 99–107).

UTW pełni różnorodne funkcje, a zwłaszcza funkcję edukacyjną – dba o upowszechnianie zasad profilaktyki gerontologicznej, uczy jak żyć w wieku starszym, przeciwdziała samotności, izolacji społecznej, eliminuje nudę i monotonię życia oraz czynniki ryzyka, a dostarczając wiedzę z różnorodnej tematyki współczesnej zapobiega braku orientacji seniorów w postępie. Funkcja psychoterapeutyczna UTW jest nie mniej ważna ze względu na fakt, że uczestnictwo w zajęciach wpływa na poprawę obrazu własnej osoby, wzrost aktywności, poprawę samopoczucia, daje możliwość zapomnienia o samotności i osamotnieniu, codziennych trudnościach, wreszcie o starości. Z kolei poprzez wzajemną pomoc słuchaczy, wspólne spędzanie czasu, utrzymywanie kontaktów z młodszymi od siebie ludźmi realizuje funkcję integracyjną. Potrzeba afiliacji może być zaspokojona poprzez udział w pracach samorządu uczestników UTW, organizowane wycieczki i wykłady zaspokajają potrzeby poznawcze, a wszystkie rodzaje zajęć zaspokajają potrzebę samorealizacji. Instytucja ta pełni zadania społeczne i jednostkowe. Społeczne przejawiają się w umacnianiu integracji międzypokoleniowej i społecznej, a jednostkowe w przeorganizowaniu stylu życia osób starszych, pomocy w przystosowaniu się do życia na emeryturze. Głównym zadaniem UTW staje się poprawa jakości życia seniorów (Leszczyńska-Rejchert, 2005, s. 172; por. Chabior, 2000, s. 63). Podejmowanie przez seniorów kształcenia w UTW, podobnie jak działalności kulturalno-oświatowej, pełni funkcje: pro-

filaktyczną – zapobiega i odracza w czasie niedomagania fizyczne i psychiczne, przeciwdziała osamotnieniu; terapeutyczną – przywraca ludzi aktywnych kulturalnie i edukacyjnie do zdrowia, przywraca równowagę psychiczną, odwracając uwagę od smutku, cierpienia i bólu; kompensacyjną – wyrównuje braki w innych dziedzinach życia; informacyjną – umożliwia zdobywanie wiedzy o bieżących wydarzeniach; integracyjną – umacnia stosunki seniorów z rówieśnikami, jak i młodszymi generacjami; socjalizacyjną – doskonali umiejętności interpersonalne; kształcącą – doskonali umiejętności umysłowe, upodobania estetyczne, postawy społeczno-moralne; rekreacyjno-rozrywkową – eliminuje zmęczenie i znużenie na rzecz kontynuowania działalności życiowej oraz funkcję prestiżową – w wymiarze indywidualnym sprowadza się do indywidualnej satysfakcji, a społecznym – podnoszenia autorytetu i uznania dla osób podejmujących aktywność kulturalną (Chabior, 2000, s. 165–167; por. Szarota, 2004, s. 78–80).

Uczestnictwo w Uniwersytecie Trzeciego Wieku wpływa na funkcjonowanie osoby w najbliższym otoczeniu. Udział w zajęciach psychologiczno-pedagogicznych sprzyja refleksji nad własnym postępowaniem, umożliwia zrozumienie problemów młodych, uczy komunikacji. Wzrasta poczucie własnej wartości u słuchaczy. Przynależność do UTW sprzyja kontaktom przyjacielsko-towarzyskim, co chroni jednostkę starzejącą się przed poczuciem osamotnienia i przygnębienia. Udział w nowym środowisku mobilizuje do systematycznego uczestnictwa, pomaga w wyborze rodzaju aktywności, umożliwia zaprezentowanie własnej indywidualności. Uniwersytet pełni funkcję integracyjną. Ma wpływ na kształtowanie się nowego, pozytywnego obrazu starości w otoczeniu (Zaorska, 2006; por. Konieczna-Woźniak, 2005).

Uniwersytety Trzeciego Wieku obalają negatywny stereotyp starości, dają przestrzeń różnorodnej aktywności, a tym samym dodają życia do wieku biologicznego oraz stwarzają szansę nowego stylu życia na emeryturze, obfitującego w kontakty społeczne. Sami słuchacze wskazują na wiele korzyści, jakie czerpią z uczestnictwa w tej formie edukacji, a są to: odświeżenie zdobytych w latach szkolnych wiadomości, jak również zdobycie nowych, aktualnych informacji z różnych dziedzin, świadomość poszerzania horyzontów umysłowych, kontakt z ludźmi, wyzbycie się poczucia osamotnienia i samotności, konstruktywne wypełnienie czasu wolnego na emeryturze, odzyskanie radości życia, zaspokojenie potrzeby pracy, wzrost poczucia własnej wartości, a także odczuwanie drugiej młodości (Zaorska, 1999, s. 41–42).

Ze względu na tak silne znaczenie UTW w procesie adaptacyjnym do starości, badania zrealizowano w dwóch grupach porównawczych. Grupę pod-

stawową stanowili słuchacze Uniwersytetów Trzeciego Wieku, a porównawczą osoby nie zrzeszone w UTW (o jednakowej płci, wieku, poziomie wykształcenia, zbliżonym stanie zdrowia). Do obu grup zdecydowano się wybrać osoby po 55. roku życia.

Pierwszy etap badań, w którym zastosowano celowo-losowy dobór próby, realizowany był w maju i czerwcu 2009 r., kiedy to Autorka spotykała się ze słuchaczami Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Grupę podstawową utworzyło grono słuchaczy UTW w Lublinie oraz przedstawiciele Uniwersytetów Trzeciego Wieku m.in. w Warszawie, Opolu, Wrocławiu, Wałbrzychu, Szklarskiej Porębie, Krakowie, Poznaniu, Białymstoku, Nowej Rudzie, Kutnie. Licznie zgromadzeni słuchacze – reprezentanci polskich UTW na VI Międzynarodowej Konferencji Uniwersytetów Trzeciego Wieku „Silni ciałem, Mocni duchem”, która odbyła się w Opolu w maju 2009 r., a zorganizowana była przez Fundację dla Uniwersytetu Jagiellońskiego, chętnie uczestniczyli w prowadzonych przeze mnie badaniach. Do uczestnictwa w konferencji organizatorzy zaprosili po jednym przedstawicielu każdego z polskich Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Badaniom poddano łącznie 116 słuchaczy, jednak brak kompletności wypowiedzi, jak i przerwanie badania, mimo wcześniejszej deklaracji respondenta, pozwoliły na analizę materiału łącznie od 100 słuchaczy. Osoby te utworzyły grupę podstawową osób badanych – słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Wskazywały one respondentów do grupy porównawczej – spoza UTW, w zbliżonym wieku i stanie zdrowia oraz o takim samym poziomie wykształcenia (zastosowano metodę kuli śniegowej).

Zestawy kwestionariuszowe dostarczano i odbierano osobiście lub za pośrednictwem poczty. Każdy kwestionariusz zawierał pisemną instrukcję. Osoby badane były również pouczane ustnie o sposobie nanoszenia danych na arkusze odpowiedzi. W zdecydowanej większości były one samodzielnie uzupełniane, sporadycznie odpowiedzi udzielane były osobie prowadzącej badania i to ona odnotowywała je w arkuszu (głównie w przypadku badań prowadzonych drogą telefoniczną). W trakcie badań Autorka udzielała też niezbędnych wskazówek proceduralnych, nie sugerowała niczego, co mogłoby się odnosić do obszaru treściowego i znaczeniowego. Zastosowano zasadę pełnej anonimowości i dobrowolności uczestnictwa w badaniu. Niektóre osoby rezygnowały w trakcie badania, uznając pytania za zbyt intymne i mimo zapewnienia ich o czystości intencji oraz anonimowości, odmawiały udziału w dalszej jego części. Po zakończeniu badań dziękowano osobom badanym, często przystając z nimi na rozmowy, w czasie których dzieliły się spostrzeżeniami na temat wykonanej pracy, zadawały dodatkowe pytania dotyczące celu pracy i ocze-

kiwanych rezultatów dla środowiska seniorów. Osoby badane chętnie dzieliły się własnymi opiniami na temat funkcjonowania współczesnej służby zdrowia oraz problemów natury zdrowotnej, niejednokrotnie dzieląc się radością z pokonania ciężkiej choroby. Badanie jednej osoby zajmowało średnio od 30 do 60 minut.

Należy podkreślić, że każdy odebrany zestaw kwestionariuszowy natychmiast po sprawdzeniu jego przydatności podlegał oznaczeniu kolejnym numerem identyfikacyjnym, zgodnie z przyjętym kodem, co przyczyniło się do ułatwienia późniejszego opracowywania otrzymanych danych i ustalenia kryteriów doboru grupy porównawczej.

Przystępując do drugiego etapu badań, trwającego w okresie lipiec–listopad 2009 r., ustalono ilościowe wskaźniki zmiennych płci, wieku i poziomu wykształcenia z danych uzyskanych w grupie podstawowej, a następnie na tej podstawie dokonano doboru osób do kolejnych badań. Nielosowy dobór osób do badań nastąpił metodą kuli śnieżkowej. To respondenci z pierwszego etapu badań – słuchacze UTW wskazywali respondentów do grupy porównawczej. Po dobraniu 100 osób pod kątem społeczno-demograficznym (wybór osób nastąpił na podstawie wieku, płci i poziomu wykształcenia przebadanych słuchaczy UTW tak, by grupa porównawcza była jednolita z grupą podstawową; faktycznie przebadano 120 osób), organizowano spotkania indywidualne oraz prowadzono rozmowy telefoniczne w celu uzyskania od respondentów interesujących danych. Wyselekcjonowanym w ten sposób osobom przekazywano taki sam jak uprzednio zestaw kwestionariuszowy do udzielania odpowiedzi. Zgromadzone osoby do grupy porównawczej wywodziły się również z terytorium całej Polski, głównie z Lublina, Warszawy, Krakowa, Katowic, Olsztyna, Szklarskiej Poręby. Nawiązano współpracę z forum internetowym Kobieta 50 plus (<http://www.kobieta50plus.pl>) oraz Forum 50+ Seniorzy XXI wieku (<http://www.forum50.org/a/aktualnosci/0>), które były bardzo zainteresowane prowadzonymi badaniami i na łamach swoich stron promowały podjętą tematykę badań oraz mobilizowały do zgłaszania chęci przystąpienia do udziału w badaniach.

Każdy wypełniony zestaw kwestionariuszowy, zakwalifikowany do dalszej analizy, był kodowany na podobnych zasadach jak w badaniach prowadzonych w pierwszym etapie. Zgromadzone w ten sposób dane zostały poddane szczegółowej analizie, a wnioski z niej płynące Autorka zaprezentowała w dalszej części książki.

4.6. Demograficzno-społeczna charakterystyka badanych osób

W podstawowej grupie badanych osób znaleźli się słuchacze – aktywni reprezentanci Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Przedstawiony materiał zgromadziłam na podstawie dogłębnej analizy odpowiedzi udzielanych przez respondentów w drodze indywidualnie prowadzonych wywiadów. Do analizy zakwalifikowałam kwestionariusze od 100 słuchaczy, w tym 13 mężczyzn (M), co stanowi 13% grupy, i 87 kobiet (K), czyli 87% grupy badanej, w grupach wiekowych: 4% – w przedziale 75 i więcej lat, 9% – 70–74 lata, 26% – 65–69 lat, 36% – 60–64 lata oraz 25% w wieku 55–59 lat. Analogicznie rozkłada się podział wieku mężczyzn oraz kobiet nielosowo dobranej grupy porównawczej, w skład której wchodzi osoby nie zrzeszone w Uniwersytecie Trzeciego Wieku. Szczegółowe wyniki zamieszczono w tabeli 9.

W świetle badań GUS (*Mały Rocznik Statystyczny Polski*, 2009, s. 113–116; *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej*, 2009, s. 198–200), bo jak wspomniałam wcześniej świadomie odnoszę się do analizy społeczno-demograficznej społeczeństwa z okresu, w którym realizowane były badania, wydłuża się okres życia ludzi i zaobserwować można znaczną przewagę liczebną kobiet nad mężczyznami w wieku po 55. roku życia, ze względu na ich dłuższą średnią życia. Przewaga ta jest również zauważalna w grupie osób badanych w prezentowanej publikacji. Przeciętnie dłuższy okres życia kobiet uwarunkowany jest ich ochroną hormonalną przed chorobami układu krążenia aż do okresu menopauzy, a także w jej trakcie, dzięki zastosowaniu terapii hormonalnej, chroniącej przed osteoporozą oraz chorobami serca. W trakcie pracy zawodowej kobiety narażone są na odmienne czynniki, ale też prowadzą inny niż mężczyźni styl życia, inaczej spędzają czas wolny; zaobserwować też można różnice w narażeniu na stres psychologiczny oraz oddziaływanie środowiska społecznego (por. Tobiasz-Adamczyk, 1999, s. 72–75).

Przeważającą liczbę kobiet w Uniwersytetach Trzeciego Wieku można tłumaczyć reorganizacją czasu wolnego kobiet w wieku starszym; kobiety coraz częściej starają się żyć samodzielnie, odchodząc od wyręczania dzieci i wnuków w wielu czynnościach, a zajmują się aktywnością nastawioną na realizację własnych potrzeb, jak chociażby potrzeby samodoskonalenia się (por. tamże, s. 78–79). Analogicznie do prowadzonych przez Martę Carvalho-Loures i współpracowników (2010, s. 391–401) obserwacji, na podstawie wyników przeprowadzonych badań, kobiety wykazują typowe cechy na płaszczyźnie społeczno-demograficz-

nej. Integracja tej grupy społecznej, która dąży do jakościowego aspektu starzenia się, sprzyja realizacji zajęć promujących proces uspołecznienia tej grupy odbiorców w ramach Uniwersytetu Trzeciego Wieku.

Tabela 9. Wiek a przynależność do UTW i płeć*

Struktura wieku	Przynależność do UTW								Ogółem	
	osoby zrzeszone w UTW				osoby nie zrzeszone w UTW					
	Płeć									
	M		K		M		K			
	N	%	n	%	N	%	n	%	N	%
55–59	2	15,3	23	26,4	2	15,3	23	26,4	50	25,0
60–64	5	38,5	31	35,6	5	38,5	31	35,6	72	36,0
65–69	4	30,8	22	25,3	4	30,8	22	25,3	52	26,0
70–74	1	7,7	8	9,2	1	7,7	8	9,2	18	9,0
75 i więcej	1	7,7	3	3,5	1	7,7	3	3,5	8	4,0
Razem	13	100,0	87	100,0	13	100,0	87	100,0	200	100,0

* Dane w tabeli są takie same u osób zrzeszonych w UTW (słuchaczy UTW), jak i u osób nie zrzeszonych w UTW, gdyż wiek był jednym z kryteriów doboru próby badawczej, dotyczy to także zmiennej płeć i wykształcenie.

Źródło: badanie własne.

Wykształcenie, obok wieku i płci, było kolejnym kryterium celowego doboru grupy porównawczej, stąd jednakowe wyniki w obu grupach. UTW zrzeszają w większości osoby z wykształceniem wyższym, choć nie zamyka się na tych, którzy prezentują wykształcenie zróżnicowane. Odzwierciedlenie tego znajduje obraz w charakterystyce respondentów, wśród których znalazło się 64% osób z wykształceniem wyższym, po 17% i 16% osób w grupie z wykształceniem średnim – ogólnokształcącym i zawodowym, po 2% osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym i po 1% – z podstawowym. Jednakowy jest rozkład osób w grupie porównawczej, gdyż wykształcenie było drugim obok płci kryterium doboru respondentów do grupy porównawczej.

Na dzień 31.12.2008 r. GUS podał (*Mały Rocznik Statystyczny Polski*, 2009, s. 118; *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej*, 2009, s. 202–203), że w grupach wiekowych powyżej 13. roku życia w świetle całej populacji wyższe wykształcenie posiada 14% mężczyzn oraz 18,7% kobiet, policealne i średnie –

31,3% mężczyzn i 35,5% kobiet, zasadnicze zawodowe – 28,8% mężczyzn i 16,6% kobiet, gimnazjalne – 6,1% mężczyzn i 4,9% kobiet, a podstawowe – 18,4% mężczyzn i 21,8% kobiet.

Wśród badanych respondentów – słuchaczy – znalazło się 54% osób zamężnych i żonaty, 27% wdów i wdowców, 12% osób rozwiedzionych, 4% żyjących w separacji i 3% osób stanu wolnego. W grupie porównawczej również największą liczbę stanowią osoby zamężne i żonate – 58%, następnie wdowy i wdowcy – 23%, 10% osób rozwiedzionych, 2% osób żyjących w separacji oraz 7% osób stanu wolnego. Dane zgromadzono w tabeli 10.

Tabela 10. Stan cywilny a przynależność do UTW i płeć

Stan cywilny	Przynależność do UTW								Ogółem	
	osoby zrzeszone w UTW				osoby nie zrzeszone w UTW					
	Płeć									
	M		K		M		K			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Zamężna/żonaty	10	76,9	44	50,6	12	92,3	46	52,9	112	56
Wdowa/wdowiec	1	7,7	26	29,9	0	0	23	26,4	50	25
Rozwiedziona(y)	1	7,7	11	12,6	0	0	10	11,5	22	11
W separacji	1	7,7	3	3,4	0	0	2	2,3	6	3
Panna/kawaler	0	0	3	3,4	1	7,7	6	6,9	10	5
Razem	13	100,0	87	100,0	13	100,0	87	100,0	200	100,0

Źródło: badanie własne.

W świetle badań GUS z 2008 r. (*Mały Rocznik Statystyczny Polski*, 2009, s. 122–123; *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej*, 2009, s. 208–209) zaobserwować można było na przestrzeni ośmiu lat wzrost zawieranych małżeństw (z 211,2 tys. do 257,7 tys.), separacji (z 1,3 tys. do 3,8 tys.) oraz rozwodów (z 42,8 tys. do 65,5 tys.). Wzrasta społeczna tolerancja na rozwody i separacje. Prowadzący badania wskazywali też na przyczyny rozpadu małżeństw – na skutek rozwodu (z 42,8 tys. do 65,5 tys.) oraz śmierci (ze 167 tys. do 161,8 tys. – tu zauważalny spadek ze względu na wydłużający się przeciętny wiek życia).

Status społeczny respondentów zaprezentowano w tabeli 11. W grupie podstawowej znalazła się największa liczba emerytów – 89%, podobnie w gru-

pie porównawczej – 68%. Niewielką liczbę badanych na UTW stanowią renciści i pracownicy – po 6% i 5%. Słuchacze, którzy wciąż pracują zawodowo, podejmują pracę w zawodzie: pracownik kultury – 2%, i po 1% w zawodzie oligofrenopedagoga, pracownika administracyjno-biurowego i prowadzącej działalność gospodarczą. W grupie porównawczej nad rencistami – 8%, dominują jednak pracownicy nie posiadający statusu emeryta czy rencisty – 23%. Pracują w zawodzie: pracownika administracyjno-biurowego – 5%, nauczyciela akademickiego – 3%, pracownika naukowego – 2%, nauczyciela – 2%, bibliotekarza – 2%, menedżera, kierownika – 2% i po 1% w zawodzie: dziennikarza, radcy prawnego, projektanta, inspektora, handlowca, sprzedawcy i pracownika fizycznego.

Tabela 11. Status społeczny, a przynależność do UTW i płeć

Status społeczny	Przynależność do UTW								Ogółem	
	osoby zrzeszone w UTW				osoby nie zrzeszone w UTW					
	Płeć									
	M		K		M		K			
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Emeryt	10	76,9	79	90,8	5	38,5	63	72,4	157	78,5
Rencista	1	7,7	5	5,7	2	15,4	6	6,9	14	7
Pracownik	2	15,4	3	3,4	3	23,08	15	17,24	23	11,5
Pracownik i emeryt	0	0	0	0	3	23,1	1	1,1	4	2
Pracownik i rencista	0	0	0	0	0	0	1	1,1	1	0,5
Bezrobotny	0	0	0	0	0	0	1	1,1	1	0,5
Razem	13	100,0	87	100,0	13	100,0	87	100,0	200	100,0

Źródło: badanie własne.

Mały Rocznik Statystyczny Polski (2009, s. 140; por. *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej*, 2009, s. 232) podawał, że zatrudnionych na rynku pracy w IV kwartale 2008 r. było 9,2% osób w przedziale wiekowym 55–64 lata oraz 1,6% w grupie powyżej 65. roku życia, co może tłumaczyć niewielką liczbę pracowników wśród emerytów i rencistów w badanych grupach.

W tabeli 12 zgromadzono informacje na temat wykonywanej przez respondentów pracy. Najwięcej badanych seniorów w przeszłości pracowało niekiedy

Tabela 12. Zawód wykonywany w przeszłości a przynależność do UTW i płeć*

Zawód	Przynależność do UTW								Ogółem	
	osoby zrzeszone w UTW				osoby nie zrzeszone w UTW					
	Płeć									
	M		K		M		K			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nauczyciel	7	53,8	33	37,9	3	23,1	18	20,7	61	30,5
Pracownik administracyjno-biurowy	4	30,8	22	25,3	2	15,4	21	24,1	49	24,5
Ekonomista	0	0	7	8,0	0	0	11	12,6	18	9,0
Księgowy	0	0	6	6,9	0	0	9	10,3	15	7,5
Technik	2	15,4	6	6,9	5	38,5	1	1,1	14	7,0
Pracownik fizyczny	1	7,7	2	2,3	2	15,4	4	4,6	9	4,5
Farmaceuta	0	0	3	3,4	0	0	2	2,3	5	2,5
Lekarz	1	7,7	0	0	0	0	2	2,3	3	1,5
Prawnik	0	0	1	1,1	2	15,4	1	1,1	4	2,0
Inne	1	7,7	13	14,9	4	30,8	31	35,6	49	24,5

* Dane w tabeli nie sumują się do 100%, ponieważ respondenci mogli wskazywać więcej niż jedną odpowiedź

Źródło: badanie własne.

w dwóch czy trzech zawodach. Z tego też powodu dokonano kategoryzacji zebranych odpowiedzi, ukazując częstotliwość wskazań danego zawodu przez osoby badane. Ze względu na podejmowanie przez badanych pracy w kilku zawodach, sumy brzegowe wskazują częstotliwość wyboru danego zawodu, a tym samym przekraczają liczbę osób badanych. Badani seniorzy pracowali w zawodzie nauczyciela – 30,5% wszystkich wskazań wykonywanych zawodów, po 24,5% – pracownika administracyjno-biurowego oraz w innych zawodach, wśród których dominuje pracownik naukowy, informatyk, bibliotekarz i pielęgniarka oraz pojedyncze wskazania w zawodzie: diagnosty laboratoryjnego, pracownika stacji sanitarno-epidemiologicznej, rewalidatora, psychologa, inżyniera, inspektora pracy, prowadzącego działalność gospodarczą, krawcowej, kierownika działu socjalnego, agenta celnego, chemika, funkcjonariusza policji, pracownika kul-

tury, sprzedawcy, kucharza, projektanta, położnej, rehabilitanta, menedżera, handlowca, pracownika służby więziennej, technologa, przedsiębiorcy, kontrolera jakości, magazyniera. Pozostała grupa badanych osób wykonywała zawód ekonomisty – 9%, księgowego – 7,5%, technika – 7%, farmaceuty – 2,5%, lekarza – 1,5%, prawnika – 2%

W tabeli 13 odnaleźć można staż pracy respondentów. Największa grupa, 84% badanych seniorów, pracowała łącznie 30 lat i więcej, 12,5% badanych seniorów przepracowało 20–29 lat, 1% osób pracował 10–19 lat oraz 1,5% osób – 5–9 lat, po 0,5% badanych pracowało łącznie do lat 4 lub nie podjęło pracy zawodowej w przeszłości.

Tabela 13. Łączny staż pracy a przynależność do UTW i płeć

Łączny staż pracy	Przynależność do UTW								Ogółem	
	osoby zrzeszone w UTW				osoby nie zrzeszone w UTW					
	Płeć									
	M		K		M		K			
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
30 lat i więcej	12	92,3	76	87,4	10	76,9	70	80,5	168	84,0
20–29 lat	1	7,7	8	9,2	3	23,1	13	14,9	25	12,5
10–19 lat	0	0	0	0	0	0	2	2,3	2	1,0
5–9 lat	0	0	2	2,3	0	0	1	1,1	3	1,5
1–4 lata	0	0	0	0	0	0	1	1,1	1	0,5
0 lat	0	0	1	1,1	0	0	0	0	1	0,5
Razem	13	100,0	87	100,0	13	100,0	87	100,0	200	100,0

Źródło: badanie własne.

Zadano respondentom pytanie o ich zaangażowanie społeczne podczas pracy zawodowej; uzyskane odpowiedzi zgromadzono w tabeli 14. Pracując, społecznie działało 78,5% osób spośród badanych seniorów, a 21,5% nie podejmowało aktywności społecznej. Biorąc pod uwagę fakt, że analizie poddano częstotliwość wskazań miejsc podejmowanej aktywności społecznej, a respondenci mieli możliwość wielokrotnego wyboru spośród zaproponowanych itemów, sumy brzegowe przekraczają liczbę osób badanych.

Większą aktywność społeczną deklarują słuchacze Uniwersytetów Trzeciego Wieku (164 wskazania) niż osoby w nim nie zrzeszone (99 wskazań). General-

nie największą deklarację podejmowania aktywności społecznej uzyskał wśród seniorów sam zakład pracy lub z innymi placówkami – po 26% i 30%, następnie respondenci wskazywali podejmowanie aktywności w organizacjach pozarządowych – 22% wskazań, placówkach kultury – 18%. Na rzecz osiedla w radach dzielnicy czy samorządach spółdzielni mieszkaniowej i w ugrupowaniach kościelnych deklaruje swoją aktywność po 12,5% osób.

Tabela 14. Miejsca podejmowania aktywności społecznej w okresie pracy zawodowej a przynależność do UTW i płeć*

Miejsca dawnej aktywności społecznej	Przynależność do UTW								Ogółem	
	osoby zrzeszone w UTW				osoby nie zrzeszone w UTW					
	Płeć								n	%
	M		K		M		K			
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Brak aktywności	0	0	12	13,8	1	7,7	30	34,5	43	21,5
Zakład pracy i inne	8	61,5	35	40,2	3	23,1	14	16,1	60	30,0
Zakład pracy	1	7,7	24	27,6	4	30,8	23	26,4	52	26,0
Organizacje pozarządowe	8	61,5	22	25,3	4	30,8	10	11,5	44	22,0
Placówki kultury	5	38,5	15	17,2	4	30,8	12	13,8	36	18,0
Na rzecz osiedla	5	38,5	11	12,6	2	15,4	7	8,0	25	12,5
Grupy kościelne	5	38,5	10	11,5	1	7,7	9	10,3	25	12,5
Inne	1	7,7	14	16,1	0	0	6	6,9	21	10,5

* Dane w tabeli nie sumują się do 100%, ponieważ respondenci mogli wskazywać więcej niż jedną odpowiedź

Źródło: badanie własne.

Osoby badane wskazywały dawne miejsca własnej aktywności społecznej wybierając spośród zaproponowanych kategorii, ale też miały możliwość uzupełnienia ich o dodatkowe miejsca. W ten sposób utworzono kategorię Inne, obejmującą miejsca sporadycznie wskazywanej aktywności przez 10,5% badanych. W przypadku słuchaczy obejmuje ona: samorząd Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, Ligę Kobiet Polskich, sąd, organizacje sportowe i turystyczne,

szkołę, ogródki działkowe, harcerstwo, Radę Miasta, ZNP i związki zawodowe. W przypadku grupy porównawczej kategoria ta odnosi się do realizujących się społecznie w: szkole, Polskim Czerwonym Krzyżu, Polskim Towarzystwie Turystyczno-Krajoznawczym i aptecze paliatywnej.

Wynika z tego, że zdecydowana większość respondentów działających społecznie, podejmowała tę aktywność głównie w zakładach pracy.

Zapytano respondentów również o aktualnie podejmowaną przez nich aktywność społeczną (tabela 15). Aktywnymi społecznie w chwili badania było 66% respondentów. Podobnie jak poprzednio, zaprezentowano tu częstotliwość wskazań miejsc aktywności społecznej seniorów, stąd brak zgodności sum brzegowych z łączną liczbą osób badanych. Wśród słuchaczy UTW aktywność społeczną zadeklarowało 88 osób (88%), tyle samo, co w przypadku podejmowanej przez nich aktywności zawodowej, a wśród osób spoza UTW – 44 osoby (44%); liczba ta zmalała w porównaniu do okresu pracy zawodowej grupy porównawczej o 25 osób (25%). Wynika to zapewne w dużej mierze z ustania pracy zawodowej i zerwania kontaktów zawodowych po zmianie statusu na emeryta czy renciście, a jednak większość z nich podejmowała aktywność właśnie w miejscu pracy.

Zgromadzone wyniki skategoryzowano i wyszczególniono w tabeli 15. Badani seniorzy podejmują aktywność placówkach aktywizujących seniorów – 47,5% wskazań, w organizacjach pozarządowych – 19%, w placówkach kultury – 9%, w ugrupowaniach kościelnych – 8,5%, na rzecz osiedla – 7,5% oraz w zakładzie pracy 3%. Również tutaj utworzono kategorię Inne, w której znalazły się pojedynczo wskazywane miejsca aktualnie podejmowanej aktywności przez seniorów (łącznie 10,5% wskazań). W grupie słuchaczy UTW obejmuje: ZHP, szkołę, samorząd terytorialny, Ligę Kobiet Polskich, ogródki działkowe, organizacje turystyczne, DKF, Koło Emerytów przy Izbie Aptekarskiej i Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych. Z kolei w grupie porównawczej wśród innych aktywności społecznej wskazano na pełnienie roli sędziów narciarskich, osób udzielających korepetycji biednym dzieciom oraz podejmowania działań w Związku Nauczycielstwa Polskiego, punkcie aptecznym Zakładu Opiekuńczo-Leczniczego, Kole Gospodyń Wiejskich, Związku Harcerstwa Polskiego, pomocy sąsiedzkiej, hospicjum domowym i związkach zawodowych. Analiza danych wskazuje na zdecydowaną, bo blisko dwukrotną przewagę podejmowanej aktywności społecznej przez słuchaczy UTW. Niewykluczone, że obecność w społeczności studentów UTW, przykład innych osób w nich zrzeszonych, podejmowana na zajęciach tematyka mobilizuje ich do działania; z kolei wśród osób z grupy porównawczej więcej przeznaczają czas wolny na dodatkową pracę, a nie społeczne angażowanie się.

W świetle badań Centrum Badania Opinii Społecznej z 1994 r. głównymi sferami aktywności pozazawodowej były: uczestnictwo w kulturze masowej (67–96% zależnie od rodzaju czynności), zajęcia domowe i życie rodzinne (od 31% do 63%) oraz udział w praktykach religijnych (ponad 80%). Aktywna działalność społeczna i obywatelska absorbowwała 5%, a rekreacja i rozrywka poza domem 30% ogółu badanych. W 1996 r. (GUS) jedynie ok. 60 tys. osób w wieku starszym utrzymywało kontakt z placówkami kultury poprzez uczestnictwo w klubach seniora, stanowiąc 0,6% emerytów i rencistów. Preferowany styl życia seniorów w świetle badań z lat 1994–1997 jawił się jako „udomowiony”, ograniczony do kontaktów z rodziną, sąsiadami w miejscu zamieszkania, co sprzyjało utrwalaniu stereotypu braku wpływu na funkcjonowanie kręgów szerszych (osiedla, miasta czy państwa) (za: Trafiałek, 1998, s. 47–58).

Niemniej jednak, patrząc na uzyskane wyniki (tabele 14 i 15), stwierdzić można dużą aktywność badanych osób. Nasuwa się wniosek, że seniorzy są bar-

Tabela 15. Miejsca obecnie podejmowanej aktywności społecznej a przynależność do UTW i płeć*

Miejsca obecnej aktywności społecznej	Przynależność do UTW								Ogółem	
	osoby zrzeszone w UTW				osoby nie zrzeszone w UTW					
	Płeć									
	M		K		M		K			
	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Brak aktywności	1	7,7	11	12,6	7	53,8	49	56,3	68	34,0
Placówki aktywizujące seniorów	10	76,9	72	82,7	1	7,7	12	13,8	95	47,5
Organizacje pozarządowe	6	46,1	15	17,2	4	30,8	13	14,9	38	19,0
Placówki kultury	3	23,1	6	6,9	3	23,1	6	6,9	18	9,0
Grupy kościelne	5	38,5	4	4,6	1	7,7	7	8,0	17	8,5
Na rzecz osiedla	4	30,8	5	5,7	0	0	6	6,9	15	7,5
Zakład pracy i inne	1	7,7	0	0	2	15,4	3	3,4	6	3,0
Inne	1	7,7	11	12,6	0	0	9	10,3	21	10,5

* Dane w tabeli nie sumują się do 100%, ponieważ respondenci mogli wskazywać więcej niż jedną odpowiedź

Źródło: badanie własne.

dzień witalni niż seniorzy poprzednich generacji. Czas aktywności w życiu ludzi starszych wydłuża się, żyją w lepszej kondycji psychofizycznej. Oczywiście należy mieć na uwadze przemiany kulturalno-społeczne, nie zapominając o uwarunkowaniach genetycznych, które są równie ważne (por. Fabiś, 2006, s. 37).

Analiza liczby dzieci w rodzinie badanych osób (tabela 16) wskazuje na zdecydowaną większość w obu grupach respondentów posiadających dwoje dzieci – 50,5% badanych seniorów, jedno dziecko ma 27,5% osób, troje dzieci ma 12% osób w badanych grupach, czworo dzieci ma 0,5% osób w grupie porównawczej, brak dzieci deklaruje 12% badanych. Widać, że dominująca struktura rodziny wśród badanych osób to małżeństwo z dwójką dzieci (klasyczny model 2 + 2).

Tabela 16. Liczba dzieci w rodzinie a przynależność do UTW i płeć

Liczba dzieci	Przynależność do UTW								Ogółem	
	osoby zrzeszone w UTW				osoby nie zrzeszone w UTW					
	Płeć									
	M		K		M		K			
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Brak dzieci	1	7,7	7	8,0	1	7,7	10	11,5	19	9,5
Jedno dziecko	4	30,8	20	23,0	4	30,8	27	31,0	55	27,5
Dwoje dzieci	6	46,1	51	58,6	4	30,8	40	46,0	101	50,5
Troje dzieci	2	15,4	9	10,3	4	30,8	9	10,3	24	12,0
Czworo dzieci	0	0	0	0	0	0	1	1,1	1	0,5
Razem	13	100,0	87	100,0	13	100,0	87	100,0	200	100,0

Źródło: badanie własne.

Zmienia się liczba wnucząt w rodzinie w kolejnym pokoleniu. Ze zgromadzonych wyników widać (tabela 17), że najczęściej respondentów deklaruje brak wnucząt – 36% badanych osób. Wskazuje to na fakt, że wiele dzieci badanych osób nie decyduje się na zakładanie rodzin i rodzenie potomstwa. Ma to odzwierciedlenie w poziomie przyrostu naturalnego, który w 2008 r. wyniósł 0,9 na 1000 osób, a współczynnik dzietności (czyli liczba dzieci urodzonych przeciętnie przez kobietę w jej okresie rozrodczym, to jest w wieku 15–49 lat) wynosił 1,390 (*Mały Rocznik Statystyczny Polski*, 2009, s. 122–123; *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej*, 2009, s. 198; por. Wesołowska, 2006, s. 25–27).

Tabela 17. Liczba wnuków w rodzinie a przynależność do UTW i płeć

Liczba wnuków	Przynależność do UTW								Ogółem	
	osoby zrzeszone w UTW				osoby nie zrzeszone w UTW					
	Płeć									
	M		K		M		K			
	n	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Brak wnuków	4	30,8	31	35,6	4	30,8	33	37,9	72	36,0
Jeden wnuk	3	23,1	13	14,9	3	23,1	14	16,1	33	16,5
Dwoje wnuków	3	23,1	13	14,9	2	15,4	14	16,1	32	16,0
Troje wnuków	1	7,7	11	12,6	2	15,4	11	12,6	25	12,5
Czworo wnuków	2	15,4	19	21,8	2	15,4	15	17,2	38	19,0
Razem	13	100,0	87	100,0	13	100,0	87	100,0	200	100,0

Źródło: badanie własne.

Czworo wnuków deklaruje 19% badanych osób, dwoje wnuków deklaruje 16%, jednego wnuka ma 16,5% osób w obu grupach, a 12,5% ma troje wnucząt. Analiza wyników wskazuje na zauważalną zmianę w strukturze obecnej rodziny w wieku produkcyjnym z modelu 2 + 2 (badanych seniorów), na model 2 + 1, a nawet 2 + 0 (wśród rodzin dzieci badanych respondentów).

Warto porównać to zjawisko z danymi GUS opracowanymi za spisem powszechnym ludności w 1988 r. i 2002 r. (*Mały Rocznik Statystyczny Polski*, 2009, s. 119; por. *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej*, 2009, s. 203–204). Ogółem gospodarstw domowych (wraz ze związkami partnerskimi) w 1988 r. było 11 970, a w 2002 r. 13 337. Gospodarstw liczących jedną osobę było odpowiednio 2188 i 3307, dwie osoby – 2673 i 3097, trzy osoby – 2427 i 2654, cztery osoby – 2632 i 2405 oraz pięć i powyżej – 2050 i 1874. Wskazuje to na spadającą liczebność dzieci w związkach oraz niezmienny przyrost gospodarstw domowych – jednoosobowych, co jest zgodne ze wzrostem popularności życia w pojedynkę (tzw. single). Przeciętna liczba osób w gospodarstwie domowym wynosiła 3,10 w 1988 r. oraz 2,84 w 2002 r. (*Mały Rocznik Statystyczny Polski*, 2009, s. 119).

W tabeli 18 zgromadzono wyniki dotyczące struktury w zakresie rodzeństwa i rodziców osób badanych. Spośród badanych seniorów 53% posiada sio-

strę, a brata 48%. Matkę ma jeszcze 25% respondentów, z kolei ojca 7,7% osób, co znajduje odzwierciedlenie w wydłużającej się przeciętnej długości życia, która w 2014 r. w świetle badań GUS (Notatka GUS, 2016, s. 6) wynosiła 81,6 lat dla kobiet i 73,8 dla mężczyzn.

Tabela 18. Aktualna struktura rodziny – rodzeństwo i rodzice a przynależność do UTW i płeć*

Rodzeństwo i rodzice	Przynależność do UTW								Ogółem	
	osoby zrzeszone w UTW				osoby nie zrzeszone w UTW					
	Płeć									
	M		K		M		K			
	n	%	N	%	n	%	n	%		
Siostra	8	61,5	38	43,7	8	61,5	50	57,5	104	52,0
Brat	6	46,1	49	56,3	9	69,2	32	36,8	96	48,0
Matka	3	23,1	21	24,1	6	46,1	20	23,0	50	25,0
Ojciec	0	0	5	5,7	2	15,4	8	9,2	15	7,7

* Dane w tabeli nie sumują się do 100%, ponieważ respondenci mogli wskazywać więcej niż jedną odpowiedź

Źródło: badanie własne.

Dane dotyczące osób, z którymi mieszkają badani seniorzy umieszczono w tabeli 19. Najwięcej spośród respondentów mieszka z rodziną – 69%. Samotnie zamieszkuje 30,5% badanych seniorów, a z lokatorami tylko 1%. Zamieszkanie z rodziną może wskazywać na to, że badane osoby nie są samotne. Tym samym zwiększa się prawdopodobieństwo, że rodzina jest podstawowym ich źródłem wsparcia. Pomimo tendencji do dwupokoleniowej rodziny, braku instytucjonalnego zainteresowania nią, staje się ona hipotetycznie głównym źródłem pomocy – psychicznej, fizycznej i społecznej. Wspólne zamieszkanie jest najlepszym rozwiązaniem, zaspokajającym wszystkie potrzeby w najbardziej optymalny sposób (por. Parnicka, 2002, s. 141–142). Często wspólne zamieszkanie z rodziną wiąże się z trudną sytuacją mieszkaniową i materialną; tym samym kobieta sprowadzona zostaje do codziennej roli babci lub matki, co narzuca jej wywiązywanie się z obowiązków na rzecz młodszych pokoleń oraz aktywność na rzecz użyteczności dla rodziny (por. Tobiasz-Adamczyk, 1999, s. 78–80).

Tabela 19. Osoby, z którymi mieszkają respondenci a przynależność do UTW i płeć

Osoby zamieszkujące	Przynależność do UTW								Ogółem	
	osoby zrzeszone w UTW				osoby nie zrzeszone w UTW					
	Płeć									
	M		K		M		K			
	N	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Rodzina	11	84,6	54	62,1	12	92,3	61	70,1	138	69,0
Sam(a)	2	15,4	32	36,8	1	7,7	26	29,9	61	30,5
Lokatorzy	0	0	1	1,15	0	0	0	0	1	0,5
Razem	13	100,0	87	100,0	13	100,0	87	100,0	200	100,0

Źródło: badanie własne.

Jakość relacji respondentów z rodziną (tabela 20) jest zadowalająca, bo aż 65% w obu grupach deklaruje, że posiada z nią bardzo dobry kontakt, 31% wskazuje na kontakt raczej dobry. Przeciętne kontakty z rodziną deklaruje 3,5% badanych. Jedynie 0,5% badanych nie ma rodziny i jest samotna. Wnioskować z tego można, że respondenci mogą liczyć w trudnych sytuacjach na członków rodziny, że powinni w nich mieć swoje oparcie i możliwość dzielenia się trudnościami życia codziennego.

Tabela 20. Jakość relacji rodzinnych a przynależność do UTW i płeć

Ocena relacji	Przynależność do UTW								Ogółem	
	osoby zrzeszone w UTW				osoby nie zrzeszone w UTW					
	Płeć									
	M		K		M		K			
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Bardzo dobre	8	61,5	57	65,5	9	69,2	56	64,4	130	65,0
Raczej dobre	5	38,5	26	29,9	4	30,8	27	31,0	62	31,0
Ani dobre ani złe	0	0	4	4,6	0	0	3	3,4	7	3,5
Nie ma rodziny	0	0	0	0	0	0	1	1,15	1	0,5
Razem	13	100,0	87	100,0	13	100,0	87	100,0	200	100,0

Źródło: badanie własne.

W tabeli 21 prezentowane są zachowania respondentów w sytuacjach problemowych. Zdecydowana większość badanych, mimo bardzo dobrego kontaktu z rodziną stara się radzić sobie samodzielnie – 76%. W chwili trudnej i problemowej sytuacji jedynie 23,5% badanych zgłasza prośbę o pomoc innym osobom z otoczenia. Wskazuje to na posiadanie przez seniorów poczucia własnych kompetencji i umiejętność radzenia sobie w trudnych, życiowych sytuacjach. Umiejętności te wynikają zapewne z doświadczeń zgromadzonych w trakcie życia. Na brak umiejętności radzenia sobie wskazuje zaledwie 0,5% badanych.

Tabela 21. Zachowanie w sytuacjach problemowych, trudnych a przynależność do UTW i płeć

Zachowanie	Przynależność do UTW								Ogółem	
	osoby zrzeszone w UTW				osoby nie zrzeszone w UTW					
	Płeć									
	M		K		M		K			
	N	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Samodzielne radzenie sobie	10	76,9	71	81,6	11	84,6	60	69,0	152	76,0
Prośba o pomoc innych osób	3	23,1	15	17,2	2	15,4	27	31,0	47	23,5
Brak umiejętności radzenia sobie	0	0	1	1,15	0	0	0	0	1	0,5
Razem	13	100,0	87	100,0	13	100,0	87	100,0	200	100,0

Źródło: badanie własne.

W tabeli 22 zaprezentowano zgromadzone odpowiedzi od respondentów w zakresie pomocnej osoby pierwszego kontaktu w sytuacji trudnej dla respondenta. Zapytani odpowiadali często wskazując kilka osób, do których mogą się zwrócić z prośbą o pomoc, niemniej jednak najwięcej osób wskazuje na rodzinę – 57% badanych, na rodzinę i inne osoby (przyjaciół, sąsiadów, kolegów, pracowników służby zdrowia czy opieki społecznej) wskazuje łącznie 29%. Do samych przyjaciół z prośbą o pomoc zwraca się 10% osób badanych. 1,5% badanych zwraca się z prośbą o pomoc do pracownika służby zdrowia, a po 1% do sąsiada i kolegi. Pociuszający jest fakt, że jedynie 0,5% badanych nie ma do kogo się zwrócić z prośbą o pomoc. Wskazuje to na umiejętność radzenia sobie seniorów

z trudnościami i skuteczność w budowaniu skutecznych sieci wsparcia. Wyniki tu zgromadzone potwierdzają też bardzo dobry kontakt respondentów z rodziną; nie tylko deklarowany, lecz również praktyczny, w chwili faktycznego zagrożenia (por. Ziomek-Michalak, 2015). Dalsze wyniki badań będą weryfikowały wiarygodność respondentów w tym zakresie.

Tabela 22. Pierwsza osoba, do której badani zwracają się o pomoc a przynależność do UTW i płeć

Osoba	Przynależność do UTW								Ogółem	
	osoby zrzeszone w UTW				osoby nie zrzeszone w UTW					
	Płeć									
	M		K		M		K			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Rodzina	4	30,8	48	55,2	6	46,1	56	64,4	114	57,0
Rodzina i inne osoby	7	53,8	28	32,2	6	46,1	17	19,5	58	29,0
Przyjaciele	1	7,7	11	12,6	1	7,7	7	8,0	20	10,0
Pracownik służby zdrowia	1	7,7	0	0	0	0	2	2,3	3	1,5
Sąsiad	0	0	0	0	0	0	2	2,3	2	1,0
Kolega i inne osoby	0	0	0	0	0	0	2	2,3	2	1,0
Brak takiej osoby	0	0	0	0	0	0	1	1,1	1	0,5
Razem	13	100,0	87	100,0	13	100,0	87	100,0	200	100,0

Źródło: badanie własne.

Podsumowując charakterystyki osobowe słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku należy stwierdzić, że przeanalizowano łącznie wypowiedzi 100 osób (13% mężczyzn i 87% kobiet, co stanowi grupę podstawową) w przedziale wiekowym od 55 do 75 lat i więcej. Najliczniejszą grupę stanowią osoby w wieku 60–64 lata (36%). Analogicznie przebadano 100 osób (13% mężczyzn i 87% kobiet) w przedziale wiekowym 55–75 lat i więcej nie zrzeszonych w UTW (grupa porównawcza). W świetle badań GUS na dzień 31.12.2008 r. w Polsce było więcej kobiet niż mężczyzn. W każdym z przedziałów wiekowych po 55. roku życia zaznacza się wyraźna dominacja kobiet nad mężczyznami, co świadczyć może o dłuższej średniej życia kobiet. Potwierdza to realizowane dotychczas badania.

Demografowie wskazują na starzejące się społeczeństwo, a współczynnik wieku jest wyższy dla kobiet niż mężczyzn (por. Kowalewska i in., 2005, s. 290). Analiza prognozy demograficznej ludności do 2050 r. wskazuje na starzenie się polskiego społeczeństwa. Zauważa się zmniejszającą liczbę ludności w perspektywie do 2050 r., przy jednoczesnym wzroście liczby ludności w wieku poprodukcyjnym (z 14,7% w 2000 r. do 32,1% w 2050 r.). Przewiduje się tendencję do obniżania narodzin i jednocześnie wydłużania się życia z uwzględnieniem zróżnicowania między kobietami i mężczyznami na korzyść kobiet (por. Frąckiewicz, 2002). W tej grupie słuchaczy UTW, dominację kobiet można tłumaczyć dodatkowo ich reorganizacją życia po usamodzielnieniu się dzieci i wnuków oraz większym zainteresowaniem edukacją permanentną, mającą na celu samodoskonalenie się. Dodatkowo uległa zmianie rola współczesnej kobiety. Różni się ona znacznie od tej z XX wieku. Poza rolę strażniczki domowego ogniska, kobieta zaczęła realizować się chociażby w pracy zawodowej (co jednocześnie oddziałuje na zmniejszenie odczucia efektu pustego gniazda). Bogata oferta spędzania czasu wolnego dostępna jest zarówno dla kobiet, jak i mężczyzn.

Najliczniejszą grupę badanych stanowią osoby z wykształceniem wyższym (ponad połowa grupy), co świadczyć może o ich większym zaangażowaniu w procesy edukacyjne, jak i większej świadomości uczestnictwa w kulturze trzeciego wieku, co z kolei przekładać się może na świadome kierowanie własnym życiem, wewnątrzsterowalność i autokontrolę. Uniwersytet Trzeciego Wieku odpowiada na potrzebę uczenia się starości, do czego potrzebna jest współpraca pokoleniowa na szczeblu lokalnym, resortowa na szczeblu wiedzy i dyscyplinarna na szczeblu nauki (por. m.in.: Ho, 2010, s. 391–401; Ilnicka, 2006, s. 69–72; Czerniawska, 2003, s. 87–99; Trafiałek, 2002, s. 13–22; Hooyman, Kiyak, 2002; Czerniawska, 2006, s. 125–127; Karney, 1999, s. 103–116).

Mając na uwadze status małżeński stwierdzono, że większość badanych jest osobami zamężnymi i żonatymi, co wynika z wieku badanej grupy, posiadającymi dwoje dzieci, wpisując się tym samym w klasyczny model rodziny 2 + 2. Najliczniejsza grupa badanych deklarując brak wnucząt, potwierdza zmieniający się dziś układ rodziny, dbającej w pierwszej kolejności o samorealizację w zakresie wykształcenia oraz wypracowania pozycji na rynku pracy, a dopiero później podejmującą decyzję o potomstwie. Tym samym seniorzy, nie obciążeni spoczywającymi na nich obowiązkami opieki nad wnukami, mają do dyspozycji więcej czasu na gospodarowanie go według własnego uznania i potrzeb. Zdecydowana większość badanych seniorów zamieszkuje wspólnie z rodziną, co może być spowodowane trudną sytuacją materialną w dzisiejszej dobie kryzysu. Zarówno

emeryci nie uzyskują wysokich świadczeń, jak również ich dzieci, poruszając się na niepewnym dziś rynku pracy, ze zmieniającym się charakterem zatrudnienia z pozornie bezpiecznej pracy etatowej na świadczenie usług w ramach umów zleconych czy o dzieło, nie spełniają warunków pozyskania kredytów lub mają obawy związane z podjęciem ryzyka finansowego usamodzielnienia się. Wspólne zamieszkiwanie osoby starszej z rodziną, zwłaszcza gdy ich relacje są dobre, a większość deklaruje zadowolające kontakty z rodziną, daje jej poczucie bezpieczeństwa i braku osamotnienia, a tym samym zwiększa jej poczucie otrzymywanego wsparcia społecznego.

Również wiek badanych osób determinuje ich status społeczny – zdecydowana większość przebywa na emeryturze. Najliczniejszą grupę wśród słuchaczy stanowią emerytowani nauczyciele, co w zasadzie nie powinno zaskakiwać. Zawód wykonywany przed emeryturą wymuszał na nich stałe doskonalenie się i udział w różnych formach kształcenia, a zmiana statusu spowodowała drastyczną lukę w ich życiu, którą wypełniają spotkania oferowane przez Uniwersytet Trzeciego Wieku. W grupie porównawczej dominują emerytowani pracownicy administracyjno-biurowi i nauczyciele. Większość badanych ma długi staż pracy – 30 lat i więcej. Wskazuje to na ich aktywność i zaangażowanie na rynku pracy aż do osiągnięcia wymaganego wieku przejścia na emeryturę. O ich aktywności świadczyć może również deklarowanie aktywności społecznej w samych zakładach pracy lub w zakładzie pracy i innych placówkach. Ta sama liczba słuchaczy deklaruje zaangażowanie w działalność społeczną, co zapewne świadczy o ich aktywnym stylu życia już od młodości, a tym samym wykształceniu u nich postaw umiejętności radzenia sobie w trudnych sytuacjach, poszukiwania rozwiązań napotkanych problemów, łatwości nawiązywania kontaktów i komunikowania się, precyzyjnego określania własnych potrzeb. Umiejętności te przejawiają się w sytuacjach problemowych, podczas których większość badanych seniorów, pomimo dobrego kontaktu z rodziną, z którą zamieszkuje, deklaruje podejmowanie prób samodzielnego radzenia sobie i przewyższania trudności. Potwierdza się w tych badaniach teoria aktywnego stylu życia, przejawiająca się w poszukiwaniu wiedzy, zdobywaniu kompetencji lepszego rozumienia siebie i innych, procesu starzenia się i starości, przebywaniu z innymi ludźmi oraz w korzystaniu z czasu wolnego (por. m.in.: Steuden, Marczuk, 2006, s. 11–12; Halicka, Halicki, 2002, s. 207–208; Chabior, 2000, s. 74–75; Neugarten, za: Czerniawska, 2000, s. 127–131; Atchley, za: Bearon, 1996; Zych, 1995, s. 37–42). Teoria ta nie dotyczy całego pokolenia seniorów, gdyż w świetle badań GUS (1990) styl życia dorosłych Polaków można określić jako bierny i monotony. Niespełna 4%

badanych w ramach wolnego czasu wykazuje się aktywnością społeczną. Wyniki grupy porównawczej (osób nie zrzeszonych w UTW) w zakresie podejmowanej aktywności społecznej są niższe w porównaniu do grupy podstawowej (słuchaczy UTW). Aż 56% osób z grupy osób nie zrzeszonych w UTW deklaruje brak aktywności społecznej. Powodów tego można upatrywać w niechęci do podejmowania działań społecznych, przyjęciu domocentrycznego lub rodzinnego stylu życia, jak również braku wykształcenia w młodości potrzeby bycia aktywnym. Warto zwrócić uwagę na duże znaczenie edukacji w inicjowaniu aktywności społecznej, tak licznie deklarowanej przez badanych słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku – w dużej mierze emerytowanych nauczycieli.

Społeczna charakterystyka badanych seniorów przeczy stereotypowemu spojrzeniu na człowieka starego, jako człowieka zniedołężniałego, społecznie odizolowanego, nie mogącego pracować, bez środków finansowych, wymagającego pomocy, będącego ciężarem, pozbawionego możliwości prowadzenia samodzielnego i sensownego życia (por. m.in.: Kołodziej, 2006, s. 63–65; Senkowska, 2002, s. 93–97; Trafiałek, 2001, s. 62; Piotrowski, Kucharska, Owczarska, za: Zych, 1995, s. 139–142; Wiśniewska-Roszkowska, 1989, s. 68–75).

ROZDZIAŁ 5

OCZEKIWANIA ZDROWOTNE BADANYCH OSÓB

5.1. Subiektywna ocena zdrowia biopsychospołecznego respondentów

Spośród wielu wymiarów zdrowia (fizyczne, psychiczne, społeczne, pełnione role, ogólna percepcja stanu zdrowia, symptomy) szczególne znaczenie przypisuje się samoocenie stanu zdrowia, której jednostka dokonuje. Subiektywna ocena stanu zdrowia sprowadza się do jego percepcji na podstawie doświadczenia związanego ze społecznymi, fizycznymi i psychicznymi wydarzeniami, kształtującymi ogólne poczucie dobrostanu jednostki (*well-being*). Różni się sposób oceniania zdrowia przez lekarzy i seniorów. Pierwsi opierają oceny na stwierdzeniach specyficznych chorób występujących zwykle u osób w podeszłym wieku, diagnozując tak wszelkie odstępstwa od normy, gdy ci drudzy oceniają stan zdrowia zestawiając go ze stanem zdrowia w ich wieku, co staje się normą, na podstawie której dokonują

ocen. Taka samoocena stanu zdrowia dokonana jest przez porównanie z grupą odniesienia lub odniesiona jest do normy zdrowotnej obowiązującej w danej grupie (Tobiasz-Adamczyk, Brzyski, 2001, s. 160–161). „Z większą aktywnością wiąże się lepsza samoocena, a także poczucie wartości życia i jego sensu” (Susulowska, 1989, s. 7), dlatego warto przyrzeć się porównaniu subiektywnej ocenie zdrowia słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku i osób, które do niego nie przynależą.

Seniorzy często są spostrzegani jako zgorzkniałe i smutne osoby, a oni sami w badanej grupie spostrzegają siebie jako realistów – 68% i optymistów – 26%. Jedynie 6% badanych subiektywnie spostrzega się jako pesymistów, co zaprezentowano w tabeli 23. Warto w związku z tym propagować obraz uśmiechniętego seniora, by przełamać stereotyp zgorzkniałej osoby starszej. Samoocena badanych seniorów przeczy utartym opiniom o pesymizmie i zgorzkniałości starzejących się osób, co potwierdzają również wyniki zgromadzone w kolejnej tabeli.

Tabela 23. Postawa badanych we własnej opinii a przynależność do UTW i płeć

Postawa	Przynależność do UTW								Ogółem	
	osoby zrzeszone w UTW				osoby nie zrzeszone w UTW					
	Płeć									
	M		K		M		K			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Realista	8	61,5	60	69,0	9	69,2	59	67,8	136	68,0
Optymista	5	38,5	24	27,6	3	23,1	20	23,0	52	26,0
Pesymista	0	0	3	3,45	1	7,7	8	9,2	12	6,0
Razem	13	100,0	87	100,0	13	100,0	87	100,0	200	100,0

Źródło: badanie własne.

W tabeli 24 zaprezentowano wyniki w zakresie subiektywnej oceny respondentów własnego stanu psychicznego. Uzyskano bardzo zbliżone wyniki w grupie podstawowej i porównawczej. Akceptuje siebie mimo wpływających lat 89,5% badanych, odczuwa radość z życia 76%. Zazwyczaj dobry nastrój ma 72,5%, szczęśliwymi czuje się łącznie 65,5% badanych, łatwo przystosowuje się do zmian w życiu 64,5% badanych seniorów. Równocześnie z tym stres i napięcie często odczuwa odpowiednio 34%, a samotność 13,5%. Z analizy subiektywnej oceny seniorów rysuje się ich obraz jako pogodnych, akceptujących siebie, cieszących

się życiem i realnie patrzących na świat ludzi. Wskazuje to na niesłuszną ocenę starości jako pejoratywnej fazy życia, identyfikowanej często ze smutkiem, chorobą i niedołążnością (por. Zych, 1995, s. 139–142; Wiśniewska-Roszkowska, 1989, s. 68–75).

Tabela 24. Subiektywna ocena stanu psychicznego a przynależność do UTW i płeć*

Subiektywna ocena stanu psychicznego	Przynależność do UTW								Ogółem	
	osoby zrzeszone w UTW				osoby nie zrzeszone w UTW					
	Płeć									
	M		K		M		K			
	n	%	N	%	N	%	n	%	n	%
Akceptuje siebie, pomimo upływających lat	13	100,0	78	89,7	12	92,3	76	87,4	179	89,5
Odczuwa radość z życia	11	84,6	67	77,0	10	76,9	64	73,6	152	76,0
Zazwyczaj ma dobry nastrój	11	84,6	64	73,6	10	76,9	60	69,0	145	72,5
Osoba szczęśliwa	10	76,9	51	58,6	10	76,9	60	69,0	131	65,5
Łatwo przystosowuje się do zmian w życiu	10	76,9	60	69,0	10	76,9	49	56,3	129	64,5
Często czuje napięcie i stres	4	30,8	27	31,0	3	23,1	34	39,1	68	34,0
Często odczuwa samotność	1	7,7	12	13,8	1	7,7	13	15,0	27	13,5

* Dane w tabeli nie sumują się do 100%, ponieważ respondenci mogli wskazywać więcej niż jedną odpowiedź

Źródło: badanie własne.

Negatywne myślenie o sobie nie pozostaje bez wpływu na zachowanie człowieka, skutkiem czego jest negatywne nastawienie innych i zablokowanie skutecznych prób nawiązywania kontaktów. Konsekwencją tego może być brak aktywności społecznej, co doprowadzić może do izolacji i osamotnienia (por. Dąbrowiecka, 2003, s. 22–23). Analiza zgromadzonych wyników pozwala na

wysunięcie tezy, że badani seniorzy mają pozytywny obraz siebie, stąd wysoki poziom ich aktywności społecznej oraz potencjalnie duży poziom odczuwanego wsparcia społecznego.

Wraz ze starzeniem się nasilają się dolegliwości zdrowotne, co przedstawiono w tabeli 25. Jedynie 20% słuchaczy oraz 17% osób z grupy porównawczej deklaruje brak problemów ze zdrowiem. Pozostali wskazują na różne choroby, które dokuczają ich organizmowi. Najpopularniejszym schorzeniem wśród zapytanych jest samo nadciśnienie tętnicze – występuje u 14% osób badanych, lecz towarzyszą mu często choroby serca i inne choroby – łącznie u 32,5% osób badanych. Choroby serca jako jedyna dolegliwość dotyczą jedynie 6% respondentów, lecz we współistnieniu innych schorzeń – 24%. Respondenci często wskazują też na otyłość występującą jako jedyną chorobę lub we współistnieniu innych dolegliwości – 21% przypadków. Na chorobę nerwową oraz inne współwystępujące choroby oraz na choroby nowotworowe cierpi po 7% badanych seniorów. W grupie badanych 5,5% deklaruje cukrzycę jako nie jedyną swoją chorobę.

Wśród innych chorób 32% respondentów wskazało na: choroby tarczycy, choroby prostaty, zwyrodnienie kręgosłupa, osteoporozę, choroby oczu, zmiany stawowe, reumatyzm, astmę, choroby ortopedyczne oraz kamicę.

W związku z tymi schorzeniami badanych seniorów warto zwrócić uwagę na dane zamieszczone w Małym Roczniku Statystycznym Polski (2009, s. 124) oraz Roczniku Statystycznym Rzeczypospolitej Polskiej (2009, s. 210), dotyczące przyczyn zgonów na 100 tys. ludności w 2007 r.: 449,6 tys. zgonów spowodowanych było właśnie chorobami układu krążenia (na które licznie uskarżają się badani w tym opracowaniu respondenci), 251,4 tys. – nowotworami, a 16,7 tys. – cukrzycą. Były to najczęstsze choroby prowadzące do śmierci.

A jak wygląda sytuacja zdrowotna seniorów? W zakończonym w 2012 r. badaniu PolSenior wzięło udział 5695 osób – 4979 respondentów po 65. roku życia i grupa w wieku 55–59 lat – 716 badanych. Z raportu wynika, że „większość osób w wieku 55–59 lat cierpi na jedną lub dwie choroby (średnio 1,8 schorzeń). Po przekroczeniu 65. roku życia seniorzy narzekają na dwie lub trzy choroby (średnio 2,5). Po przekroczeniu 85. roku życia liczba chorób, na jakie cierpią seniorzy, spada do jedynie dwóch [...]. Najczęstsze wśród osób po 65. roku życia są zaburzenia funkcji poznawczych – odczuwa je 68,4% z nich. Zwykle są to jednak łagodne zaburzenia pamięci i łagodne otępienie, występujące u 54% osób. Jedynie u 10% seniorów, najczęściej po 85. roku życia, zdarzają się otępienia umiarkowane, a u 4% – ciężkie. Prawie 30% seniorów ma stałe objawy depresji, która nie

jest ani zdiagnozowana ani leczona. Występują one głównie u seniorów samotnych i wdów (co piąty emeryt mieszka sam). Co trzeci ma zaćmę i gorzej słyszy, a 40% cierpi na bóle przewlekłe. Co czwarty senior pomiędzy 65. a 80. rokiem życia i co piąty powyżej 80. roku życia cierpi na cukrzycę, a prawie połowa ma powikłania tej choroby, takie jak zaburzenia wzroku i niewydolność nerek. U co 25. chorego występuje również tzw. stopa cukrzycowa. Ciekawe jest również to,

Tabela 25. Schorzenia badanych a przynależność do UTW i płeć*

Rodzaj schorzenia	Przynależność do UTW								Ogółem	
	osoby zrzeszone w UTW				osoby nie zrzeszone w UTW					
	Płeć								n	%
	M		K		M		K			
	n	%	N	%	N	%	n	%	n	%
Nadciśnienie i choroby współwystępujące	3	23,1	22	25,3	5	38,5	35	40,2	65	32,5
Choroby serca i współwystępujące	2	15,4	16	18,4	2	15,4	29	33,3	49	24,5
Otyłość i choroby współwystępujące	1	7,7	14	16,1	3	23,1	18	20,7	36	18,0
Nadciśnienie tętnicze	3	23,1	8	9,2	3	23,1	14	16,1	28	14,0
Choroby nerwowe i współwystępujące	0	0	6	6,9	1	7,7	7	8,0	14	7,0
Choroby nowotworowe i współwystępujące	0	0	5	5,7	1	7,7	8	9,2	14	7,0
Choroby serca	2	15,4	5	5,7	1	7,7	4	4,6	12	6,0
Cukrzyca i choroby współwystępujące	2	15,4	4	4,6	1	7,7	4	4,6	11	5,5
Inne	2	15,4	32	36,8	2	15,4	28	32,2	64	32,0

* Dane w tabeli nie sumują się do 100%, ponieważ respondenci mogli wskazywać więcej niż jedną odpowiedź

Źródło: badanie własne.

że 14% seniorów ma niedoczynność tarczycy, ale zdecydowana większość (ponad 80%) nie ma o tym pojęcia, a lekarze nie badają ich pod tym kątem” (PolSenior, *Polska starość...*).

Dlatego, że kobiety żyją dłużej od mężczyzn ich stan zdrowia jest gorszy. Kobieta w trakcie życia narażona jest na więcej ostrych i przewlekłych chorób, ale o lżejszym przebiegu. Mogą one doprowadzić do niepełnosprawności lub odznaczać się uciążliwością, lecz nie prowadzą bezpośrednio do zgonu. Za to mężczyźni, z racji podjętego stylu życia, w wyższym stopniu narażeni są na choroby przewlekłe pociągające za sobą ryzyko zgonu (por. Tobiasz-Adamczyk, 1999, s. 72–73).

W zakresie subiektywnej oceny stanu biologicznego, z danych zamieszczonych w tabeli 26 wynika, że badani seniorzy w zdecydowanej większości są sprawni fizycznie – 82% badanych seniorów, choć odczuwają dość często dolegliwości fizyczne – 32%. Wśród badanych słuchaczy 11 osób (11%), a w gru-

Tabela 26. Subiektywna ocena stanu biologicznego a przynależność do UTW i płeć*

Ocena stanu biologicznego	Przynależność do UTW								Ogółem	
	osoby zrzeszone w UTW				osoby nie zrzeszone w UTW					
	Płeć									
	M		K		M		K			
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
Sprawni(a) fizycznie	12	92,3	76	87,3	11	84,6	66	75,9	165	82,5
Dość często odczuwa dolegliwości fizyczne	3	23,1	23	26,4	3	23,1	35	40,2	64	32,0
Dobrze się odżywia	10	76,9	70	80,4	10	76,9	61	70,1	151	75,5
Dbą o prawidłową masę ciała	8	61,5	54	62,1	6	46,1	51	58,6	119	59,5
Dbą o wypoczynek i odpowiednią ilość snu	9	69,2	64	73,6	9	69,2	58	66,7	140	70,0
Pali papierosy	1	7,7	10	11,5	1	7,7	11	12,6	23	11,5
Piją alkohol	7	53,8	21	24,1	6	46,1	8	9,2	42	21,0

* Dane w tabeli nie sumują się do 100%, ponieważ respondenci mogli wskazywać więcej niż jedną odpowiedź

Źródło: badanie własne.

pie porównawczej 12 osób (12%) pali papierosy, a alkohol pija odpowiednio 28 i 14 osób (28% i 14%). O dobre odżywianie dba aż 75,5% seniorów, o prawidłową masę ciała – 59,5% oraz o wypoczynek i odpowiednią ilość snu – 70% badanych. Są to wyniki zadowalające, wskazujące na duże znaczenie edukacji zdrowotnej każdej grupy wiekowej, począwszy od najmłodszych, u których należy kształtować nawyki zdrowego zachowania, bo od nich zależeć będzie stan zdrowia w okresie starzenia się. Pamiętać należy, że analiza ta dotyczy deklarowanych przez respondentów zachowań, w ich subiektywnej ocenie. Pogłębi ją analiza Inwentarza Zachowań Zdrowotnych zaprezentowana w czwartym rozdziale tej części.

Wyniki zgromadzone w tabeli 27 wskazują generalnie na niechęć badanych seniorów wobec wizyt lekarskich, mimo dolegliwości, które sami wskazują i które wymagają systematycznego leczenia oraz przeprowadzenia badań. Z wypowiedzi uzupełniających wynika, że nie wykazują oni zaufania do służby zdrowia oraz przeraża ich długi czas oczekiwania do specjalisty. Według uzyskanych odpowiedzi 69% badanych chodzi do lekarza kilka razy w roku, raz w miesiącu – 17%, kilka razy w miesiącu – 3%, raz w tygodniu ze względu na zaawansowane stadia chorób – 1% badanych seniorów. Do lekarza nie chodzi w ogóle po 10% osób z obu badanych grup.

Tabela 27. Wizyty u lekarza a przynależność do UTW i płeć

Wizyty u lekarza	Przynależność do UTW								Ogółem	
	osoby zrzeszone w UTW				osoby nie zrzeszone w UTW					
	Płeć									
	M		K		M		K			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Nie korzysta	4	30,8	6	6,9	2	15,4	8	9,2	20	10,0
Kilka razy w roku	9	69,2	67	77,0	8	61,5	54	62,1	138	69,0
Raz w miesiącu	0	0	13	14,9	3	23,1	18	20,7	34	17,0
Kilka razy w miesiącu	0	0	1	1,1	0	0	5	5,7	6	3,0
Raz w tygodniu	0	0	0	0	0	0	2	2,3	2	1,0
Razem	13	100,0	87	100,0	13	100,0	87	100,0	200	100,0

Źródło: badanie własne.

Kobiety starsze wiekiem w większości przypadków gorzej oceniają swój stan zdrowia, zgłaszają więcej dolegliwości, podkreślają wyższy stopień niepełnosprawności i w wyższym stopniu niż mężczyźni korzystają z usług medycznych (por. Tobiasz-Adamczyk, 1999, s. 71–73), co znajduje również odzwierciedlenie w zrealizowanych tu badaniach.

Społeczeństwo polskie korzysta z usług opieki zdrowotnej, a liczba usług w zakresie porad wzrosła na przestrzeni lat 2000–2008 (*Mały Rocznik Statystyczny Polski*, 2009, s. 253; por. *Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej*, 2009, s. 382). Na dzień 31.12.2008 r. z porad opieki zdrowotnej korzystało 290 553 osób (podczas gdy w 2000 r. – 234 805), lekarskiej – 260 610 osób (odpowiednio 209 085 osób), w tym specjalistycznej – 103 791 osób (68 365 osób) oraz stomatologicznej – 29 943 osób (wzrost z 25 720 osób).

Tabela 28. Hospitalizacja osób badanych w roku poprzedzającym badanie a przynależność do UTW i płeć

Częstotliwość hospitalizacji	Przynależność do UTW								Ogółem	
	osoby zrzeszone w UTW				osoby nie zrzeszone w UTW					
	Płeć									
	M		K		M		K			
	N	%	N	%	n	%	n	%	n	%
Brak	11	84,6	73	83,9	10	76,9	67	77,0	161	80,5
Raz	1	7,7	11	12,6	2	15,4	13	14,9	27	13,5
2 razy	1	7,7	2	2,3	1	7,7	3	3,4	7	3,5
3 razy	0	0	1	1,1	0	0	1	1,1	2	1,0
4 razy	0	0	0	0	0	0	3	3,4	3	1,5
Razem	13	100,0	87	100,0	13	100,0	87	100,0	200	100,0

Źródło: badanie własne.

Stan zdrowia badanych osób nie wymaga od nich częstej hospitalizacji. W roku poprzedzającym badanie w szpitalu przebywało raz 13,5% respondentów, dwa razy – 3,5%, trzy razy – 1%, a cztery razy jedynie z grupy porównawczej (łącznie 1,5% badanych). Pozostali, to jest 80% badanych, nie miało konieczności leczenia szpitalnego. Zgromadzone wyniki zaprezentowano w tabeli 28.

Stan zdrowia badanych słuchaczy jest na tyle dobry, że nie wymagają oni opieki ze strony pielęgniarki środowiskowej, w przeciwieństwie do osób w grupie

porównawczej, w której trzy osoby (3%) deklarują korzystanie z usług pielęgniar-
skich kilka razy w roku bądź raz w miesiącu. Wskazuje to na bardzo dobrą kon-
dycję psychofizyczną badanych seniorów.

Subiektywnie oceniając swój stan zdrowia (tabela 29), respondenci wskazują,
że jest on raczej dobry – w przypadku 62% badanych, trudności z jego określe-
niem (oceniając swój stan jako przeciętny – ani dobry, ani zły) ma 26%. Jako
bardzo dobry ocenia jedynie 5,5% i tyle samo jako bardzo zły. Z kolei jako bardzo
zły stan zdrowia ocenia 1% badanych (z grupy porównawczej).

Tabela 29. Ogólny stan zdrowia w subiektywnej ocenie a przynależność do UTW i płeć

Ogólny stan zdrowia	Przynależność do UTW								Ogółem	
	osoby zrzeszone w UTW				osoby nie zrzeszone w UTW					
	Płeć									
	M		K		M		K			
	n	%	n	%	n	%	N	%		
Bardzo dobry	1	7,7	6	6,9	0	0	4	4,6	11	5,5
Raczej dobry	8	61,5	58	66,7	12	92,3	46	52,9	124	62,0
Trudno powiedzieć	4	30,8	22	25,3	0	0,0	26	64,4	52	26,0
Raczej zły	0	0	1	1,1	1	7,7	9	10,3	11	5,5
Bardzo zły	0	0	0	0	0	0	2	2,3	2	1,0
Razem	13	100,0	87	100,0	13	100,0	87	100,0	200	100,0

Źródło: badanie własne.

Samoocena wyrażana przez najstarszą grupę wiekową porównywalna jest do
raportów z badań modułowych GUS w 1994 r. i 1996 r. Jako zły swój stan zdrowia
oceniało w 1994 r. 36% populacji w grupie wiekowej 80–84 lata, a 41,4% w grupie
75–79 lat. W 1996 r. wskaźnik negatywnie oceniających kondycję zdrowotną dla
grupy 75–79 lat wynosił 57,3%, a w grupie 80 lat i więcej – 57,1% (Trafiałek, 1998,
s. 33–46).

Kwestionariusz wywiadu zawierał jedno otwarte pytanie o oczekiwania
seniorów wobec przyszłości. Zgromadzone odpowiedzi pogrupowano według
kategorii i umieszczono w tabeli 30. Wśród kategorii oczekiwań wskazanych
przez respondentów znalazły się w kolejności częstotliwości udzielonych odpo-

wiedzi: godne starzenie się w sprawności – 59%, dobro rodziny – 22%, rozrywka i podróże – 14% , nie żyć w samotności i niezależność finansowa odpowiednio po 10%, dobro społeczne rozumiane przez badanych jako: pokój, stabilizacja życia społecznego, poprawa służby zdrowia, postęp medycyny – 6,5%, aktywność społeczna – 4%, rozwój intelektualny – 3,5%, inne – związane z miejscem zamieszkania, to jest: wyremontowanie domu, czy zamiana mieszkania na mniejsze oraz zbawienie wieczne – 2%. Brak jakichkolwiek oczekiwań wobec przyszłości deklaruje 13% badanych seniorów.

Tabela 30. Oczekiwania wobec przyszłości a przynależność do UTW i płeć*

Wyszczególnienie	Przynależność do UTW								Ogółem	
	osoby zrzeszone w UTW				osoby nie zrzeszone w UTW					
	Płeć									
	M		K		M		K			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Godne starzenie się	10	76,9	59	67,8	2	15,4	47	54,0	118	59,0
Dobro rodziny	3	23,1	19	21,8	3	23,1	19	21,8	44	22,0
Rozrywka i podróże	2	15,4	11	12,6	1	7,7	14	16,1	28	14,0
Nie żyć w samotności	0	0	13	14,9	0	0	7	8,0	20	10,0
Niezależność finansowa	1	7,7	4	4,6	3	23,1	12	13,8	20	10,0
Dobro społeczne	0	0	4	4,6	3	23,1	6	6,9	13	6,5
Aktywność społeczna	1	7,7	6	6,9	0	0	1	1,1	8	4,0
Rozwój intelektualny	1	7,7	4	4,6	0	0	2	2,3	7	3,5
Inne	0	0	3	3,4	0	0	1	1,1	4	2,0
Brak oczekiwań	1	7,7	11	12,6	3	23,1	11	12,6	26	13,0

* Dane w tabeli nie sumują się do 100%, ponieważ respondenci mogli wskazywać więcej niż jedną odpowiedź

Źródło: badanie własne.

Zbliżone wyniki uzyskało CBOS w 2000 r., pytając respondentów o ich obawy przed starością. Zapytani odpowiadali, że czują lęk przed chorobami, zniechęceniem i utratą pamięci (71%), utratą samodzielności (58%), trudnościami

w utrzymaniu się (41%), samotnością (37%), cierpieniem (20%), niepewnością, kto się nimi na starość zaopiekuje (15%), poczuciem bycia niepotrzebnym (12%). Wypowiadając się na temat własnej starości, respondenci podkreślają przede wszystkim znaczenie niezależności i samodzielności w życiu (por. Michalska, 2003, s. 4). Bez względu na charakter grupy badanej, w społeczeństwie funkcjonują zbliżone lęki związane ze starzeniem się oraz okresem starości, dlatego istotne jest szerzenie uczenia się starości oraz przełamywanie utartego stereotypu osoby starszej, zwiększenie partycypacji społecznej seniorów (Szarota, 2015).

Dokonana w prezentowanym rozdziale analiza wskazuje na fakt, że grupa porównawcza jest bardzo zbliżona do grupy podstawowej pod względem demograficzno-społecznym. Dalsza część książki ukáže czy, a jeśli tak, to jakie istnieją rozbieżności w zakresie poczucia koherencji i wsparcia społecznego oraz umiejscowienia kontroli zdrowia, własnej skuteczności radzenia sobie z przeszkodami oraz zachowań zdrowotnych.

Podsumowując subiektywną ocenę usposobienia badanych seniorów, najliczniejsza grupa prezentuje się jako osoby realnie patrzące na świat i mające miejsce wydarzenia; niemniej jednak duża liczba osób uważa się za optymistów. Spośród badanych najwięcej odczuwa szczęście i radość życia, akceptuje siebie mimo upływających lat, zazwyczaj ma dobry nastrój, łatwo przystosowuje się do zmian w życiu, równocześnie często odczuwając stres, napięcie oraz samotność. Mając na uwadze dodatkowo fakt często podejmowanej przez nich aktywności społecznej (na co wskazuje analiza wyników społecznej charakterystyki respondentów), można pokusić się o tezę, że obraz współczesnej osoby zaawansowanej wiekiem wpisuje się w coraz częściej opisywany w literaturze przedmiotu pozytywny wizerunek seniora (por. m.in.: Kołodziej, 2006, s. 63–65; Szarota, 2004, s. 48–50; Bearon, 1996; Schmidt, Boland, za: Zych, 1995, s. 139–142). Ważny jest stosunek do siebie i świata mimo upływających lat – pozytywna ocena życia może być powodem do dumy, umożliwia pogodzenie się z ludźmi i zdarzeniami. Z kolei negatywna ocena przeżytych lat powoduje obniżenie obrazu samego siebie, a w konsekwencji poczucie zagrożenia, depresji i wzrostu niepokoju. Brak satysfakcji z życia przyczynia się do pogorszenia stanu zdrowia (por. m.in.: Kowalewska, Jaczewski, Komosińska., 2005a, s. 295–315; Szarota, 2004, s. 44–45).

Analizując subiektywną ocenę stanu biologicznego badanych seniorów, stwierdzić należy, że najliczniejsza grupa jest sprawna fizycznie, choć odczuwa dolegliwości fizyczne. Uzyskane wyniki w zakresie dbania o dobre odżywianie, prawidłową masę ciała, wypoczynek i odpowiednią ilość snu są zadowalające i ukazują duże znaczenie edukacji zdrowotnej. Nieliczni przyznają się do pale-

nia papierosów i sporadycznego spożywania alkoholu. Badani wykazują generalnie niechęć wobec wizyt lekarskich, mimo dolegliwości, które wskazują i które wymagają przeprowadzania badań i systematycznego leczenia. Może wiązać się to z brakiem zaufania do grupy lekarzy, nadszarpniętym przez ukazywanie w mediach środowiska lekarskiego jako korupcjogennego, omylnego, jak również wewnętrzną niechęcią związaną z potrzebą obnażania się przed obcą osobą. Kobiety częściej niż mężczyźni gorzej oceniają swój stan zdrowia, zgłaszając więcej dolegliwości i korzystając z usług medycznych, co znajduje odzwierciedlenie w literaturze (por. Tobiasz-Adamczyk, 1999, s. 71–73). Stan zdrowia osób badanych w ich subiektywnej ocenie jest na tyle dobry, że nie wymaga od nich hospitalizacji i opieki pielęgniarki środowiskowej. Fakt ten wskazuje na bardzo dobrą kondycję psychofizyczną badanych seniorów. Sami badani najczęściej określają swój stan zdrowia jako raczej dobry (por. zbliżone wyniki stanu zdrowia seniorów – Trafiałek, 1998, s. 33–46).

Najwięcej osób udzielających odpowiedzi na otwarte pytanie dotyczące oczekiwań wobec przyszłości wskazało na oczekiwania zgromadzone łącznie w kategorię godnego starzenia się w sprawności, to jest starzenie się pozbawione zniedołężnienia starczego, utraty pamięci i samodzielności. Odpowiedzi te wskazują na lęk przed samotnością i osamotnieniem, brakiem opieki w ostatnich latach życia. Analiza uzyskanych wyników odpowiada zaprezentowanym uprzednio badaniom zrealizowanym przez CBOS w 2000 r., przeprowadzonych na reprezentatywnej próbie badawczej. Również badania Grażyny Franek (por. 2003, s. 162–171) potwierdzają subiektywną ocenę stanu zdrowia jako bardzo dobry lub dobry u znaczącej liczby seniorów. Potwierdza to psychologiczne tezy, że seniorzy uporali się z okresem niepokojów i lęków. Uzyskiwane wyniki wykazują, że poziom samooceny stanu zdrowia zależy głównie od obecności dolegliwości ze strony układu ruchu, obecności chorób przewlekłych i częstości kontaktów z lekarzem. Niemniej jednak w świetle badań Jerzego Piotrowskiego i Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego (za: Bień, 2002, s. 36–37), realizowanych w 1967 r. i dla porównania w 2000 r., można wysunąć wniosek, że wraz z wydłużaniem się przeciętnej długości życia pogarsza się okres aktywnej i pomyślnej starości. Na zwiększenie się pesymizmu w ocenie zdrowia wpływać może rosnący poziom oczekiwań w zakresie poprawy jakości starzenia i propagowany przez media kult młodości, co nie sprzyja akceptacji starości z jej wzrastającymi niedomaganiem i słabościami.

Wobec przytoczonych badań i charakterystyki demograficzno-społecznej, jak i subiektywnej oceny zdrowia badanych seniorów, uprawniona jest teza, że mimo zaawansowanego wieku metrykalnego, prawnego i ekonomicznego, osoby

badane jawią się jako młode wiekiem biologicznym (por. granice starości m.in. za: Frąckiewicz, 2002, s. 12; Kocemba, 2000, s. 108–109; Pędich, 1996, s. 29).

5.2. Poczucie kompetencji badanych osób w zakresie radzenia sobie w trudnych sytuacjach

Dokonano pomiaru siły ogólnego przekonania osób badanych co do skuteczności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami i przeszkodami. Poczucie własnej skuteczności pozwala przewidywać intencje i działania w różnych obszarach aktywności, również w zakresie zachowań zdrowotnych, gdyż staje się ono implikatorem aktualnie podejmowanych działań oraz zamiaru zaangażowania się w działania zdrowotne. Przekonania dotyczące skuteczności mają wpływ na ocenę osobistych zasobów jednostek w sytuacjach stresowych (por. Juczyński, 2001, s. 97).

Suma wszystkich zgromadzonych punktów daje ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności, który mieści się w granicach od 10 do 40 punktów. Im wyższy wynik, tym większe poczucie własnej skuteczności u badanych osób. Otrzymaną liczbę punktów przeliczono na skalę stenową i dokonano jej interpretacji w kategorii wyników niskich (od 1 do 4 stena), przeciętnych (5–6 sten) oraz wysokich (od 7 do 10 stena).

Ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności zinterpretowano, zestawiając go z wynikami średnimi próbki normalizacyjnej zaprezentowanej przez autora skali (tamże, s. 95, tab. B-6).

Badane grupy seniorów w każdym ze stwierdzeń uzyskały wyniki wyższe niż średnie (tabela 31), z tendencją do wyższych wyników uzyskanych przez grupę słuchaczy; nie różnią się one istotnie statystycznie w zakresie ogólnego wskaźnika. Różnice istotne statystycznie zaobserwowano w pytaniu 7 ($p < 0,01$), dotyczącym umiejętności zachowania spokoju w obliczu trudności, dzięki posiadaniu zasobów radzenia sobie. Na poziomie zbliżonym do istotnego ($p < 0,05$) badani wypowiedzieli się w zakresie umiejętności rozwiązywania trudnych problemów, dokładając starań. W obu pytaniach wyższe noty uzyskali słuchacze, którzy podejmując aktywność intelektualną w Uniwersytecie Trzeciego Wieku, uczestniczą w wykładach i grupach tematycznych o tematyce zdrowotnej, mają możliwość spotykania się w Zespole Psychologicznym, a tym samym uzyskują wiedzę na temat radzenia sobie z problemami dnia codziennego i znaczenia zaangażowania własnej aktywności na rzecz zachowania spokoju oraz uruchomienia własnych zasobów.

Tabela 31. Różnice w poziomie uogólnionej własnej skuteczności badanych osób

Stwierdzenie	Przynależność do UTW				Istotność różnic	
	osoby zrzeszone w UTW		osoby nie zrzeszone w UTW		t	p
	M	SD	M	SD		
1. Zawsze jestem w stanie rozwiązać trudne problemy, jeśli tylko wystarczająco się staram.	3,180	0,6417	2,990	0,7849	1,8741	0,0624~
2. Jeśli ktoś mi się sprzeciwia, mam sposoby, aby osiągnąć to, co chcę.	2,620	0,8261	2,650	0,8211	-0,2576	0,7970
3. Łatwo jest mi trzymać się swoich celów i je osiągnąć.	2,990	0,6435	2,880	0,7004	1,1566	0,2488
4. Jestem przekonany, że skutecznie poradziłbym sobie z niespodziewanymi wydarzeniami.	2,980	0,5857	2,870	0,6614	1,2451	0,2146
5. Dzięki swojej pomysłowości potrafię dać sobie radę w nieoczekiwanych sytuacjach.	3,190	0,5631	3,130	0,7997	0,6135	0,5403
6. Potrafię rozwiązać większość problemów, jeśli włożę w to odpowiednio dużo wysiłku.	3,360	0,5416	3,270	0,6795	1,0357	0,3016
7. Potrafię zachować spokój w obliczu trudności, gdyż mogę polegać na swoich umiejętnościach radzenia sobie.	3,220	0,6289	2,950	0,7571	2,7431	0,0066**
8. Gdy zmagam się z jakimś problemem, zwykle znajduję kilka rozwiązań.	3,130	0,6913	3,090	0,5877	0,4409	0,6598
9. Gdy jestem w kłopotliwej sytuacji, na ogół wiem, co robić.	3,050	0,6093	2,970	0,6428	0,9033	0,3675
10. Niezależnie od tego co mnie spotyka, potrafię sobie z tym poradzić.	3,150	0,5573	3,040	0,6501	1,2846	0,2004
Wskaźnik ogólny poczucia własnej skuteczności	30,870	4,2011	29,840	5,1654	1,5470	1,1235

p – poziom istotności; * p < 0,05; ** p < 0,01; ~ zbliżone do istotnego

M – mediana; SD – odchylenie standardowe; t – t-Studenta

Źródło: badanie własne.

Tabela 32. Porównanie nasilenia ogólnego wskaźnika poczucia własnej skuteczności w grupach badanych osób

Wyniki	Przynależność do UTW		Ogółem	
	osoby zrzeszone w UTW	osoby nie zrzeszone w UTW	n	%
Niskie	4	15	19	9,5
Przeciętne	26	20	46	23,0
Wysokie	70	65	135	67,5
Razem	n = 100%	n = 100%	200	100,0

Źródło: badanie własne.

Ocena nasilenia przekonań badanych, co do własnej skuteczności pozwala stwierdzić, że badani słuchacze Uniwersytetów Trzeciego Wieku, jak i osoby z grupy porównawczej prezentują najczęściej wysokie przekonanie o własnej skuteczności (odpowiednio: 70% i 65%). W obu grupach najmniej osób wykazuje niskie przekonanie o własnej skuteczności (4% i 15%). Nie zaskakują wysokie wyniki obu grup w zakresie skuteczności radzenia sobie w problemowych sytuacjach. Wiek, który osiągnęli badani, przysporzył im wiele możliwości do sprawdzania własnych zasobów do walki z trudnościami i stresem. Mają oni duże doświadczenie życiowe, a w trakcie życia znajdowali się w różnych sytuacjach, mniej lub bardziej wymagających od nich stawiania czoła przeciwnościom losu. Stąd ukształtowane umiejętności radzenia sobie w trudnych, nieoczekiwanych sytuacjach, osiągania zamierzonych celów, niekiedy nawet mimo napotykanym utrudnień. Seniorzy posiadają dość duży dystans do siebie i otaczającego ich świata. Nie działają impulsywnie, nie kierują się jedynie emocjami; wszelkie problemy wolą przemyśleć i znaleźć dla nich kilka rozwiązań, nim przystąpią do działania. W każdej trudnej sytuacji uruchamiają swoje potencjalne zasoby do działania, nie oczekują samoistnego rozwiązania się problemów. Wraz z bagażem doświadczeń wzrasta ich poczucie własnej skuteczności; z upływającym czasem wzbogacają się o umiejętności zachowania się w obliczu trudności oraz wykazują się cierpliwością.

Podsumowując, słuchacze Uniwersytetów Trzeciego Wieku uzyskali wyższe wyniki wskaźnika ogólnego poczucia własnej skuteczności w porównaniu do osób, które nie wykazują się aktywnością w UTW. Oznacza to, że mają oni wyższy poziom przekonania co do szans osiągnięcia zamierzonego celu w konkretnej

sytuacji. Tym samym lepiej radzą sobie w walce ze stresem, z problemami zdrowotnymi oraz osiągają lepsze efekty przy podejmowaniu decyzji zmiany dotychczasowych szkodliwych dla zdrowia zachowań. Dzięki wysokiemu poziomowi poczucia własnej skuteczności seniorzy posiadają łatwość dokonywania zmian w zachowaniu, co ma niezmiernie istotne znaczenie podczas edukacji zdrowotnej wdrażanej na zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wieku.

Uzyskane wyniki nawiązują do teorii aktywności (S. Cavana i współpracowników), która zakłada, że naturalny proces starzenia się pozwala osobie starszej na podtrzymanie dotychczasowego zaangażowania i aktywności w życiu społecznym, rodzinnym i zawodowym. Łączy się to ze zdolnością korzystania z posiadanych kompetencji oraz możliwością ciągłego uczenia się rzeczy nowych (Studen, Marczyk, 2006, s. 11–12). Charlotte Bühler (za: Zych, 1995, s. 37–38) prowadziła obserwacje, z których wynika, że aktywność jest wartością cenioną społecznie; osobom w podeszłym wieku należy stwarzać okazje do sensownej społecznie działalności i aktywności. Dodała, że zbliżający się kres życia zmusza ludzi do zastanowienia się nad sensem życia i śmiercią, bez względu na dotychczasową aktywność życiową.

5.3. Kontrola zdrowia badanych osób

Badając seniorów skalą MHLC, ustalono źródło umiejscowienia przez nich kontroli zdrowia. Zakres wyników dla każdego z wymiarów: kontroli wewnętrznej, wpływu innych oraz przypadku, obejmuje przedział od 6 do 36 punktów. Im wyższy wynik, tym silniejsze przekonanie, że dany czynnik ma wpływ na stan zdrowia badanych. Słuchacze Uniwersytetów Trzeciego Wieku, jak i badani nie podejmujący aktywności w UTW, prezentują w większości wewnętrzną kontrolę zdrowia (tabela 33). Wśród słuchaczy na kolejnych miejscach uplasował się wpływ innych i przypadku, a w grupie porównawczej wpływ przypadku dominuje nad znaczeniem innych w kontrolowaniu zdrowia badanych osób.

Analizując pytania szczegółowe skali (tabela 33), pomiędzy grupami zauważyć można różnice na poziomie istotnym statystycznie ($p < 0,05$) w stwierdzeniach dotyczących wymiaru kontroli wewnętrznej (pytania 6 i 13 – istotnie wyższe wyniki wśród słuchaczy) oraz zbliżonym do istotnego ($p < 0,01$) w stwierdzeniach dotyczących przypadku (pytanie 2) i na poziomie istotnym ($p < 0,05$) (pytanie 16) – istotnie wyższe wyniki wśród osób spoza UTW. Z kolei

Tabela 33. Poziom umiejscowienia kontroli zdrowia badanych osób

Stwierdzenie	Przynależność do UTW				Istotność różnic	
	osoby zrzeszone w UTW		osoby nie zrzeszone w UTW		t	P
	M	SD	M	SD		
1. Kiedy choruję, to od mojego zachowania zależy, jak szybko wyzdrowieję.	5,000	1,3027	4,790	1,3356	1,126	0,2617
2. Jeżeli mam zachorować, to zachoruję niezależnie od tego, co zrobię.	3,540	1,6601	4,120	1,5653	-2,542	0,0118~
3. Utrzymywanie regularnych kontaktów z lekarzem jest najlepszym sposobem uniknięcia choroby.	3,590	1,7815	3,790	1,7133	-0,809	0,4194
4. Większość tego, co wpływa na moje zdrowie, zdarza się przez przypadek.	3,280	1,7470	3,630	1,6059	-1,475	0,1418
5. Kiedy tylko poczuję się źle, konsultuję się z lekarzem.	3,600	1,9175	3,460	1,7890	0,534	0,5940
6. Ja sam decyduję o swoim zdrowiu.	4,170	1,5312	3,630	1,8238	2,268	0,0244*
7. Inni ludzie (np. lekarze, pielęgniarki, rodzina, przyjaciele) mają wpływ na to, czy zachoruję, czy pozostanę zdrowy.	2,170	1,5831	2,280	1,5640	-0,494	0,6216
8. Kiedy choruję, wina leży po mojej stronie.	3,400	1,7115	3,100	1,6049	1,279	0,2025
9. To, jak szybko wyzdrowieję, zależy w dużym stopniu od szczęścia.	2,790	1,5973	3,250	1,7019	-1,971	0,0501~
10. Lekarze decydują o moim zdrowiu.	3,510	1,7203	3,410	1,6274	0,422	0,6733
11. Moje dobre zdrowie jest w dużym stopniu wynikiem szczęśliwego zbiegu okoliczności.	3,340	1,6950	3,630	1,6676	-1,220	0,2241

Stwierdzenie	Przynależność do UTW				Istotność różnic	
	osoby zrzeszone w UTW		osoby nie zrzeszone w UTW		t	P
	M	SD	M	SD		
12. Moje zdrowie zależy głównie od tego, co ja sam zrobię.	4,570	1,4231	4,180	1,5134	1,877	0,0619~
13. Jeżeli sam będę dbał o siebie, to mogę uniknąć choroby.	4,950	1,2175	4,540	1,3738	2,234	0,0266*
14. Kiedy powracam do zdrowia, to zwykle dzięki innym ludziom (np. lekarzom, pielęgniarkom, rodzinie, przyjaciołom), którzy zapewniają mi dobrą opiekę.	4,210	1,5195	4,380	1,4055	-0,821	0,4125
15. Niezależnie od tego co zrobię, i tak prawdopodobnie zachoruję.	2,820	1,6960	3,150	1,7196	-1,366	0,1734
16. Jeżeli mam pozostać zdrowy, to pozostanę.	3,920	1,7214	4,430	1,5059	-2,230	0,0269*
17. Jeżeli podejmę właściwe działania, to pozostanę zdrowy.	4,580	1,4012	4,330	1,3185	1,299	0,1953
18. Dla swojego zdrowia mogę zrobić jedynie to, co poleci mi lekarz.	3,380	1,7910	3,430	1,7364	-0,200	0,8413
Kontrola wewnętrzna (W)	26,670	5,0614	24,570	6,2187	2,619	0,0095**
Wpływ innych (I)	20,460	6,4502	20,750	6,5093	-0,316	0,7520
Przypadek (P)	19,690	5,7220	22,210	6,3426	-2,950	0,0036**

p – poziom istotności; * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001; ~ zbliżone do istotnego
M – mediana; SD – odchylenie standardowe; t – t-Studenta

Źródło: badanie własne.

na poziomie zbliżonym do istotnego ($p < 0,05$) różnią obie grupy uzyskane wyniki w stwierdzeniu 9, należącym do wymiaru przypadku, z wyższą miarą grupy porównawczej, oraz 12, które to stwierdzenie przypisane jest wymiarowi kontroli wewnętrznej, a wyższy wynik należy do grupy słuchaczy.

Sumując wyniki w kolejnych trzech wymiarach, stwierdzić można, że uzyskane odpowiedzi w wymiarze kontroli wewnętrznej oraz wpływu przypadku różnią badane grupy na poziomie istotnym statystycznie ($p < 0,01$). Słuchacze UTW

umiejscawiają udział własny w zachowaniu zdrowia na poziomie statystycznie wyższym niż ich rówieśnicy nie zrzeszeni w UTW. Ich świadomość możliwości decydowania o sobie oraz podejmowana aktywność na rzecz zdrowia wynikają z treści przekazywanych na zajęciach, zalecanej literatury, czytanych artykułów, omawianych wspólnie problemów zdrowotnych. Najmniej słuchaczy pozostawia kontrolowanie swojego zdrowia przypadkowi, co odróżnia ich pod tym względem od grupy porównawczej na poziomie istotnym statystycznie. Osoby, które nie są związane z Uniwersytetem, a swój czas poświęcają głównie obowiązkom domowym i rodzinnym, nie wykazują swoją postawą aktywnego zainteresowania zdrowiem, a jego kontrolowanie pozostawiają właśnie przypadkowi. Uważają, że bez względu na to, co uczynią, jeśli mają zachorować, to tak się stanie, a czas powrotu do zdrowia warunkują jedynie przypadkiem. Uznają, że większość zdarzeń w ich życiu dzieje się przez przypadek. Jego wysoka ranga wskazuje na bierną postawę względem własnego zdrowia; osoby wskazujące przypadek zarówno w zdrowiu, jak i chorobie czują się bezradni wobec zewnętrznych zagrożeń. Potwierdza to nieumiejętność korzystania z zasobów środowiska pozarodzinnego (instytucji, jak i innych osób znaczących).

Wyniki porównano do wyników średnich próbki normalizacyjnej – osób dorosłych (Juczyński, 2001, s. 82, tabela B-1). W przypadku osób nie zrzeszonych w UTW uzyskane dane prawie nie różnią się miarami w porównaniu do próbki normalizacyjnej, są od nich nieco niższe. To samo dotyczy wyników słuchaczy, za wyjątkiem wymiaru kontroli wewnętrznej, który został umiejscowiony nieco wyżej ($M = 26,670$) niż w badaniach ogólnopolskich ($M = 24,870$). Może to być za sprawą uczestnictwa słuchaczy w zajęciach promujących zdrowotne zachowania profilaktyczne. Specjaliści z różnych dziedzin, również medycyny, podkreślają podczas wykładów i spotkań tematycznych możliwość samodzielnego podejmowania decyzji i wyborów w zakresie zachowań sprzyjających zdrowiu. Słuchacze na skutek spotkań z rówieśnikami i prowadzonymi z nimi rozmowami nie ulegają znacząco ich wpływom, tym bardziej nie pokładają zaufania w przypadek jako czynnik decydujący o stanie zdrowia, lecz sami kierują swoim losem tak, by unikać chorób i zachować zdrowie. Wykazują się aktywną postawą względem zdrowia.

Według zaleceń autorów skali, prowadząc badania grupowe, dokonano klasyfikacji wyników, przyjmując medianę za granicę podziału wyników na wysokie i niskie w każdym z trzech wymiarów. W ten sposób wyeliminowano wyniki przeciętne, z których jedna połowa została zakwalifikowana do wyników niskich, a druga do wysokich. Otrzymano kombinację ośmiu typów możliwych powiązań (W oznacza kontrolę wewnętrzną, I – wpływ innych osób, P – oddziaływanie przypadku):

• silny-wewnętrzny	wysokie W	niskie I	niskie P
• silny-zewnętrzny	niskie W	wysokie I	wysokie P
• pomniejszający wpływ innych	wysokie W	niskie I	wysokie P
• powiększający wpływ innych	niskie W	wysokie I	niskie P
• pomniejszający wpływ przypadku	wysokie W	wysokie I	niskie P
• powiększający wpływ przypadku	niskie W	niskie I	wysokie P
• nieróznicowany-silny	wysokie W	wysokie I	wysokie P
• nieróznicowany-słaby	niskie W	niskie I	niskie P

Zewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia świadczy o przekonaniu osoby, że jej stan zdrowia zależy od czynników zewnętrznych. Osoby o tym poczuciu ulokowania kontroli zdrowia gorzej radzą sobie z sytuacjami stresowymi i ujawniają przekonanie o braku oddziaływania na przebieg radzenia sobie z utrzymaniem zdrowia. Zewnętrzne umiejscowienie kontroli predysponuje do negowania objawów choroby, pomniejszania konieczności przestrzegania zachowań usprawniających przebieg leczenia i rehabilitacji. Osoby o wewnętrznym umiejscowieniu kontroli dążą do poprawy i utrzymania zdrowia, skuteczniej korzystają ze wsparcia społecznego. Osoby wysoko lokujące wpływ przypadku – wyrażają bierną postawę względem zdrowia, zarówno w zdrowiu i chorobie czują się bezradni wobec zewnętrznych zagrożeń. Z kolei osoby o typie nieróznicowanym silnym i nieróznicowanym słabym wykazują niejednoznaczną lokalizację kontroli. Osoby przejawiające typ nieróznicowany silny w zależności od sytuacji same radzą sobie z problemami zdrowotnymi, podatne są na edukację zdrowotną, a tym samym oddziaływanie zewnętrzne lub pozostają bierne. Osoby zakwalifikowane do typu nieróznicowanego słabego przejawiają postawę bierną, broniąc się przed oddziaływaniem innych, własnym, a także przypadku.

Przedstawiona typologia oparta jest na wynikach empirycznych zmiennej wielowymiarowej. Około 33% badanych uzyskuje wyniki kwalifikujące ich do typów nieróznicowanego silnego i nieróznicowanego słabego. Świadczy to o tym, że tak jak wpływ innych może współwystępować z wpływem przypadku, tak zdarzają się wyniki wysokie lub niskie we wszystkich trzech wymiarach. Ilościową przynależność do wymienionych typów zobrazowano tabelą 34 (s. 154).

Zdecydowana większość słuchaczy oraz seniorów, którzy nie podejmują aktywności intelektualnej, prezentuje typ nieróznicowany silny. Drugie miejsce wśród słuchaczy zajmuje typ pomniejszający wpływ przypadku, a trzecie – pomniejszający wpływ innych. Wśród osób nie zrzeszonych w UTW wyniki uplasowały się odwrotnie, a mianowicie drugie miejsce zajmuje typ pomniejszający wpływ innych, a trzecie – pomniejszający wpływ przypadku. Niejednoznaczne

Tabela 34. Typy umiejscowienia kontroli zdrowia

Uzyskane wyniki	Przynależność do UTW		Ogółem	
	osoby zrzeszone w UTW	osoby nie zrzeszone w UTW	N	%
Typ silny wewnętrzny	12	10	22	11,0
Typ silny zewnętrzny	2	4	6	3,0
Typ pomniejszający wpływ innych	19	18	37	18,5
Typ powiększający wpływ innych	3	2	5	2,5
Typ pomniejszający wpływ przypadku	26	10	36	18,0
Typ powiększający wpływ przypadku	2	5	7	3,5
Typ niezróżnicowany silny	36	46	82	41,0
Typ niezróżnicowany słaby	0	5	5	2,5
Razem	n = 100%	n = 100%	200	100,0

Źródło: badanie własne.

umiejscowienie poczucia kontroli występujące w badanych grupach, wyrażające się w typie niezróżnicowanym silnym, jest korzystne i tworzy przestrzeń do działań o charakterze promującym zdrowie. Osoby należące do tej kategorii łatwiej ulegają wpływom innych osób, co oznacza, że zwiększa się prawdopodobieństwo skuteczności działań prowadzonych przez lekarzy, pielęgniarki, wykładowców oraz innych osób promujących zdrowy styl życia.

Ogromną rolę przypisuje się wewnętrznemu umiejscowieniu kontroli zdrowia. Osoby, które przejawiają dominację wewnętrznej kontroli, są bardziej autonomiczne w podejmowaniu decyzji, częściej angażują się w aktywność prozdrowotną, mają większe poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie. Umiejscowienie poczucia kontroli wewnątrz siebie wiąże się często z dążeniem do poprawy i utrzymania zdrowia, stąd u osób z wysokimi wynikami w tym wymiarze częściej pojawiają się zachowania profilaktyczne. Przekłada się to w badanych grupach na podejmowane przez nie działania zdrowotne.

Reasumując, słuchacze Uniwersytetów Trzeciego Wieku, jak i badani nie podejmujący aktywności w UTW, prezentują w większości wewnętrzną kontrolę zdrowia. Wśród słuchaczy na kolejnych miejscach uplasował się wpływ innych i przypadku, a w grupie porównawczej wpływ przypadku dominuje nad znaczeniem innych w kontrolowaniu zdrowia badanych osób. Zaobserwowano

różnice istotne statystycznie na korzyść słuchaczy w stwierdzeniach dotyczących wymiaru kontroli wewnętrznej oraz na korzyść osób spoza UTW w tych stwierdzeniach, które dotyczą przypadku.

Poczucie kontroli zdrowia to przekonanie o możliwości wpływu na swoje zachowania oraz o posiadaniu umiejętności odpowiedniego zachowania się, która poprawia stan zdrowia lub sprzyja jego zachowaniu. Im bardziej kontrola umiejscowiona jest wewnątrz, tym większa świadomość odpowiedzialności za własne zdrowie (por. John-Borys, 2002, s. 28–29). Świadomość słuchaczy możliwości decydowania o sobie i podejmowana aktywność zdrowotna wynikają z treści przekazywanych na zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wieku, zalecanej literatury przez specjalistów prowadzących zajęcia, czytanych artykułów, omawianych wspólnie problemów zdrowotnych.

Najmniej słuchaczy ceduje kontrolowanie swojego stanu zdrowia na przypadek, co odróżnia ich pod tym względem na tle badanej grupy porównawczej na poziomie istotnym statystycznie. Niska ranga przypadku reprezentowana przez udzielających się w Uniwersytetach Trzeciego Wieku wskazuje na ich aktywną postawę względem własnego zdrowia. Osoby odrzucające przypadek zarówno w zdrowiu, jak i chorobie nie czują się bezradni wobec zewnętrznych zagrożeń. Można pokusić się o interpretację, że słuchaczy motywuje chęć życia, stąd wyższy u nich poziom wewnętrznego kontrolowania zdrowia, niż u osób, które nie podejmują aktywności, a przyjmują niekiedy nawet postawę żegnania się z życiem.

Wykładowcy – specjaliści z różnych dziedzin, w tym także medycyny – podkreślają podczas spotkań tematycznych ze słuchaczami możliwości samodzielnego podejmowania decyzji i wyborów w zakresie zachowań sprzyjających zdrowiu. Następstwem tego jest fakt, że w większości seniorzy – słuchacze – sami kierują swoim losem tak, by unikać chorób i zachować zdrowie, wzmacniając tym samym aktywną postawę na rzecz zdrowia.

Badane osoby wykazują w zdecydowanej większości typ umiejscowienia kontroli zdrowia niezróżnicowany silny – korzystny i tworzący przestrzeń do działań o charakterze promującym zdrowie.

Literatura przedmiotu wskazuje, że osoby wierzące we własną możliwość wpływania na stresujące wydarzenia życiowe lepiej potrafią je opanować, są skuteczniejsze w zmaganiu się z nimi, a osoby zewnętrznie umiejscawiające kontrolę pod wpływem negatywnych wydarzeń życiowych podlegają większej liczbie różnych zaburzeń psychopatologicznych. Silna zewnątrzsterowność wzmagają poczucie bezradności, pasywność i tendencje do poddawania się. Dla człowieka najkorzystniejsza wydaje się umiarkowana wewnątrzsterowność,

gdyż nie na wszystko w życiu człowiek ma wpływ (por. Chodkiewicz, 2007). Wewnętrzne umiejscowienie kontroli zdrowia powinno zwiększać prawdopodobieństwo podejmowania zachowań prozdrowotnych i prowadzić do lepszego stanu zdrowia. Osoby wewnętrznie umiejscawiające kontrolę zdrowia wykazują się większą autonomicznością w podejmowaniu decyzji, częstszym angażowaniem się w działalność prozdrowotną i poczuciem odpowiedzialności za własne zdrowie. Z badań Juczyńskiego (por. 2001, s. 74–75) wynika, że od kontroli wewnętrznej zależy lepsze przestrzeganie codziennych praktyk zdrowotnych i nawyków żywieniowych. Słuchacze UTW nie muszą podlegać wpływowi innych osób, czy przypadku; nie ma potrzeby zachęcania ich do zachowań prozdrowotnych, bowiem oni sami starają się być za siebie odpowiedzialni, zgodnie z nabywaną wiedzą.

5.4. Podejmowanie działań prozdrowotnych przez badane osoby

Zapytano badanych o podejmowane przez nich praktyki zdrowotne i działania profilaktyczne. W wyniku dokonanej analizy ustalono ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych (tabela 35) oraz stopień nasilenia czterech kategorii zachowań (tabele 35 i 36): prawidłowe nawyki żywieniowe (PZN), zachowania profilaktyczne (ZP), praktyki zdrowotne (PZ) oraz pozytywne nastawienie psychiczne (PNP). Ogólny wskaźnik nasilenia zachowań zdrowotnych (łączna suma punktów uzyskana z udzielonych odpowiedzi w prezentowanych kategoriach) mierzony skalą Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) mieści się w granicach 24–120 punktów. Im wyższy wynik, tym większe nasilenie deklarowanych zachowań zdrowotnych. Otrzymaną liczbę punktów przeliczono na skalę stenową i dokonano zestawienia z tymczasowymi normami polskimi z lat 1998–1999 podanymi przez Juczyńskiego, autora skali. Dokonano interpretacji wyników w kategorii wyników niskich (1–4 sten), przeciętnych (5–6 sten) oraz wysokich (7–10 sten).

Ocena nasilenia badanych zachowań sprzyjających zdrowiu pozwala stwierdzić, że badani słuchacze Uniwersytetów Trzeciego Wieku prezentują najczęściej wysokie zachowania zdrowotne (48%), w odróżnieniu od osób z grupy porównawczej, w której najwięcej (42%) przeciętnie ocenia swoje zachowania prozdrowotne. Wskazuje to na znaczenie UTW w kształtowaniu wśród słuchaczy wiodącej roli zachowań zdrowotnych w utrzymaniu i umacnianiu zdrowia. Pomimo

braku wpływu na przebieg chorób przewlekłych przypisanych starości, człowiek stale kieruje swoim życiem, dokonuje wyborów związanych ze stylem życia oraz postaw wobec własnego zdrowia, które warunkują jego patologiczne lub pozytywne starzenie się.

Tabela 35. Porównanie nasilenia ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych w grupach badanych osób

Wyniki	Przynależność do UTW		Ogółem	
	osoby zrzeszone w UTW	osoby nie zrzeszone w UTW	n	%
Niskie	16	19	35	17,5
Przeciętne	36	42	78	39,0
Wysokie	48	39	87	43,5
Razem	n = 100%	n = 100%	200	100,0

Źródło: badanie własne.

Następnie obliczono nasilenie czterech kategorii zachowań zdrowotnych, to jest: prawidłowych nawyków żywieniowych, zachowań profilaktycznych, pozytywnego nastawienia psychicznego i praktyk zdrowotnych. Wskaźnikiem była średnia liczba punktów w każdej z wymienionych kategorii. Uzyskane wyniki zostały porównane do wartości średnich wyników badanych grup (Juczyński, 2001, s. 119, tabela C-2).

Analizując zgromadzone dane (tabele 36 i 37) stwierdza się wysoki ogólny wskaźnik zachowań zdrowotnych badanych grup, z wyższym wskaźnikiem wśród osób podejmujących aktywność intelektualną w Uniwersytetach Trzeciego Wieku. Stwierdzono wysokie wskaźniki zachowań zdrowotnych we wszystkich czterech kategoriach w porównaniu ze wskaźnikami średnich wyników podanych przez autora Inwentarza. Wszystkie wskaźniki przemawiają też za wnioskiem, że badani słuchacze Uniwersytetów Trzeciego Wieku deklarują istotnie wyżej ($p < 0,05$) niż osoby z grupy porównawczej swoje nawyki żywieniowe (istotne różnice zdiagnozowano w zakresie stwierdzeń 17 i 21, dotyczących unikania solonej żywności i spożywania pieczywa pełnoziarnistego), a na poziomie zbliżonym do istotnego ($p < 0,05$) pozytywne nastawienie psychiczne (różnice na poziomie istotnym przy stwierdzeniu 7, dotyczącym unikania sytuacji przygnębiających i na poziomie zbliżonym do istotnego w stwierdzeniu 19, mówiącym o unikaniu gniewu, lęku i depresji). Uzyskane średnie w poszcze-

gólnych pytaniach zestawiono w tabeli 38. Prawidłowe nawyki żywieniowe uwzględniają przede wszystkim rodzaj spożywanej żywności. Z kolei pozytywne nastawienie psychiczne związane jest z unikaniem zbyt silnych emocji, stresów i napięć, jak i sytuacji wpływających przygnębiająco. Warto zauważyć, że wpływ na wyższe wyniki właśnie w tych kategoriach może mieć fakt, że słuchacze uczestniczą w wykładach o tematyce zdrowotnej oraz w spotkaniach Zespołu Psychologicznego, które przyczyniają się do wejścia w głąb własnej osoby, dokonania samooceny i korekty własnych zachowań.

Tabela 36. Średnie wyniki podejmowanych zachowań zdrowotnych

Stwierdzenia	Przynależność do UTW				Istotność różnic	
	osoby zrzeszone w UTW		osoby nie zrzeszone w UTW			
	M	SD	M	SD	t	p
1. Jem dużo warzyw, owoców.	4100	0,8103	3,940	0,8018	1,4036	0,1620
2. Unikam przeziębień.	3,980	1,0539	4,020	0,8285	-0,2984	0,7657
3. Poważnie traktuję wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie moim zdrowiem.	3,430	1,1998	3,520	1,0682	-0,5603	0,5759
4. Wystarczająco dużo odpoczywam.	3,550	0,9031	3,370	1,0604	1,2923	0,1978
5. Ograniczam spożywanie takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce, cukier.	3,550	1,1225	3,590	1,0454	-0,2608	0,7945
6. Mam zanotowane numery telefonów służb pogotowia.	3,360	1,6668	3,410	1,7297	-0,2082	0,8353
7. Unikam sytuacji, które wpływają na mnie przygnębiająco.	3,810	1,0020	3,480	1,0682	2,2532	0,0253*
8. Unikam przepracowania.	2,920	1,1163	3,040	1,1714	-0,7416	0,4592
9. Dbam o prawidłowe odżywianie.	3,740	1,0408	3,580	1,0068	1,1049	0,2705
10. Przestrzegam zaleceń lekarskich wynikających z moich badań.	3,920	1,1949	3,990	1,0963	-0,4317	0,6665
11. Staram się unikać zbyt silnych emocji, stresów i napięć.	3,510	0,9692	3,430	0,9562	0,5876	0,5575
12. Kontroluję swoją wagę ciała.	3,470	1,2182	3,450	1,1667	0,1186	0,9057

Stwierdzenia	Przynależność do UTW				Istotność różnic	
	osoby zrzeszone w UTW		osoby nie zrzeszone w UTW		t	p
	M	SD	M	SD		
13. Unikam spożywania żywności z konserwantami.	3,800	1,0636	3,580	1,1117	1,4299	0,1543
14. Regularnie zgłaszam się na badania lekarskie.	3,540	1,3059	3,360	1,2912	0,9802	0,3282
15. Mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne.	4,380	0,8382	4,200	0,9353	1,4178	0,1578
16. Wystarczająco dużo śpię.	3,880	0,9876	3,660	1,2079	1,4100	0,1601
17. Unikam soli i silnie solonej żywności.	3,900	1,1764	3,520	1,2591	2,2052	0,0286*
18. Staram się dowiedzieć, jak inni unikają chorób.	2,970	1,2099	2,900	1,2268	0,4063	0,6850
19. Unikam takich uczuć, jak gniew, lęk i depresja.	3,740	1,0789	3,450	1,0672	1,9110	0,0575~
20. Ograniczam palenie tytoniu.	4,480	1,2671	4,340	1,3575	0,7539	0,4518
21. Jem pieczywo pełnoziarniste.	3,920	0,9606	3,610	1,0721	2,1535	0,0325*
22. Staram się uzyskać informacje medyczne i zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby.	3,950	1,0577	3,700	1,1677	1,5868	0,1142
23. Myślę pozytywnie.	4,320	0,8273	4,120	0,9021	1,6340	0,1039
24. Unikam nadmiernego wysiłku fizycznego.	3,190	1,1344	3,200	1,1192	-0,0628	0,9500
Prawidłowe nawyki żywieniowe (PNZ)	23,010	4,1108	21,820	4,1277	2,0427	0,0424*
Zachowania profilaktyczne (ZP)	21,720	5,1504	21,380	4,6510	0,4899	0,6247
Pozytywne nastawienie psychiczne (PNP)	23,190	3,7677	22,200	3,7979	1,8505	0,0657~
Praktyki zdrowotne (PZ)	21,490	3,8072	21,060	4,1823	0,7603	0,4480

p – poziom istotności; * $p < 0,05$; ~ zbliżone do istotnego
M – mediana; SD – odchylenie standardowe; t – t-Studenta

Źródło: badanie własne.

Tabela 37. Wskaźnik zachowań zdrowotnych badanych grup

Kategoria	Przynależność do UTW				Grupa Dorosłych*	
	osoby zrzeszone w UTW		osoby nie zrzeszone w UTW			
	M	SD	M	SD	M	SD
Prawidłowe nawyki żywieniowe (PNZ)	3,835	0,685	3,637	0,688	3,22	0,76
Zachowania profilaktyczne (ZP)	3,620	0,858	3,563	0,775	3,42	0,78
Pozytywne nastawienie psychiczne (PNP)	3,865	0,628	3,700	0,633	3,52	0,66
Praktyki zdrowotne (PZ)	3,582	0,634	3,510	0,697	3,32	0,85
Wskaźnik zachowań zdrowotnych (WZZ)	89,41		86,46		81,82	

M – mediana; SD – odchylenie standardowe

* Grupa Dorosłych – grupa normalizacyjna autora Inwentarza Zachowań Zdrowotnych

Źródło: badania własne.

Kategorie zachowań profilaktycznych oraz praktyk zdrowotnych osiągnęły również wyższe wyniki wśród słuchaczy, jednak statystycznie nieistotne. Twierdzenia związane z zachowaniami profilaktycznymi dotyczą zaleceń zdrowotnych, uzyskiwania informacji na temat zdrowia i choroby. Praktyki zdrowotne natomiast obejmują codzienne nawyki dotyczące snu i rekreacji czy aktywności fizycznej.

Wyższe wyniki w kategoriach zachowań zdrowotnych uzyskane przez słuchaczy UTW wskazują na ich większe zaangażowanie w procesy dbania o własny stan psychofizyczny. Mają oni świadomość wpływu na swój stan zdrowia. W ramach zajęć częściej rozmawiają o predyktorach zachowań zdrowotnych oraz czynnikach szkodliwych. Zajęcia o tematyce zdrowotnej, w których nie uczestniczą osoby z grupy porównawczej, pomagają im w zrozumieniu potrzeb ich własnego organizmu, co bezpośrednio przekłada się na wyniki zestawione w tabelach 36 i 37. Celem Uniwersytetów Trzeciego Wieku jest szeroko pojmowana edukacja, upowszechnianie wiedzy z różnych dziedzin życia, w tym także medycznych i przyrodniczych, poprawa jakości życia seniorów i tworzenie warunków dobrego starzenia się. Organizacja UTW zapewnia seniorom aktywność fizyczną, psychiczną oraz społeczną, stąd osiągają oni wyższe wyniki we wskaźnikach zachowań zdrowotnych w porównaniu do ich rówieśników, którzy na co dzień nie mają tak bogatej aktywności.

Badania Haliny Szwarz (za: Chabior, 2000, s. 62–63) dostarczają informacji, że osoby lepiej wykształcone, uczestniczące w dalszym kształceniu są zdrowsze i bardziej zadowolone ze swojego życia. Potwierdzają one duże znaczenie Uniwersytetu Trzeciego Wieku w życiu osób starszych. Promowanie zdrowia przeciwdziała zachorowalności, a zajęcia uczą, jak zachować zdrowy styl życia oraz stwarzają warunki do dalszego rozwoju poprzez aktywizowanie umysłowe i fizyczne. Analiza badań uzyskanych przez Dorotę Kozieł i współpracowników (2008, s. 23–28) prowadzi do wniosków, że osoby aktywne intelektualnie mają lepsze nawyki żywieniowe, lepiej oceniają przestrzeganie zaleceń zdrowotnych i uzyskiwanie informacji na temat zdrowia i choroby, częściej też starają się unikać sytuacji działających przynębiająco, zbyt silnych emocji i stresów. Tadeusz Aleksander (za: Chabior, 2000, s. 62–63) podkreśla, że UTW ma znaczenie w środowisku, w którym jest zorganizowany, jak również w jednostkowym wymiarze funkcjonowania słuchaczy. Uczestnictwo w zajęciach, a tym samym aktywność intelektualna, dążenie do rozwoju, systematyzowania zdobytej wiedzy, jej rozszerzania, sprzyja zachowaniu wysokiej sprawności psychofizycznej do późnych lat życia.

W literaturze przedmiotu wiele miejsca poświęca się aktywizowaniu seniorów, włączaniu ich w życie społeczne, przeciwdziałaniu ich izolacji. Ważne jest aktywizowanie poprzez edukację w Uniwersytetach Trzeciego Wieku, udział w zajęciach praktycznych, promowanie inicjatyw seniorskich i zdrowego stylu życia. Współpraca z mediami w zakresie kreowania wizerunku aktywnej starości staje się gwarantem zdrowia w podeszłym wieku, stąd większe szanse na kreowanie zdrowego stylu życia za sprawą uczestnictwa w zajęciach UTW, niż jedynie dostępność i korzystanie z czasopism o tematyce zdrowotnej skierowanych do czytelników po 60. roku życia. Uniwersytety dla seniorów mają na celu udostępnienie nowych obszarów wiedzy (por. Halicki, 2000, s. 69–73).

Uniwersytety Trzeciego Wieku przyczyniają się do poprawy kondycji psychofizycznej i społecznej ludzi starszych. Wpływają na poprawę nawyków czy zachowań oraz dobre samopoczucie. Poza tym poprzez proponowane wykłady i inne formy działań przybliżają problematykę zdrowotną, promują zachowania podejmowane na rzecz zdrowia oraz dają wskazówki postępowania. Lepszy stan zdrowia to rezultat edukacji dążącej do profilaktyki zachorowań (poprzez kształtowanie prawidłowych nawyków żywieniowych, unikanie zagrożeń, pozytywne nastawienie psychiczne i podejmowanie zachowań na rzecz zdrowia). Pomimo niechęci do wizyt lekarskich uczestnicy UTW potrafią o siebie zadbać dzięki wiedzy, której źródłem są spotkania uniwersyteckie.

ROZDZIAŁ 6

ZASOBY OSOBISTE BADANYCH OSÓB

6.1. Porównanie poziomów poczucia koherencji badanych osób

Poczucie koherencji jako podstawowa determinanta zdrowia odpowiedzialna za jego utrzymanie stanowi zmienną, która różnicuje badane grupy osób. Uzyskane wyniki badań wskazują na różnice między badanymi słuchaczami Uniwersytetów Trzeciego Wieku (grupa podstawowa) oraz osobami nie zrzeszonymi w UTW (grupa porównawcza) w zakresie poczucia koherencji (tabela 38).

Uchwycona różnica na poziomie zbliżonym do istotnego ($p < 0,05$) dotyczy wyniku ogólnego, co wskazuje na nieco wyższy poziom poczucia koherencji u słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Ogólny wynik poczucia koherencji pozwala jedynie na wstępną orientację odnośnie stopnia, w jakim osoba dysponuje zdolnościami do funkcjonowania adaptacyjnego. Uzyskany wynik pokazuje

łatwiejsze zdolności adaptacyjne w grupie osób zrzeszonych w Uniwersytetach Trzeciego Wieku. Słuchacze cyklicznie spotykają się ze sobą, mają możliwość kontaktów z nowymi słuchaczami, uczestnicząc w proponowanych przez Uniwersytet, zajęciach prowadzą rozmowy i dyskusje z wykładowcami, obcują z nowymi dla siebie sytuacjami i zdarzeniami, co przyczynia się do ich otwartości na wyzwania. Dzięki funkcjonowaniu w odbiegających od stereotypowych sytuacjach częściej niż osoby nie zrzeszone w UTW wychodząc z domu i mając kontakt z nowo poznаныmi ludźmi, wykazują wyższe zdolności adaptacyjne. Jednakże dokładnej charakterystyki tej dyspozycji dostarcza analiza jej elementów składowych.

Tabela 38. Zestawienie wyników poczucia koherencji

Skale SOC	Przynależność do UTW				Istotność różnic	
	osoby zrzeszone w UTW		osoby nie zrzeszone w UTW			
	M	SD	M	SD	t	p
Poczucie zrozumiałości (PZR)	51,31	8,319	46,95	9,688	1,2999	0,1951
Poczucie zaradności (PZ)	50,09	7,704	48,61	9,328	1,2233	0,2227
Poczucie sensowności (PS)	44,46	6,983	42,34	6,852	2,1670	0,0314*
Wynik ogólny (WO)	145,86	19,330	140,60	23,225	1,7408	0,0833~

p – poziom istotności; * $p < 0,05$; ~ zbliżone do istotnego
M – mediana; SD – odchylenie standardowe; t – t-Studenta

Źródło: badanie własne.

W obrębie elementów składowych poczucia koherencji istotne statystycznie różnicowanie międzygrupowe wystąpiło jedynie w zakresie poczucia sensowności. Osoby zrzeszone w Uniwersytecie Trzeciego Wieku cechuje znacząco wyższy poziom poczucia sensowności ($p < 0,05$). Poczucie sensowności (PS), jako element decydujący o globalnym poziomie poczucia koherencji, związany jest z dostrzeganiem i nadawaniem sensu doświadczanym w swoim życiu zdarzeniom i sytuacjom. Jego emocjonalno-motywacyjny charakter wyznacza stopień zaangażowania i wysiłku w zmaganiu się z trudnościami i w dążeniach do ich pokonania. W większym stopniu niż grupa porównawcza grupa słuchaczy ocenia doświadczane przez nią sytuacje w kategoriach sensownych, wartych zaangażowania, a w przypadku napotykania trudności, ich pokonania. Wyniki umieszczone w tabeli 38 potwierdzają większe zaangażowanie w radzeniu sobie z napotykanymi trudnościami i większą motywację do ich przewyciężania wśród badanych słuchaczy, co wska-

zuje na ich lepsze radzenie sobie zarówno w nowych, jak i problemowych sytuacjach niż osób, które nie przynależą do UTW. Słuchacze napotykać na trudności, szukając wsparcia w ich pokonaniu, widzą sens oraz duże znaczenie takiego zachowania. Nie oczekują samoistnego rozwiązania się problemu, lecz aktywnie podejmują działanie na jego rzecz. Biorąc pod uwagę motywacyjny charakter poczucia sensowności można stwierdzić, że osoby, które mają trudności w dostrzeganiu sensu swojej sytuacji (tu mowa o osobach z grupy porównawczej), przejawiają też małe zaangażowanie w nadawanie wartości swojemu życiu i w pokonywanie napotykaných trudności, traktując je jako niewarte wysiłku.

Z punktu widzenia struktury poczucia koherencji warto zaznaczyć, że zarówno w grupie słuchaczy, jak i grupie porównawczej najniższy poziom uzyskał najważniejszy komponent, omówione poczucie sensowności (analogicznie $M = 44,46$ oraz $M = 42,34$), które zgodnie z założeniami Antonovsky'ego (1995) decyduje o poziomie pozostałych składników i wyniku ogólnym. Znaczne różnicowanie w poziomach poczucia zrozumiałości, zaradności i sensowności wśród osób w grupie porównawczej wskazuje na dysponowanie przez nie dość niestabilnym poczuciem koherencji. U słuchaczy zaznacza się większa stabilność struktury poczucia koherencji wyznaczana głównie zbieżnością poziomu poczucia zaradności i zrozumiałości.

Poczucie zrozumiałości (PZR) wyraża się w interpretowaniu napotykaných sytuacji czy odbieranych informacji jako jasnych, spójnych, dających się wyjaśnić i przewidzieć. Jest to poczucie zrozumienia własnej sytuacji życiowej i składających się na nią doświadczeń. Ten składnik struktury poczucia koherencji uzyskał najwyższą wartość wśród słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku ($M = 51,31$), wyższą też niż w grupie porównawczej ($M = 49,65$). W większym zakresie słuchacze nadają docierającym do nich bodźcom zewnętrznym i wewnętrznym cech zrozumiałości, jasności, spójności i możliwości logicznego uporządkowania. Uczestnictwo w zajęciach – wykładach i konwersatoriach – możliwość spotkań z osobami prowadzącymi zajęcia oraz z grupą rówieśniczą sprzyjają zrozumieniu otaczającego ich świata. Słuchacze mają zorganizowaną przestrzeń do rozmów i dyskusji na tematy o życiu, o świecie, jak i o codziennych zmaganiach. Wymieniają się poglądami, opiniami, udzielają sobie wzajemnie porad i wskazówek, co zwiększa ich możliwość interpretacji odbieranych informacji jako jasnych i przewidywalnych.

Z kolei poczucie zaradności (PZ), wyższe wśród słuchaczy ($M = 50,09$) niż w grupie porównawczej ($M = 48,61$), wskazuje na stopień wykorzystania przez jednostkę dostępnych jej zasobów do radzenia sobie z bodźcami stresogennymi.

Przyczyny tego również można upatrywać we współistnieniu osób badanych w zinstytucjonalizowanej grupie rówieśniczej słuchaczy. Udział w zajęciach na temat zdrowia, tworzenie przez UTW przestrzeni do zachowań zdrowotnych seniorów nie pozostają tu bez znaczenia. Dostarczają one informacji, jak funkcjonować w sytuacjach stresujących, jak sobie radzić ze stresem, jak nie dać mu się zniszczyć, jak rozwiązywać problemy. Zajęcia w UTW sprzyjają otwartej komunikacji i trenują wiele umiejętności asertywnych i komunikacyjnych. Uczą otwartości na drugiego człowieka i globalnego spojrzenia na otaczające problemy. Ma to duże znaczenie dla codziennego funkcjonowania seniorów.

Reasumując, rezultaty przeprowadzonych badań ukazały zróżnicowanie między osobami zrzeszonymi oraz nie zrzeszonymi w UTW w zakresie zmiennej poczucia koherencji. Przejawia się ono już w poziomie ogólnym tej dyspozycji, niewiele wyższym, jednak co ważne, na poziomie zbliżonym do istotnego u słuchaczy UTW. Przewaga tej grupy badanych nad osobami, które nie wykazują się aktywnością w instytucji dla seniorów, wyraża się we wszystkich trzech komponentach – poczuciu sensowności, zaradności i zrozumiałości. Oznacza to, że słuchacze w większym zakresie nadają docierającym do nich bodźcom zewnętrznym i wewnętrznym cech zrozumiałości, spójności, jasności i możliwości logicznego uporządkowania. Doświadczane sytuacje bardziej oceniają w kategoriach sensownych, wartych zaangażowania. W sytuacjach napotykanymi trudności bardziej też widzą możliwości ich pokonania. Słuchacze UTW wykazują się wyższym przekonaniem co do tego, że dostępne im zasoby uruchamiane w chwili kontaktu z problemami są wystarczające do skutecznego i samodzielnego zmagania się z nimi. Na poczucie samodzielności słuchaczy wpływa doskonalenie funkcji poznawczych podczas zajęć w UTW – pamięci, myślenia logicznego, wnioskowania. Obecność w środowisku uniwersyteckim wpływa na rozwój i doskonalenie umiejętności poszukiwania i wykorzystania informacji we współczesnym świecie. Badani słuchacze są emerytami, w większości niepodjętymi już pracy. Często odczuwają jej brak jako wartości nadającej rytm dnia codziennego. UTW staje się formą zastępczą; naukę traktują jako pracę, więc bardziej poprzez edukację są nastawieni na samorozwój i czerpanie satysfakcji z życia, a nie na wzbogacanie się materialne. Samorealizacja poprzez rozwój osobowości, poprzez edukację stanowi ich nowy cel życiowy.

Znajduje to odzwierciedlenie w literaturze przedmiotu. Poczucie koherencji jest właściwością ułatwiającą radzenie sobie z wszelkimi czynnikami naruszającymi stan homeostazy (por. Zajac, 2002, s. 60). Odgrywa ono znaczącą rolę w procesie przystosowania się do nowych i trudnych sytuacji, stąd tak duże jest

jego znaczenie dla przeżywania okresu starości. Ma ono wpływ na zdrowie człowieka starszego. To od poczucia koherencji zależy efektywność radzenia sobie z trudnościami, a w konsekwencji też samopoczucie i zadowolenie z życia. Od poziomu poczucia koherencji zależy optymalne funkcjonowanie biologiczne, jakość dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego (por. Zając, 2002, s. 62; por. Sitarczyk, 2006, s. 293).

Zrealizowane badania (por. Zając, 2002, s. 86–109) wśród mieszkańców Domu Pomocy Społecznej w Bydgoszczy potwierdzają hipotezę, że wysoki poziom poczucia koherencji wiąże się z lepszym przystosowaniem do okresu starości, ocenianym na podstawie subiektywnej percepcji własnego życia oraz nasilenia objawów depresyjnych. W stanie depresji zaburzeniom ulega sfera emocjonalno-motywacyjna, stąd jej nasilenie związane jest głównie z sensownością. To właśnie sensowność jest elementem wewnętrznych zasobów wspomagającym jednostkę w obszarze emocji i motywacji; sprzyja odczuwaniu celowości podejmowanej aktywności i wartości angażowania się w nią, co zapewnia emocjonalną orientację w rzeczywistości i poczucie wartościowania życia. Wysoki poziom zrozumiałości i sterowalności wiąże się z mniejszym nasileniem objawów depresyjnych. Zrozumiałość zmniejsza niepokój płynący z niepewności przyszłości oraz lęku przed śmiercią. Na podstawie posiadanej wiedzy człowiek jest w stanie przewidzieć pewne sytuacje i uruchomić w sobie odpowiednie przygotowanie do nich. Natomiast sterowalność sprzyja zachowaniu poczucia bezpieczeństwa i wpływu na własne życie. Nie wymaga ona uruchamiania własnych zasobów wewnętrznych, lecz dopuszcza, co w okresie starości ma większe znaczenie, możliwość radzenia sobie z rzeczywistością przy pomocy innych osób czy instytucji.

Badania Małgorzaty Sitarczyk (por. 2006, s. 294–299) zrealizowane wśród mieszkańców domów pomocy społecznej oraz słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku wskazują na znaczący wpływ poczucia koherencji na zdrowie człowieka i jego funkcjonowanie w sferze biologicznej, fizycznej, psychicznej i społecznej. Poziom poczucia koherencji decyduje o efektywności radzenia sobie z trudnymi sytuacjami. Analiza uzyskanych wyników potwierdza wyższy poziom we wszystkich trzech komponentach poczucia koherencji wśród słuchaczy UTW w porównaniu z mieszkańcami DPS. Słuchaczy UTW charakteryzuje wysokie poczucie zrozumiałości, co zapewne wynika z lepszych możliwości poznawczych tej grupy (z racji lepszego wykształcenia), jak również z umiejętności obiektywnego i logicznego wnioskowania. Również w zakresie zaradności (sterowalności) słuchacze przewyższają mieszkańców. Częściej doświadczają oni poczucia sprawstwa, osiągają cele i sukcesy. Czynnikiem sprzyjającym tym zachowaniom

jest poczucie sensowności, istotnie statystycznie wyższe w grupie słuchaczy. Im wyższe subiektywne poczucie sensowności podejmowanych działań, tym silniej odczuwane jest przekonanie o zaradności i sprawczości człowieka; to zależność charakteryzująca badanych zrzeszonych w UTW. Poziom aktywności życiowej różnicuje nasilenie poczucia koherencji. Zestawienia przeanalizowanych wyników Sitarczyk wskazują na fakt, że słuchacze są znacznie bardziej zadowoleni z różnych form aktywności życiowej niż ich rówieśnicy w DPS. Wynika z tego, że wyższy poziom poczucia koherencji w okresie starości wtórnie warunkuje subiektywną satysfakcję z życia.

Również z badań Tadeusza Pasikowskiego (por. 2001a, s. 48–54) wynika, że SOC wpływa w istotny sposób na procesy radzenia sobie z krytycznymi wydarzeniami, co najbardziej uwidacznia się na etapie poznawczej oceny pierwotnej stresorów. Wysoki poziom SOC łączy się z tendencją do oceny zdarzeń w kategoriach wyzwania oraz zwiększa prawdopodobieństwo wyboru strategii aktywno-behawioralnych skoncentrowanych na problemie (nie unikowych). Oddziałuje ono na subiektywne poczucie zdrowia jako zmienna modyfikująca procesy radzenia sobie.

6.2. Wsparcie społeczne badanych osób

6.2.1. Sieć wsparcia społecznego badanych osób

Źródła społecznego wsparcia jako system wzajemnych świadczeń oparty na osobistych i emocjonalnych więziach osób zrzeszonych, jak i nie zrzeszonych w UTW, poddano badaniom stosując Kwestionariusz Wsparcia Społecznego (NSSQ) J.S. Norbeck. Zastosowano procedurę podaną przez autorkę narzędzia, zestawiając osoby znaczące i określając ich rolę we wspieraniu osób badanych. Ustalono sieć społeczną na podstawie analizy relacji społecznych wyznaczonych przez kryteria więzi społecznych, więzi pokrewieństwa, przyjaźni, związki religijne lub kryteria kontaktów z osobami z kręgu „profesjonalistów”. Sieć tę tworzą osoby ważne lub zapewniające byt osób badanych. Skupiono się również na analizie charakteru związków łączących respondentów z poszczególnymi osobami (zob. Kirenko, 2002; Kirenko, Byra, 2008).

Szczegółowe dane z tej analizy w odniesieniu do grupy podstawowej – słuchaczy UTW oraz grupy porównawczej – osób nie zrzeszonych w UTW przedstawiono w tabeli 39.

Tabela 39. Sieć wsparcia społecznego*

Osoby znaczące	Przynależność do UTW				Ogółem	
	osoby zrzeszone w UTW		osoby nie zrzeszone w UTW			
	n	%	n	%	n	%
Małżonek/Partner	57	7,8	47	8,0	104	7,9
Rodzina	456	62,1	373	63,4	829	62,7
Przyjaciele	86	11,7	49	8,3	135	10,2
Koledzy	93	12,7	58	9,9	151	11,4
Sąsiedzi	26	3,54	36	6,1	62	4,7
Doradcy	2	0,3	1	0,2	3	0,2
Lekarz	7	0,9	2	0,3	9	0,7
Ksiądz	3	0,4	3	0,5	6	0,4
Osoby inne	4	0,5	19	3,2	23	1,7
Suma wskazań	734	100,0	588	100,0	1322	100,0

* Dane procentowe oznaczają udział wskazanych osób znaczących na tle wszystkich wskazań w grupie respondentów

Źródło: badanie własne.

Wszyscy zapytani wymieniali od jednej do piętnastu znaczących osób w ich życiu, przy czym badani z Uniwersytetów Trzeciego Wieku wskazali 734 osoby ze średnią 7,34 powiązań, a osoby spoza UTW – 588 osób, z mniejszą średnią powiązań – 5,88. Wyższa średnia powiązań w sieci wsparcia społecznego wśród seniorów – słuchaczy – świadczy o posiadaniu przez nich większej liczby bliskich i zaufanych znajomych, kolegów, przyjaciół, wywodzących się najprawdopodobniej z grona słuchaczy. Mają oni wokół siebie więcej osób w kręgu zaufania i oddania niż osoby poświęcające się jedynie aktywności domowej i rodzinnej. UTW powoduje otwartość osób starszych na nowe znajomości i zmianę, pobudza ciekawość otoczeniem. Ponadto myślę, że silnym czynnikiem jest uczenie się od siebie, wymiana doświadczeń, co motywuje do podejmowania i utrzymywania tych znajomości oraz aktywnego działania.

Do osób znaczących w opinii badanych z obu grup należą: małżonek lub partner życiowy, rodzina, przyjaciele, koledzy i sąsiedzi. Doradcy, lekarze, księża oraz osoby ujęte w kategorię „osoby inne” (w przypadku słuchaczy UTW)

mają najmniejszy udział w sieci wsparcia, nie przekraczający wartości 1%. Ciekawe jest, że kategoria osób innych uzyskała znacznie wyższy poziom wskaźników wśród osób nie zrzeszonych w UTW. Wskazywali oni znajomych i przełożonych. Być może mają oni sporadyczne spotkania ze znajomymi, osobami zaufanymi, które jednak na brak cykliczności i mniejszą częstotliwość spotkań, na mniejsze zaangażowanie znajomości nie zasłużyli na miano kolegów, czy przyjaciół. Stąd różnice między słuchaczami UTW a osobami nie zrzeszonymi w UTW, w ułożeniu znaczących znajomych w różnych kategoriach odpowiedzi. Kategoria „opiekun” nie została przez obie grupy badanych włączona do grup udzielających wsparcia. Badani zarówno z jednej, jak i drugiej grupy najbardziej liczą na wsparcie ze strony rodziny. Wsparcia tego doświadczają w sposób naturalny, w obszarze pierwszego lub drugiego kręgu społecznego zabezpieczenia. Na ogólną liczbę 734 osób wyszczególnionych w sieci powiązań w grupie słuchaczy, 456 osób, czyli 62,1%, to członkowie rodziny, a wśród nich: dzieci, wnuki, rodzeństwo, kuzyni i inni. W grupie porównawczej odsetek ten jest na nieco wyższym poziomie i osiąga 63,4%. Ze składu rodziny świadomie wyodrębniono małżonków lub partnerów życiowych badanych, ze względu na silne więzi, jakie między nimi zachodzą. Jest to znacząca grupa źródłowa, która stanowi 7,8% w grupie osób zrzeszonych w UTW i 8,0% w grupie osób nie zrzeszonych. Tworząc z obu grup jedną, uzyskamy bardzo silne pola relacji społecznych (tzw. grupę rodzinną) – 69,9% w grupie podstawowej i 71,4% w grupie porównawczej.

Zaraz po rodzinie, w szerokim jej ujęciu, słuchacze deklarują związki z takimi grupami wsparcia, jak: koledzy, przyjaciele, sąsiedzi. Podobnie osoby z grupy spoza UTW: koledzy, przyjaciele, sąsiedzi i dodatkowo osoby inne – znajomi i przełożeni. Można określić, że jest to drugi krąg społecznego zabezpieczenia, ze wsparciem znaczącym, choć już nie tak niezawodnym, jak w przypadku pierwszego kręgu. Te grupy źródłowe stanowią 27,9% wszystkich powiązań w grupie słuchaczy i 27,5% w grupie osób, które nie należą do UTW, czyli niewiele mniej niż połowę tych powiązań, które składają się na „grupę rodzinną”. Znacznie mniej powiązań orzekają badani z lekarzami, księżmi i doradcami. Jest to skutkiem utrzymywania kontaktów głównie czysto zawodowych ze specjalistami różnych instytucji działających na rzecz osób potrzebujących pomocy. Związki społeczne są tu bardzo słabe ze względu na dużą rotację osób wchodzących w ten krąg społecznego zabezpieczenia. Osoby badane dostrzegają te grupy wsparcia na poziomie śladowym – łącznie 1,8% wszystkich powiązań wśród słuchaczy oraz 1,0% powiązań wśród osób spoza UTW.

Uogólniając, najważniejszą rolę w sieci wsparcia społecznego badanych słuchaczy UTW spełniają: rodzina, w tym małżonek lub partner życiowy, przyjaciele i koledzy. Mniejszy udział mają koledzy, przyjaciele i sąsiedzi, a najmniejszy lekarze, księża i doradcy. Kategoria „osoby inne”, jako grupa wsparcia, w skład której wchodzi takie osoby, jak znajomi czy przełożeni, sporadycznie tworzy powiązania specyficzne, co wynika ze społeczno-sytuacyjnych uwarunkowań funkcjonowania słuchaczy. Liczba powiązań z grupą osób innych różnicuje badane grupy. Jest ona bardziej zauważalna dla osób nie zrzeszonych w Uniwersytetach Trzeciego Wieku, które nie uczestniczą w spotkaniach licznie gromadzących słuchaczy. Funkcje znaczących innych polegają w dużej mierze na mobilizowaniu psychologicznych zasobów jednostki, ich wzmacnianiu emocjonalnym oraz przeciwdziałaniu emocjonalnym przeciążeniom.

6.2.2. Natężenie wsparcia społecznego badanych osób

Sumy specyficzno-sytuacyjne informują o poziomie wsparcia społecznego udzielanego przez poszczególne grupy źródłowe w określonych sytuacjach odnoszących się do trzech głównych kategorii Kwestionariusza Wsparcia Społecznego: Emocje, Afirmacja i Pomoc. Po zestawieniu osób znaczących i określeniu ich roli we wspieraniu osób badanych, dokonano oceny wsparcia społecznego na podstawie ośmiu pytań podstawowych, tworzących skale kwestionariusza.

Na podstawie przeprowadzonej analizy porównawczej określono poziom wsparcia społecznego badanych osób. W analizowanym przypadku porównań z udziałem podziałów dwudzielnych, dla grup słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku (grupa podstawowa) oraz osób nie zrzeszonych w UTW (grupa porównawcza), zastosowano test różnic dla par niezależnych t° .

W wyniku przeprowadzonych analiz (tabele 40 i 41) stwierdzić należy, że poziom poczucia otrzymywanego wsparcia społecznego przez słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku różni się w istotny sposób od poziomu poczucia wsparcia uzyskiwanego przez osoby nie zrzeszone w UTW. Zgodnie z otrzymanymi wynikami słuchaczy cechuje wyższy poziom wsparcia społecznego we wszystkich jego rodzajach wyodrębnionych za pomocą zastosowanego kwestionariusza. Dla kategorii Emocji jest to $M = 57,67$ (dla słuchaczy UTW) i $M = 47,24$ (osób nie zrzeszonych w UTW), dla kategorii Afirmacji analogicznie – $M = 57,22$ i $M = 47,51$, dla kategorii Pomoc $M = 57,52$ i $M = 49,06$, dla Sumy Funkcjonalnej $M = 172,87$ i $M = 143,85$.

Tabela 40. Wsparcie społeczne – porównanie t°

Badane zmienne	Porównanie	
	Przynależność do UTW	
	osoby zrzeszone w UTW	osoby nie zrzeszone w UTW
Emocje	57,7*	47,2
Afirmacja	57,2*	47,5
Pomoc	57,5*	49,1
Suma funkcjonalna	172,9*	143,8

* p < 0,05

Źródło: badanie własne.

Tabela 41. Zestawienie wyników poziomu poczucia wsparcia

Pytania Kwestionariusza Wsparcia Społecznego	Przynależność do UTW				Istotność różnic	
	osoby zrzeszone w UTW		osoby nie zrzeszone w UTW		t	P
	M	SD	M	SD		
1. Jak bardzo ta osoba sprawia, że jest Pan(i) szczęśliwy(a)?	28,57	12,816	23,79	14,033	2,5152	0,0127~
2. Jak bardzo ta osoba sprawia, że czuje się Pan(i) szanowany(a) i podziwiany(a)?	29,10	12,916	23,74	14,614	2,7435	0,0066**
EMOCJE	57,67	25,436	47,24	28,169	2,7413	0,0067**
3. Jak bardzo może Pan(i) tej osobie zaufać?	30,59	12,984	25,41	14,621	2,6411	0,0089**
4. Jak bardzo ta osoba zgadza się z Pan(i) poglądami i działaniami lub je popiera?	26,63	12,053	22,00	13,733	2,5228	0,0124~
AFIRMACJA	57,22	24,546	47,51	27,989	2,5967	0,0101~
5. Gdyby potrzebował(a) Pan(i) pożyczyć pieniądze na wizytę u lekarza, na ile może Pan(i) liczyć na pomoc tej osoby?	30,35	12,956	25,62	14,648	2,4188	0,0165~

Pytania Kwestionariusza Wsparcia Społecznego	Przynależność do UTW				Istotność różnic	
	osoby zrzeszone w UTW		osoby nie zrzeszone w UTW			
	M	SD	M	SD	t	P
6. Gdy był(a) Pan(i) „przykuty(a)” do łóżka przez długi czas, na ile ta osoba pomogła Panu(i)?	27,06	11,878	23,44	13,477	2,0097	0,0458*
POMOC	57,52	24,375	49,06	27,790	2,2808	0,0236*
SUMA FUNKCJONALNA	172,87	72,102	143,85	82,982	2,6210	0,0095**
7. Jak długo zna Pan(i) tę osobę?	35,97	15,207	28,18	15,603	3,5658	0,0005***
8. Jak często zazwyczaj kontaktuje się Pan(i) z tą osobą (telefonicznie, listownie lub bezpośrednio)?	28,16	11,059	22,86	11,442	3,3235	0,0011~

p – poziom istotności; * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001; ~ zbliżone do istotnego
M – mediana; SD – odchylenie standardowe; t – t-Studenta

Źródło: badanie własne.

We wszystkich skalach – Emocji, Afirmacji i Pomocy, w pytaniach 1–6 (dotyczących emocji, afirmacji i pomocy), jak i 7–8 (czas trwania znajomości oraz częstotliwość kontaktów), różnice są na poziomie istotnym lub zbliżonym do istotnego, co oznacza, że osoby z grupy podstawowej zarówno doznają większego poczucia wsparcia społecznego, jak i silniej deklarują zapotrzebowanie na nie. Czują się akceptowane, szanowane, podziwiane i szczęśliwe, na co wskazują odpowiedzi na pytania 1 i 2. Cechuje ich również wyższe poczucie pewności co do tego, że są obdarzane zaufaniem ze strony swojej sieci wsparcia, w kwestii posiadanych zdolności i kompetencji niezbędnych w podejmowanych działaniach (odpowiedzi na pytania 3 i 4). W porównaniu z grupą porównawczą, słuchacze otrzymują również znacząco wyższy poziom wsparcia praktycznego w zakresie pomocy materialnej czy funkcjonalnej (odpowiedzi na pytania 5 i 6).

Wydaje się, że uczestnicy zajęć UTW mają większe poczucie własnej wartości i poczucie prawa do odczuwania potrzeb i ich realizacji. Odchodzą od postawy często zauważanej u seniorów, że nic im już nie potrzeba. I właśnie to poczucie może wynikać z faktu przynależności do grupy osób o podobnych poglądach.

Znacząca różnica między osobami badanymi zaznacza się również w odniesieniu do zmiennych czasu trwania znajomości z osobami wspierającymi (odpowiedzi na pytanie 7) oraz częstotliwości utrzymywanych z nimi kontaktów (odpowiedzi na pytanie 8). Słuchacze istotnie dłużej znają wymieniane osoby znaczące udzielające im potrzebnego wsparcia, zdecydowanie częściej nawiązują z nimi kontakt niż osoby nie zrzeszone w UTW, które w obu kwestiach osiągnęły wyniki istotnie niższe. Liniowa zależność między okresem znajomości z osobami wspierającymi, liczbą podejmowanych z nimi kontaktów a poziomem otrzymywanego wsparcia wydaje się nieuzasadniona, jednak na podstawie uzyskanych wyników w zaprezentowanych badaniach można wskazać na ścisły związek między tymi zmiennymi, co ukazują wysokie wskaźniki korelacji w obu grupach.

Zaprezentowane dane mogą wskazywać na fakt znacznie wyższej otwartości na różnorodne wydarzenia osób zrzeszonych w środowisku akademickim. Są to osoby otwarte, które ze względu na ciekawość i umiłowanie świata i drugiego człowieka uczestniczą w spotkaniach UTW. Przynależność do grona słuchaczy, udział w zajęciach, zorganizowane wycieczki, spotkania poza Uniwersytetem, sprzyjają budowaniu silnych relacji społecznych, uczą otwartej i dwustronnej komunikacji, otwierają seniorów na drugiego człowieka, dodając im odwagi do aktywnego działania, zachęcając do zrzeszania się. Te formy aktywności uświadamiają i pobudzają potrzeby, motywują do ich zaspokajania.

Niższy poziom odczuwanego wsparcia społecznego osób, które nie przynależą do UTW, może być spowodowany faktem, że są one zdecydowanie mniej otwarte na wyzwania tego świata, nie są tak komunikatywne, poświęcają się obowiązkom domowym i pracy zawodowej, nie znajdują czasu na systematyczne kontakty z grupą rówieśniczą, przez co mogą czuć się osamotnione. Warto podkreślić, że w analizie tej mowa jest o poziomie odczuwanego wsparcia społecznego, które nie zawsze odpowiada faktycznemu poziomowi uzyskiwanego wsparcia społecznego.

6.2.2.1. Emocje

Pierwszą kategorię Kwestionariusza Wsparcia Społecznego stanowią Emocje, które w świetle literatury mają wiele definicji. U podstaw teorii emocji leży założenie, że wiążą się one z subiektywnymi doznaniem (czyli „odczuwaniem”). W języku potocznym emocjami określa się wiele różnych zjawisk. Stąd próba badaczy sformułowania definicji precyzyjnej, której do tej pory brakuje w lite-

raturze przedmiotu. Wśród roboczych definicji znajduje się ta, która informuje, że emocje to reakcje dążenia lub unikania, pojawiające się w odpowiedzi na zdarzenia osobiście ważne dla jednostki. Składają się na nie: reakcje fizjologiczne, behawioralne i poznawcze oraz subiektywne odczucie przyjemności lub przykrości (Manstead, Hewstone, 1996, s. 87–88). Są to „silne wzruszenia, które mogą przejawiać się jako radość, żal, wstyd, gniew, czy strach” (Okoń, 1998, s. 90), które mogą być rozumiane jako „reakcja całego organizmu obejmująca pobudzenie fizjologiczne, zachowania ekspresyjne oraz świadome doznania” (Myers, 2003, s. 482). Emocje są zazwyczaj wynikiem świadomej lub nieświadomej oceny zdarzenia jako istotnie wpływającego na cele lub interesy podmiotu. Są odczuwane jako pozytywne, gdy zdarzenie jest zgodne z celami i interesami, a negatywne, gdy taka zgodność nie zachodzi. Ich cechą jest uruchomienie gotowości do realizacji programu działania; uruchamiają one priorytet dla określonej działalności, który nadaje status pilnego. Rzadko pojawiają się w sposób niezrozumiały, niewytłumaczalny i nagły. Zazwyczaj są powodowane, następnie przebiegają i powodują pewne konsekwencje. Emocje odczuwane są jako szczególnie subiektywny rodzaj stanu psychicznego, któremu towarzyszą zmiany somatyczne, ekspresje mimiczne i pantomimiczne oraz reakcje o charakterze behawioralnym (Frijda, za: Strelau, 2004, s. 322).

Skalę Emocji tworzą następujące pytania:

Pytanie 1 – *Jak bardzo ta osoba sprawia, że jest Pan(i) szczęśliwy(a)?*

Pytanie 2 – *Jak bardzo ta osoba sprawia, że czuje się Pan(i) szanowany(a) i podziwiany(a)?*

Jak wynika z danych zamieszczonych w tabeli 42, analizując wyniki średnich jednostkowych, badani słuchacze i osoby nie zrzeszone w UTW w pierwszej kolejności wspierani są przez grupę rodzinną (tj. rodzinę i małżonka lub partnera), co jest zrozumiałe ze względów naturalnych. Warto zwrócić uwagę na wysokie znaczenie we wsparciu społecznym przypisane przez badanych słuchaczy doradcom i osobom innym, które to osoby uzyskały wyższe od przyjaciół i kolegów wskaźniki w poziomie odczuwanego wsparcia. Dane te różnicują badane grupy; w grupie porównawczej duża rola we wsparciu społecznym tuż po rodzinie została z kolei przypisana przyjaciołom, kolegom i sąsiadom. Grupy te w sposób naturalny zapewniają poczucie bezpieczeństwa, miłości, przyjaźni i zaufania, a także gwarantują pomoc w każdej sytuacji. Słuchacze UTW, otoczeni większą siecią wsparcia społecznego, wyżej cenią wsparcie emocjonalne doradców, niewykluczone, że wywodzących się właśnie ze środowiska akademickiego, z którym na co dzień obcuja. Przypisują im wysokie znaczenie ze względu na ich

wykształcenie, doświadczenie oraz pozycję społeczną. Te osoby być może zyskują na wartości, bo stanowią obiektywny autorytet, niezależny od rodziny. Seniorzy nie wywodzący się z UTW znaczenie większe przypisują grupie najbliższych znajomych.

Tabela 42. Stopień nasilenia poziomu poczucia wsparcia w zakresie uszczęśliwiania badanych osób

Osoby znaczące	Przynależność do UTW					
	osoby zrzeszone w UTW			osoby nie zrzeszone w UTW		
	M	SD	M jedn.	M	SD	M jedn.
Małżonek/Partner	4,49	1,07	3,96	3,96	0,89	4,34
Rodzina	36,63	1,13	4,12	30,87	0,87	4,29
Przyjaciele	6,24	0,86	3,74	3,74	0,83	3,96
Koledzy	6,41	0,94	3,42	3,31	1,27	3,68
Sąsiedzi	1,62	1,07	3,31	2,59	1,15	3,64
Doradcy	0,16	0,00	4,00	0,06	–	3,00
Lekarz	0,49	0,84	3,50	0,08	1,41	2,00
Ksiądz	0,16	0,58	3,67	0,16	1,53	2,67
Osoby inne	0,30	1,04	3,83	1,40	1,48	3,50

M – mediana; SD – odchylenie standardowe; M jedn. – średnia jednostkowa

Źródło: badanie własne.

Szacunek i podziw, którym jesteśmy obdarowywani decyduje również o poziomie odczuwanego wsparcia społecznego. Bycie szanowanym i podziwianym wpisuje się w potrzebę uznania ze strony środowiska. A wraz z utratą roli zawodowej, wejściem w rolę emeryta, usamodzielnianiem się dorosłych już dzieci, coraz trudniej o szacunek w bliskim środowisku. Warto zauważyć, że stopień poziomu poczucia wsparcia społecznego nie zawsze jest zgodny z poziomem roli wskazywanej osoby w tym wsparciu. Mimo że najczęściej wskazywaną grupą niosącą wsparcie jest rodzina, a sporadycznie osoby badane wskazują księdza, to właśnie jego rola we wsparciu społecznym ma dla badanych z obu grup niezmiernie wysokie znaczenie (tabela 43). Jest on wskazywany przez badanych znacznie rzadziej niż rodzina, jednak przy wskazaniu przypisana jest mu znacznie większa rola (średnia jednostkowa). Można wnioskować, że badani seniorzy potrzebują i otrzymują wsparcie społeczne od osób duchownych, a tym samym

czują z ich strony szacunek i podziw. Seniorzy w Polsce przejawiają pobożny styl funkcjonowania, a także deklarują pracę społeczną we wspólnotach religijnych, stąd częsty kontakt osób spoza UTW z księżmi. Słuchacze mają z nimi częsty kontakt, dodatkowo z racji współtworzenia przez nich środowiska uniwersyteckiego dla seniorów. Księża niejednokrotnie są wykładowcami, opiekunami grup problemowych, uczestniczą w organizowanych dla nich wyjazdach tematyczno-rekreacyjnych. Tym samym ksiądz staje się osobą bliższą, pełniącą funkcje nie tylko służebne, jak w kościele, przed ołtarzem czy w konfesjonale, lecz staje się bardziej dostępny niż dla przeciętnego wiernego uczestniczącego w obchodach dni świątecznych. Jest on towarzyszem dnia codziennego, z którym można porozmawiać, wymienić opinie, podyskutować, poradzić się w ważnych życiowych kwestiach bez barier symboliki kościelnej. Częstsze spotkania dają możliwość bliższego poznania konkretnych osób duchownych i wyrobienia sobie własnej opinii na ich temat. Księża zatem stają się autorytetem z faktu osobowości a nie pozycji społecznej. W drugiej kolejności duża rola we wsparciu przypisana jest przez słuchaczy osobom innym, rodzinie, przyjaciołom i lekarzowi. Z kolei w grupie porównawczej duże znaczenie we wsparciu społecznym mają: rodzina, przyjaciele, sąsiedzi, małżonek lub partner. Lekarz nie odgrywa tutaj dużej roli, zapewne z racji rzadkich kontaktów z nim i traktowania go w kategoriach czysto zawodowych – pomocowych przy złym stanie zdrowia. Oznacza to, że wsparcie lekarza ma większe znaczenie dla słuchaczy niż osób spoza Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Tematyka zajęć w UTW często nawiązuje do problematyki zdrowotnej i promuje zachowania zdrowotne, w tym także kontakt z lekarzem. Niejednokrotnie osobami prowadzącymi zajęcia są sami lekarze, co ma znaczenie dla wzajemnych relacji. Poza tym słuchacze chętniej niż grupa porównawcza deklarują dbałość o własne zdrowie i kontakt z przedstawicielami służby medycznej. Osoby te mają duży wpływ na to, jak bardzo badani czują się szczęśliwi i podziwiani. Z analizy danych wynika, że seniorzy poszukują wsparcia, ale i szacunku czy zrozumienia zwłaszcza u osób spoza grona rodzinnego. Fakt, że emocje te w dużej mierze zapewnione są przez osoby, które nie należą do rodziny, może wynikać z faktu, że członkowie rodziny, tj. dzieci i wnuki, w codziennym zabieganiu nie odnajdują wystarczającej ilości czasu dla rodziców czy dziadków i zapewnienia im poczucia spełnienia emocjonalnego. Rodziny korzystają chętnie z pomocy niesionej przez seniorów, jednak nie odwzajemniają jej w zapewnieniu im podstawowych potrzeb emocjonalnych. Z kolei szczerą i dogłębną rozmowę z duchownym prowadzona podczas spotkań osobistych i w organizacjach przykościelnych, do których przynależność również badani deklarują,

może nieść głębokie doznania emocjonalne oraz satysfakcję z zainteresowania osobą badaną. Obecność bliskiej i zaufanej osoby chroni przed stresem i kłopotami związanymi z codziennym funkcjonowaniem. Powiernicy skutecznie chronią przed lękiem i depresją.

Tabela 43. Stopień nasilenia poziomu poczucia wsparcia w zakresie szanowania i podziwiania osób badanych

Osoby znaczące	Przynależność do UTW					
	osoby zrzeszone w UTW			osoby nie zrzeszone w UTW		
	M	SD	M jedn.	M	SD	M jedn.
Małżonek/Partner	4,40	1,11	3,86	3,68	1,25	3,96
Rodzina	36,34	1,08	4,11	31,64	0,89	4,26
Przyjaciele	6,75	0,91	4,05	3,84	0,81	3,99
Koledzy	6,99	0,94	3,80	3,66	1,28	3,8
Sąsiedzi	1,82	0,92	3,66	2,91	1,04	3,99
Doradcy	0,00	–	–	0,00	–	–
Lekarz	0,55	0,63	4,00	0,06	0,71	1,50
Ksiądz	0,26	0,58	4,33	0,26	0,58	4,33
Osoby inne	0,32	0,76	4,17	1,39	1,56	3,33

M – mediana; SD – odchylenie standardowe; M jedn. – średnia jednostkowa

Źródło: badanie własne.

Pomoc doradców w ocenie badanych nie przyczynia się w ogóle do podniesienia ich pozytywnych stanów emocjonalnych. Można wnioskować, że ich rola sprowadza się do pomocy w sytuacji kryzysu i dostarczaniu informacji, jak sobie z nim poradzić, ale nie decyduje o zwiększeniu poczucia szacunku i podziwu.

6.2.2.2. Afirmacja

Drugą kategorię Kwestionariusza Wsparcia Społecznego stanowi Afirmacja, która oznacza „potwierdzenie, uznanie czegoś lub kogoś, aprobatę” (Szymczak, 1979, s. 14). Jest ona wyrazem akceptacji jednostki przez osoby z jej najbliższego otoczenia, oznacza przynależność do określonych grup społecznych, szacunek jakim darzą ją inni, jak również wskazuje na gotowość do udzielania jej pomocy.

Skalę Afirmacji tworzą następujące pytania:

Pytanie 3 – *Jak bardzo może Pan(i) tej osobie zaufać?*

Pytanie 4 – *Jak bardzo ta osoba zgadza się z Pana(i) poglądami i działaniami lub je popiera?*

Tabela 44. Stopień nasilenia poziomu poczucia wsparcia w zakresie zaufania badanych osób

Osoby znaczące	Przynależność do UTW					
	osoby zrzeszone w UTW			osoby nie zrzeszone w UTW		
	M	SD	M jedn.	M	SD	M jedn.
Małżonek/Partner	4,83	0,91	4,26	4,10	0,88	4,40
Rodzina	37,50	1,22	4,36	33,72	0,76	4,56
Przyjaciele	7,42	0,70	4,43	4,49	0,55	4,56
Koledzy	7,50	0,98	3,94	3,68	1,22	3,97
Sąsiedzi	1,92	1,03	3,78	2,79	1,17	3,77
Doradcy	0,20	0,00	5,00	0,08	–	4,0
Lekarz	0,57	0,41	4,17	0,14	0,71	3,50
Ksiądz	0,28	0,58	4,67	0,26	0,58	4,33
Osoby inne	0,34	0,87	4,50	1,60	1,30	4,00

M – mediana; SD – odchylenie standardowe; M jedn. – średnia jednostkowa

Źródło: badanie własne.

Analizując dane z zakresu trzeciego pytania szczegółowego (tabele 44 i 45), można wskazać, że największego wsparcia w zakresie powierzonego zaufania słuchaczom udzielają: doradcy, ksiądz i osoby inne. Dopiero w dalszej kolejności: przyjaciele, rodzina i małżonek lub partner. Najmniejszego wsparcia udzielają im: sąsiedzi, koledzy i lekarz. Z kolei grupa porównawcza przypisuje największe znaczenie rodzinie i przyjaciołom, małżonkowi lub partnerowi i księdzu, a najmniejsze: lekarzowi, doradcom i osobom innym. Nieco większe znaczenie rodziny w dostarczaniu wsparcia społecznego osobom nie zrzeszonym w UTW niż słuchaczom może wynikać z faktu większej ilości spędzanego wspólnie czasu z rodziną, częstszymi rozmowami, a tym samym tworzeniu przestrzeni do wymiany zdań i opinii na temat poglądów i zachowań. Można przypuszczać, że różnice w wynikach są następstwem zróżnicowanego stylu funkcjonowania – słuchacze są aktywni społecznie, a osoby spoza UTW realizują się rodzinnie i domocentrycznie, w kontaktach z rodziną.

Badani słuchacze bardzo duże zaufanie pokładają w osobach duchownych, które po raz kolejny są przez nie wysoko postawione w hierarchii ważności osób udzielających im wsparcia; również doradcy stają się najbliższymi powiernikami ich prywatnych spraw. Wskazuje to na fakt poszukiwania przez nie wsparcia duchowego. Za obecnością księdza w życiu badanych obu grup przemawia ich oczywista potrzeba duchowa jako osób wierzących (pobożny styl funkcjonowania). Należy zwrócić uwagę na fakt, że księża są przygotowani do prowadzenia wsparcia duchowego dla osób starszych, ponadto sytuacja spowiedzi tworzy specyficzną więź pomiędzy nimi, opartą na silnym zaufaniu. Dodatkowo starsi ludzie są bardziej refleksyjni pod koniec życia, stąd częstsza potrzeba rozmów z duchownymi.

Tabela 45. Stopień nasilenia poziomu poczucia wsparcia w zakresie akceptacji poglądów i działań badanych osób

Osoby znaczące	Przynależność do UTW					
	osoby zrzeszone w UTW			osoby nie zrzeszone w UTW		
	M	SD	M jedn.	M	SD	M jedn.
Małżonek/Partner	4,49	1,14	3,55	3,90	0,96	3,94
Rodzina	31,40	1,28	3,67	28,43	1,01	3,83
Przyjaciele	6,97	1,86	4,19	3,90	0,81	4,10
Koledzy	6,81	1,39	0,96	3,40	0,90	0,43
Sąsiedzi	1,74	1,18	3,45	2,73	1,0	3,75
Doradcy	0,20	0,00	5,00	0,04	–	2,0
Lekarz	0,53	0,40	4,17	0,08	0,71	3,50
Ksiądz	0,22	0,58	3,67	0,20	2,08	3,33
Osoby inne	0,36	0,58	4,67	1,23	1,24	2,94

M – mediana; SD – odchylenie standardowe; M jedn. – średnia jednostkowa

Źródło: badanie własne.

Ze względu na podjętą tematykę prezentowanej monografii warto zauważyć, że lekarz nie cieszy się w tej kategorii tak dużym zaufaniem wśród badanych w obu grupach. Potwierdza się to w ich wypowiedziach na temat braku skuteczności służby zdrowia. Dzieje się tak zapewne z powodu postrzegania lekarza w kategoriach zawodowych, co nie sprzyja sytuacjom budowania zaufania. Lekarz często wzbudza skojarzenia negatywne, gdyż kontakt z nim dla wielu seniorów sprowadza się do sytuacji chorobowych, sytuacji nieprzyjemnych, podczas których muszą się obnażyć. I tak buduje się silne uczucie nieprzyjemności skojarzone z tą osobą.

Analiza danych umieszczonych w tabeli 45 wskazuje na najwyższą rolę doradcy w tej kategorii oraz wysoki współczynnik wsparcia społecznego dostarczanego słuchaczom przez osoby inne, przyjaciół, lekarza. W dalszej kolejności uplasowali się rodzina i ksiądz (o jednakowej sile współczynnika), małżonek lub partner i sąsiedzi. Najmniejszego wsparcia udzielają słuchaczom w omawianym zakresie koledzy. Podobnie w grupie porównawczej koledzy są tymi osobami, wobec których badani twierdzą, że w najmniejszym stopniu zgadzają się z ich działaniami i poglądami. W przeciwieństwie do słuchaczy, osoby nie zrzeszone w UTW nie przypisują dużej roli w tej kategorii wsparcia doradcom i osobom innym. Poparcia dla ich działań i poglądów dostarczają im w głównej mierze: przyjaciele, małżonkowie lub partnerzy, rodzina, a w dalszej dopiero kolejności sąsiedzi, lekarz i ksiądz.

Wyniki uzyskane przez badane grupy są zbliżone w obu pytaniach omawianej kategorii Afirmacja. Takiej hierarchii osób znaczących można upatrywać w charakterze podejmowanej przez seniorów aktywności – intelektualnej bądź na rzecz pomocy rodzinie.

6.2.2.3. Pomoc

Pomoc to „praca, wysiłek, działanie (fizyczne lub moralne) podjęte dla dobra innej osoby w celu ulżenia w jej działaniu lub ratowaniu w niebezpieczeństwie” (Szymczak, 1979, s. 796). Pomoc i pomaganie jako formy realizacji wsparcia w zaspokajaniu potrzeb określają szczególny rodzaj relacji interpersonalnej, zawierającej trzy elementy, tj. udzielający pomocy, potrzebujący pomocy oraz określony rodzaj dobra niezbędny potrzebującemu do jego funkcjonowania, czyli to, co stanowi pomoc. Przez pomagających mogą być przekazywane dobra materialne, psychologiczne, społeczne, moralne i duchowe (Ostrowska, 2001, s. 59). Pomoc obejmuje dwie kategorie działań (Dąbrowski, 1998, s. 66–67). Po pierwsze polega na współdziałaniu z osobą znajdującą się w trudnej sytuacji podczas realizacji na normalnym poziomie jej aktywności, przywracaniu normalności tej sytuacji oraz zapobieganiu sytuacji trudnej. Po drugie może też oznaczać ułatwienie lub uefektywnianie sytuacji pozostających w granicach normy. Wyróżnia on konstytutywne cechy pomocy: należy pomagać ludziom zdolnym do tego, aby pomóc sobie samym, udzielający pomocy nie musi przejmować odpowiedzialności za osobę wspomaganą oraz zależność między stronami pomocy ma charakter względnie symetryczny, choć może pojawić się asymetria. Beulah R. Compton

i Burt Galaway (za: Davies, 1993, s. 101) określili zestaw właściwości charakterystyczny dla pomagających, którzy powinni odznaczać się radością życia, akceptować zmiany, uznawać za ważne życie, rozwój i dojrzewanie. Osoby pomagające powinny być twórcze i otwarte, autentyczne, o wysokiej samoświadomości, pragnące zwiększać swobodę działania i kontrolę zachowań u innych, mieć odwagę mówienia o problemach i podejmować ryzyko. Ważną cechą jest również wrażliwość na uczucia, lęki i niepokoje osób potrzebujących. Z kolei Ewa Wysocka (1995, s. 114–121) traktuje pomoc jako formę pracy socjalnej (działalność), która oznacza działanie długofalowe lub związane z określoną sytuacją, w jakiej znajduje się jednostka, wspierające rozwój osób, dla których jest on wartością autoteliczną. Skuteczność pomocy uzależniona jest od współdziałania pomagającego i wspomaganego. Za podstawowe cechy pomocy uznaje dobrowolność oraz względną samodzielność osoby wspomagananej.

Skalę Pomocy tworzą następujące pytania:

Pytanie 5 – *Gdyby potrzebował(a) Pan(i) pożyczyć pieniądze na wizytę u lekarza, na ile może Pan(i) liczyć na pomoc tej osoby?*

Pytanie 6 – *Gdyby był(a) Pan(i) „przykuty(a)” do łóżka przez długi czas, na ile ta osoba pomoże Panu(i)?*

Tabela 46. Poziom poczucia wsparcia ze strony osób znaczących w zakresie finansowania wizyt u lekarza

Osoby znaczące	Przynależność do UTW					
	osoby zrzeszone w UTW			osoby nie zrzeszone w UTW		
	M	SD	M jedn.	M	SD	M jedn.
Małżonek/Partner	5,23	0,93	4,70	4,47	0,68	4,81
Rodzina	37,07	1,19	4,32	33,44	0,77	4,61
Przyjaciele	7,21	0,96	4,33	4,36	0,79	4,45
Koledzy	7,70	0,86	4,16	3,66	1,36	3,88
Sąsiedzi	1,92	1,64	3,66	2,85	1,40	3,96
Doradcy	0,14	0,70	3,50	0,10	–	5,0
Lekarz	0,41	1,50	3,33	0,10	2,12	2,50
Ksiądz	0,26	1,15	4,33	0,22	2,31	3,67
Osoby inne	0,16	0,76	1,83	1,52	1,37	3,78

M – mediana; SD – odchylenie standardowe; M jedn. – średnia jednostkowa

Źródło: badanie własne.

Tabela 47. Poziom poczucia wsparcia ze strony osób znaczących – dotyczy opieki w przypadku osób przykutych do łóżka przez długi czas

Osoby znaczące	Przynależność do UTW					
	osoby zrzeszone w UTW			osoby nie zrzeszone w UTW		
	M	SD	M jedn.	M	SD	M jedn.
Małżonek/Partner	4,77	1,15	4,33	4,26	0,71	4,57
Rodzina	33,35	1,02	3,86	31,25	0,81	4,27
Przyjaciele	6,60	1,10	3,72	3,48	1,17	3,44
Koledzy	5,88	1,28	3,30	3,11	1,50	3,17
Sąsiedzi	1,88	1,26	3,38	2,59	1,36	3,55
Doradcy	0,10	2,12	2,50	0,06	–	3,0
Lekarz	0,55	1,26	4,0	0,08	1,41	2,0
Ksiądz	0,24	1,0	4,0	0,14	1,15	2,33
Osoby inne	0,14	1,73	2,0	1,44	1,44	3,33

M – mediana; SD – odchylenie standardowe; M jedn. – średnia jednostkowa

Źródło: badanie własne.

Z analizy tabel 46 i 47 wynika, że słuchacze silnie akcentują wsparcie w zakresie udzielania pomocy finansowej i opiekuńczej, praktycznej współmałżonka lub partnera, księdza, rodziny, przyjaciół, a w przypadku długotrwałego przykucia do łóżka także lekarza. Najmniej w tym zakresie mogą oni liczyć na pomoc osób innych i doradców.

Obie badane grupy wykazują silne znaczenie w pomocy materialnej, jak i w chwili długotrwałej choroby osoby z rodziny (wraz z partnerami życiowymi). Wskazuje to na dobre relacje między badanymi a członkami ich rodzin. Świadomość posiadania bliskich osób, które są w stanie udzielić wsparcia w chwili największego kryzysu dodaje siły i pewności, że nie pozostanie się samemu w chorobie. Powoduje to lepsze nastawienie psychiczne i mobilizuje do uruchomienia wewnętrznych potencjałów do zachowań sprzyjających utrzymaniu bądź poprawie zdrowia.

Z kolei w przypadku osób w grupie porównawczej największe wsparcie w zakresie pomocy finansowej otrzymują one od małżonka lub partnera, rodziny i doradców, a najmniejsze lekarza, co jest zrozumiałe ze względu na pełnienie przez niego funkcji leczniczej i utrzymywanie z nim kontaktów z racji poprawy stanu zdrowia. Jednakże na jego pomoc oraz pomoc doradców najmniej mogą

liczyć w przypadku konieczności długotrwałego unieruchomienia. Ciekawy jest fakt, że badane osoby mogą liczyć na wsparcie finansowe doradców, ale już nie na dłuższą, permanentną opiekę w sytuacji utraty zdrowia. Wskazuje to na brak silnego oparcia w grupie tworzonej przez personel medyczny i doradców oraz przypisanie im roli bardziej interwencyjnej w przypadku konieczności zadziałania na rzecz poprawy zdrowia, czy porady w chwili znalezienia się w trudnej sytuacji, a nie długotrwałej opieki. Po raz kolejny grupa porównawcza pokazuje brak znaczącej roli lekarza w ich życiu. W obu przypadkach osoby nie zrzeszone nie przypisują dużej wartości we wsparciu społecznym osobom duchownym, w przeciwieństwie do słuchaczy UTW. Jak widać z udzielanych odpowiedzi lekarz nie cieszy się dużym zaufaniem wśród badanych. Należy mieć na uwadze fakt, że badani seniorzy mają wewnątrznie umiejscowione poczucie kontroli zdrowia i prezentują niechęć wobec wizyt u lekarza, co przekłada się na omawiany wynik. Poza tym medialne doniesienia o braku profesjonalizmu w podejściu do wykonywania zawodu (wykonywanie zabiegów pod wpływem alkoholu, przyjmowanie korzyści materialnych) oraz braku satysfakcji z usług medycznych (długi czas oczekiwania na wizytę u lekarza) nie sprzyjają lokowaniu lekarza w pierwszych kręgach wsparcia społecznego.

W przypadku grupy porównawczej łatwo zaobserwować, że kategoria osób innych ma ponownie przypisaną wyższą rolę niż w grupie słuchaczy. Kategoria innych, czyli wskazywanych przez badanych znajomych i przełożonych, ma przypisaną rolę przez osoby spoza UTW na poziomie zbliżonym do kategorii przyjaciół, czego nie można zauważyć w grupie słuchaczy. Słuchacze nie darzą silnym zaufaniem znajomych, sprowadzonych do sporadycznych kontaktów. W przypadku konieczności pożyczania środków finansowych na wizytę u lekarza, choroby i długotrwałego przykucia do łóżka mają silne grupy wsparcia, na które mogą liczyć, w przeciwieństwie do grupy porównawczej, która w sytuacji unieruchomienia dopuści znajomych do kręgu wysokiego zaufania, a tym samym wsparcia.

Obie badane grupy wykazują silne znaczenie w pomocy materialnej, jak i w chwili długotrwałej choroby osoby z rodziny (wraz z partnerami życiowymi). Wskazuje to na dobre relacje między badanymi a członkami ich rodzin. Świadomość posiadania bliskich osób, które są w stanie udzielić wsparcia w chwili największego kryzysu dodaje siły i pewności, że nie pozostanie się samemu w chorobie. Powoduje to lepsze nastawienie psychiczne i mobilizuje do uruchomienia wewnętrznych potencjałów do zachowań sprzyjających utrzymaniu bądź poprawie zdrowia.

6.2.2.4. Częstość kontaktów badanych osób z grupami źródłowymi wsparcia

W prezentowanym badaniu nie zastosowano pytań odnoszących się do problemu utraty w roku poprzedzającym badanie kontaktu przez osobę badaną z kimś ważnym na skutek zmiany pracy, rozvodu, separacji, śmierci lub innych powodów. Ostatnie dwa pytania zastosowanego Kwestionariusza Wsparcia Społecznego nie tworzą odrębnej kategorii, jednak pozwalają określić w pełni poziom poczucia wsparcia społecznego udzielanego przez poszczególne grupy źródłowe, w których badana osoba funkcjonuje. Pytania te dają możliwość udzielenia odpowiedzi w przedziałach czasowych. Do pytań tych należą:

Pytanie 7 – *Jak długo zna Pan(i) tę osobę?* wraz z odpowiedziami:

1 = mniej niż 6 miesięcy

2 = od 6 do 12 miesięcy

3 = od 1 roku do 2 lat

4 = od 2 do 5 lat

5 = ponad 5 lat

oraz

Pytanie 8 – *Jak często zazwyczaj kontaktuje się Pan(i) z tą osobą (telefonicznie, listownie lub bezpośrednio)?* z następującymi przedziałami czasowymi:

5 = codziennie

4 = raz w tygodniu

3 = raz w miesiącu

2 = kilka razy w roku

1 = raz w roku lub rzadziej.

Przyjaciele, doradcy, małżonkowie lub partnerzy wraz z rodziną, lekarz, a następnie koledzy i sąsiedzi odgrywają znaczną rolę we wspieraniu badanych słuchaczy UTW (tabela 48). Najmniejsze, aczkolwiek nie małe znaczenie w tym przypadku, przypisane zostało księdzu. Wyniki te pozwalają stwierdzić, że dla słuchaczy UTW niezwykle istotna jest więź emocjonalna, rodząca zaufanie i zrozumienie, stąd taka wysoka średnia w grupie przyjaciół i doradców. Oznacza to, że osoby badane w razie potrzeby mogą na nie liczyć i najczęściej otrzymują pomoc, gdy o nią proszą. Rodzina pojawia się jako kolejna (nie pierwsza, jak można by było przypuszczać ze względów naturalnych, a tym samym oczywistych) z wymienionych grup, co może wynikać z wieku osób badanych, śmierci ich własnych rodziców, a zawiązania przyjaźni jeszcze w młodości, stąd dłuższy czas i większe znaczenie znajomości z tymi właśnie osobami. Z kolei ksiądz pełni funkcję duchową i wśród osób wymienio-

nych uzyskuje on najniższą średnią wśród badanych słuchaczy, w związku z czym można przypuszczać, że osoby badane znają go stosunkowo krótko w porównaniu z przyjaciółmi, doradcami czy rodziną. Rodzina, podobnie jak w grupie słuchaczy, zajmuje kolejne miejsce. Może to wskazywać na fakt, iż nie od długości znajomości zależy siła i zakres udzielanego wsparcia społecznego, a od jakości zawiązanych relacji. Natomiast w grupie porównawczej (spoza UTW) miara średniej jednostkowej roli księdza nie jest najniższa, a najwyższa, na równi z lekarzem, małżonkiem i doradcą. Rola księdza w tym przypadku różnicuje badane grupy. Osoby, które nie są zrzeszone w UTW, największe znaczenie we wsparciu przypisują małżonkowi lub partnerowi, doradcom, lekarzowi i księdzu. Dopiero w następnej kolejności wymieniają przyjaciół, rodzinę, osoby inne, sąsiadów i na końcu, podobnie jak słuchacze, kolegów.

Tabela 48. Poziom poczucia wsparcia ze strony osób znaczących – dotyczy długości znajomości

Osoby znaczące	Przynależność do UTW					
	osoby zrzeszone w UTW			osoby nie zrzeszone w UTW		
	M	SD	M jedn.	M	SD	M jedn.
Małżonek/Partner	6,55	0,19	4,96	4,65	0,00	5,00
Rodzina	43,62	1,21	4,96	36,61	0,67	4,97
Przyjaciele	8,43	2,49	5,06	4,81	0,10	4,98
Koledzy	9,71	0,75	4,74	4,49	0,93	4,74
Sąsiedzi	2,45	1,08	4,73	3,50	0,34	4,87
Doradcy	0,20	0,00	5,00	0,10	–	5,00
Lekarz	0,65	0,41	4,83	0,20	0,00	5,00
Ksiądz	0,26	1,15	4,33	0,30	0,00	5,00
Osoby inne	0,34	0,87	4,50	1,84	0,22	4,88

M – mediana; SD – odchylenie standardowe; M jedn. – średnia jednostkowa

Źródło: badanie własne.

Dane zawarte w tabeli 49 dotyczą pytania 8 i wskazują, że zarówno słuchacze UTW, jak i osoby nie zrzeszone, największe znaczenie we wsparciu w kategorii częstotliwości kontaktów przypisują małżonkom lub partnerom. Słuchacze UTW wskazują na duże znaczenie księdza, umieszczając go tuż przed rodziną, przyjaciółmi i sąsiadami, z którymi to właśnie wysoką częstotliwość kontaktów

deklarują osoby spoza UTW. Taka struktura danych, zwłaszcza w grupie rodzinnej, wynika z emocjonalnej więzi i zaufania, jakim osoby badane ją darzą oraz wysokiego poziomu wsparcia otrzymywanego od niej. Częste kontakty z księdzem wskazują na dojrzałość duchową i głęboką wiarę badanych. Wysoka częstotliwość kontaktów z sąsiadami ma raczej wymiar formalny, wynikający z faktu bliskiego zamieszkania i wspólnego przebywania w określonej przestrzeni fizycznej.

Tabela 49. Poziom poczucia wsparcia ze strony osób znaczących – dotyczy częstotliwości kontaktów

Osoby znaczące	Przynależność do UTW					
	osoby zrzeszone w UTW			osoby nie zrzeszone w UTW		
	M	SD	M jedn.	M	SD	M jedn.
Małżonek/Partner	5,86	0,81	4,79	4,61	0,20	4,96
Rodzina	34,16	1,13	3,98	29,68	0,79	4,14
Przyjaciele	6,41	2,13	3,86	3,58	0,99	3,66
Koledzy	6,28	0,93	3,56	2,95	1,15	3,28
Sąsiedzi	2,08	1,14	3,87	2,99	1,23	4,21
Doradcy	0,10	0,70	2,50	0,06	–	3,0
Lekarz	0,36	0,82	2,67	0,08	1,41	2,0
Ksiądz	0,24	0	4,0	0,20	1,15	3,33
Osoby inne	0,28	0,58	3,67	1,37	1,42	3,43

M – mediana; SD – odchylenie standardowe; M jedn. – średnia jednostkowa

Źródło: badanie własne.

Najrzadziej słuchacze UTW, jak i osoby spoza UTW, kontaktują się z lekarzami, osobami innymi i doradcami, co wskazywać może na sporadyczne zwracanie się do tych grup wsparcia w sytuacji bezwzględnej potrzeby. Dodatkowo osoby spoza UTW wskazują na sporadyczny kontakt z księdzem, nie przypisując mu wysokiej rangi wśród grup dostarczających im wsparcia.

Uogólniając, wsparcie otrzymywane przez słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku jest wyższe w porównaniu z odczuwanym przez osoby, które nie są zrzeszone w UTW. Słuchacze czują się bardziej szczęśliwi, w większym stopniu podziwiani i szanowani. Dlatego też wskazują na wyższy poziom udzielanego im wsparcia, które wyraża się w przekazie pozytywnych emocji. Cechuje ich także wyższy poziom otrzymywanego wsparcia afirmacyjnego, które przejawia się w wysokim

poczuciu akceptacji ze strony najbliższych. Fakt obdarzania znacznym zaufaniem wskazane osoby znacząco sprzyja wzmocnieniu ich w sytuacji adaptacji do starości, zachwianego poczucia bezpieczeństwa i stanu zdrowia. W porównaniu do osób nie zrzeszonych w UTW słuchacze bardziej mogą liczyć na pomoc materialną, przejawiającą się w formie wsparcia praktycznego, w zakresie pomocy materialnej czy funkcjonalnej. Przypuszczać można, że przez fakt uczestnictwa w kulturze UTW, będąc bardziej świadomym własnych potrzeb, komunikują je w sposób otwarty, a tym samym uzyskują adekwatne do potrzeb wsparcie społeczne. Udział w zajęciach UTW sprzyja budowaniu sieci wsparcia społecznego. Słuchacze wykazują się bardziej rozwiniętymi kompetencjami interpersonalnymi, stąd też większa aktywność z ich strony w interakcjach z innymi ludźmi.

Osoby spoza UTW przypisują wyższą rolę kategorii osób innych, do których zaliczyli znajomych i przełożonych. Sa to osoby spotykane sporadycznie, ale jakość zawartych relacji z nimi jest na tyle silna, by móc poprosić ich o pomoc w sytuacji kryzysowej.

Na wyższy poziom odczuwanego wsparcia społecznego przez słuchaczy może wskazywać chęć uczestnictwa w nobilitujących ich spotkaniach z grupą rówieśniczą, potrzeba kontaktów towarzyskich, a tym samym ucieczka od nudy na emeryturze (por. Susułowska, za: Pakuła, 2007, s. 67–68). Przynależność do UTW rozwija aktywność społeczną (koleżeństwo), pomaga walczyć z samotnością i nie skupiać się jedynie na życiu dniem codziennym (por. Idzikowski, 2000, s. 147–158). UTW realizuje potrzeby społeczne, co jest niezmiernie ważne w przypadku zawężania się kręgów znajomych na emeryturze (por. Leszczyńska-Rejchert, 2005, s. 171–172). Stąd mniej obszerny zakres kręgów wsparcia społecznego osób spoza UTW.

Odnosząc się do przytaczanych badań, można stwierdzić, że słuchacze UTW reprezentują wzór życia opierający się na jego reorganizacji i utrzymaniu wysokiej aktywności po przejściu na emeryturę, a nie obserwacji życia z pozycji osoby siedzącej na fotelu bujanym (por. Neugarten, za: Czerniawska, 2000, s. 127–131). Sprzyja to utrzymywaniu dość licznych kontaktów interpersonalnych, dających poczucie szczęścia i akceptacji, zaufania i możliwości sięgania po pomoc do znaczących bliskich (por. Zych, 1995, s. 147–150).

Analiza sieci wsparcia słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku wskazywać może na pełnienie przez nich ról społecznych sprowadzających się do ról zawodowych, rodzinnych, sąsiedzkich i towarzyskich oraz użytkownika czasu wolnego (por. Szatur-Jaworska, 2000, s. 51). Z kolei senior spoza UTW jawi się jako członek rodziny, przyjaciel, sąsiad, znajom. Nie można pominąć przypisa-

nia silnej roli we wsparciu księdzu, co stawia badanych w roli członka wspólnoty wyznaniowej. Uczestnicząc w spotkaniach UTW, słuchacze prezentują poczucie zadowolenia z wolności, posiadanego czasu, możliwości dysponowania własną osobą (por. Marczak, za: Czerniawska, 2000, s. 127–131; por. Chabior, 2000, s. 74–75). Można odważyć się na zakwalifikowanie ich zachowań do typów praktycznych – jako że podejmują liczne zajęcia – oraz zewnętrznych, nastawionych na uczestnictwo w działalności społecznej, życiu publicznym, stowarzyszeniach. Przyjmują oni zaangażowany styl życia (por. Czerniawska, 1998, s. 19–24; por. Szarota, 2004, s. 49). Z kolei po udzielanych odpowiedziach przez osoby spoza UTW widać, że badani seniorzy preferują domocentryczny, pobożny i rodzinny styl funkcjonowania, stąd też przypisanie roli rodzinie. Uzyskane wyniki badań wskazywać mogą na przystosowanie się do starzenia się i starości słuchaczy, o czym świadczy postawa rozsądnej, poznawczej i emocjonalnej akceptacji starości, jak i postawa refleksji nad minionym czasem i zyskanym doświadczeniem.

Sygnalizowana we wcześniejszych badaniach (por. Tokaj, 2005a, s. 41–49) obawa przed samotnością i osamotnieniem (u ok. 95% seniorów) oraz potwierdzenie dużego znaczenia kontaktów społecznych w wieku starczym (zjawisko to dotyczy przede wszystkim kobiet) potwierdziły się również w prezentowanych badaniach. Przejawy życzliwości i serdeczności ze strony rodziny są jednym z najważniejszych czynników pozytywnie wpływających na przebieg starości. Z badań wynika, że w odczuciu respondentów rodzina odgrywa najbardziej liczną grupę wsparcia, stanowiącą naturalne, najbliższe seniorowi środowisko życia. Jednakże duże znaczenie we wsparciu społecznym słuchacze przypisują również księdzu – reprezentantowi Kościoła. W starości następuje wzmożona religijność człowieka; decyduje o niej: refleksyjny charakter tej fazy życia, potrzeba przełamania poczucia samotności i osamotnienia, potrzeba rozwiązania problemów ostatecznych, jak również więcej czasu wolnego. Wzrost religijności wiąże się zarówno z życiem religijnym, jak i z aktywnością religijną, przejawiającą się praktykami religijnymi, obrzędami (religijność zewnętrzna) i myśleniem o wartościach ostatecznych (religijność wewnętrzna) (por. Halicka, Halicki, 2002, s. 210–211). Sam Kościół utożsamiany jest zapewne przez wielu respondentów z najbardziej tradycyjną instytucją charytatywną pomocową; instytucja ta nie posiada jednak zbyt wielu specjalistycznych agend mogących służyć człowiekowi starszemu w potrzebie, za wyjątkiem potrzeby duchowej (por. Czekanowski, 2002, s. 167–171). Księża, z racji pełnionych funkcji, przygotowywani są do niesienia wsparcia duchowego. Dla słuchaczy UTW stają się oni dodatkowo autorytetem na skutek współtworzenia środowiska uniwersyteckiego dla seniorów.

ROZDZIAŁ 7

ZALEŻNOŚCI MIĘDZY OCZEKIWANIAMI ZDROWOTNYMI A ZASOBAMI OSOBISTYMI BADANYCH OSÓB

Poszukiwanie powiązań między oczekiwaniami zdrowotnymi, które zostały omówione szczegółowo w rozdziale 2.2, a zmiennymi, takimi jak poczucie koherencji (rozdział 3.2) oraz wsparcie społeczne (rozdział 3.3) w obrębie dwóch grup: słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku oraz osób nie zrzeszonych w UTW, możliwe było dzięki zastosowaniu analizy regresji wielokrotnej. Pozwala ona ustalić, jaki procent wariacji zmiennej, określonej jako zależna w modelu korelacyjno-regresyjnym, wyjaśniany jest przez liniową kombinację zmiennych niezależnych. Informuje więc o sile związku między zmienną zależną, w tym przypadku oczekiwaniami zdrowotnymi określonymi kategoriami umiejscowienia kontroli zdrowia, poczucia własnej skuteczności oraz zachowań zdrowotnych, a zmiennymi niezależnymi, czyli poszczególnymi wskaźnikami poczucia koherencji (i jego komponentów: poczucia zrozumiałości, zaradności i sensowności) oraz wsparcia społecznego (w kategoriach emocji, afirmacji i pomocy). W prze-

prowadzonej analizie istotne było uzyskanie informacji, które zmienne i w jakim stopniu są istotne w modelu regresyjnym (β), czyli jaki układ wielu zmiennych niezależnych ma znaczenie w wyjaśnianiu jednej zmiennej zależnej. Współczynniki regresji wielokrotnej mają różne jednostki miary, więc nie można ich użyć do bezpośredniego porównania siły powiązania poszczególnych zmiennych niezależnych ze zmienną zależną (zob. Ferguson, Takane, 1997).

7.1. Poczucie własnej skuteczności a zasoby osobiste

Poczucie własnej skuteczności określa przekonania osoby co do jej szans osiągnięcia zamierzonego celu w konkretnej sytuacji. Spostrzegana skuteczność przyczynia się do radzenia sobie ze stresem. Osoby z wysokim poczuciem skuteczności lepiej radzą sobie z problemami zdrowotnymi i osiągają lepsze efekty przy podejmowaniu decyzji zmiany dotychczasowych szkodliwych dla zdrowia zachowań (Juczyński, 2001, s. 14–21).

Analiza uzyskanych wyników w zakresie rozpatrywanych tu zmiennych niezależnych (tabela 50) upoważnia do stwierdzenia, że w grupie słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku największy udział, bo na poziomie istotnym statystycznie, w zmienności wyników zmiennej zależnej poczucia własnej skuteczności mają poczucie zaradności i poczucie sensowności. Model ten pozwala wyjaśnić 20% zmienności tej zmiennej zależnej. Charakter tych zależności jest wprost proporcjonalny. W ukazanym modelu regresyjnym badanych osób spoza Uniwersytetu Trzeciego Wieku największy udział, na poziomie istotnym statystycznie, ma poczucie zaradności. Model ten pozwala wyjaśnić 14% zmienności tej zmiennej zależnej.

Zaproponowane modele regresji zmiennej zależnej poczucia własnej skuteczności nie ukazały znacznej różnorodności zmienności zmiennej niezależnej w porównywanych grupach badanych osób.

Na łączną sumę czterech związków zależnościowych (zaprezentowanych w tabeli 50), jakie są udziałem między poczuciem własnej skuteczności a poczuciem koherencji i otrzymywanego wsparcia społecznego w obu badanych grupach, wszystkie wskaźniki współczynników są dodatnie, co wskazuje na zależność wprost proporcjonalną między badanymi zmiennymi.

Analiza związków zależnościowych wskazuje, że w obu grupach badanych osób poczucie własnej skuteczności uzależnione jest wprost proporcjonalnie od poczucia zaradności (kategoria poczucia koherencji) na poziomie zbliżonym do

istotnego ($p < 0,01$). Oznacza to, że wraz z trafniejszym spostrzeganiem odpowiednich możliwości do sprostania wymaganiom stawianym przez napływające bodźce, wzrasta poczucie własnej skuteczności badanych osób. Im większe zasoby, którymi człowiek dysponuje lub dysponują nimi zaufane osoby, na które może on liczyć, tym większe prawdopodobieństwo skuteczniejszego radzenia sobie ze stresem i trudnymi sytuacjami; tym większa podatność na zmianę zachowań na rzecz poprawy zdrowia. Model ten ukazuje ścisłą zależność między skutecznością, wiarą we własne siły i możliwości, wytrwałością a poczuciem zaradności. Dodatkowo źródłem poczucia własnej skuteczności słuchaczy jest poczucie sensowności, związek zależnościowy również na poziomie istotnym statystycznie ($p < 0,05$). Słuchacze Uniwersytetów Trzeciego Wieku są bardziej skuteczni w działaniu w sytuacjach problemowych, w chwili, gdy są przekonani, że warto angażować się w daną sytuację, że wymagania stawiane przez życie są pożądanymi wyzwaniem (por. Sęk, 2005a, s. 53; Juczyński, 2001, s. 14–21, 73–77; Zakrzewski, 1987, s. 661–678).

Tabela 50. Podsumowanie analizy regresji wielokrotnej: zmienna zależna „Wskaźnik ogólny poczucia własnej skuteczności” oraz zmienne niezależne w badanych grupach

Osoby zrzeszone w UTW				
Wskaźniki zmiennych niezależnych	Poczucie własnej skuteczności R = 0,463; R ² = 0,215; cR ² = 0,198 F(2,97) = 13,267; p < 0,00001			
	β	B	t (97)	p
Poczucie zaradności	0,27	0,15	2,59	0,011~
Poczucie sensowności	0,26	0,15	2,44	0,017*
Osoby nie zrzeszone w UTW				
Wskaźniki zmiennych niezależnych	Poczucie własnej skuteczności R = 0,396; R ² = 0,157; cR ² = 0,140 F(2,97) = 9,0387; p < 0,00025			
	β	B	t (97)	p
Poczucie zaradności	0,35	0,19	3,61	0,000***
Afirmacja	0,12	0,02	1,27	0,208

R – współczynnik determinacji; F – wynik analizy wariancji; β – współczynnik regresji liniowej; B – współczynnik regresji (dla predyktora); t (97) – współczynnik statystyczny określający procent prawidłowych wyników w rozkładzie statystycznym; p – poziom istotności; ~ zbliżone do istotnego

* Istotne statystycznie na poziomie: * p < 0,05; ** p < 0,01; *** p < 0,001;

Źródło: badanie własne.

W grupie porównawczej analiza regresji wielokrotnej wykazała jedną z dwóch istotnych statystycznie zależności: między poczuciem własnej skuteczności, a omówionym poczuciem zaradności ($p < 0,001$). Druga zależność, jednak nieistotna statystycznie, zarysowana jest między poczuciem własnej skuteczności a afirmacją (kategorią wsparcia społecznego). Zatem osoby spoza Uniwersytetu Trzeciego Wieku potrzebują wsparcia społecznego, wyrażającego się w ich akceptacji i szacunku ze strony środowiska, by poczuć się skutecznymi w działaniu.

Można wnioskować, że słuchacze Uniwersytetów Trzeciego Wieku są bardziej aktywni niż osoby z grupy porównawczej; z racji podejmowania różnorodnej aktywności społecznej oraz uczestnictwa w zajęciach uniwersyteckich dla seniorów, częściej napotykać na sytuacje problemowe, które umożliwiają im szybkie rozpoznanie własnych możliwości rozwiązywania problemów. Czują się oni bardziej kompetentni oraz pewni siebie w kontakcie z sytuacją trudną, w przeciwieństwie do osób nie podejmujących takiej aktywności; zagubione, bez doświadczenia na co dzień konieczności zmagania się z sobą samym w sytuacjach trudnych, szukają oparcia w innych, co dodaje im sił do działania. Sami w sobie nie odczuwają wystarczającej siły do zmagania się z przeciwnościami. Warto nadmienić, że zapotrzebowanie na wsparcie tym bardziej wzrasta, im bardziej obserwujemy skutki jego braku.

7.2. Umiejscowienie kontroli zdrowia a zasoby osobiste

Poczucie kontroli zdrowia jest przekonaniem o możliwości wpływu na stan swojego zachowania oraz o posiadaniu umiejętności odpowiednich zachowań, która poprawia stan zdrowia lub sprzyja jego zachowaniu (John-Borys, 2002, s. 28–29). Osoby posiadają przekonania dotyczące generalizowanych oczekiwań w trzech wymiarach umiejscowienia kontroli zdrowia: wewnętrznym (uzależnionym od samego siebie), wpływu innych oraz przypadku (czy innych czynników zewnętrznych) (por. Juczyński, 2001, s. 83–84).

Na podstawie analizy danych przedstawionych w tabeli 51 można stwierdzić, że w grupie słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku zmienne niezależne wyjaśniają 2% zmienności zmiennej zależnej wewnętrznego umiejscowienia kontroli zdrowia. Na modelu z analizowaną zmienną znalazło się poczucie zaradności na poziomie zbliżonym do istotnego ($p < 0,05$). Natomiast wśród osób nie będą-

ych słuchaczami UTW, skorygowany współczynnik determinacji jest najniższy, ponieważ wskazuje na niemal 0% możliwości interpretacji zmienności zmiennej zależnej wewnętrznego umiejscowienia poczucia kontroli. W wyjaśnianiu tej zmienności bierze udział wskaźnik afirmacji, jednak na poziomie nieistotnym statystycznie.

Tabela 51. Podsumowanie analizy regresji wielokrotnej: zmienna zależna „Poczucie umiejscowienia kontroli – Kontrola wewnętrzna” oraz zmienne niezależne w badanych grupach

Osoby zrzeszone w UTW				
Wskaźniki zmiennych niezależnych	Kontrola wewnętrzna R = 0,190; R ² = 0,036; cR ² = 0,026 F(1,98) = 3,6547; p < 0,05883			
	β	B	t (98)	p
Poczucie zaradności	0,19	0,12	1,91	0,059~
Osoby nie zrzeszone w UTW				
Wskaźniki zmiennych niezależnych	Kontrola wewnętrzna R = 0,100; R ² = 0,010; cR ² = 0,000 F(1,98) = 1,0002; p < 0,31973			
	β	B	t (98)	p
Afirmacja	0,10	0,02	1,00	0,320

R – współczynnik determinacji; F – wynik analizy wariancji; β – współczynnik regresji liniowej; B – współczynnik regresji (dla predyktora); t(97) – współczynnik statystyczny określający procent prawidłowych wyników w rozkładzie statystycznym; p – poziom istotności; ~ zbliżone do istotnego
* Istotne statystycznie na poziomie p < 0,05

Źródło: badanie własne.

Analiza statystyczna regresji wielokrotnej ujawniła dodatnie zależności między wewnętrznym umiejscowieniem poczucia kontroli a poczuciem zaradności (kategorią poczucia koherencji) w grupie słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku oraz afirmacją (kategorią wsparcia społecznego) w grupie porównawczej. Oznacza to zależność wprost proporcjonalną między badanymi zmiennymi. Wskazuje to na fakt, że słuchacze posiadają przekonanie o możliwości własnego wpływu na stan swojego zachowania (nie otoczenia, czy przypadku). Oznacza to, że wraz z trafniejszym spostrzeganiem odpowiednich możliwości do sprostanania wymaganiom stawianym przez napływające bodźce, wzrasta poczucie wewnętrznego umiejscowienia kontroli u badanych słuchaczy (por. Juczyński,

2001, s. 74–75). Im większe zasoby, którymi człowiek dysponuje lub dysponują nimi zaufane osoby, na które może on liczyć, tym większe prawdopodobieństwo wewnętrznej kontroli zdrowia seniorów z UTW. Zaprezentowany model regresji wielokrotnej wyjaśnia większą autonomię w podejmowaniu decyzji, większe zaangażowanie w działalność prozdrowotną oraz poczucie odpowiedzialności za swoje zdrowie. Słuchacze odczuwając w sobie potencjał do sprostania oczekiwaniom otoczenia, silnie angażują się w działania na rzecz zdrowia. Ich rówieśnicy z grupy porównawczej potrzebują do takiego zaangażowania aprobaty płynącej od znaczących bliskich. Słuchacze są bardziej samodzielni i niezależni od otoczenia. Wykazują się dużym zainteresowaniem problematyką zdrowotną i społeczną, a podczas spotkań uniwersyteckich mają możliwość kształcenia umiejętności rozpoznania wewnętrznych zasobów.

Tabela 52. Podsumowanie analizy regresji wielokrotnej: zmienna zależna „Poczucie umiejscowienia kontroli – Wpływ innych” oraz zmienne niezależne w badanych grupach

Osoby zrzeszone w UTW				
Wskaźniki zmiennych niezależnych	Wpływ innych R = 0,129; R ² = 0,017; cR ² = 0,007 F(1,98) = 1,6583; p < 0,20087			
	B	B	t (98)	p
Poczucie sensowności	-0,13	-0,12	-1,29	0,201
Osoby nie zrzeszone w UTW				
Wskaźniki zmiennych niezależnych	Wpływ innych R = 0,315; R ² = 0,099; cR ² = 0,612 F(4,95) = 2,6149; p < 0,03999			
	B	B	t (95)	p
Poczucie sensowności	-0,13	-0,13	-1,01	0,313
Poczucie zaradności	-0,14	-0,10	-1,01	0,313
Emocje	0,47	0,11	1,69	0,094
Pomoc	-0,38	-0,09	-1,34	0,183

R – współczynnik determinacji; F – wynik analizy wariancji; β – współczynnik regresji liniowej; B – współczynnik regresji (dla predyktora); t(97) – współczynnik statystyczny określający procent prawidłowych wyników w rozkładzie statystycznym; p – poziom istotności

* Istotne statystycznie na poziomie $p < 0,05$

Źródło: badanie własne.

Analiza uzyskanych wyników w zakresie rozpatrywanych tu zmiennych niezależnych (tabela 52) upoważnia do stwierdzenia, że w grupie słuchaczy UTW największy udział w zmienności wyników zmiennej zależnej umiejscowienia poczucia kontroli we wpływie innych osób ma poczucie sensowności. Model ten pozwala wyjaśnić 1% zmienności tej zmiennej zależnej, a jej charakter jest odwrotnie proporcjonalny. Natomiast wśród osób nie zrzeszonych w UTW skorygowany współczynnik determinacji jest znacznie wyższy, wskazuje na 61% możliwości interpretacji zmiennej umiejscowienia poczucia kontroli we wpływie innych osób. W wyjaśnieniu tej zmienności bierze udział poczucie sensowności w grupie słuchaczy, przyjmując charakter ujemny. Z kolei w grupie osób nie zrzeszonych w UTW, na cztery związki zależnościowe, jakie są udziałem między umiejscowieniem kontroli we wpływie innych a poczuciem sensowności i poczuciem zaradności (komponenty poczucia koherencji) oraz pomocy i emocji (wskaźniki wsparcia społecznego), trzy z nich mają znak ujemny, a jedynie emocje – dodatni, co oznacza, że zmienność ta przyjmuje charakter proporcjonalny jedynie przy wskaźniku emocji, w przypadku pozostałych – odwrotnie proporcjonalny. Należy to rozumieć, że wraz ze wzrostem kategorii poczucia koherencji maleje oddziaływanie innych na seniorów, sami są w stanie regulować swoimi zachowaniami sprzyjającymi utrzymaniu lub poprawie zdrowia, stając się mniej zewnątrzsterowalni. Z kolei odwrotnie jest w przypadku kategorii Emocji (tu zauważa się związek dodatni), co oznacza, że wraz z większym zaufaniem i zbliżonymi poglądami bliskich osób wzrasta potencjalna możliwość dopuszczenia ich do oddziaływania na podejmowane przez seniorów zachowania prozdrowotne.

Zatem im bardziej badane osoby (w obu grupach) wykazują się poczuciem sensowności, przekonaniem, że warto angażować się w daną sytuację, że wyzwania stawiane przez życie są pożądane, dzięki czemu czują one sens własnych działań i wartość swojego życia, tym mniejsze znaczenie przypisują zewnętrznemu umiejscowieniu kontroli wpływu innych osób. Jednakże w sytuacji zachwiania takiej pewności istnieje prawdopodobieństwo polegania na opinii i autorytecie osoby znaczącej. Wśród osób spoza Uniwersytetów Trzeciego Wieku analiza regresji wielokrotnej ukazała dodatkowe związki zależnościowe między poczuciem zaradności i pomocą a wpływem innych (związki odwrotnie proporcjonalne) oraz emocjami a wpływem innych (związek proporcjonalny). Można zatem przyjąć, że im mniejsze rozpoznanie w sobie możliwości do sprostania wyzwaniom oraz im mniejsza pomoc materialna ze strony znaczących innych, tym większe prawdopodobieństwo ulokowania kontroli zdrowia we wpływie innych osób. Z kolei im bardziej osoby z sieci społecznej sprawiają, że przedstawiciele badanej

tu grupy porównawczej czują się szczęśliwi, szanowani i podziwiani, tym bardziej zwiększają prawdopodobieństwo własnego udziału w kontrolowaniu ich zachowań. Słuchacze pokładają wiarę w czynnik emocjonalno-motywacyjny, a dla osób z grupy porównawczej istotny jest czynnik ludzki – sieć wsparcia.

Tabela 53. Podsumowanie analizy regresji wielokrotnej: zmienna zależna „Poczucie umiejscowienia kontroli – Przypadek” oraz zmienne niezależne w badanych grupach

Osoby zrzeszone w UTW				
Wskaźniki zmiennych niezależnych	Przypadek R = 0,110; R ² = 0,121; cR ² = 0,002 F(1,98) = 1,2051; p < 0,27500			
	β	B	t (98)	p
Poczucie zrozumiałości	-0,11	-0,07	-1,10	0,275
Osoby nie zrzeszone w UTW				
Wskaźniki zmiennych niezależnych	Przypadek R = 0,289; R ² = 0,084; cR ² = 0,074 F(1,98) = 8,9415; p < 0,00352			
	β	B	t (98)	p
Poczucie sensowności	-0,29	-0,27	-2,99	0,003*

R – współczynnik determinacji; F – wynik analizy wariancji; β – współczynnik regresji liniowej; B – współczynnik regresji (dla predyktora); t(97) – współczynnik statystyczny określający procent prawidłowych wyników w rozkładzie statystycznym; p – poziom istotności

* Istotne statystycznie na poziomie p < 0,01

Źródło: badanie własne.

Analiza uzyskanych wyników w zakresie rozpatrywanych tu zmiennych niezależnych (tabela 53) upoważnia do stwierdzenia, że w grupie słuchaczy UTW największy udział w zmienności wyników zmiennej zależnej, którą jest powierzenie umiejscowienia kontroli przypadkowi, ma poczucie zrozumiałości. Model ten pozwala wyjaśnić 1% zmienności tej zmiennej zależnej. Charakter tych zmienności jest odwrotnie proporcjonalny. W ukazanym modelu regresyjnym badanych osób, które nie są zrzeszone w UTW, omawiana zmienna zależna uwarunkowana jest w największym stopniu, na poziomie istotnym statystycznie (p < 0,01) – poczuciem sensowności. Model ten pozwala wyjaśnić 1% zmienności tej zmiennej zależnej. Charakter zależności jest odwrotnie proporcjonalny.

Na podstawie analizy statystycznej regresji wielokrotnej można wysunąć wniosek, że w sytuacjach, kiedy słuchacze Uniwersytetów nie odbierają zdarzeń jako zro-

zumiały, uporządkowanych, jasnych i spójnych, a zatem przewidywalnych, kiedy odbierają bodźce ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego jako pozbawione sensu poznawczego, to mimo posiadanej wiedzy o rzeczywistości nie są w stanie przewidzieć przyszłych sytuacji. Oznacza to, że wraz z malejącym poczuciem zrozumiałości zwiększa się prawdopodobieństwo zdania się na przypadek.

Z kolei u osób spoza UTW dostrzec można odwrotnie proporcjonalną zależność między poczuciem sensowności a powierzeniem kontroli przypadkowi, w dodatku na poziomie istotnym statystycznie ($p < 0,01$). Zatem osoby te decydują się powierzyć stan swego zdrowia przypadkowi, gdy maleje ich przekonanie o wartości płynącej z zaangażowania się w daną sytuację, gdy kolejnych zdarzeń nie traktują w kategoriach pożądanych wyznań.

7.3. Zachowania zdrowotne a zasoby osobiste

Zachowania zdrowotne są intencjonalnie podejmowanymi działaniami jednostek, których celem jest utrwalenie lub podnoszenie potencjału zdrowia, niezależnie od ich skuteczności, jak również wszelkie czynności zmierzające do utrzymania zdrowia lub jego przywrócenia oraz reakcje osób wywołane pogorszeniem się samopoczucia, występowaniem dolegliwości lub objawów chorobowych (Tobiasz-Adamczyk, 2000, s. 41; por. Ostrowska, 1999).

Cząstkowe współczynniki regresji w odniesieniu do dwóch modeli regresyjnych, gdzie zachowania zdrowotne oddzielnie korelowały ze zmiennymi niezależnymi: poczuciem koherencji i wsparcia społecznego, ukazane są w tabeli 54.

Analiza uzyskanych wyników w zakresie rozpatrywanych tu zmiennych (tabela 54) upoważnia do stwierdzenia, że w grupie słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku nie zaistniała zależność między zmiennymi, a w grupie porównawczej – osób spoza UTW, udział w wyjaśnieniu zmienności wyników zmiennej zależnej zachowań zdrowotnych w kategorii prawidłowych nawyków żywieniowych ma poczucie zrozumiałości. Model ten pozwala wyjaśnić 11% zmienności tej zmiennej zależnej.

Charakter tej zależności jest wprost proporcjonalny, co oznacza, że im wyższy poziom poczucia zrozumiałości u badanych osób, tym osiągają one wyższy poziom prawidłowych nawyków żywieniowych. Wraz ze wzrostem oceny rzeczywistości jako jasnej, możliwej do poznawczego ogarnięcia oraz przewidywalnej, wzrasta poziom prawidłowych nawyków żywieniowych (zależność na poziomie istotnym statystycznie, $p < 0,001$).

Tabela 54. Podsumowanie analizy regresji wielokrotnej: zmienna zależna „Zachowania zdrowotne – Prawidłowe nawyki żywieniowe” oraz zmienne niezależne w badanych grupach

Osoby zrzeszone w UTW				
BRAK ZALEŻNOŚCI				
Osoby nie zrzeszone w UTW				
Wskaźniki zmiennych niezależnych	Zachowania zdrowotne – Prawidłowe nawyki żywieniowe R = 0,348; R ² = 0,121; cR ² = 0,112 F(1,98) = 13,502; p < 0,000039			
	β	B	t (98)	p
Poczucie zrozumiałości	0,35	0,15	3,67	0,000*

R – współczynnik determinacji; F – wynik analizy wariancji; β – współczynnik regresji liniowej; B – współczynnik regresji (dla predyktora); t(97) – współczynnik statystyczny określający procent prawidłowych wyników w rozkładzie statystycznym; p – poziom istotności

* Istotne statystycznie na poziomie $p < 0,001$

Źródło: badanie własne.

Analiza uzyskanych wyników w zakresie rozpatrywanych tu zmiennych niezależnych, zaprezentowana w tabeli 55, upoważnia do stwierdzenia, że w grupie słuchaczy największy udział, na poziomie zbliżonym do istotnego, w zmienności wyników zmiennej zależnej zachowań profilaktycznych ma poczucie zrozumiałości. Model ten wyjaśnia 2% proporcjonalnego charakteru zmienności zmiennej niezależnej. W ukazanym modelu regresyjnym badanych osób spoza Uniwersytetu Trzeciego Wieku zmienna zachowań profilaktycznych również uwarunkowana jest poczuciem zrozumiałości, na poziomie nieistotnym statystycznie. Wynik regresji wielokrotnej analizowanej zmiennej zależnej wykazuje udział zmiennych niezależnych w zmienności wyników grupy osób, które nie są związane z UTW na poziomie 1%.

Związki zależnościowe pomiędzy poczuciem zrozumiałości a zachowaniem profilaktycznym nie różnicują badanych grup. Na skutek analizy statystycznej regresji wielokrotnej przypuszczać można, że im większe zrozumienie otaczającej rzeczywistości, im bardziej jawi się ona jako jasna, spójna i uporządkowana, tym częściej podejmowane są zachowania profilaktyczne (badania lekarskie, unikanie zagrożeń środowiskowych czy substancji szkodliwych).

Tabela 55. Podsumowanie analizy regresji wielokrotnej: zmienna zależna „Zachowania zdrowotne – Zachowania profilaktyczne” oraz zmienne niezależne w badanych grupach

Osoby zrzeszone w UTW				
Wskaźniki zmiennych niezależnych	Zachowania zdrowotne – Zachowania profilaktyczne R = 0,174; R ² = 0,030; cR ² = 0,020 F(1,98) = 3,0649; p < 0,083			
	B	B	t (98)	p
Poczucie zrozumiałości	0,17	0,11	1,75	0,083
Osoby nie zrzeszone w UTW				
Wskaźniki zmiennych niezależnych	Zachowania zdrowotne – Zachowania profilaktyczne R = 0,138; R ² = 0,019; cR ² = 0,009 F(1,98) = 1,8942; p < 0,172			
	B	B	t (98)	p
Poczucie zrozumiałości	0,14	0,07	1,38	0,172

R – współczynnik determinacji; F – wynik analizy wariancji; β – współczynnik regresji liniowej; B – współczynnik regresji (dla predyktora); t(97) – współczynnik statystyczny określający procent prawidłowych wyników w rozkładzie statystycznym; p – poziom istotności

* Istotne statystycznie na poziomie $p < 0,05$

Źródło: badanie własne.

Analiza współczynników determinacji zachowań zdrowotnych w aspekcie pozytywnego nastawienia psychicznego upoważnia do stwierdzenia, że zmienna ta wyjaśniana jest zmiennymi niezależnymi uwzględnionymi w modelu funkcji regresji w grupie słuchaczy UTW na stosunkowo wysokim poziomie, bo 16% (tabela 56). Stwierdzono tu istotność dodatniego wskaźnika poczucia zaradności, co znaczy, że właśnie z nim badani wiążą pozytywne nastawienie psychiczne. Gdy badani są w stanie aktywnie wpływać na sytuacje, które mają miejsce, radzić sobie ze stawianymi przed nimi wymaganiami, to ich nastrój psychiczny jest wyższy. Natomiast w grupie osób spoza UTW największy udział w zmienności zmiennej zależnej pozytywnego nastawienia psychicznego mają wskaźniki: również poczucia zaradności – na poziomie istotnym statystycznie, oraz emocje, nieistotne statystycznie. Model ten wyjaśnia 20% zmienności tej zmiennej zależnej. Zależności przyjmują charakter proporcjonalny. Model ten ukazuje jeszcze wskaźnik emocji, będący w dodatniej (proporcjonalnej) zależności z pozytywnym nastawieniem psychicznym. Im bardziej osoby spoza UTW czują się podziwiane, szanowane

i szczęśliwe, tym bardziej prezentują pozytywne nastawienie psychiczne. Im więcej wokół nich osób emocjonalnie im przychylnych, tym zmniejsza się ryzyko chorób depresyjnych i zachowań ryzykownych.

Tabela 56. Podsumowanie analizy regresji wielokrotnej: zmienna zależna „Zachowania zdrowotne – Pozytywne nastawienie psychiczne” oraz zmienne niezależne w badanych grupach

Osoby zrzeszone w UTW				
Wskaźniki zmiennych niezależnych	Zachowania zdrowotne – Pozytywne nastawienie psychiczne R = 0,406; R ² = 0,167; cR ² = 0,158 F(1,98) = 19,524; p < 0,00003			
	β	B	t (98)	p
Poczucie zaradności	0,41	0,20	4,42	0,000*
Osoby nie zrzeszone w UTW				
Wskaźniki zmiennych niezależnych	Zachowania zdrowotne – Pozytywne nastawienie psychiczne R = 0,465; R ² = 0,216; cR ² = 0,200 F(2,97) = 13,406; p < 0,00001			
	β	B	t (97)	p
Poczucie zaradności	0,43	0,18	4,73	0,000*
Emocje	0,10	0,01	1,10	0,274

R – współczynnik determinacji; F – wynik analizy wariancji; β – współczynnik regresji liniowej; B – współczynnik regresji (dla predyktora); t(97) – współczynnik statystyczny określający procent prawidłowych wyników w rozkładzie statystycznym; p – poziom istotności

* Istotne statystycznie na poziomie p < 0,05

Źródło: badanie własne.

W tabeli 57 przedstawiono dane dotyczące cząstkowych wskaźników zmiennych niezależnych wchodzących w skład modeli współzależnościowych, wraz z ich współczynnikami determinacji i korelacji wielokrotnej, utworzonych dla dwóch grup badanych osób w odniesieniu do zmiennej zależnej zachowań zdrowotnych – praktyk zdrowotnych. Wynik regresji wielokrotnej analizowanej zmiennej zależnej wykazuje udział zmiennych niezależnych w zmienności wyników grupy słuchaczy na poziomie 5%. Osoby badane utożsamiają praktyki zdrowotne z poczuciem zaradności, na poziomie istotności statystycznej. Zależność przyjęła charakter proporcjonalny.

Tabela 57. Podsumowanie analizy regresji wielokrotnej: zmienna zależna „Zachowania zdrowotne – Praktyki zdrowotne” oraz zmienne niezależne w badanych grupach

Osoby zrzeszone w UTW				
Wskaźniki zmiennych niezależnych	Zachowania zdrowotne – Praktyki zdrowotne R = 0,253; R ² = 0,640; cR ² = 0,054 F(1,98) = 6,7003; p < 0,01111			
	β	B	t (98)	P
Poczucie zaradności	0,25	0,12	2,59	0,011~
Osoby nie zrzeszone w UTW				
Wskaźniki zmiennych niezależnych	Zachowania zdrowotne – Praktyki zdrowotne R = 0,221; R ² = 0,049; cR ² = 0,029 F(2,97) = 2,4982; p < 0,8751			
	β	B	t (97)	P
Poczucie zrozumiałości	0,28	0,12	2,20	0,030*
Poczucie sensowności	-0,13	-0,08	-1,04	0,299

R – współczynnik determinacji; F – wynik analizy wariancji; β – współczynnik regresji liniowej; B – współczynnik regresji (dla predyktora); t (97) – współczynnik statystyczny określający procent prawidłowych wyników w rozkładzie statystycznym; p – poziom istotności; ~ zbliżone do istotnego
* Istotne statystycznie na poziomie: *p < 0,05; **p < 0,01;

Źródło: badanie własne.

Z kolei wśród osób spoza Uniwersytetu Trzeciego Wieku zależności zmiennej niezależnej praktyk zdrowotnych utożsamiane są z poczuciem zrozumiałości (na poziomie istotnym statystycznie) oraz poczuciem sensowności (brak istotności statystycznej). Model ten pozwala wyjaśnić 3% zmienności tej zmiennej zależnej, a charakter zależności na poziomie istotnym statystycznie jest proporcjonalny.

Zachowania zdrowotne związane są głównie ze zdrowiem fizycznym, psycho-społecznym, zachowaniami prewencyjnymi i unikaniem zachowań ryzykownych.

Na podstawie uzyskanych wyników należy stwierdzić, że istnieją istotne statystycznie oraz zbliżone do istotnych zależności między oczekiwaniami zdrowotnymi a zasobami osobistymi.

ZAKOŃCZENIE I WNIOSKI

Zgromadzona w książce analiza tematu oraz wyniki prowadzonych badań potwierdzają, że badani seniorzy podejmujący aktywność w Uniwersytecie Trzeciego Wieku, posiadają wyższy poziom zasobów osobistych w zakresie wsparcia społecznego (w swoim otoczeniu mają większe grono osób znaczących, na których pomoc mogą liczyć) i poczucia koherencji (mają lepszą orientację i zrozumienie otaczającego świata, poczucie sensowności i zaradności), i tym samym prezentują mniejsze powierzenie utrzymania własnego zdrowia przypadkowi, lepiej radzą sobie z trudnościami i przejawiają wyższy poziom zachowań zdrowotnych niż pozostali badani seniorzy.

Starzenie się przestaje być procesem wymagającym od ludzi rezygnacji z różnych aspektów życia. Osoby, które posiadają pozytywne oczekiwania wobec własnego starzenia się, wykazują większą dbałość o zdrowie. Największym wrogiem starości nie jest wiek, a choroby somatyczne, powstałe zazwyczaj na skutek niezdrowego stylu życia. Równie niebezpieczne dla starości są samotność i izolacja społeczna. Osoby, które nie doświadczają na co dzień wsparcia społecznego czy kontaktu ze środowiskiem, są bardziej narażone na różne choroby (por. Czapczyńska, 2006, s. 62–63). Negatywne myślenie o sobie, niepewność i zachwiane poczucie własnej wartości powodują negatywną ocenę osób w oczach innych, a w konsekwencji blokadę skutecznych prób nawiązywania kontaktów, uniemożliwiają aktywność społeczną, jak również ukierunkowują aktywność starszych na służbę rodzinie, niekiedy wbrew potrzebom i zdrowemu rozsądkowi, co pozbawia już czasu na własne życie, spotkania ze znajomymi czy aktywny odpoczynek.

To z kolei może przyczynić się do samotności, po usamodzielnieniu się dzieci i wnuków. Poczucie bezradności i bezsilności powoduje zachwianie, a nawet zanik poczucia bezpieczeństwa, co sprzyja bierności i całkowitemu poddaniu się cudzej woli (por. Dąbrowiecka, 2003, s. 22–23).

Nie proces starzenia się jest decydujący dla poziomu jakości życia, ale izolowanie się od społeczeństwa oraz brak aktywności umysłowej i fizycznej. W celu aktywizowania ludzi w ostatniej fazie życia, popularne stało się organizowanie im czasu wolnego, w tym zajęć edukacyjnych dla seniorów. Uczenie się w starości nie wiąże się ze zmianami czy nowymi orientacjami, ale z nową konsumpcją poznawczą. Jest ono wsparciem ludzi starszych w procesie starzenia się (realizuje postulat pomocy wychowawczej człowiekowi staremu) (por. Halicki, 2000, s. 30). Podjęcie przez seniorów edukacji oraz uczestnictwo w wykładach na temat wiedzy aktualnej, wiedzy o zdrowiu oraz o przyrodzie, może przyczyniać się do większego poziomu samoświadomości i podejmowania aktywności na rzecz troski o własne zdrowie, co znalazło potwierdzenie w prowadzonych przez Autorkę badaniach. Jednocześnie osoby te pozbawione są poczucia izolacji społecznej, ze względu na systematyczne kontakty z grupą rówieśniczą, a tym samym mogą wykazywać się wyższym poczuciem wsparcia społecznego.

Przyjęte w tym opracowaniu założenie o ścisłym związku oczekiwań zdrowotnych seniorów z poczuciem koherencji i wsparciem społecznym, które to zasoby sprzyjają właśnie wewnętrznemu umiejscowieniu kontroli zdrowia, zwiększonej skuteczności w sytuacjach trudnych oraz podejmowaniu zachowań na rzecz własnego zdrowia (tymi wskaźnikami zostały dookreślone badane tu oczekiwania zdrowotne), ukazane zostało nie tylko jako istotny z punktu widzenia psychologii zdrowia i edukacji zdrowotnej przedmiot analiz teoretycznych, ale przede wszystkim badań empirycznych. Kształcenie ludzi w podeszłym wieku znajduje się na pograniczu badań geragogicznych. Istotne jest działanie na rzecz rozwoju geragogiki, gdyż jej zbagatelizowanie może prowadzić do coraz mniejszego zainteresowania życiem wśród seniorów, brakiem umiejętności czerpania radości z ostatniej fazy życia. To zrozumienie siebie, świata, społeczeństwa, a także aktywność własna są niezmiernie istotne w prezentowanej monografii, gdyż mogą rzutować na oczekiwania zdrowotne ujęte w kategoriach: umiejscowienia przez osoby badane poczucia kontroli zdrowia w jednym z trzech wymiarów – wewnętrznym (kontrola nad zdrowiem zależy od samej jednostki), wpływu innych (zdrowie jest skutkiem oddziaływania innych osób, zwłaszcza pracowników służby medycznej), przypadku (który obok innych czynników zewnętrznych decyduje o stanie zdrowia); uogólnionej

własnej skuteczności (radzenia sobie w trudnych sytuacjach, panowania nad stresem) oraz zachowań zdrowotnych.

Zaprezentowane w książce badania empiryczne zmierzały do uchwycenia związku między oczekiwaniami zdrowotnymi a zasobami osobistymi. Badania miały na celu nie tylko weryfikację postawionych hipotez, lecz także eksplorację problemów szczegółowych. Trudno jest konfrontować uzyskane wyniki z jakimikolwiek innymi, a w konsekwencji wysuwać pewnie brzmiące wnioski. Lepiej jest wykazać się stosownym dystansem wobec prezentowanych wyników. W tym przypadku zaobserwowane prawidłowości, trafnie ujęte na gruncie teorii, potwierdziły prezentowane badania, ukazując istotę badanych zależności. Stąd też cel badań został osiągnięty.

Analiza wyników badań uzyskanych na podstawie Wielowymiarowej Skali Umiejscowienia Kontroli Zdrowia (MHLC) K.A. Wallstona, B.S. Wallston, R. DeVellis w adaptacji Z. Juczyńskiego wykazała, że słuchacze Uniwersytetów Trzeciego Wieku, jak i badani nie podejmujący w nim aktywności, prezentują w większości wewnętrzną kontrolę zdrowia. Wśród słuchaczy na kolejnych miejscach uplasował się wpływ innych i przypadku, a w grupie porównawczej wpływ przypadku dominuje nad znaczeniem innych w kontrolowaniu zdrowia badanych osób. Zaobserwowano różnice istotne statystycznie ($p < 0,01$) na korzyść słuchaczy w stwierdzeniach dotyczących wymiaru kontroli wewnętrznej oraz na korzyść osób spoza Uniwersytetu w tych, które dotyczą przypadku.

Najmniej słuchaczy ceduje kontrolowanie swojego stanu zdrowia na przypadek, co odróżnia ich pod tym względem od badanej grupy porównawczej na poziomie istotnym statystycznie. Niska ranga przypadku reprezentowana przez udzielających się w Uniwersytecie Trzeciego Wieku wskazuje na ich aktywną postawę względem własnego zdrowia. Osoby odrzucające przypadek zarówno w zdrowiu, jak i chorobie nie czują się bezradni wobec zewnętrznych zagrożeń. Można pokusić się o interpretację, że słuchaczy motywuje chęć życia, stąd wyższy u nich poziom wewnętrznego kontrolowania zdrowia, niż u osób, które nie podejmują aktywności, a przyjmują niekiedy nawet postawę zegnania się z życiem.

Wykładowcy – specjaliści z różnych dziedzin, w tym także medycyny – podkreślają podczas spotkań tematycznych ze słuchaczami możliwości samodzielnego podejmowania decyzji i wyborów w zakresie zachowań sprzyjających zdrowiu. Następnym tego jest fakt, że większość seniorów – słuchaczy sama kieruje swoim losem tak, by unikać chorób i zachować zdrowie, wzmacniając tym samym aktywną postawę na rzecz zdrowia.

Badane osoby wykazują w zdecydowanej większości typ umiejscowienia kontroli zdrowia niezróżnicowany-silny – korzystny i tworzący przestrzeń do działań o charakterze promującym zdrowie.

Wyniki te potwierdzają badania prowadzone przez m.in.: Zygryda Juczyńskiego (2001), Jana Chodkiewicza (2007), Marie John-Borys (2002).

Analiza danych, zebranych przy pomocy Skali Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES) R. Schwarzera, M. Jerusalema i Z. Juczyńskiego wykazała, że słuchacze Uniwersytetów Trzeciego Wieku uzyskali wyższe wyniki wskaźnika ogólnego poczucia własnej skuteczności w porównaniu do osób, które nie wykazują się aktywnością w UTW. Oznacza to, że posiadają oni wyższy poziom przekonania co do szans osiągnięcia zamierzonego celu w konkretnej sytuacji. Tym samym lepiej radzą sobie w walce ze stresem, z problemami zdrowotnymi oraz osiągają lepsze efekty przy podejmowaniu decyzji zmiany dotychczasowych szkodliwych dla zdrowia zachowań. Dzięki wysokiemu poziomowi poczucia własnej skuteczności seniorzy posiadają łatwość dokonywania zmian w zachowaniu, co ma niezmiernie istotne znaczenie podczas edukacji zdrowotnej wdrażanej na zajęciach Uniwersytetu Trzeciego Wieku.

Uzyskane wyniki nawiązują do tendencji wskazywanych w literaturze, choćby teorii aktywności (S. Cavana i współpracowników), która zakłada, że naturalny proces starzenia się pozwala osobie starszej na podtrzymanie dotychczasowego zaangażowania i aktywności w życiu społecznym, rodzinnym i zawodowym. Łączy się to właśnie ze zdolnością korzystania z posiadanych kompetencji oraz możliwością ciągłego uczenia się rzeczy nowych. Aktywność jest wartością cenioną społecznie; osobom w podeszłym wieku należy stwarzać okazje do sensownej społecznie działalności i aktywności (por. Steuden, Marcuk, 2006; Bühler za: Zych, 1995).

Analiza wyników uzyskanych na podstawie Inwentarza Zachowań Zdrowotnych (IZZ) Z. Juczyńskiego dostarczyła informacji na temat poziomu zachowań zdrowotnych podejmowanych przez seniorów. Ich analiza wykazała, że słuchacze Uniwersytetów Trzeciego Wieku prezentują ogólnie wyższy wskaźnik zachowań prozdrowotnych, mają lepsze nawyki żywieniowe, częściej podejmują zachowania profilaktyczne i praktyki służące zdrowiu, wykazują bardziej pozytywne nastawienie psychiczne w porównaniu z osobami, które nie podejmują aktywności intelektualnej. Sygnalizowana we wcześniejszych badaniach (por. Kozieł i in., 2008; Fabiś, 2006; Marcuk, 2006; Chabior, 2000; Halicki, 2000) tendencja do wyższej oceny własnych zachowań zdrowotnych słuchaczy UTW w porównaniu do grupy porównawczej potwierdziła się także w prezentowanych badaniach.

Badani słuchacze prezentują najczęściej wysokie zachowania zdrowotne, w chwili, gdy najwięcej osób z grupy porównawczej określa je jako przeciętne. Wyższe wyniki nawiązują do działalności UTW oraz form pomocy udzielanej słuchaczom, a związanej z profilaktyką gerontologiczną, co skutkuje podejmowaniem prozdrowotnego zachowania. Wskazuje to na znaczenie przynależności do aktywizującej instytucji dla seniorów w aktywnym kierowaniu własnym życiem, trafniejsze dokonywanie wyborów związanych ze stylem życia, warunkujące pozytywne starzenie się. Prezentowane dotychczas badania wykazują, że współcześni seniorzy są bardziej witalni niż w poprzednich generacjach. Stąd też wydłużenie się okresu życia ludzi starszych i ich lepsza kondycja psychoruchowa. Proces ten zauważalny jest na skutek ewolucji kulturalno-społecznej. Seniorzy zaczynają podejmować edukację, na którą najsilniej wpływają: stan zdrowia, przygotowanie do starości, biografia edukacyjna i społeczna, predyspozycje umysłowe, osobowość, czas wolny, poczucie własnej wartości, poczucie sensu życia, motywacja do kształcenia się, trening wspomagający sprawność umysłową, sytuacja ekonomiczna, stymulacja środowiska, oferty kulturalno-oświatowe dla seniorów. Uczestnictwo w zajęciach, a tym samym aktywność intelektualna, dążenie do rozwoju, systematyzowania zdobytej wiedzy, jej rozszerzania, sprzyjają często zachowaniu wysokiej sprawności psychofizycznej do późnych lat życia.

W celu określenia zasobów osobistych seniorów, poddano analizie empirycznej poczucie koherencji oraz poczucie wsparcia społecznego.

Analiza wyników zgromadzonych za pośrednictwem Kwestionariusza Orientacji Życiowej (SOC-29) A. Antonovsky'ego wykazuje różnicowany profil poczucia koherencji pomiędzy badanymi grupami osób. Przejawia się ono już w poziomie ogólnym tej dyspozycji, niewiele wyższym, jednak co ważne, na poziomie zbliżonym do istotnego ($p < 0,05$) u słuchaczy UTW. Przewaga tej grupy badanych nad osobami, które nie wykazują się aktywnością w instytucji dla seniorów, wyraża się we wszystkich trzech komponentach – poczuciu sensowności, zaradności i zrozumiałości. Oznacza to, że słuchacze w większym zakresie nadają docierającym do nich bodźcom zewnętrznym i wewnętrznym cech zrozumiałości, spójności, jasności i możliwości logicznego uporządkowania. Doświadczane sytuacje bardziej oceniają w kategoriach sensownych, wartych zaangażowania. W sytuacjach napotykanym trudności bardziej też widzą możliwości ich pokonania. Słuchacze UTW wykazują się też wyższym przekonaniem co do tego, że dostępne im zasoby uruchamiane w chwili kontaktu z problemami są wystarczające do skutecznego i samodzielnego zmagania się z nimi. Na poczucie samodzielności słuchaczy wpływa doskonalenie funkcji poznawczych podczas zajęć

w UTW – pamięci, myślenia logicznego, wnioskowania. Obecność w środowisku uniwersyteckim wpływa na rozwój i doskonalenie umiejętności poszukiwania i wykorzystania informacji we współczesnym świecie. Badani słuchacze są emerytami, w większości nie podejmującymi już pracy. Często jej brak zaburza rytm dnia codziennego. UTW staje się formą zastępczą; naukę traktują jako pracę, więc bardziej poprzez edukację są nastawieni na samorozwój i czerpanie satysfakcji z życia, w czym upatrują nowy cel życiowy.

Uzyskane wyniki pozostają poniekąd w zbieżności ze wskazywaną wielokrotnie tendencją w badaniach (np. Sitarczyk, 2006; Zajac, 2002; Pasikowski, 2001a).

Z kolei wyniki Kwestionariusza Wsparcia Społecznego (NSSQ) J.S. Norbeck ukazują różnice pomiędzy poziomami poczucia uzyskiwanego wsparcia społecznego przez słuchaczy i osoby nie zrzeszone w Uniwersytecie Trzeciego Wieku. Słuchacze czują się bardziej szczęśliwi, w większym stopniu podziwiani i szanowani. Dlatego też wskazują na wyższy poziom udzielanego im wsparcia, które wyraża się w przekazie pozytywnych emocji. Cechuje ich także wyższy poziom otrzymywanego wsparcia afirmacyjnego, które przejawia się w wysokim poczuciu akceptacji ze strony najbliższych. Fakt obdarzania znacznym zaufaniem wskazane osoby znacząco sprzyja wzmocnieniu ich w sytuacji adaptacji do starości, zachwianego poczucia bezpieczeństwa i stanu zdrowia. W porównaniu do osób nie zrzeszonych w UTW słuchacze bardziej mogą liczyć na pomoc materialną, przejawiającą się w formie wsparcia praktycznego, w zakresie pomocy materialnej czy funkcjonalnej. Przypuszczać można, że przez fakt uczestnictwa w kulturze UTW, będąc bardziej świadomymi własnych potrzeb, komunikują je w sposób otwarty, a tym samym uzyskują adekwatne do potrzeb wsparcie społeczne. Udział w zajęciach UTW sprzyja budowaniu sieci wsparcia społecznego. Na wyższy poziom odczuwanego wsparcia społecznego przez słuchaczy może wskazywać chęć uczestnictwa w nobilitujących ich spotkaniach z grupą rówieśniczą, potrzeba kontaktów towarzyskich, a tym samym ucieczka od nudy na emeryturze. Przynależność do UTW rozwija aktywność społeczną (koleżeństwo), pomaga walczyć z samotnością i nie skupiać jedynie na życiu dniem codziennym. UTW realizuje potrzeby społeczne, co jest niezwykle ważne w przypadku zawężania się kręgów znajomych na emeryturze. Spotkania uniwersyteckie sprzyjają utrzymywaniu dość licznych kontaktów interpersonalnych, dających poczucie szczęścia i akceptacji, zaufania i możliwości sięgania po pomoc do znaczących bliskich. Wnioski te ustalono na podstawie wielu badań (por. Leszczyńska-Rejchert, 2005; Susułowska, za: Pakuła, 2007; Idzikowski, 2000; Neugarten, za: Czerniawska, 2000; Zych, 1995).

Ostatnim problemem badawczym było poszukiwanie zależności pomiędzy oczekiwaniami zdrowotnymi a zasobami osobistymi słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Przyjęto zatem, że u słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku istnieje związek zależnościowy pomiędzy oczekiwaniami zdrowotnymi w wymiarze poczucia kompetencji (skuteczności radzenia sobie w trudnych sytuacjach), umiejscowienia kontroli zdrowia oraz działań prozdrowotnych a zasobami osobistymi, to jest poczuciem koherencji oraz wsparciem społecznym. Do tego i precyzujących go problemów szczegółowych, na podstawie dotychczasowej wiedzy sformułowano hipotezy.

W pierwszej hipotezie szczegółowej postulowano dodatnią zależność między oczekiwaniami zdrowotnymi w przyjętych wymiarach a poczuciem koherencji; założono, że im silniejszy poziom poczucia koherencji, tym łatwiej człowiekowi unikać zagrożeń i niebezpieczeństw, podejmować zachowania zdrowotne i inwestować w wysiłki na rzecz zdrowia, gdyż uważa to za działania przynoszące mu korzyść. Otrzymane wyniki są zgodne z przyjętymi założeniami i wynikami badań zaprezentowanymi w literaturze przedmiotu (Sitarczyk, 2006; Sęk, 2005a; Brzezińska, 2005a; Pasikowski, 2001a; Łuszczynska-Cieślak, 2001; Antonovsky, 1995). Poczucie własnej skuteczności, a tym samym umiejętne radzenie sobie w trudnych sytuacjach, zależy dodatnio od poczucia zaradności i poczucia sensowności. Wewnętrzne umiejscowienie kontroli oraz podejmowanie zachowań zdrowotnych zależy proporcjonalnie od poczucia zaradności. Poczucie zrozumiałości sprzyja zachowaniom profilaktycznym, a zaradności – pozytywnemu nastawieniu psychicznemu.

W drugiej szczegółowej hipotezie postulowano dodatnią zależność między oczekiwaniami zdrowotnymi w przyjętych wymiarach a poziomem odczuwanego wsparcia społecznego; przyjęto, że wysoki poziom odczuwanego wsparcia społecznego najbliższych w wymiarze: emocjonalnym, afirmacyjnym i materialnym, sprzyja zmniejszeniu natężenia pojawiających się coraz częściej objawów chorobowych, co ma dodatni związek z omawianymi kategoriami oczekiwań zdrowotnych seniorów.

Otrzymane wyniki są zgodne z przewidywanymi wynikami analiz prezentowanych w literaturze, choć nie zawsze dotyczą one grupy seniorów (por. Brzezińska, 2005a; Pędich, 1996; Mittelmark, za: Woynarowska, 2007; Rennemark, Hagberg, 1999). Hipoteza ta potwierdziła się jedynie w grupie porównawczej. W zrealizowanych badaniach zidentyfikowano dodatnie zależności między afirmacją a poczuciem własnej skuteczności i wewnętrzną kontrolą. Z kolei emocje sprzyjają powierzeniu wpływu na zaistniałe sytuacje innym znaczącym osobom, jak również pozytywnemu nastawieniu psychicznemu.

Nie odnotowano związków zależnościowych pomiędzy oczekiwaniami zdrowotnymi a wsparciem społecznym słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Ośmielę się na wysunięcie tezy, że doskonalący się, zdobywający wiedzę w zakresie edukacji zdrowotnej oraz o otaczającym świecie seniorzy, rozwijają swoje umiejętności w kierunku świadomości własnych zasobów i umiejętności ich wykorzystania, a co za tym idzie, samodzielności w korygowaniu własnych zachowań i poprawy kondycji psychofizycznej. Stąd też brak istotnych zależności pomiędzy oczekiwaniami zdrowotnymi słuchaczy UTW a potrzebą odczuwania szczęścia, radości i podziwu, pomocy, czy aprobaty ze strony sieci społecznej.

Zatem uzyskany układ współzależności wskazuje, że oczekiwania zdrowotne pojmowane w kategoriach oczekiwań dotyczących własnej skuteczności, poczucia umiejscowienia kontroli zdrowia oraz podejmowania zachowań zdrowotnych pozostają w związku z poczuciem koherencji i wsparciem społecznym (por. Ziomek-Michalak, 2012).

Zaprezentowane wyniki pociągają za sobą istotne implikacje dla polityki społecznej wobec seniorów. Koniecznym staje się badanie oczekiwań zdrowotnych seniorów, tworzenie i wdrażanie programów naprawczych skierowanych na nieprawidłowości w zachowaniach, promujących zdrowy styl życia oraz zachowania sprzyjające zdrowemu starzeniu się. Działania skierowane do osób starszych powinny być realizowane przy współudziale seniorów. W zakresie zachowań zdrowotnych uzyskano wyniki zadowalające, wskazujące na duże znaczenie edukacji zdrowotnej.

Starzejące się społeczeństwo zobowiązuje specjalistów do planowania odpowiednich działań w polityce zdrowotnej i społecznej, przystosowanych do seniorów. System opieki społecznej i służby zdrowia należy dostosować tak, by odpowiadał potrzebom ludzi w starszym wieku, stąd tak ważne jest realizowanie badań w celu uzyskania pełnej oceny demograficznej kraju. Przyczyni się to do prawidłowego określenia potrzeb w zakresie organizacyjnego modelu służby zdrowia, odpowiedniej profilaktyki, leczenia i rehabilitacji. Zaleca się realizację badań zawierających informacje o zdrowotnych i społecznych potrzebach ludzi starszych, a w konsekwencji ich analizy możliwe będzie ustalenie szans zoptymalizowania działania modelu opieki zdrowotnej i społecznej nad osobami w starszym wieku (por. Franek, Fojt, 1999).

Aby móc obserwować pozytywne starzenie się, niezmiernie istotne jest przygotowanie do starzenia się i okresu starości. Należy zwrócić uwagę na wprowadzenie do problematyki omawianej podczas zajęć już w szkole tematów

gerontologicznych, kształcących pozytywne nastawienie wobec starości, jak i przygotowujących do procesu starzenia się, podkreślających znaczenie własnej aktywności i decyzyjności w zakresie stylu życia. Z analizy subiektywnej oceny seniorów rysuje się ich obraz jako pogodnych, akceptujących siebie, cieszących się życiem i realnie patrzących na świat ludzi. Wskazuje to na niesłuszną ocenę starości jako pejoratywnej fazy życia, identyfikowanej często ze smutkiem, chorobą i niedołążnością (por. Zych, 1995; Wiśniewska-Roszkowska, 1989). Przed społeczeństwem otwiera się w związku z tym nowa płaszczyzna dłuгоletnich działań ukierunkowanych na stworzenie w społecznej mentalności odpowiedniego wizerunku trzeciego wieku, innego niż stereotyp starości zniedołążniającej, biednej, biernej i ustawicznie oczekującej na pomoc ze strony rodziny lub instytucji opiekuńczo-leczniczych. Wyż demograficzny pokolenia dziadków, określane mianem *daddy boom* zrodził szereg problemów – socjalnych, medycznych, ekonomicznych czy edukacyjnych, a tym samym niechęć wobec tej fazy życia. Starość stanowi poważne wyzwanie dla świata nauki i polityki, ale i społeczeństwa. Należy utrwalać nowy styl życia, pełen aktywności, samodzielności i kreatywności. Niezbędne jest uczenie się starości (Szarota, 2015), a do tego potrzebna jest współpraca pokoleniowa na szczeblu lokalnym, resortowa na szczeblu władzy i dyscyplinarna na szczeblu nauki (por. Trafiałek, 2002).

Należy ludziom odchodzącym od aktywności zawodowej zapewnić godne warunki egzystencji i możliwość pełnego uczestnictwa w życiu społeczeństwa. Zgodnie z polityką Organizacji Narodów Zjednoczonych wobec ludzi w starszym wieku, działaniom społecznym powinny przyświecać zasady: niezależności seniorów, ich prawa do współdecydowania w tworzeniu ładu społecznego, prawa do opieki, samorealizacji i godności. Jest to ważne wyzwanie szczególnie dla pedagogów, którzy powinni zabiegać o upowszechnianie wiedzy o starości indywidualnej, jak i demograficznej na wszystkich szczeblach edukacji, skupiać się na stanie, zadaniach i funkcjonowaniu instytucji wspierających ludzi starych, ich aktywności intelektualnej i fizycznej.

Najlepszą alternatywą dla smutku, bezradności i marginalizacji (ekskluzji) jest dążenie do uspołecznienia starzenia się i starości, promowanie edukacji permanentnej. Niezmiernie istotne jest podkreślanie roli środowisk lokalnych w organizowaniu przestrzeni życiowej seniorów, wspieranie działań samopomocowych i aktywizujących ludzi trzeciego wieku. Poprzez propagowanie wszelkich form aktywności oświatowej (jak Uniwersytety Trzeciego Wieku, Centra Aktywizacji Seniora), politycznej, społecznej i kulturalnej należy włączyć seniorów w proces zmiany stereotypu polskiej trzeciej trójki życia. Sam UTW jest miejscem, od którego uczestnicy

oczekują zmian i możliwości wypowiedziania się na temat swoich oczekiwań i propozycji. Próba podjęcia dialogu władz i instytucji z seniorami mogłaby się przyczynić do zmian w ich życiu i poprawić ich jakość życia.

Jasny wniosek płynący dla ludzi starszych, którzy szukają poprawy jakości życia jest taki, że jakość ta w danym okresie życia nie jest zdeterminowana przez minione lata. Co więcej, jakość życia jest uwarunkowana zdolnością uczestnictwa w kulturze Trzeciego Wieku. Tak więc kluczowa dla poprawy jakości życia jest poprawa kondycji finansowej, czynników ułatwiających uczestnictwo ludzi starszych w życiu społecznym oraz walka z dyskryminacją, z którą co niektórzy jeszcze się spotykają.

Zgromadzone wyniki prezentują wyższe poziomy wszystkich badanych zmiennych wśród badanych słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku. Oznacza to, że podejmowanie przez seniorów kształcenia w UTW, podobnie jak działalności kulturalno-oświatowej, pełni funkcje: profilaktyczną – zapobiega i odraza w czasie nieomagania fizyczne i psychiczne, przeciwdziała osamotnieniu; terapeutyczną – przywraca ludzi aktywnych kulturalnie i edukacyjnie do zdrowia, przywraca równowagę psychiczną, odwracając uwagę od smutku, cierpienia i bólu; kompensacyjną – wyrównuje braki w innych dziedzinach życia; informacyjną – umożliwia zdobywanie wiedzy o bieżących wydarzeniach; integracyjną – umacnia stosunki seniorów z rówieśnikami, jak i młodszymi generacjami; socjalizacyjną – doskonali umiejętności interpersonalne; kształcącą – doskonali umiejętności umysłowe, upodobania estetyczne, postawy społeczno-moralne; rekreacyjno-rozrywkową – eliminuje zmęczenie i znużenie na rzecz kontynuowania działalności życiowej oraz funkcję prestiżową – w wymiarze indywidualnym sprowadza się do indywidualnej satysfakcji, a społecznym – podnoszenia autorytetu i uznania dla osób podejmujących aktywność kulturalną (pisze o tym m.in.: Zaorska, 2006, 1999; Konieczna-Woźniak, 2005; Leszczyńska-Rejchert, 2005; Szarota, 2004; Pietruszkowa, 2001; Chabior, 2000).

Sens podjętych badań ma uzasadnienie w kontekście przemian demograficznych i indywidualnego wymiaru życia w starości. Wyrażam nadzieję, że uzyskane wyniki przyczynią się do wzbogacenia wiedzy w zakresie geragogiki, gerontologii oraz pedagogiki zdrowia, jak również rozpropagują w środowisku, jak i wśród samych seniorów, idee promocji zdrowia.

W kontekście otrzymanych powiązań należy stwierdzić, że zanalizowane tu zmienne oczekiwań zdrowotnych i zasobów osobistych pozostają w zależności, gdzie poczucie koherencji i otrzymywanego wsparcia społecznego może być czynnikiem uruchamiającym kontrolę zdrowia, poczucia własnej skuteczności

oraz zachowania zdrowotne seniorów. Problem, jaki pojawia się tutaj, dotyczy interpretacji relacji zależnościowych z powodu niedostatecznie jeszcze wyjaśnionej problematyki oczekiwań zdrowotnych wśród seniorów, definiowanych zgodnie z przyjętymi w tej książce kryteriami. Literatura przedmiotu skupia się na medycznym rozumieniu pojęcia oczekiwań zdrowotnych, ujmując je jako wskaźnik umieralności oraz stanów chorobowych właściwych dla określonej populacji. Na podstawie uzyskanych wyników można stwierdzić, że problem oczekiwań zdrowotnych słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku wymaga dalszych eksploracji, zwłaszcza w zakresie umiejscowienia poczucia kontroli i własnej skuteczności. Ponadto można by poddać dodatkowo analizie zmienne pośredniczące, takie jak płeć, wykształcenie, podejmowanie aktywności społecznej. Na podstawie uzyskanych wyników warto też pokusić się na wprowadzenie typologii zdrowotnych, określenie stylów zdrowotnych słuchaczy. Przeprowadzenie badań w grupie o większej liczebności, celowy dobór osób już na pierwszym etapie badań (zbliżona liczba kobiet i mężczyzn), dobór zmiennych niezależnych całkiem niezależnych od siebie, pozwoliłyby na dokładniejsze określenie uwarunkowań oczekiwań zdrowotnych seniorów. Być może zastosowanie jeszcze bardziej rzetelnych technik badawczych pozwoliłoby na dokładniejsze wyjaśnienie zmienności zmiennych zależnych. Stąd zadaniem na przyszłość, które sobie stawiam, jest poszukiwanie dalszych dowodów empirycznych w zakresie omawianej tu problematyki. Mam nadzieję, że przedstawione w prezentowanej książce rozważania nad oczekiwaniami zdrowotnymi słuchaczy Uniwersytetów Trzeciego Wieku staną się, nie tylko dla mnie, inspiracją do dalszych poszukiwań uwarunkowań i wzmacniania wewnętrznego umiejscowienia poczucia kontroli zdrowia, poczucia własnej skuteczności oraz podejmowania zachowań zdrowotnych.

LITERATURA

- Albuquerque P.C., *Parental care for the elderly*, "Health and Ageing, Research Programme on Health and Productive Ageing", The Geneva Association, 2006, 14.
- Aleksander T., *Kształcenie ustawiczne*, (w:) I. Lepalczyk, T. Pilch, *Pedagogika społeczna. Człowiek w zmieniającym się świecie*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 1995.
- Antonovsky A., *Poczucie koherencji jako determinanta zdrowia*, (w:) I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), *Psychologia zdrowia*, PWN, Warszawa 1997.
- Antonovsky A., *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*, Wydawnictwo IPN, Warszawa 1995.
- Antonovsky A., *The Sense of Coherence as a Determinant of Health*, (w:) J.D. Matarazzo, N. Miller (red.), *Behavioral Health: A Handbook of Health Enhancement and Disease Prevention*, Wiley and Sons, New York 1984.
- Appelt K., *Środkowy okres dorosłości. Jak rozpoznać potencjał dojrzałych dorosłych?*, (w:) A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka*, GWP, Gdańsk 2005.
- Bandura A., *Self-efficacy. Toward a unifying theory of behavioral change*, "Psychological Review", 1977, 84, 191–215.
- Bandura A., *Social foundation of thought and actions: a cognitive social theory*, Prentice Hall, Englewood Cliffs, New York 1986.
- Bandura A., *Self-referent thought: The development of self-efficacy*, (w:) J.H. Flavell, L.D. Ross, (red.), *Cognitive Social Development: Frontiers and Possible Futures*, Cambridge University Press, New York 1981.
- Bień B., *Stan zdrowia i sprawność ludzi starszych*, (w:) B. Synak (red.), *Polska starość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002.
- Billings A.G., Moos R.H., *The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events*, "Journal of Behavioral Medicine", 1981, 4.2, 139–157.
- Bishop G., *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Astrum, Wrocław 2000.

- Błachnio A., *Starość non profit. Wolontariat na Uniwersytetach Trzeciego Wieku w Polsce i na świecie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2012.
- Bromley D.B., *Psychologia starzenia się*, PWN, Warszawa 1969.
- Brzezińska A.I., *Jak przebiega rozwój człowieka*, (w:) A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
- Brzezińska A.I., Hejmanowski S., *Okres późnej dorosłości. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać?*, (w:) A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka*, GWP, Gdańsk 2005.
- Brzezińska M., *Proaktywna starość. Strategie radzenia sobie ze stresem w okresie późnej dorosłości*, Difin, Warszawa 2011.
- Carvalho-Loures M., Celeno-Porto C., Alves-Barbosa M., Freire-Filha L.G., *Women's quality of life: University of the Third Age, Goias, Brazil*, "Revistade Salud Publica", 2010, 12/3, 391–401.
- Castro P.C., Tahara N., Rebelatto J.R., Driusso P., Aveiro M.C., Oishi J., *Influence of the Open University of the Third Age (UATI) and the Revitalization Program (REVT) on quality of life in middle-aged and elderly adults*, "Revista Brasileira de Fisioterapia", 2007, 11/6, 461–467.
- Cendrowski, Z. *Dekalog zdrowego stylu życia*, Agencja „Promo-Lider”, Warszawa 1994.
- Chabior A., *Rola aktywności kulturalno-oświatowej w adaptacji do starości (w świetle badań seniorów z rodzin kieleckich)*, Ośrodek Kształcenia i Doskonalenia Kadr, Radom–Kielce 2000.
- Chodkiewicz J., *Psychologia zdrowia. Wybrane zagadnienia*, WSHE, Łódź 2005a.
- Chodkiewicz J., *Zasoby osobiste w rozwoju człowieka, cz. 1*, „Remedium”, 2005c, 1, 14–15.
- Chodkiewicz J., *Zasoby osobiste w rozwoju człowieka, cz. 2*, „Remedium”, 2005b, 4, 14–15.
- Ciczkowski W., *Pomoc społeczna*, (w:) D. Lalak, T. Pilch (red.), *Elementarne pojęcia pedagogiki społecznej i pracy socjalnej*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 1999.
- Comfort A., *Dlaczego się starzejemy?*, PWN, Warszawa 1971.
- Coni N., Davison W., Webster S., *Starzenie się*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1994.
- Czapczyńska A., *Oblicza starości*, „Remedium”, 2006, 7–8, 62–63.
- Czapiński J., Panek T., *Diagnoza Społeczna 2013. Warunki i jakość życia Polaków. Raport*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej i Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich, Warszawa 2014.
- Czekanowski P., *Rodzina w życiu osób starszych i osoby starsze w rodzinie*, (w:) B. Synak (red.), *Polska starość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002.
- Czerniawska O., *Drogi i bezdroża andragogiki i gerontologii. Szkice i rozprawy*, WSHE, Łódź 2000.
- Czerniawska O., *Edukacja jako pomoc w rozwoju w ujęciu andragogiki i gerontologii*, (w:) E. Marynowicz-Hetka (red.), *Pedagogika społeczna. T. 2*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- Czerniawska O., *Przesłanie Aleksandra Kamińskiego dla współczesnej andragogiki i gerontologii*, „Edukacja Dorosłych”, 2003, 2, 97–99.

- Czerniawska O., *Style życia ludzi starszych*, (w:) O. Czerniawska (red.), *Style życia w starości*, Wyższa Szkoła Humanistyczno-Ekonomiczna, Łódź 1998.
- Czerniawska O., *Nowe tendencje w uniwersytetach III wieku*, „Edukacja Dorosłych” 2006, 3, 67–71.
- Czerniawska O., *Uniwersytet Trzeciego Wieku, 30 lat działania. Przemiany, dylematy i oczekiwania w epoce ponowoczesnej*, „Chowanna”, 2009, 2(3), 97–114.
- Dawidowicz A., *Gdy się człowiek robi stary*, PZWL, Warszawa 1968.
- Davies M., *Czerpanie przez pracownika socjalnego zasobów własnego „Ja”*, (w:) J. Kwaśniewski (red.), *Praca socjalna, pomoc społeczna*, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa 1993.
- Dąbrowiecka H., *Wygrać starość*, „Niebieska Linia”, 2003, 5, 9–10.
- Dąbrowski Z., *Pedagogika opiekuńcza w zarysie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 1998.
- Demel M., *Pedagogika zdrowia*, Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne, Warszawa 1980.
- Demel H., Szwarc H., *Zdrowie a edukacja*, „Oświata Dorosłych” 1988, 5, 260–265.
- Dolińska-Zygmunt G., *Orientacja salutogenetyczna w problematyce zdrowotnej: Model Antonovsky’ego*, (w:) G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001.
- Dolińska-Zygmunt G., *Orientacja salutogenetyczna w problematyce zdrowotnej: Model Antonovsky’ego*, (w:) G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Elementy psychologii zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 1996.
- Dzięgielewska M., *Aktywność społeczna i edukacja w fazie starości*, (w:) B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dzięgielewska (red.), *Podstawy gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR, Warszawa 2006.
- Erikson E.H., *Tożsamość a cykl życia*, Zysk i Spółka Wydawnictwo, Poznań 2004.
- Fabiś A. (red.), *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie. Wybrane zagadnienia współczesnej gerontologii*, Wyższa Szkoła Zarządzania i Marketingu, Sosnowiec 2005.
- Fabiś A., *Edukacja seniorów – odpowiedź na wymagania współczesności*, „Edukacja Dorosłych”, 2006, 1–2, 33–44.
- Fabiś A., Wawrzyniak J.K., Chabior A., *Ludzka starość. Wybrane zagadnienia gerontologii społecznej*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2015.
- Ferguson G.A., Takane Y., *Analiza statystyczna w psychologii i statystyce*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 1997.
- Folkman S., Lazarus R.S., *An analysis of coping in a middle-aged community sample*, „Journal of Health and Social Behavior”, 1980, 219–239.
- Franek G., Fojt E., *Struktura demograficzna ludzi w starszym wieku wyznacznikiem zadań opieki zdrowotnej i społecznej*, „Auxilium Sociale”, 1999, 1–2, 84–93.
- Franek G., *Zapotrzebowanie na usługi zdrowotne i społeczne ludzi w starszym wieku*, „Auxilium Sociale”, 2002, 2, 94–106.
- Franek G., *Uwarunkowania samooceny stanu zdrowia u ludzi w starszym wieku*, „Auxilium Sociale”, 2003, 3/4, 162–171.

- Frąckiewicz L., *Społeczne i ekonomiczne konsekwencje procesu starzenia się ludności*, (w:) L. Frąckiewicz (red.), *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Proces starzenia się ludności Polski i jego społeczne konsekwencje*, Polskie Towarzystwo Polityki Społecznej, Katowice 2002.
- Frąckiewicz L., *Społeczno-demograficzne problemy starzenia się polskiego społeczeństwa*, (w:) W. Pędich (red.), *Seniorzy w społeczeństwach Europy XXI wieku – współtworzenie i współodpowiedzialność*, Stowarzyszenie Wolontariatu Międzypokoleniowego w Białymstoku, Białystok 2001.
- Fudała T., *Ludzie starzy w polskim społeczeństwie w pierwszych dekadach XXI wieku*, „Praca Socjalna”, 2007, 4, 130–135.
- Fuesgen I., *Starość pod opieką*, Wydawnictwo W.A.B., Warszawa 1998.
- Gąbka D., Kędziora-Kornatowska K., *Korzyści z treningu zdrowotnego u osób w starszym wieku*, „Problemy Higieny i Epidemiologii” 93 (2) (2012), s. 256–259.
- Głębocka A., Szarzyńska M., *Wsparcie społeczne a jakość życia ludzi starszych*, „Gerontologia Polska”, 2005, 13, 255–259.
- Gochman D.S., *Health behaviour: Plural perspectives*, (w:) Gochman D.S. (red.) *Health Behaviour: Emerging Research Perspectives*, Plenum, NY 1988, 3–17.
- Górecki M., *Gerontologia*, (w:) *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. T. 2, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2006, s. 30–31.
- Górniewicz J., *Metafizyka wsparcia społecznego – od tolerancji do pomocy*, „Wychowanie Na Co Dzień”, 1997, 3, 16–18.
- Gruszczynska E., Worsztynowicz A., *Koncepcja salutogenezy i poczucia koherencji Aarona Antonovsky’ego*, „Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna”, 1999, 17, 93–105.
- Grzanka-Tykwińska A., Kędziora-Kornatowska K., *Znaczenie wybranych form aktywności w życiu osób w podeszłym wieku*, „Gerontologia Polska”, 2010, 1.
- Halicka M., Halicki J., *Integracja społeczna i aktywność ludzi starszych*, (w:) B. Synak (red.), *Polska starość*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk 2002.
- Halicka M., *Satysfakcja życiowa ludzi starych. Studium teoretyczno-empiryczne*, Akademia Medyczna, Białystok 2004.
- Halicki J., *Edukacja seniorów w aspekcie teorii kompetencyjnej: studium historyczno-porównawcze*, Trans Humana, Białystok 2000.
- Halik J., *Badania socjologiczne jako źródło wiedzy o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej*, (w:) J. Hryniewicz (red.), *Mierniki i wskaźniki w systemie ochrony zdrowia*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2001.
- Halicki J., *Społeczne teorie starzenia się*, (w:) M. Halicka, J. Halicki (red.), *Zostawić ślad na ziemi*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2006a.
- Halicki J., *Geragogika*, (w:) *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. T. 2, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2006b.
- Halicki J., *Obrazy starości rysowane przeżyciami seniorów*, Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku, Białystok 2010.
- Harris D.M., Guten S., *Health-Protective Behaviour*, „An Exploratory Study Journal of Health and Social Behavior”, 1979, 20, 1, 17–29.

- Hernik A., *Z rodziną czy bez*, „Niebieska Linia”, 2003, 5, 11–12.
- Heszen I., Sęk H., *Zdrowie i stres*, (w:) J. Strelau, D. Doliński, *Psychologia*. T. 2, GWP, Gdańsk 2008.
- Heszen-Niejodek I., Sęk H. (red.), *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997.
- Hill R.D., *Pozytywne starzenie się. Młodzi duchem w jesieni życia*, Laurum, Warszawa 2009.
- Hooyman N.R., Kiyak H.A., *Social Gerontology: A Multidisciplinary Perspective*, MA: Allyn and Bacon, Boston 2002.
- Hrapkiewicz H., *Uniwersytety trzeciego wieku jako forma edukacji ludzi starszych*, (w:) L. Frąckiewicz (red.), *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Proces starzenia się ludności Polski i jego społeczne konsekwencje*, Polskie Towarzystwo Polityki Społecznej, Katowice 2002.
- Hrebenda Z., *Organizacje pozarządowe a problemy ludzi starych*, (w:) L. Frąckiewicz, *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Proces starzenia się ludności Polski i jego społeczne konsekwencje*. T. IIa, Polskie Towarzystwo Polityki Społecznej, Katowice 2002.
- Idzikowski B., *Uniwersytet Trzeciego Wiek w Zielonej Górze – ewolucja funkcji*, (w:) Z. Wołk (red.), *Edukacja dorosłych*, Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Tadeusza Kotarbińskiego, Zielona Góra 2000.
- Ilnicka R., *Wychowanie do starości*, „Edukacja i Dialog”, 2006, 4, 69–72.
- Informator Sekcji Uniwersytetów Trzeciego Wiek*, PTG, Warszawa 1998.
- Jahoda M., *Current concepts of positive mental health*, „Journal of Occupational and Environmental Medicine”, 1959, 1.10, 565.
- Janiszewska-Rain J., *Okres późnej dorosłości. Jak rozpoznać potencjał ludzi w wieku podeszłym?*, (w:) A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka*, GWP, Gdańsk 2005.
- John-Borys M., *Koncepcja zdrowia i choroby u dorastających*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2002.
- Juczyński Z., *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*, PTP, Warszawa 2001.
- Juczyński Z., *Poczucie własnej skuteczności jako wyznacznik zachowań zdrowotnych*, „Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna”, 1998, 14, 54–63.
- Kaczmarczyk M., Trafiałek E., *Aktywizacja osób w starszym wieku jako szansa na pomyślne starzenie*, „Gerontologia Polska”, 2007, 4.
- Kamiński A., *Wychowanie do starości jako czynnik adaptacji ludzi starszych do nowoczesnego środowiska*, (w:) A. Kamiński, *Studia i szkice pedagogiczne*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1978.
- Kantowicz E., *Wsparcie społeczne jako nowa kategoria analiz pedagogiki społecznej*, „Auxilium Sociale”, 1997, 2, 166–172.
- Kantowicz E., *Elementy teorii i praktyki pracy socjalnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2001.
- Karney J.E., *Pedagogiczne aspekty kresu życia człowieka*, „Kwartalnik Pedagogiczny”, 1999, 2, 103–116.

- Kawczyńska-Butrym Z., *Nieppełnosprawność – specyfika pomocy społecznej*, Oficyna „Śląsk”, Katowice 1998.
- Kawczyńska-Butrym Z., *Odpowiedzialność za zdrowie i subiektywne oceny zdrowia w sytuacji ubóstwa*, „Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna”, 2001, 21, 172–185.
- Kawula S., *Czynniki i sieć wsparcia społecznego w życiu człowieka*, (w:) S. Kawula (red.), *Pedagogika społeczna. Dokonania – Aktualność – Perspektywy*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2003.
- Kawula S., *Obszary wsparcia społecznego rodzin polskich*, (w:) S. Kawula, J. Brągiel, A.W. Janke, *Pedagogika społeczna. Obszary i panorama problematyki*, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 2006.
- Kędzior J., *Wybrane aspekty starzenia się i starości w perspektywie gerontologii i geragogiki*, (w:) J. Kędzior, A. Ładyżyński (red.), *Współczesne wyzwania pracy socjalnej*, Dolnośląska Wyższa Szkoła Służb Publicznych „ASESOR” we Wrocławiu, Wydawnictwo Adam Marszałek, Wrocław 2006.
- Kirenko J., Byra S., *Zasoby osobiste w chorobach psychosomatycznych*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2008.
- Kirenko J., *Wsparcie społeczne osób z niepełnosprawnością*, WSUPiZ w Rykach, Ryki 2002.
- Klonowicz S., *Zdolność do pracy a wiek człowieka*, Książka i Wiedza, Warszawa 1973.
- Kobasa S.C., Maddi S.R., Kahn S., *Hardiness and health, A prospective study*, “Journal of Personality and Social Psychology”, 1982, 42, 168–177.
- Kocemba J., *Biologiczne wyznaczniki starości*, (w:) A. Panek., Z. Szarota (red.), *Zrozumieć starość*, Oficyna Wydawnicza TEXT, Kraków 2000.
- Kocimska P., *Starość wyzwaniem dla współczesności*, „Niebieska Linia”, 2003, 5, 6–7.
- Kołodziej W., *Bio-psycho-społeczne funkcjonowanie osób starszych a społeczne stereotypy i uprzedzenia dotyczące starzenia się i starości*, (w:) A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2006.
- Koniarek J., Dudek B., Makowska Z., *Kwestionariusz Orientacji Życiowej. Adaptacja The Sense of Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonovsky’ego*, „Przegląd Psychologiczny”, 1993, 36, 491–502.
- Konieczna-Woźniak R., *Uniwersytet Trzeciego Wieku przykładem samorządnych inicjatyw środowiska ludzi starszych*, (w:) B. Kromolicka (red.), *Praca socjalna w organizacjach pozarządowych. Z problemów działania i kształcenia*, Wydawnictwo Edukacyjne Akapit, Toruń 2005.
- Kosińska-Dec K., Jelonkiewicz I., *Poczucie koherencji a style radzenia sobie*, „Psychologia Wychowawcza”, 1997, 3, 215–225.
- Kowalczyk D., *Opieka nad wnukami jako forma aktywności rodzinnej generacji III wieku*, „Edukacja Dorosłych”, 2001, 3, 41–48.
- Kowalewska A., Jaczewski A., Komosińska K., *Problemy wieku starczego*, (w:) A. Jaczewski (red.), *Biologiczne i medyczne podstawy rozwoju i wychowania*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2005a.
- Kowalewska A., Jaczewski A., Komosińska K., *Problemy wieku starczego*, (w:) A. Fabiś (red.), *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie. Wybrane zagadnienia współ-*

- czesnej gerontologii, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Zarządzania i Marketingu, Sosnowiec 2005b.
- Kowalik S., *Psychospołeczne podstawy rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, „Śląsk”, Katowice 1999.
- Kozdroń E., *Kultura fizyczna – sport dla wszystkich*, (w:) B. Szatur-Jaworska (red.), *Strategie działań w starzejącym się społeczeństwie. Tezy i rekomendacje*, Rzecznik Praw Obywatelskich, Warszawa 2012.
- Kozdroń E., *Aktywność rekreacyjna w procesie pomysłnego starzenia się*, „Zeszyty Naukowe WSKFiT”, 2014, 9, 75–84.
- Kozdroń E., Leś A., *Aktywność dla zdrowia – Prosty lek. Poradnik*, Krajowe Zrzeszenie Ludowe Zespoły Sportowe, Warszawa 2014.
- Kozieł D., Kaczmarczyk M., Naszydlowska E., Gałuszka R., *Wpływ kształcenia w Uniwersytecie Trzeciego Wieku na zachowania zdrowotne ludzi starszych*, „Studia Medyczne”, 2008, 12, 23–28.
- Kozierkiewicz A., *Zdrowie 21. Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku*, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, Uniwersyteckie Wydawnictwo „Vesalius”, Warszawa–Kraków 2001.
- Krause A., *Ryzyko osłabienia wsparcia społecznego jako podstawowy dylemat współczesnej rehabilitacji*, (w:) Z. Palak, Z. Bartkowicz (red.), *Wsparcie społeczne w rehabilitacji i resocjalizacji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2004.
- Lazarus R.S., *The Stress and Doping Paradigm*, (w:) L.A. Bond, J.C. Rosen (red.), *Competence and Coping during Adulthood*, University Press of New England, London 1980.
- Leowski J., *Polityka zdrowotna – aktualne aspekty międzynarodowe*, (w:) J.B. Karski (red.), *Promocja zdrowia*, Wydawnictwo IGNIS, Warszawa 1999.
- Leszczyńska-Rejchert A., *Człowiek starszy i jego wspomaganie – w stronę pedagogiki starości*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn 2005.
- Lubitz J., Cai L., Kramarow E., Lentzner H., *Health, Life Expectancy, and Health Care Spending among the Elderly*, “The New England Journal of Medicine”, 2003, 349, 1048–1055.
- Łobocki M., *Wprowadzenie do metodologii badań pedagogicznych*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 1999.
- Łój G., *Wsparcie społeczne w starości*, (w:) Z. Gajdzica, A. Klinik (red.), *Wątki zaniedbane, zaniechane, nieobecne w procesie edukacji i wsparcia społecznego osób niepełnosprawnych*, Wydawnictwo UŚ, Katowice 2004.
- Łuszczzyńska-Cieślak A., *Czym jest dla psychologa poczucie koherencji?*, „Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna”, 2001, 20, 56–68.
- Malec M., *Uniwersytet trzeciego wieku jako miejsce praktyki całościowego uczenia się – perspektywa międzynarodowa*, „Edukacja Dorosłych”, 2007, 1–4, 39–47.
- Malec M., *Poradnictwo gerontologiczne*, „Edukacja Dorosłych”, 2002, 4, 43–51.
- Mały Rocznik Statystyczny Polski 2009*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2009.
- Manstead A.S., Hewstone M., Czapiński J. (red.), *Psychologia społeczna, Encyklopedia Blackwella*, Jacek Santorski & CO Wydawnictwo, Warszawa 1996.

- Marczuk M., *Lubelski Uniwersytet Trzeciego Wieku w służbie seniorom (1985–2005)*, (w:) S. Steuden, M. Marczuk (red.), *Starzenie się a satysfakcja z życia*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2006.
- Maresz M., *Z własnej woli*, „Niebieska Linia”, 2003, 5, 13–14.
- Maszczyk T., *Zdrowie jako wartość uniwersalna*, „Roczniki Naukowe AWF w Poznaniu”, 2005, 54, s. 73–81.
- Mathers C.D., *Gains in health expectancy from the elimination of diseases among older people*, “Disability and Rehabilitation”, 1999, 21 (5–6), 211–221.
- Matlakiewicz A., *Edukacja seniorów w Wielkiej Brytanii – Uniwersytety Trzeciego Wieku*, „Edukacja Dorosłych”, 2003, 2, 123–129.
- Matyjas B., *Wsparcie rodziny*, (w:) E. Marynowicz-Hetka (red.), *Pedagogika społeczna*. T. 2, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Michalak A., *W drodze do zdrowia – koncepcja salutogenezy i poczucia koherencji Aarona Antonovsky’ego*, (w:) A. Trzeciecka-Green (red.), *Psychologia. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych*, Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych UNIVERSITAS, Kraków 2006.
- Michalska K., *Statystyczna starość*, „Niebieska Linia”, 2003, 5, 3–4.
- Mielczarek A., *Jak opracować plan indywidualnego wsparcia seniora?*, „Praca Socjalna”, 2007, 1, 74–89.
- Mossakowska M., Więcek A, Błędowski P. (red.), *PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012.
- Mrozik B., *Poczucie koherencji, radzenie sobie ze stresem a zdrowie*, „Promocja Zdrowia. Nauki Społeczne i Medycyna”, 1997, 12–13.
- Myers D.G., *Psychologia*, Zysk i S-ka Wydawnictwo, Poznań 2003.
- Neugarten D.A., *The Meanings of Age: Selected papers of Bernice L. Neugarten*, The University of Chicago Press Books, Chicago 1996.
- Nowakowska U., *Starość nie radość?*, „Edukacja Dorosłych”, 2006, 4, 117–121.
- Nowicka A., *Starość jako faza życia człowieka*, (w:) A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2006.
- Nyczaj-Draż M., *Oczekiwania*, (w:) T. Pilch (red.), *Encyklopedia pedagogiczna XXI wieku*. T. 3, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2003.
- Okoń W., *Nowy Słownik Pedagogiczny*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 1998.
- Olechnicki K., Załęcki P., *Słownik Socjologiczny*, Graffiti BC, Toruń 1997.
- Oleś P.K., Drat-Ruszczak K., *Osobowość*, (w:) J. Strelau, D. Doliński (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 1, GWP, Gdańsk 2008.
- Olubiński A., *Wsparcie społeczne w pracy socjalno-wychowawczej*, „Wychowanie Na Co Dzień”, 1996, 10–11, 17–20.
- Orzechowska G., *Przygotowanie do starości*, „Edukacja Dorosłych”, 2003, 3, 16–23.
- Orzechowska G., *Uniwersytet III Wieku miejscem kontynuacji i wyzwalania działań na rzecz środowiska społecznego*, „Edukacja Dorosłych”, 2003, 2, 49–55.
- Ossowski S., *Z zagadnień psychologii społecznej*, PWN, Warszawa 1967.

- Ostrowska K., *Pomoc, pomaganie: korzenie, rozwój, współczesne wymagania*, „Pedagogika Społeczna”, 2001, 2, 59–63.
- Ostrowska A., *Styl życia a zdrowie*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa 1999.
- Pakuła M., *Postawy osób starszych wobec edukacji. Studium teoretyczno-diagnostyczne*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2007.
- Palak Z., *Biopsychospołeczna koncepcja niepełnosprawności a wieloaspektowość wsparcia*, (w:) Z. Palak, Z. Bartkiewicz (red.), *Wsparcie społeczne w rehabilitacji i resocjalizacji*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2004.
- Parnicka U., *Starość w rodzinie*, „Auxilium Sociale”, 2002, 3–4, 141–145.
- Pasikowski T., *Kwestionariusz poczucia koherencji dla dorosłych (SOC-29)*, (w:) H. Sęk, T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – Stres – Zasoby*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2001a.
- Pasikowski T., *Struktura i funkcje poczucia koherencji: Analiza teoretyczna i empiryczna weryfikacja*, (w:) H. Sęk, T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – Stres – Zasoby*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2001b.
- Pędich W., *Ludzie starzy jako świadczeniobiorcy pomocy społecznej*, (w:) W. Pędich (red.), *Ludzie starzy*, Centrum Rozwoju Służb Społecznych, Warszawa 1996.
- Pietruszkowa L., *Pedagogika trzeciego wieku*, (w:) W.A. Maszke (red.), *Od prawa szkolnego do etyki pedagogicznej*, Wydawnictwo WSP, Rzeszów 2001.
- Pilch T., *Zasady badań pedagogicznych*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 1995.
- Piotrowski J., *Problemy gerontologiczne w badaniach społecznych. Pamiętnik I Zjazdu PTG*, Warszawa 1975.
- Pitt B., *Psychogeriatrya. Wprowadzenie do psychiatrii wieku podeszłego*, Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, Warszawa 1986.
- Pommersbach J., *Wsparcie społeczne a choroba*, „Przegląd Psychologiczny”, 1998, 31, 503–525.
- Poprawa R., *Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem*, (w:) G. Dolińska-Zygmunt (red.), *Podstawy psychologii zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001.
- Puchalski K., *Zdrowie w świadomości społecznej*, Krajowe Centrum Promocji Zdrowia w Miejscu Pracy, Instytut Medycyny Pracy, Łódź 1997.
- Ranzijn R., *Towards a positive psychology of ageing: Potentials and barriers*, “Australian Psychologist”, 2002, 37, 79–85.
- Reber A.S., *Słownik Psychologii*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa 2000.
- Reichard S., Livson F., Petersen P.G., *Aging and personality*, John Wiley and Sons, New York 1962.
- Rennemark M., Hagberg B., *What makes old people perceive symptoms of illness? The impact of psychological and social factors*, “Ageing and Mental Health”, 1999, 3(1), 79–87.
- Robine J.-M., Romieu I., Cambois E., *Health expectancy indicators*, “Bulletin of the World Health Organization”, 1999, 77(2), 181–185.
- Rocznik Demograficzny 2000*, GUS, Warszawa 2001.
- Rocznik Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2009*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2009.

- Rosset E., *Proces starzenia się ludności*, PWG, Warszawa 1959.
- Rotter J.B., *Some problems and misconceptions related to the construct of internal versus external control of reinforcement*, "Journal of Consulting and Clinical Psychology", 1975, Vol 43, 1, 56–67.
- Sadler W.A., *The Third Age. Six Principles of Growth and Renewal After Forty*, Da Capo Press, Oakland 2000.
- Sheridan R., Charles L., Radmacher S.A., *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. Instytut Psychologii Zdrowia. Polskie Towarzystwo Psychologiczne, Warszawa 1998.
- Schmidt D.F., Boland S.M., *Structure of perceptions of older adults: Evidence for multiple stereotypes*, "Psychology and Aging", 1986, 1, 255–260.
- Schwarzer R., *Poczucie własnej skuteczności w podejmowaniu i kontynuacji zachowań zdrowotnych. Dotychczasowe podejścia teoretyczne i nowy model*, (w:) I. Heszen-Niejodek, H. Sęk (red.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1997.
- Schwarzer R., *Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors. Theoretical approaches and new model*, (w:) R. Schwarzer R. (red.), *Self-efficacy. Thought Control of Action*, Hemisphere, Washington 1992.
- Senkowska I., *Uniwersytet Trzeciego Wieku szansą na lepszą starość – spojrzenie młodego człowieka*, „Edukacja Dorosłych”, 2002, 2–3, 93–97.
- Sęk H., Cieślak R. (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*, Wydawnictwo PWN, Warszawa 2005.
- Sęk H., *O wieloznacznych funkcjach wsparcia społecznego*, (w:) L. Cierpiałkowska, H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna i psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2001b.
- Sęk H., *Orientacja patogenetyczna i salutogenetyczna w psychologii klinicznej*, (w:) H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*. T. 1, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005a.
- Sęk H., *Pojęcia normy, normalności i zdrowia*, (w:) H. Sęk (red.), *Psychologia kliniczna*. T. 1, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2005b.
- Sęk H., *Psychologia kliniczna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2006.
- Sęk H., *Wprowadzenie do psychologii klinicznej*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2003a.
- Sęk H., *Salutogeneza i funkcjonalne właściwości poczucia koherencji*, (w:) H. Sęk, T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – Stres – Zasoby*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2001a.
- Sęk H., *Stres krytycznych wydarzeń*, (w:) H. Sęk, T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – Stres – Zasoby*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2001c.
- Sęk H., *Wsparcie społeczne jako kategoria zasobów i wieloznaczne funkcje wsparcia*, (w:) Z. Juczyński, N. Ogińska-Bulik (red.), *Zasoby osobiste i społeczne sprzyjające zdrowiu jednostki*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź 2003b.
- Sillamy N., *Słownik psychologii*, Wydawnictwo „Książnica”, Katowice 1994.
- Sitarczyk M., *Poczucie koherencji a zadowolenie z życia pensjonariuszy domów pomocy społecznej i słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku*, (w:) S. Steuden, M. Marczyk (red.), *Starzenie się a satysfakcja z życia*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2006.

- Skowrońska D., *Wiek średni a postawy wobec starości*, „Pedagogika Społeczna”, 2008, 2, 109–122.
- Smolińska-Theiss B., *Od opieki do prewencji*, „Problemy Opiekuńczo-Wychowawcze”, 1997, 10, 1.
- Sowa J., *Relacje interpersonalne w procesie wsparcia społecznego osób niepełnosprawnych*, (w:) Z. Palak, Z. Bartkowicz (red.), *Wsparcie społeczne w rehabilitacji i resocjalizacji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin 2004.
- Stephoe A., Gardner B., Wardle J., *The role of behaviour in health*, “Health Psychology”, BPS Blackwell, London 2010, 13–32.
- Studen S., Marczuk M. (red.), *Starzenie się a satysfakcja z życia*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2006.
- Studen S., *Psychologia starzenia się i starości*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2014.
- Studen S., *Rozważania o godności człowieka w okresie starzenia się*, (w:) S. Studen, M. Marczuk (red.), *Starzenie się a satysfakcja z życia*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2006.
- Strelau J. (red.), *Psychologia*. T. 2, GWP, Gdańsk 2004.
- Strelau J., Doliński D. (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 1, GWP, Gdańsk 2008a.
- Strelau J., Doliński D. (red.), *Psychologia. Podręcznik akademicki*. T. 2, GWP, Gdańsk 2008b.
- Susułowska M., *Psychologia starzenia się*, PWN, Warszawa 1989.
- Synak B., *Skutki transformacji ustrojowej dla pozycji społecznej ludzi starych*, (w:) W. Pędich (red.), *Seniorzy w społeczeństwach Europy XXI wieku – współtworzenie i współodpowiedzialność*, Stowarzyszenie Wolontariatu Międzypokoleniowego w Białymstoku, Białystok 2001.
- Syrek E., *Możliwości działania pedagogów społecznych w obszarze promocji zdrowia*, (w:) B. Kromolicka (red.), *Pedagog społeczny w meandrach środowiska lokalnego*, Ars Atelier, Szczecin 2008.
- Syrek E., *Zdrowie w aspekcie pedagogiki społecznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 2000.
- Szarota Z., *Gerontologia społeczna i oświatowa. Zarys problematyki*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków 2004.
- Szarota Z., *Starzenie się i starość w wymiarze instytucjonalnego wsparcia na przykładzie Krakowa*, Wydawnictwo Uniwersytetu Pedagogicznego, Kraków 2010.
- Szarota Z., *Uczenie się starości*, „Edukacja Dorosłych”, 1, 2015, s. 23–35.
- Szatur-Jaworska B., *Ludzie starzy i starość w polityce społecznej*, ASPRA-JR, Warszawa 2000.
- Szczęсна A., *Elementy sieci wsparcia społecznego nauczycieli w środowisku profesjonalnym*, (w:) Z. Palak, Z. Bartkowicz (red.), *Wsparcie społeczne w rehabilitacji i resocjalizacji*, Wydawnictwo UMCS, Lublin 2004.
- Szukalski P., *Poczucie samotności i osamotnienia wśród sędziwych seniorów a ich sytuacja rodzinna*, „Auxilium Sociale”, 2005, 2, 217–238.

- Szymczak M. (red.), *Słownik języka polskiego*, PWN, Warszawa 1979.
- Tatarkiewicz W., *O szczęściu*, PWN, Warszawa 1979.
- Tobiasz-Adamczyk B., *Przemoc wobec osób starszych*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2009.
- Tobiasz-Adamczyk B., *Wybrane elementy jakości życia kobiet starszych wiekiem*, „Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna”, 1999, 16, 68–83.
- Tobiasz-Adamczyk B., *Wybrane elementy socjologii zdrowia i choroby*, Wydawnictwo UJ, Kraków 2000.
- Tobiasz-Adamczyk B., Gałaś A., Brzycki P., Błądowski P., Grodzicki T., *Dostępność i poziom satysfakcji z opieki medycznej*, (w:) M. Mossakowska, A. Więcek, P. Błądowski (red.), *PolSenior. Aspekty medyczne, psychologiczne, socjologiczne i ekonomiczne starzenia się ludzi w Polsce*, Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2012.
- Tobiasz-Adamczyk B., Brzycki P., *Uwarunkowania zmian subiektywnej oceny stanu zdrowia w różnych okresach starości*, „Promocja Zdrowia, Nauki Społeczne i Medycyna”, 2001, 21, 159–171.
- Tokaj A., *Codziennność, bezradność, pomoc. Trzy kategorie opisu sytuacji życiowej człowieka starszego*, „Auxilium Sociale”, 2005a, 3–4, 80–95.
- Tokaj A., *Rodzina w życiu seniora a przebieg procesu jego adaptacji do starości*, (w:) A. Fabiś (red.), *Seniorzy w rodzinie, instytucji i społeczeństwie. Wybrane zagadnienia współczesnej gerontologii*, Wyższa Szkoła Zarządzania i Marketingu, Sosnowiec 2005b.
- Tomczak J., *Godność starości w opinii Jeana Maniera*, „Edukacja Dorosłych”, 2000, 1, 59–62.
- Trafiałek E., *Człowiek starszy w Polsce w latach 1994–1997*, „Śląsk”, Katowice 1998.
- Trafiałek E., *Kreowanie wizerunku polskiej starości – wsparcie, opieka, pomoc i edukacja*, „Pedagogika Społeczna”, 2002, 4, 13–22.
- Trafiałek E., *Uniwersytety Trzeciego Wieku wobec ekskluzji społecznej ludzi starych – stan i perspektywy w ujęciu porównawczym*, „Edukacja Dorosłych”, 2003, 3, 24–30.
- Trafiałek E., *Starość w zainteresowaniach badawczych pedagogiki społecznej – stan i zadania na przyszłość*, „Pedagogika społeczna”, 2001, 1, 57–66.
- Ustawa z dnia 12 marca 2004 r. o pomocy społecznej* (tekst jednolity), Dziennik Ustaw z 2 lipca 2008 r., nr 115, poz. 728.
- Van De Water H.P.A., *Health expectancy and the problem of substitute morbidity*, „Philosophical Transactions of The Royal Society B: Biological Sciences”, 1997, Vol. 352, 1363, 1819–1827.
- Vellas P., *La recherche et les Universités du Troisième Âge*, „Gerontologie et Societe”, 1990, 3, 6–9.
- Waszkowska M., Dudek B., *Poczucie koherencji a zdrowotne następstwa stresu zawodowego*, (w:) H. Sęk, T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – Stres – Zasoby*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań 2001.
- Wesołowska E.A., *Bezpieczeństwo społeczne ludzi trzeciego wieku w Polsce*, „Edukacja Dorosłych”, 2006, 1–2, 25–31.

- Wesołowska E.A., *Uniwersytet Trzeciego Wieku w Toruniu*, Rocznik Andragogiczny 1994, Wydawnictwo Adam Marszałek, Toruń 1996.
- Wiggins R.D., Higgs P.F.D., Hyde M., Blane D.B., *Quality of life in the third age: key predictors of the CASP-19 measure*, "Ageing and Society", 2004, 24, 357–363.
- Winiarski M., *Wsparcie społeczne – pomoc – opieka w kontekście pedagogiki społecznej*, (w:) E. Kantowicz (red.), *Wsparcie społeczne w różnych układach ludzkiego życia*, WSP – Wydawnictwo Glob, Olsztyn 1997.
- Winiarski M., *Zjawisko pomocy w ujęciu pedagogiki społecznej*, „Pedagogika Społeczna”, 2005, 3, 31–45.
- Wiśniewska-Roszkowska K., *Starość jako zadanie*, IW PAX, Warszawa 1989.
- Wojtasik B., *Orientacja i poradnictwo edukacyjno-zawodowe jako procesy wspierające całonocny rozwój zawodowy człowieka*, „Kształcenie Zawodowe, Pedagogika i Psychologia”, 2001, t. 3.
- Woynarowska B., *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Woźniak B., *Problematyka psychospołecznej aktywności osób starszych w polskich czasopiśmie popularnych dotyczących zdrowia*, „Gerontologia Polska”, 2007, 1–2, 7–13.
- Wysocka E., *Opieka i pomoc w teorii i praktyce psychopedagogicznej*, (w:) A. Radziejewicz-Winnicki (red.), *Problemy i tendencje rozwojowe we współczesnej pedagogice społecznej w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1995.
- Zajac L., *Psychologiczna sytuacja człowieka starszego oraz jej determinanty*, (w:) K. Obuchowski (red.), *Starość i osobowość*, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego, Bydgoszcz 2002.
- Zakrzewski J., *Poczucie skuteczności a samoregulacja zachowania*, „Przegląd Psychologiczny”, 1987, 3, 259–274.
- Zaorska Z., *Dodać życia do lat*, Wydawnictwo KLANZA, Lublin 1999.
- Zaorska Z., *Słuchacze Lubelskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku dla środowiska*, (w:) S. Steuden, M. Marczuk (red.), *Starzenie się a satysfakcja z życia*, Wydawnictwo KUL, Lublin 2006.
- Ziomek-Michalak K., *Uczenie się przez całe życie na przykładzie uniwersytetu trzeciego wieku*, (w:) W. Żłobicki, B. Maj (red.), *Nierówność szans edukacyjnych – przyczyny, skutki, koncepcje zmian*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2012.
- Ziomek-Michalak K., *„W zdrowym ciele zdrowy duch” – o aktywności ruchowej w okresie starzenia się*, (w:) A. Nawrocka, P. Drobnik, M. Brodnicki (red.), *W kręgu rozważań o zdrowiu i aktywności fizycznej*, Wydawnictwo Athenae Gedanenses, Gdańsk 2015, s. 97–105.
- Ziomek-Michalak K., *Wykorzystanie potencjału środowiska lokalnego do pracy na rzecz seniorów*, (w:) M. Mikołajczyk (red.), *Praca socjalna i pomoc społeczna*, Wydawnictwo APS, Warszawa 2014.
- Ziomek-Michalak K., *Znaczenie rodziny w starzeniu się i starości człowieka*, „Roczniki Teologiczne”, Nauki o rodzinie, 2015, t. 62, z. 10, 175–194.
- Ziomek-Michalak K., Michalak M., *Media wobec starzenia się i starości*, „Zamojskie Studia i Materiały”, Seria: Pedagogika, 2015, tom XVII, zeszyt 1, 133–144.

- Ziółkowska B., *Środkowy okres dorosłości. Jak rozpoznać ryzyko i jak pomagać?*, (w:) A.I. Brzezińska (red.), *Psychologiczne portrety człowieka*, GWP, Gdańsk 2005.
- Zych A.A., *Człowiek wobec starości. Szkice z gerontologii społecznej*, Interart, Warszawa 1995.
- Zych A.A., *Leksykon gerontologii*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2010.
- Zych A.A., *Słownik gerontologii społecznej*, Wydawnictwo Akademickie Żak, Warszawa 2001.
- Żakowska-Wachełko B., *Zadania i perspektywy gerontologii*, (w:) L. Frąckiewicz (red.), *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Proces starzenia się ludności Polski i jego społeczne konsekwencje*, Polskie Towarzystwo Polityki Społecznej, Katowice 2002.

Źródła internetowe

- Bearon L.B., *Successful Aging: What does the „good life” look like?*, “Concepts in Gerontology”, 1996, 1(3), <http://www.ncsu.edu/ffci/publications/1996/v1-n3-1996-summer/successful-aging.php>.
- Baza organizacji pozarządowych, <http://bazy.ngo.pl/search/info.asp?id=36785&p=daneSzczegolowe> (20.01.2016).
- Błądowski P., Szatur-Jaworska B., Szweda-Lewandowska Z., Kubicki P., *Raport na temat sytuacji osób starszych w Polsce*, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, Warszawa 2012, http://senior.gov.pl/source/raport_osoby%20starsze.pdf (11.04.2016).
- Chodkiewicz J., *Zmagając się ze światem. Znaczenie zasobów osobistych*, (w:) Psychologia.net.pl – portal psychologiczny 2007, <http://www.psychologia.net.pl/artykul.php?level=136> (30.03.2016).
- Główny Urząd Statystyczny, *Jakość życia w Polsce w 2015 r. Wyniki Badania spójności społecznej*, Warszawa 2015, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/warunki-zycia/dochody-wydatki-i-warunki-zycia-ludnosci/jakosc-zycia-osob-starszych-w-polsce,26,1.html> (30.03.2016).
- Główny Urząd Statystyczny, *Podstawowe informacje o rozwoju demograficznym Polski do 2014 r. Notatka informacyjna*, Warszawa 2015b, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/ludnosc/podstawowe-informacje-o-rozwoju-demograficznym-polski-do-2014-roku,12,5.html> (11.04.2016).
- Główny Urząd Statystyczny, *Prognoza ludności na lata 2014–2050*, Warszawa 2014a, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/prognoza-ludnosci/prognoza-ludnosci-na-lata-2014-2050-opracowana-2014-r,1,5.html> (11.04.2016).
- Główny Urząd Statystyczny, *Sytuacja demograficzna osób starszych i konsekwencje starzenia się ludności Polski w świetle prognozy na lata 2014–2050*, Warszawa 2014b, http://www.opzz.org.pl/documents/1137115/0/ludnosc_w_starszym_wieku.pdf (11.04.2016).
- Główny Urząd Statystyczny, *Trwanie życia w 2014 r.*, Warszawa 2015a, <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/ludnosc/trwanie-zycia/> (11.04.2016).

- Ho P., *The University of the Third Age: Achieving Life-long Learning and Servicing Culture*, 2006, www.volunteerlink.net.
- Jan Paweł II, *List Ojca Świętego Do moich Braci i Sióstr – ludzi w podeszłym wieku*, http://www.opoka.org.pl/biblioteka/W/WP/jan_pawel_ii/listy/do_starszych_01101999.html (30.03.2016).
- Kozdroń E., *Rekreacja ruchowa w procesie pomyślnego starzenia się*, Europejskie Stowarzyszenie Promocji Aktywności Ruchowej 50+, http://www.espar50.org/dla50,rekreacja_ruchowa_w_procesie_starzenia.html (21.02.2011).
- Mały Rocznik Statystyczny Polski*, 2009, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_oz_maly_rocznik_statystyczny_2009.pdf (20.04.2010).
- Ogólnopolskie Porozumienie Uniwersytetów Trzeciego Wieku z siedzibą w Warszawie, <http://www.porozumienieutw.com.pl/aktualnosci.html> (12.04.2016).
- PolSenior, *Polska starość może być lepsza*, <http://www.termedia.pl/mz/PolSenior-polska-starosc-moze-byc-lepsza,4644.html> (12.04.2016).
- PolSenior, <http://polsenior.iimcb.gov.pl/monografia> (12.04.2016).
- Polskie Radio, wywiad z Wiesławą Borczyk, <http://www.polskieradio.pl/7/129/Artykul/1410188,Wieslawa-Borczyk-w-Polsce-dziala-520-Uniwersytetow-Trzeciego-Wieku> (29.03.2016).
- Raport społeczny 2010 na temat zdrowia*, <http://www.socialreport.msd.govt.nz/health/health-expectancy.html> (20.01.2016).
- REVES <http://www.ekonomiaspoleczna.pl/x/447488?projekt=433510> (12.04.2016).
- Rowe J.W., Kahn R.L., *Human ageing: usual and successfull*, "Science", 1987, Vol. 237, 4811, www.jstor.org/pss/25567629.
- Rządowy Program na rzecz Aktywności Społecznej Osób Starszych, <https://www.mpips.gov.pl/seniorzyaktywne-starzenie/rzadowy-program-asos/> (16.04.2016).
- Serwis Promocji Zdrowia 2002–2004*, <http://www.interklasa.pl/portal/dokumenty/zdrowie/12.html> (30.03.2016).
- Strona Agencji Wolontariatu (Agency for Volunteer Service – AVS), <http://www.volunteerlink.net/index.php?&lang=us> (30.03.2016).
- Uniwersytet Trzeciego Wieku, oficjalna strona internetowa, <http://www.utw.pl/index.php?id=10> (20.01.2016).
- Wywiad z Wiesławą Borczyk, prezes Ogólnopolskiej Federacji Uniwersytetów Trzeciego Wieku, zrealizowany 30.03.2015 r. w Pierwszym Programie Polskiego Radia (Sygnały dnia), <http://www.polskieradio.pl/7/129/Artykul/1410188,Wieslawa-Borczyk-w-Polsce-dziala-520-Uniwersytetow-Trzeciego-Wieku> (8.04.2016).
- Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej na lata 2014–2020*, <https://www.mpips.gov.pl/seniorzyaktywne-starzenie/zalozenia-dlugofalowej-polityki-senioralnej-w-polsce-na-lata-20142020/> (14.04.2016).
- Zoom na UTW*, Raport z badania, Towarzystwo Inicjatyw Twórczych „e”, Warszawa 2012, http://zoomnautw.pl/wp-content/uploads/2012/05/Zoom_na_UTW_RAPORT_calosciowy_www.pdf (8.04.2016).

SPIS TABEL, WYKRESÓW I RYCIN

Tabela 1. Przeciętne trwanie życia w Europie w 2013 r.	19
Tabela 2. Ludność według ekonomicznych grup wieku w wybranych latach (stan w dniu 31.12.2014 r.)	21
Wykres 1. Przeciętne trwanie życia w latach 1950–2013	22
Wykres 2. Piramida ludności (w tys.) (2013 r. – dane rzeczywiste, 2050 r. – prognoza)	23
Tabela 3. Odsetek osób starszych chorujących w Polsce w populacji osób w wieku 60 lat i więcej	29
Tabela 4. Formy aktywności ludzi w podeszłym wieku	36
Rycina 1. Hierarchia oczekiwań – Ralf Schwarzer	55
Rycina 2. Kompetencyjny model zmiany zachowań zdrowotnych	58
Rycina 3. Współdziałanie korzystnych i niekorzystnych właściwości w radzeniu sobie z wymaganiami wydarzeń życiowych	59
Tabela 5. Rodzaj opiekuna w razie choroby	86
Tabela 6. Częstotliwość kontaktów z pielęgniarką	88
Tabela 7. Częstość leczenia szpitalnego	89
Rycina 5. Model funkcjonowania wsparcia społecznego	94
Tabela 8. Osoby, do których respondenci zwróciliby się o pomoc*	97
Tabela 9. Wiek a przynależność do UTW i płeć*	117
Tabela 10. Stan cywilny a przynależność do UTW i płeć	118
Tabela 11. Status społeczny a przynależność do UTW i płeć	119
Tabela 12. Zawód wykonywany w przeszłości a przynależność do UTW i płeć* ...	120
Tabela 13. Łączny staż pracy a przynależność do UTW i płeć	121

Tabela 14. Miejsca podejmowania aktywności społecznej w okresie pracy zawodowej a przynależność do UTW i płeć*	122
Tabela 15. Miejsca obecnie podejmowanej aktywności społecznej a przynależność do UTW i płeć*	124
Tabela 16. Liczba dzieci w rodzinie a przynależność do UTW i płeć	125
Tabela 17. Liczba wnuków w rodzinie a przynależność do UTW i płeć	126
Tabela 18. Aktualna struktura rodziny – rodzeństwo i rodzice a przynależność do UTW i płeć*	127
Tabela 19. Osoby, z którymi mieszkają respondenci a przynależność do UTW i płeć	128
Tabela 20. Jakość relacji rodzinnych a przynależność do UTW i płeć	128
Tabela 21. Zachowanie w sytuacjach problemowych, trudnych a przynależność do UTW i płeć	129
Tabela 22. Pierwsza osoba, do której badani zwracają się o pomoc a przynależność do UTW i płeć	130
Tabela 23. Postawa badanych we własnej opinii a przynależność do UTW i płeć	135
Tabela 24. Subiektywna ocena stanu psychicznego a przynależność do UTW i płeć	136
Tabela 25. Schorzenia badanych a przynależność do UTW i płeć	138
Tabela 26. Subiektywna ocena stanu biologicznego a przynależność do UTW i płeć	139
Tabela 27. Wizyty u lekarza a przynależność do UTW i płeć	140
Tabela 28. Hospitalizacja osób badanych w roku poprzedzającym badanie a przynależność do UTW i płeć	141
Tabela 29. Ogólny stan zdrowia w subiektywnej ocenie a przynależność do UTW i płeć	142
Tabela 30. Oczekiwania wobec przyszłości, a przynależność do UTW i płeć	143
Tabela 31. Różnice w poziomie uogólnionej własnej skuteczności badanych osób	147
Tabela 32. Porównanie nasilenia ogólnego wskaźnika poczucia własnej skuteczności w grupach badanych osób	148
Tabela 33. Poziom umiejscowienia kontroli zdrowia badanych osób	150
Tabela 34. Typy umiejscowienia kontroli zdrowia	154
Tabela 35. Porównanie nasilenia ogólnego wskaźnika zachowań zdrowotnych w grupach badanych osób	157
Tabela 36. Średnie wyniki podejmowanych zachowań zdrowotnych	158
Tabela 37. Wskaźnik zachowań zdrowotnych badanych grup	160
Tabela 38. Zestawienie wyników poczucia koherencji	163
Tabela 39. Sieć wsparcia społecznego*	168
Tabela 40. Wsparcie społeczne – porównanie t°	171
Tabela 41. Zestawienie wyników poziomu poczucia wsparcia	171
Tabela 42. Stopień nasilenia poziomu poczucia wsparcia w zakresie uszczęśliwiania badanych osób	175

Tabela 43. Stopień nasilenia poziomu poczucia wsparcia w zakresie szanowania i podziwiania osób badanych	177
Tabela 44. Stopień nasilenia poziomu poczucia wsparcia w zakresie zaufania badanych osób	178
Tabela 45. Stopień nasilenia poziomu poczucia wsparcia w zakresie akceptacji poglądów i działań badanych osób	179
Tabela 46. Poziom poczucia wsparcia ze strony osób znaczących w zakresie finansowania wizyt u lekarza	181
Tabela 47. Poziom poczucia wsparcia ze strony osób znaczących – dotyczy opieki w przypadku osób przykutych do łóżka przez długi czas	182
Tabela 48. Poziom poczucia wsparcia ze strony osób znaczących – dotyczy długości znajomości	185
Tabela 49. Poziom poczucia wsparcia ze strony osób znaczących – dotyczy częstotliwości kontaktów	186
Tabela 50. Podsumowanie analizy regresji wielokrotnej: zmienna zależna „Wskaźnik ogólny poczucia własnej skuteczności” oraz zmienne niezależne w badanych grupach	191
Tabela 51. Podsumowanie analizy regresji wielokrotnej: zmienna zależna „Poczucie umiejscowienia kontroli – Kontrola wewnętrzna” oraz zmienne niezależne w badanych grupach	193
Tabela 52. Podsumowanie analizy regresji wielokrotnej: zmienna zależna „Poczucie umiejscowienia kontroli – Wpływ innych” oraz zmienne niezależne w badanych grupach	194
Tabela 53. Podsumowanie analizy regresji wielokrotnej: zmienna zależna „Poczucie umiejscowienia kontroli – Przypadek” oraz zmienne niezależne w badanych grupach	196
Tabela 54. Podsumowanie analizy regresji wielokrotnej: zmienna zależna „Zachowania zdrowotne – Prawidłowe nawyki żywieniowe” oraz zmienne niezależne w badanych grupach	198
Tabela 55. Podsumowanie analizy regresji wielokrotnej: zmienna zależna „Zachowania zdrowotne – Zachowania profilaktyczne” oraz zmienne niezależne w badanych grupach	199
Tabela 56. Podsumowanie analizy regresji wielokrotnej: zmienna zależna „Zachowania zdrowotne – Pozytywne nastawienie psychiczne” oraz zmienne niezależne w badanych grupach	200
Tabela 57. Podsumowanie analizy regresji wielokrotnej: zmienna zależna „Zachowania zdrowotne – Praktyki zdrowotne” oraz zmienne niezależne w badanych grupach	201

ANEKS

KWESTIONARIUSZ WYWIADU

Zwracam się do Pani/Pana z prośbą o udzielenie odpowiedzi na poniższe pytania. Badanie jest anonimowe i służy celom naukowym. Proszę o szczere odpowiedzi. Serdecznie dziękuję za poświęcony czas!

Płeć: Kobieta *Wiek:* 55–59 lat *Wykształcenie:* podstawowe
 Mężczyzna 60–64 lata zasadnicze zawodowe
 65–69 lat średnie zawodowe
 70–74 lata średnie ogólnokształcące
 75 i więcej lat wyższe

Stan cywilny: panna/kawaler *Słuchacz Uniwersytetu Trzeciego Wieku:* Tak
 zamężna/zonaty Nie
 rozwiedziona(y)
 żyję w separacji
 wdowa/wdowiec

1. Jaki ma Pan(i) status społeczny?

pracownik w zawodzie
 bezrobotny(a) emeryt rencista

2. Czy podejmował(a) Pan(i) w przeszłości pracę zawodową?

Tak, w zawodzie (proszę wskazać):

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> nauczyciela | <input type="checkbox"/> pracownika administracyjno-biurowego |
| <input type="checkbox"/> ekonomisty | <input type="checkbox"/> księgowego |
| <input type="checkbox"/> technika | <input type="checkbox"/> pracownika fizycznego |
| <input type="checkbox"/> lekarza | <input type="checkbox"/> prawnika |
| <input type="checkbox"/> farmaceuty | <input type="checkbox"/> inne, jakie? |
| <input type="checkbox"/> Nie | |

3. Jaki ogólny staż pracy Pan(i) posiada, to znaczy ile lat łącznie przepracował(a) Pan(i) w całej swojej karierze zawodowej?

- 1–4 lata
 5–9 lat
 10–19 lat
 20–29 lat
 30 lat i więcej

4. Czy podejmował(a) Pan(i) aktywność społeczną w okresie pracy zawodowej?

- Tak, proszę wskazać gdzie:
 w zakładzie pracy
 w Radzie Dzielnicy
 w samorządzie spółdzielni mieszkaniowej
 w placówkach kultury
 w organizacjach pozarządowych
 w organizacjach i/lub grupach kościelnych
 inne, jakie?
- Nie

5. Czy aktualnie podejmuje Pan(i) aktywność społeczną?

- Tak, proszę wskazać gdzie:
 w Uniwersytecie Trzeciego Wieku
 w Centrum Aktywizacji Seniora
 w zakładzie pracy
 w Radzie Dzielnicy
 w samorządzie spółdzielni mieszkaniowej
 w placówkach kultury
 w organizacjach pozarządowych

11. Jak może Pan(i) siebie określić?

- realista pesymista optymista

12. Czy zgadza się Pan(i) z poniższymi określeniami?

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Jestem osobą szczęśliwą | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Akceptuję siebie, pomimo upływających lat | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Odczuwam radość z życia | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Często czuję napięcie i stres | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Zazwyczaj mam dobry nastrój | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Często odczuwam samotność | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Łatwo przystosowuję się do zmian w życiu | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |

13. Które z poniższych chorób dotyczą Pana(i) osoby?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> choroby serca | <input type="checkbox"/> nadciśnienie tętnicze |
| <input type="checkbox"/> choroba nowotworowa | <input type="checkbox"/> cukrzyca |
| <input type="checkbox"/> otyłość | <input type="checkbox"/> choroba nerwowa |
| <input type="checkbox"/> inne, jakie? | |
| <input type="checkbox"/> nie mam problemów ze zdrowiem | |

14. Czy poniższe stwierdzenia odnoszą się do Pana(i) sytuacji?

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Jestem sprawny(a) fizycznie | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Dość często odczuwam dolegliwości fizyczne | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Dobrze się odżywiam | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Palę papierosy | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Piję alkohol | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Dbam o prawidłową masę ciała | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |
| Dbam o wypoczynek i odpowiednią ilość snu | <input type="checkbox"/> Tak | <input type="checkbox"/> Nie |

15. Jak często chodzi Pan(i) do lekarza?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> raz w tygodniu | <input type="checkbox"/> kilka razy w tygodniu |
| <input type="checkbox"/> raz w miesiącu | <input type="checkbox"/> kilka razy w miesiącu |
| <input type="checkbox"/> kilka razy w roku | |
| <input type="checkbox"/> nie chodzę do lekarza | |

16. Czy w minionym roku przebywał(a) Pan(i) w szpitalu?

- Tak. Ile razy?
- | | | | |
|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> raz | <input type="checkbox"/> 2 razy | <input type="checkbox"/> 3 razy | <input type="checkbox"/> 4 razy i więcej |
| <input type="checkbox"/> Nie | | | |

17. Czy korzysta Pan(i) z usług pielęgniarki środowiskowej?

Tak. Jak często przychodzi?

codziennie

raz w tygodniu

kilka razy w tygodniu

raz w miesiącu

kilka razy w miesiącu

kilka razy w roku

Nie

18. Jak ogólnie ocenił(a)by Pan(i) stan swojego zdrowia?

bardzo dobry

raczej dobry

ani dobry, ani zły

raczej zły

bardzo zły

trudno powiedzieć

19. Jakie ma Pan(i) oczekiwania wobec przyszłości?

.....

.....

.....

.....

WIELOWYMIAROWA SKALA UMIEJSCOWIENIA KONTROLI ZDROWIA

MHLC (*The Multidimensional Health Locus of Control Scale*) – WERSJA A

K.A. Wallston, B.S. Wallston, R. DeVellis

Poniższa skala przedstawia poglądy różnych ludzi na istotne zagadnienia związane ze zdrowiem, stwierdzenia odnoszące się do różnych cech osobistych oraz przykłady zachowań związanych ze zdrowiem. Nie ma tu odpowiedzi ani dobrych, ani złych. Ważne jest, aby odpowiadać zgodnie z własnymi przekonaniemami, a nie z tym, co powinno się sądzić.

Przy każdym z poniższych zdań proszę otoczyć kółkiem liczbę, która wyraża właściwy stopień zgody – według opisu w tabeli. Należy podać jedną odpowiedź dla jednego stwierdzenia.

NIE zdecydowanie nie zgadzam się	W pewnym stopniu nie zgadzam się	W małym stopniu nie zgadzam się	W małym stopniu zga- dzam się	W pewnym stopniu zga- dzam się	TAK zdecydowa- nie zgadzam się
1	2	3	4	5	6

1. Kiedy choruję, to od mojego zachowania zależy, jak szybko wyzdrowieję1 2 3 4 5 6
2. Jeżeli mam zachorować, to zachoruję niezależnie od tego, co zrobię1 2 3 4 5 6
3. Utrzymywanie regularnych kontaktów z lekarzem jest najlepszym sposobem uniknięcia choroby1 2 3 4 5 6
4. Większość tego, co wpływa na moje zdrowie, zdarza się przez przypadek1 2 3 4 5 6
5. Kiedy tylko poczuję się źle, konsultuję się z lekarzem1 2 3 4 5 6
6. Ja sam decyduję o swoim zdrowiu1 2 3 4 5 6
7. Inni ludzie (np. lekarze, pielęgniarki, rodzina, przyjaciele) mają wpływ na to, czy zachoruję, czy pozostanę zdrowy1 2 3 4 5 6
8. Kiedy choruję, wina leży po mojej stronie1 2 3 4 5 6
9. To, jak szybko wyzdrowieję, zależy w dużym stopniu od szczęścia1 2 3 4 5 6
10. Lekarze decydują o moim zdrowiu1 2 3 4 5 6
11. Moje dobre zdrowie jest w dużym stopniu wynikiem szczęśliwego zbiegu okoliczności1 2 3 4 5 6
12. Moje zdrowie zależy głównie od tego, co ja sam zrobię1 2 3 4 5 6

13. Jeżeli sam będę dbał o siebie, to mogę uniknąć choroby1 2 3 4 5 6
14. Kiedy powracam do zdrowia, to zwykle dzięki innym ludziom
(np. lekarzom, pielęgniarkom, rodzinie, przyjaciołom), którzy zapewniają
mi dobrą opiekę1 2 3 4 5 6
15. Niezależnie od tego co zrobię, i tak prawdopodobnie zachoruję1 2 3 4 5 6
16. Jeżeli mam pozostać zdrowy, to pozostanę1 2 3 4 5 6
17. Jeżeli podejmę właściwe działania, to pozostanę zdrowy1 2 3 4 5 6
18. Dla swojego zdrowia mogę zrobić jedynie to, co poleci mi lekarz1 2 3 4 5 6

SKALA UOGÓLNIONEJ WŁASNEJ SKUTECZNOŚCI

GSES (*Generalized Self-Efficacy Scale*) – WERSJA POLSKA

R. Schwarzer, M. Jerusalem, Z. Juczyński

Poniżej przedstawiono kilka stwierdzeń odnoszących się do różnych cech osobistych. Czy są one w stosunku do Pani/Pana prawdziwe czy fałszywe? Proszę przy każdym z nich kółkiem otoczyć odpowiednią cyfrę:

Nie	Raczej nie	Raczej tak	Tak
1	2	3	4

1. Zawsze jestem w stanie rozwiązać trudne problemy, jeśli tylko wystarczająco się staram 1 2 3 4
2. Jeśli ktoś mi się sprzeciwia, mam sposoby, aby osiągnąć to, co chcę 1 2 3 4
3. Łatwo jest mi trzymać się swoich celów i je osiągnąć 1 2 3 4
4. Jestem przekonany, że skutecznie poradziłbym sobie z niespodziewanymi wydarzeniami 1 2 3 4
5. Dzięki swojej pomysłowości potrafię dać sobie radę w nieoczekiwanych sytuacjach 1 2 3 4
6. Potrafię rozwiązać większość problemów, jeśli włożę w to odpowiednio dużo wysiłku 1 2 3 4
7. Potrafię zachować spokój w obliczu trudności, gdyż mogę polegać na swoich umiejętnościach radzenia sobie 1 2 3 4
8. Gdy zmagam się z jakimś problemem, zwykle znajduję kilka rozwiązań 1 2 3 4
9. Gdy jestem w kłopotliwej sytuacji, na ogół wiem, co robić 1 2 3 4
10. Niezależnie od tego co mnie spotyka, potrafię sobie z tym poradzić 1 2 3 4

INWENTARZ ZACHOWAŃ ZDROWOTNYCH

Z. Juczyński

Poniżej podano przykłady różnych zachowań związanych ze zdrowiem. Jak często przestrzega Pan(i) wymienionych poniżej zachowań? Proszę wziąć pod uwagę miniony rok i zaznaczyć odpowiednią dla siebie odpowiedź, wpisując w miejsce kropek cyfrę według opisu:

Prawie nigdy	Rzadko	Od czasu do czasu	Często	Prawie zawsze
1	2	3	4	5

1. Jem dużo warzyw, owoców
2. Unikam przeziębień
3. Poważnie traktuję wskazówki osób wyrażających zaniepokojenie moim zdrowiem
4. Wystarczająco dużo odpoczywam
5. Ograniczam spożywanie takich produktów, jak tłuszcze zwierzęce, cukier
6. Mam zanotowane numery telefonów służb pogotowia
7. Unikam sytuacji, które wpływają na mnie przygnębiająco
8. Unikam przepracowania
9. Dbam o prawidłowe odżywianie
10. Przestrzegam zaleceń lekarskich wynikających z moich badań
11. Staram się unikać zbyt silnych emocji, stresów i napięć
12. Kontroluję swoją wagę ciała
13. Unikam spożywania żywności z konserwantami
14. Regularnie zgłaszam się na badania lekarskie
15. Mam przyjaciół i uregulowane życie rodzinne
16. Wystarczająco dużo śpię
17. Unikam soli i silnie solonej żywności
18. Staram się dowiedzieć, jak inni unikają chorób
19. Unikam takich uczuć, jak gniew, lęk i depresja
20. Ograniczam palenie tytoniu
21. Jem pieczywo pełnoziarniste
22. Staram się uzyskać informacje medyczne i zrozumieć przyczyny zdrowia i choroby
23. Myślę pozytywnie
24. Unikam nadmiernego wysiłku fizycznego
25. Inne, jakie?

KWESTIONARIUSZ ORIENTACJI ŻYCIOWEJ

SOC-29 (*Scale of Coherence*)

A. Antonovsky

Szanowni Państwo. Zwracam się z prośbą o udzielenie odpowiedzi na zawarte poniżej pytania. Badanie jest całkowicie anonimowe, a dane posłużą do celów naukowych.

Przy każdym zdaniu proszę zaznaczyć tę cyfrę, która wyraża Pana(i) odpowiedź, przy czym cyfry 1 i 7 oznaczają odpowiedzi skrajne. Jeśli określenie umieszczone pod 1 uważa Pan(i) za właściwe, proszę postawić X w kratce nad cyfrą 1; jeśli preferuje Pan(i) stwierdzenie przy 7 – proszę postawić X w kratce nad cyfrą 7. Jeśli ma Pan(i) inne odczucia, proszę wskazać odpowiednie nasilenie stwierdzenia w Pana(i) odczuciu.

1. Gdy rozmawia Pan(i) z ludźmi, czy ma Pan(i) poczucie, że nie rozumieją Pana(i)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
<i>nigdy nie mam takiego poczucia</i>				<i>zawsze mam takie poczucie</i>		

2. W przeszłości, kiedy musiał(a) Pan(i) zrobić coś, co zależało od współpracy z innymi ludźmi, czy miał(a) Pan(i) poczucie, że to:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
<i>na pewno nie będzie zrobione</i>				<i>na pewno zostanie zrobione</i>		

3. Proszę pomyśleć o ludziach, z którymi kontaktuje się Pan(i) na co dzień, przy czym nie chodzi tu o Pana(i) najbliższych. Jak dobrze zna Pan(i) większość z nich?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
<i>czuje Pan(i), że to obcy ludzie</i>				<i>zna ich Pan(i) bardzo dobrze</i>		

4. Czy ma Pan(i) poczucie, że tak naprawdę nie obchodzi Pana(i) to, co dzieje się wokół Pana(i)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
<i>bardzo rzadko lub nigdy</i>				<i>bardzo często</i>		

5. Czy zdarzało się w przeszłości, że był(a) Pan(i) zaskoczona zachowaniem ludzi, których – jak Pan(i) sądził(a) – dobrze zna?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
<i>nigdy tak się nie zdarzyło</i>					<i>zawsze tak było</i>	

6. Czy zdarzyło się, że zawiedli Pana(i)ą ludzie, na których Pan(i) liczył(a)?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
<i>nigdy tak się nie zdarzyło</i>					<i>zawsze tak było</i>	

7. Życie jest:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
<i>bardzo ciekawe</i>					<i>jednostajne</i>	

8. Do tej pory w Pana(i) życiu:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
<i>nie było żadnych wyraźnych celów czy dążeń</i>				<i>były bardzo wyraźne cele czy dążenia</i>		

9. Czy ma Pan(i) poczucie, że jest traktowany(a) niesprawiedliwie?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
<i>bardzo często</i>					<i>bardzo rzadko lub nigdy</i>	

10. W ciągu ostatnich dziesięciu lat Pana(i) życie było:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
<i>pełne zmian i nie wiedział Pan(i), co się za chwilę przydarzy</i>				<i>całkowicie uporządkowane i jasne</i>		

11. Większość tego, co będzie Pan(i) robił(a) w przyszłości będzie prawdopodobnie:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
<i>niezwykle fascynujące</i>					<i>śmiertelnie nudne</i>	

12. Czy miewa Pan(i) wrażenie, że jest w nieznanej sytuacji i nie wie co robić?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
<i>bardzo często</i>				<i>bardzo rzadko lub nigdy</i>		

13. Co najlepiej opisuje Pana(i) sposób patrzenia na życie?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
<i>zawsze można znaleźć wyjście z przykrych sytuacji życiowych</i>				<i>nie ma wyjścia z przykrych sytuacji życiowych</i>		

14. Kiedy myśli Pan(i) o swoim życiu, bardzo często:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
<i>czuje, jak dobrze jest żyć</i>				<i>zadaje sobie pytanie, po co w ogóle żyje</i>		

15. Kiedy staje Pan(i) przed trudnym problemem, wybór rozwiązania jest:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
<i>zawsze zagmatwany i trudno go dokonać</i>				<i>zawsze zupełnie jasny</i>		

16. Wykonywanie codziennych zajęć jest dla Pana(i) źródłem:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
<i>dużej przyjemności i zadowolenia</i>				<i>przykrości i nudy</i>		

17. Pana(i) życie będzie w przyszłości prawdopodobnie:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
<i>pełne zmian i nie będzie Pan(i) wiedział(a), co się za chwilę wydarzy</i>				<i>całkowicie uporządkowane i jasne</i>		

18. Kiedy coś nieprzyjemnego zdarzało się w przeszłości, był(a) Pan(i) skłonny(a):

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
<i>gryźć się tym i zamartwiać</i>				<i>mówić sobie „w porządku, muszę jakoś z tym żyć” i dalej robić swoje</i>		

19. Czy miewa Pan(i) mieszane uczucia i myśli?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
<i>bardzo często</i>				<i>bardzo rzadko lub nigdy</i>		

20. Kiedy robi Pan(i) coś, co wprawia Pana(ią) w dobry nastrój:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
<i>z pewnością pozostanie Pan(i) w dobrym nastroju</i>				<i>z pewnością zdarzy się coś, co zepsuje dobry nastrój</i>		

21. Czy zdarza się, że ma Pan(i) w sobie uczucia, których wolał(a)by nie mieć?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
<i>bardzo często</i>				<i>bardzo rzadko lub nigdy</i>		

22. Przewiduje Pan(i), że Pana(i) życie osobiste będzie w przyszłości:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
<i>zupełnie bez sensu czy celu</i>				<i>w pełni sensowne czy celowe</i>		

23. Czy myśli Pan(i), że w przyszłości zawsze będą ludzie, na których będzie Pan(i) mógł (mogła) liczyć?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
<i>jest Pan(i) pewien (pewna), że będą</i>				<i>wątpi Pan(i), czy będą</i>		

24. Czy miewa Pan(i) wrażenie, że nie wie, co dokładnie się wydarzy?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
<i>bardzo często</i>				<i>bardzo rzadko lub nigdy</i>		

25. Ludzie, nawet o silnym charakterze – czasami czują się przegrani w pewnych sytuacjach. Jak często czuł(a) się Pan(i) tak w przeszłości?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
<i>nigdy</i>				<i>bardzo często</i>		

26. Kiedy coś się zdarzyło, czy zwykle stwierdzał(a) Pan(i), że:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
przeceniał(a) znaczenie tego wydarzenia lub go nie doceniał(a)				widział(a) sprawy we właściwych proporcjach		

27. Kiedy myśli Pan(i) o trudnościach, które może napotkać w ważnych dziedzinach swego życia, czy ma Pan(i) poczucie, że:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
zawsze uda się pokonać te trudności				nie uda się pokonać tych trudności		

28. Jak często ma Pan(i) wrażenie, że to, co robi na co dzień, jest niezbyt sensowne?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
bardzo często				bardzo rzadko lub nigdy		

29. Jak często doznaje Pan(i) uczuć, nad którymi nie wie, czy potrafi zapanować?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1	2	3	4	5	6	7
bardzo często				bardzo rzadko lub nigdy		

KWESTIONARIUSZ WSPARCIA SPOŁECZNEGO

NSSQ (Norbeck Social Support Questionnaire)

J.S. Norbeck

Proszę przeczytać wszystkie informacje z tej strony przed wypełnieniem kwestionariusza.

Proszę wpisać wszystkie znaczące dla Pana(i) osoby, biorąc pod uwagę wszystkich, którzy zapewniają Panu(i) byt lub są dla Pana(i) ważni. Proszę stosować ich imiona lub inicjały i określić swój związek z nimi, postępując jak w przykładzie:

<i>Imię lub inicjały</i>	<i>Powiązania</i>
<i>Ela W.</i>	<i>siostra</i>
<i>B.S.</i>	<i>kolega</i>
<i>Grzegorz</i>	<i>sąsiad</i>

Dla **każdej** podanej osoby, proszę odpowiedzieć na następujące pytania wpisując w kolejne pozycje (analogicznie do osób w tabeli na stronie poprzedniej) wybrany wariant (proszę wpisać cyfrę, której odpowiada wybrana przez Pana(ią) możliwość):

1 = zupełnie nie 2 = trochę 3 = średnio 4 = całkiem nieźle 5 = całkowicie

1. Jak bardzo ta osoba sprawia, że jest Pan(i) szczęśliwy(a)?	2. Jak bardzo ta osoba sprawia, że czuje się Pan(i) szanowany(a) i podziwiany(a)?	3. Jak bardzo może Pan(i) tej osobie zaufać?
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.
4.	4.	4.
5.	5.	5.
6.	6.	6.
7.	7.	7.
8.	8.	8.
9.	9.	9.
10.	10.	10.
11.	11.	11.
12.	12.	12.
13.	13.	13.
14.	14.	14.
15.	15.	15.

1 = zupełnie nie 2 = trochę 3 = średnio 4 = całkiem nieźle 5 = całkowicie

4. Jak bardzo ta osoba zgadza się z Pana(i) poglądami i działaniami lub je popiera?	5. Gdyby potrzebował(a) Pan(i) pożyczyć pieniądze na wizytę u lekarza, na ile może Pan(i) liczyć na pomoc tej osoby?	6. Gdy był Pan(i) „przykuty(a)” do łóżka przez długi czas, na ile ta osoba pomogła Panu(i)?
1.	1.	1.
2.	2.	2.
3.	3.	3.
4.	4.	4.
5.	5.	5.
6.	6.	6.
7.	7.	7.
8.	8.	8.
9.	9.	9.
10.	10.	10.
11.	11.	11.
12.	12.	12.
13.	13.	13.
14.	14.	14.
15.	15.	15.

1 = zupełnie nie 2 = trochę 3 = średnio 4 = całkiem nieźle 5 = całkowicie

7. Jak długo zna Pan(i) tę osobę? 1 = mniej niż 6 miesięcy 2 = od 6 do 12 miesięcy 3 = od 1 roku do 2 lat 4 = od 2 do 5 lat 5 = ponad 5 lat	8. Jak często zazwyczaj kontaktuje się Pan(i) z tą osobą (telefonicznie, listownie lub bezpośrednio)? 5 = codziennie 4 = raz w tygodniu 3 = raz w miesiącu 2 = kilka razy w roku 1 = raz w roku lub rzadziej
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
5.	5.
6.	6.
7.	7.
8.	8.
9.	9.
10.	10.
11.	11.
12.	12.
13.	13.
14.	14.
15.	15.

PERSONAL RESOURCES VERSUS HEALTH EXPECTATIONS OF SENIORS IN POLAND

TABLE OF CONTENTS

INTRODUCTION	9
 Chapter I	
SPECIFICITY OF THE BIOPSYCHOSOCIAL FUNCTIONING OF POLISH SENIORS	13
1.1 Definition of old age as a phase of life	13
1.2 Demographic aspects of aging and old age	19
1.3 Prevention of physiological aging	26
1.4 Psychosocial functioning of the elderly	31
 Chapter II	
HEALTH AND HEALTH EXPECTATIONS	40
2.1 Models explaining the concept of health	40
2.2 Specification of health expectations	46
2.2.1 Expectations regarding one's self-efficacy. Feeling competent	56
2.2.2 The sense of control over one's health	60
2.2.3 Expectations regarding the action result. Behavioural patterns related to health	61
 Chapter III	
PERSONAL RESOURCES FAVOURING HEALTHY BEHAVIOUR	70
3.1 The concept of immunity resources	70
3.2 The sense of coherence in the salutogenetic orientation	73
3.2.1 The concept of the sense of coherence	73
3.2.2 Structure and features of the sense of coherence	75
3.2.3 The importance of the sense of coherence for health maintenance	77
3.3 Social support	81
3.3.1 Social support in theory, in research and in practice	81
3.3.2 Types and models of social support	90
3.3.3 The importance of social support for health maintenance	94

Chapter IV

METHODOLOGICAL BASES OF INTERNAL RESEARCH	99
4.1 Goal of the research	99
4.2 Variables and their indicators	102
4.3 Research problems and hypotheses	103
4.4 Research methods, techniques and tools	107
4.4.1 Interview questionnaire	108
4.4.2 The Multidimensional Health Locus of Control Scale MHLCC (K.A. Wallston, B.S. Wallston, R. DeVellis)	108
4.4.3 Generalized Self-Efficacy Scale – GSES (R. Schwarzer, M. Jerusalem, Z. Juczyński)	108
4.4.4 Healthy Behaviour Inventory – IZZ (Z. Juczyński)	109
4.4.5 Orientation to Life Questionnaire – SOC-29 (A. Antonovsky)	109
4.4.6 Social Support Questionnaire – NSSQ (J.S. Norbeck)	110
4.5 Area and group of respondents. Research organization and process	111
4.6 Sociodemographic characteristics of respondents	116

Chapter V

HEALTH EXPECTATIONS AND HEALTHY BEHAVIOUR OF RESPONDENTS	134
5.1 Subjective evaluation of biopsychosocial health of respondents	134
5.2 The sense of competence of respondents as regards coping in difficult situations	146
5.3 Health control of respondents	149
5.4 Pro-health activities of respondents	156

Chapter VI

PERSONAL RESOURCES OF RESPONDENTS	162
6.1 Comparison of levels of the coherence sense in respondents	162
6.2 Social support of respondents	167
6.2.1 Social support network of respondents	167
6.2.2 Intensity of the social support of respondents	170
6.2.2.1 Emotions	173
6.2.2.2 Affirmation	177
6.2.2.3 Help	180
6.2.2.4 Respondents' contacts with support groups	184

Chapter VII

DEPENDENCIES BETWEEN HEALTH EXPECTATIONS

AND PERSONAL RESOURCES OF RESPONDENTS 189

7.1 The sense of self-efficacy vs. personal resources 190

7.2 Placement of health control vs. personal resources 192

7.3 Healthy behaviour vs. personal resources 197

SUMMARY AND CONCLUSIONS 202

LITERATURE 213

LIST OF TABLES, GRAPHS AND DRAWINGS 228

ANNEX 231

INTRODUCTION

The presented book deals with the health expectations and personal resources of the Polish seniors. Health expectations were focused on the sense of self-efficacy, health control and healthy behaviour patterns. Persons with the high sense of self-efficacy define motivating goals for themselves and approach difficult tasks as challenges that have to be coped with. Their aspirations are high, they commit intensely to the achievement of goals believing that their effort will bring about the expected result. In turn, the sense of health control is the belief that it is possible to influence one's behaviour and that one has the ability to behave appropriately to improve the condition or promote good health. The more internal the locus of control the greater the awareness regarding the responsibility for one's health is (Heszen, Şek, 2008; John-Borys, 2002).

These components are closely related to personal resources as understood in the salutogenetic model by Aaron Antonovsky (1995). The sense of coherence (SOC), defined as the generalized emotional-cognitive outlook on the world that expresses the degree of the general belief that: the information reaching a person from the external world are structured, foreseeable and comprehensible, resources are available both in the world and in the human being that make it possible to cope with life requirements and the requirements of the surrounding world are worthy of the taking of action and commitment, is treated as a paramount individual resource material for the maintenance of one's health. As regards the beliefs and behaviour patterns related to health, attention should be drawn to the fact that individuals with a stronger sense of coherence more frequently prefer

actions promoting health, commit to activities promoting it with their behaviour and try to sustain their health. They are also more likely to support the holistic-functional model of health (Pasikowski, 2001b). SOC motivates the taking up of activities, coping with requirements and, thanks to regulatory functions, it controls the choice of resources depending on the requirements. According to the salutogenetic concept, most important external resources include social support understood as a potentially available supporting protection derived from specific relations within individual social networks. Its nature is relational, interactive and it plays a significant role in health sustenance, protection from a disease and healing processes. It is exactly the sense of coherence and social support that were selected for further analysis as personal resources of the Polish seniors.

Third Age Universities (TAU) that promote an active attitude and wellbeing contribute to an improvement of the psychophysical and social condition of the elderly. Additionally, thanks to the lectures offered and other activities, they teach about health topics, promote pro-health behaviour patterns and offer guidelines. For that reason, it was decided for the research to cover people attending selected Third Age Universities and people not being a part of the TAU as a comparative group.

Defining the sense of coherence and social support as resources entails the acceptance of their positive and desirable role in the process of health building and health expectations.

The goal of this monograph is to demonstrate dependencies between personal resources and health expectations of seniors as reflected in its structure: with the first three chapters being theoretical while the other four ones present the conducted research.

Chapter one contains the theoretical analysis of the biopsychosocial functioning of seniors. It presents the definition analysis of the old age as a phase of life and aspects of the demographic aging and old age, defines the prevention of the physiological aging process and psychosocial functioning of the elderly. Chapter two analyses health models concentrating on the adopted holistic-functional model and health expectations in the light of the socio-cognitive theory of Albert Bandura defined by the sense of competence, the sense of health control and healthy behaviour patterns. Chapter three includes an analysis of personal resources promoting healthy behaviour, embedded in the salutogenetic concept by A. Antonovsky, i.e. the sense of coherence and the subjective sense of social support starting with a theoretical discourse and ending with an outline of related empirical achievements relating to the studied group of people.

Methodological bases of the conducted internal research are discussed in chapter four. The goal of the research and detailed problems were formulated there on the basis of regularities existing in the theory of psychology and pedagogy of health. The chapter also includes the operationalization of variables and the description of the selected research method, technique and tools. It is supplemented by a description of the research organization and procedure and the detailed sociodemographic characteristics of the studied groups of people.

Chapters five and six refer to an analysis of health expectation and personal resource data obtained from the students of Third Age Universities selected at random and from people not studying there. The applied comparison procedure made it possible to determine levels of the analysed variables both in the basic group and in the comparative group. The sense of competence of respondents as regards coping with difficult situations, their placement of the sense of health control and the taking of pro-health actions was determined in both groups.

Chapter seven describes the structure of dependencies between changing health expectations and personal resources of the respondents, which was possible thanks to the application of the correlation procedure in the form of the multiple regression analysis that makes it possible to determine what percentage of the variable variance defined as dependent in the correlation-regression model is explained by the line combination of independent variables. An important thing in the analysis was to obtain the information about which variables and to what degree are material in the regression model i.e what system of many independent variables is significant for the purpose of the explanation of a single dependent variable.

The conducted analyses and interpretations made it possible to take a position regarding the research problems presented in the book and, as a consequence, to formulate appropriate conclusions. An attempt at a description of dependencies between the analysed variables was made in the Summary and conclusions.

The monograph includes the Literature, a list of tables, charts and drawings and an Annex containing a set of research tools applied.

The presented book is a significantly expanded and updated version of the doctoral thesis. For the needs of the publication, it contains some additional information, comments, public opinion results and demographic data.

The material offered to the reader is an attempt to draw the attention to the important health topic, especially in the times of the aging society and the need to activate contemporary seniors. Detailed studies of literature on the subject do not offer numerous works on the topic. It is not easy for find a determination of health

expectations; one can rather find concepts such as: expectations of the healthcare service, life expectancy, quality of life, lifestyle or healthy behaviour patterns of seniors. Therefore, the presented monograph will introduce a new outlook on the discussed subjects with the hope of the application of its resources both in theory and in the practice of health education, health psychology and gerontology and, perhaps, it will stimulate an interest in the related research.

Wydawnictwo Akademii Pedagogiki Specjalnej

Wydanie pierwsze

Ark. druk.16

Skład i łamanie: AnnGraf

Druk ukończono w 2016

Druk i oprawa: Fabryka Druku



Katarzyna Ziomek-Michalak – adiunkt w Zakładzie Polityki Społecznej i Pracy Socjalnej w Akademii Pedagogiki Specjalnej im. M. Grzegorzewskiej w Warszawie. Absolwentka Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie, gdzie w 2011 r. uzyskała stopień doktora w zakresie nauk humanistycznych. Studiowała teacher training w PABO Arnhem en Nijmegen (Holandia), stypendystka Ministerstwa Edukacji Narodowej i Sportu. Jej zainteresowania naukowe koncentrują się wokół: aktywności w kontekście wychowawczym i edukacyjnym, andragogiki, gerontologii, procesu starzenia się i starości w myśl teorii gerotranscendencji, animacji społecznej. Współautorka projektów naukowych, a także animacyjnych i edukacyjnych; metodą projektu pracuje od 2001 roku. Autorka wielu artykułów naukowych. Uważa obserwatorką procesów społecznych, entuzjastką życia, impresjonizmu, secesji i muzyki. Prywatnie żona i mama dwójki dzieci.

Monografia dr Katarzyny Ziomek-Michalak dobrze wpisuje się w tę problematykę jaką jest zdrowie i styl życia w starości. Publikacja wzbogaci wiedzę o osobach w tej fazie życia, o ich oczekiwaniach, ale i zasobach osobistych jakimi dysponują. Analiza porównawcza dotycząca zdrowia i zasobów osób starszych zrzeszonych i nie zrzeszonych w strukturach Uniwersytetów Trzeciego Wieku dostarcza interesujących informacji, szczególnie w odniesieniu do roli i znaczenia UTW w życiu jego słuchaczy. [...] chcę podkreślić, że spojrzenie na problem z punktu widzenia empirycznego i w ujęciu porównawczym zasługuje na docenienie. Jest to materiał interesujący, który [...] wzbogaci polską literaturę z zakresu gerontologii. Poza poznawczą wartość pracy chcę podkreślić także jej społeczną użyteczność. [...] Opublikowanie książki będzie z korzyścią nie tylko dla środowiska naukowego pedagogów, ale także dla innych środowisk naukowych, studentów, słuchaczy UTW oraz wszystkich tych osób, które są zainteresowane problemami polskich seniorów.

Z recenzji dr hab. Małgorzaty Halickiej, prof. Uniwersytetu w Białymstoku

Podjęte w opracowaniu zagadnienia są ważne i bardzo aktualne. Problemy i konsekwencje starzenia się polskiego społeczeństwa, kurczenie się zasobów opiekuńczych rodziny i tym samym potencjału wsparcia społecznego udzielanego seniorom są przedmiotem publicznej debaty i bieżącej krajowej polityki społecznej. Gerontologia krytyczna podnosi wątek, że z przyczyn ekonomicznych na starzejące się osoby nałożony został obowiązek przejścia odpowiedzialności za styl i jakość osobistego starzenia się. [...] Książka traktuje właśnie o zdrowiu i o uwarunkowaniach oczekiwań zdrowotnych osób w podeszłym i starym wieku. Przeczytałam ją z zainteresowaniem. Lekturę rekomenduję studentom różnych kierunków i specjalności – osobom przygotowującym się do pracy z seniorami i na ich rzecz, kadrom gerontologicznym, politykom społecznym i wszystkim zainteresowanym problemem osobom.

Z recenzji dr hab. Zofii Szaroty, prof. Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie