

Dr hab. Agata Popławska

Niepaństwowa Wyższa Szkoła Pedagogiczna w Białymstoku

mgr Ewa Banach

Jednostka Wojskowa Bemowo Piskie

JAKOŚĆ ŻYCIA OSÓB STARSZYCH – WYBRANE ASPEKTY

Streszczenie

W tekście podjęto zagadnienie jakości życia, jej wyznaczników i uwarunkowań. Uwagę skupiono na końcowym etapie życia człowieka – starości. Okres ten wymaga od człowieka zmagania się z nieuchronną naturą biologii, odnajdywania się w nowej sytuacji społecznej oraz stawiania czoła licznym wyzwaniom. Starość przynosi nie tylko ograniczenia, ale także dobrodziejstwa. Czas ten można wykorzystać do samorealizacji, do rozwoju duchowego i pogłębiania życia wewnętrznego oraz rozwoju zainteresowań, nabywania nowych kompetencji. W starszym wieku ważne jest zaakceptowanie zachodzących w człowieku zmian i jednocześnie podejmowanie wielostronnej aktywności sprzyjającej dobremu funkcjonowaniu.

Słowa kluczowe: jakość życia, ludzie starsi, starość, problemy psychospołeczne, aktywność

THE QUALITY OF LIFE OF OLDER PEOPLE – SELECTED ASPECTS

Abstrakt

The paper discusses the issue of quality of life, its determinants and conditions. Attention is focused on the final stage of human life - old age. This period requires a man struggling with the inevitable nature of biology, finding

themselves in a new social situation and tackling the many challenges. Aging brings not only limit, but also the advantages. This time can be used to self-realization, spiritual development and deepening of the inner life and development interests, acquire new competencies. In old age, it is important to accept the changes occurring in man and at the same time taking multilateral conducive to good management.

Keywords: quality of life, elderly people, old age, psychosocial problems, activity

Wprowadzenie

Dzięki poprawie warunków życia, odkryciom medycyny, wiek życia stale wydłuża się. Starość nazywana także późną dorosłością lub trzecim wiekiem należy uznać za istotny etap naszej egzystencji, za okres bardzo zróżnicowany, w dużej mierze uzależniony od faz poprzednich (odzwierciedlenie wcześniejszego funkcjonowania), sytuacji obecnej (stanu zdrowia, finansów, relacji z innymi, duchowości), a także osobistego nastawienia i subiektywnej oceny samopoczucia.

Starość bywa definiowana jako końcowy etap procesu starzenia się, w którym procesy biologiczne, psychiczne i społeczne zaczynają oddziaływać względem siebie synergetycznie, prowadząc do naruszenia równowagi biologicznej i psychicznej człowieka, bez możliwości przeciwdziałania temu¹.

Okres ten wymaga zmagania się nie tylko z nieuchronną naturą biologii, odnajdywania się w nowej sytuacji społecznej, ale także stawiania czoła licznym wyzwaniom i kryzysom dotyczącym w tym czasie człowieka. Często trzeba zmierzyć się z przejściem na emeryturę, utratą zdrowia, sił witalnych, atrakcyjności fizycznej, odejściem najbliższych, perspektywą własnej śmierci.

Starość z jednej strony przynosi ograniczenia (ze względu na pogarszający się stan zdrowia i sprawność fizyczno – umysłową), z drugiej zaś przynosi korzyści (w postaci braku obowiązków związanych z pracą, dużej ilości wolnego czasu co przy odpowiedniej postawie sprzyja samorealizacji). Ludzie starsi mogą rozwijać swoje zainteresowania, podróżować, spotykać się ze zna-

¹ A. A. Zych, *Słownik gerontologii społecznej*, Warszawa 2001, s. 202.

jomymi, działać na rzecz innych, uprawiać ogródek, pomagać bliskim, uczyć się.

Późna dorosłość stwarza sprzyjające warunki do rozwoju duchowego i pogłębiania życia wewnętrznego.

Starość, podobnie jak inne fazy życia, stawia przed człowiekiem wiele zadań. Należą do nich w opinii E. Eriksona: akceptacja własnego życia, przekierowanie energii na nowe role i formy aktywności oraz rozwój stosunku do śmierci². Natomiast A. A. Zych przekonuje, że jednym z ważniejszych zadań egzystencjalnych każdego człowieka jest wypracowanie własnej, niepowtarzalnej postawy psychicznej wobec starości³.

W literaturze przedmiotu wskazuje się szeroką gamę uwarunkowań decydujących o pomyślnym starzeniu się, są to m.in. czynniki zdrowotne (stan zdrowia, sprawność fizyczna, dostępność do opieki medycznej), czynniki socjodemograficzne (wiek, płeć, wykształcenie, stan cywilny, warunki materialne), czynniki związane ze stylem życia i sposobem odżywiania, czynniki psychospołeczne (wsparcie społeczne, zadowolenie z życia, aktywność, autonomia, samodzielność)⁴.

Wymienione elementy często analizuje się poddając obiektywnej i subiektywnej ocenie funkcjonowanie człowieka, określając poziom jakości życia.

Jakość życia człowieka – próba definiowania

Jakość życia człowieka często utożsamia się z poczuciem szczęścia i satysfakcją życiową, poziomem życia, tzw. stopą życiową bądź standardem czy dobrostanem fizycznym i samopoczuciem psychicznym, jak też zadowoleniem z życia⁵. Jest ona

² Z. Kawka, *Starość w cyklu życia*, [w:] J. Krzyszkowski, R. Majer (red.), *Problemy społeczne, pomoc społeczna, praca socjalna. Wymiar polski i europejski*. Częstochowa 2004, s. 62.

³ A. A. Zych, *Człowiek wobec starości. Szkice z gerontologii społecznej*, Katowice 1999, s. 138.

⁴ Por. B. Bień, *Starzenie się pomyślne versus zwyczajne*, „Gerontologia Polska” 1997 nr 5, 4, 41-42; S. Steuden, *Psychologia starzenia się i starości*, Warszawa 2011, s. 174-175.

⁵ A. A. Zych, *Przekraczając smugę cienia. Szkice z gerontologii i tanatologii*, Katowice 2009, s. 139.

uzależniona od indywidualnych kryteriów wartościowania, skorelowanych z cechami charakterystycznymi osobowości człowieka i jego aspiracjami⁶. Jest to pojęcie wielowymiarowe⁷, które w zależności od przyjmowanej koncepcji teoretycznej i szczegółowego rozmienia, może być definiowane w kategoriach obiektywnych warunków życia, jego kulturowego i materialnego poziomu, jak również w kategoriach subiektywnych reakcji na własne doświadczenia życiowe, związanych z wartościowaniem różnych sfer życia⁸.

W koncepcji Nordenfelta⁹ przyjęto, że jakość życia to indywidualny dobrostan jednostki, będącym wynikiem działania człowieka w określonym środowisku i zbierania doświadczeń życiowych. Jeśli wrażenia odbierane przez człowieka są pozytywne, prowadzą do poczucie równowagi, harmonii, spokoju i tym samym wskazują na wysoką jakość życia.

Jakość życia w sferze psychicznej, jest określana jako zaspokajanie różnych potrzeb, a zwłaszcza: potrzeby egzystencji (mieć), potrzeby bezpieczeństwa (być), potrzeby kontaktu społecznego (kochać)¹⁰.

Nieco inaczej choć także w kategoriach „mieć” i „być” jakość życia analizuje B. Suchodolski. Kategoria „mieć” odnosi się do zasobu środków jakimi dysponuje człowiek w społeczeństwie, by móc aranżować własne życie jako oddziaływanie w określonych układach organizacyjno-instytucjonalnych. Uwaga skoncentrowana jest tu na posiadane przez osobę dobra oraz sposoby korzystania z tych dóbr¹¹. Natomiast rozważając kategorię „być” zwraca się uwagę na wewnętrzne życie jednostki, na jego sensowność i relacje z innymi ludźmi¹².

⁶ M. Halicka, *Satysfakcja życiowa ludzi starych*, Białystok 2004, s. 21-22.

⁷ A. A. Zych, *Przekraczając smugę...* op. cit., s. 139.

⁸ Z. Palak, *Jakość życia osób niepełnosprawnych i nieprzystosowanych społecznie*, Lublin 2006, s. 9.

⁹ S. Kowalik, *Jakość życia psychicznego*, [w:] R. Derbis (red.), *Jakość rozwoju a jakość życia*, Częstochowa 2000, s. 21-22.

¹⁰ B. Rysz-Kowalczyk (red.), *Leksykon polityki społecznej*, Warszawa 2001, s. 63-64.

¹¹ B. Suchodolski, *Kształt życia*, Warszawa 1979, s. 19.

¹² E. Fromm, *Mieć czy być?*, Poznań 2005, s. 66.

Interesująca z pedagogicznego punktu widzenia jest koncepcja Z. M. Zimnego¹³, gdzie zestawiono jakość życia z jakością rozwoju osobowości człowieka. Autor jakość życia definiuje jako „poziom (a więc wielkość) zaspokojenia potrzeb określonych jakościowo i to najpierw jako potrzeb, kolejno: bezpieczeństwa społecznego i ekonomicznego, psychicznego oraz biologicznego, a następnie jako stopy podnoszenia poziomu zaspokojenia tychże potrzeb przez podnoszenie poziomu zaspokojenie odpowiednich potrzeb przedmiotowych”¹⁴.

J. Daszykowska, odwołując się do ujęcia humanistycznego, gdzie człowiek może osiągnąć prawdziwą wartość i radość życia przede wszystkim poprzez doskonalenie i rozwój, definiuje jakość życia jako poczucie życiowej satysfakcji wyrażonej „możliwością kształtowania wielowymiarowego rozwoju i autokreacji człowieka oraz realizacją jego aspiracji i celów życiowych zgodnie z przyjętymi wartościami i oczekiwaniami, przy uwzględnieniu materialnych elementów statusu społecznego”¹⁵.

Natomiast w medycynie jakość życia określa się jako kompleksowy sposób oceniania przez człowieka stanu fizycznego, emocjonalnego, funkcjonalności w życiu i stopnia niezależności od otoczenia oraz relacji ze środowiskiem w aspekcie osobistych wierzeń i przekonań¹⁶.

W Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) przyjęto, że jakość życia to sposób spostrzegania przez człowieka jego pozycji życiowej w kontekście kultury i systemów wartości, w którym funkcjonuje oraz w relacji do jej celów, oczekiwań, standardów i zainteresowań¹⁷. W ramach tak rozumianej jakości życia wyodrębniono sześć podstawowych wymiarów: stan fizyczny, stan psy-

¹³ Z. M. Zimny, *Jakość rozwoju osobowości człowieka a jakość jego życia*, [w:] R. Derbis (red.), *Jakość rozwoju a jakość życia*, Częstochowa 2000, s. 36.

¹⁴ Ibidem, s. 36.

¹⁵ J. Daszykowska, *Jakość życia w perspektywie pedagogicznej*, Kraków 2007, s. 65.

¹⁶ M. Skrzypek, *O badaniach nad jakością życia i sposobach rozumienia normy*, Alma Mater Lublin 2000, 1/34, s. 136-139.

¹⁷ The WHOQOL Group; The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position Paper from the World Health Organization; *Social Science and Medicine*; 1995: 41, 1403-1409.

chiczny, stopień niezależności, relacje społeczne, środowisko, religię, wierzenia, przekonania i poglądy¹⁸.

Podejmując próbę definiowania przyjmuję, że jakość życia można powiązać z „dobrostanem” osoby, gdzie człowiek – aktywny podmiot charakteryzujący się określonymi przymiotami może „realizować siebie” (swoje preferencje, wartości, cele, aspiracje), spełniać się w świadomym, zaplanowanym i odpowiedzialnym działaniu, czyli doświadczać podmiotowości będąc zanurzonym w środowisku zewnętrznym, w specyficznej dla niego przestrzeni społecznej, kulturowej, technicznej. Ważne jest, aby rozpoznając jakość życia człowieka poznać nie tylko obiektywne warunki życia, ale także jego subiektywną ocenę sytuacji, subiektywne poczucie harmonii (lub jej braku) między osobistymi potrzebami, zasobami a zasobami środowiska, w którym funkcjonuje.

Wielowymiarowość jakości życia

Jakość życia człowieka można rozpatrywać biorąc pod uwagę różne wymiary (fizyczny, ekonomiczny, społeczny, duchowy) jak i różne zakresy oraz poziomy.

D. Felce i J. Perry reprezentują pogląd, że jakość życia rozpatrywać należy uwzględniając trzy poziomy. Pierwszy poziom – osobistych wartości, który obejmuje: dobry stan fizyczny (zdrowie, mobilność, sprawność, bezpieczeństwo), dobry stan materialny (dochody, mieszkanie, bezpieczeństwo socjalne), dobry stan społeczny (więzi interpersonalne, wsparcie), dobry stan emocjonalny (pozytywne emocje, zdrowie psychiczne, odporność na stres), rozwój i aktywność (kompetencje, produktywność, samoocenę, wiarę, seks). Drugi poziom jakości życia to osobista (subiektywna) satysfakcja życiowa. Trzeci poziom tworzą obiektywne warunki życia¹⁹. Obiektywne warunki życia pozwalają

¹⁸ I. Wrońska i in., *Badanie jakości życia w naukach medycznych*. cz. I, „Pielęgniarstwo XXI wieku” 2004 nr 1(6), s. 5-9.

¹⁹ D. Felce, J. Perry, *Exploring Current Conceptions of Quality of Life: A Model for People with and without Disabilities*, [w:] R. Renwick, I. Brown, M. Nagler (red.), *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation*, Sage, New York 1996, s. 53 cyt. za J. Daszykowska, *Jakość życia w perspektywie pedagogicznej*, Kraków 2007, s. 51-52.

(bądź nie pozwalają) człowiekowi realizować wartości, które łączą się z osiągnięciem dobrego stanu w zakresie: fizycznym, materialnym, społecznym, emocjonalnym i możliwości rozwoju. Z kolei ocena własnego położenia w wymienionych wymiarach wpływa na poziom odczuwanej satysfakcji życiowej. Zadowolenie z warunków życiowych oraz możliwość osiągnięcia w zadowalającym stopniu wymienionych kategorii wartości składają się w tej koncepcji na jakość życia człowieka²⁰.

Po przeanalizowaniu koncepcji i wyników badań dotyczących jakości życia interesujące wnioski sformułował A. Bańka²¹. Zwraca on uwagę, że ani zasoby ekonomiczne (finansowe), ani zasoby osobowości nie są same w sobie wartością determinującą jakość życia, są one jedynie drogą lub narzędziem osiągania szczęścia. Szczęście jest temporalną kategorią rozwojową obejmującą doświadczenia przeszłości, aktualne przeżycia, oraz oczekiwania związane z przyszłością. Natomiast dobrostan to kategoria dwójakiego rodzaju: kontekstowa kategoria uczucia szczęścia wynikającego z posiadania lub konsumpcji zasobów i jako kategoria rozwojowa standardów porównań. „W pierwszym przypadku szczęście i dobrostan jest efektem kontekstu rozumianego w terminach sukcesywnie napływających informacji. W drugim przypadku szczęście jest procesem rozwijania (konstruowania) mentalnej reprezentacji całości życia i jego domen na bazie sukcesywnie napływających informacji”²². A. Bańka dochodzi do konkluzji, że szczęście, dobrostan i jakość życia to efekt rozwoju jednostki, czyli skutek procesu konstruowania standardów porównań dla osiągalnych w czasie informacji, z jednej strony, oraz wypadkowa rozłożonego w czasie procesu konstruowania sądów o życiu, będących mentalnymi reprezentacjami życia i regulatorami procesu przetwarzania, napływających informacji. Podsumowując, jakość życia jest kategorią zmieniającą się w czasie doświadczenia codzienności i funkcją jakości rozwoju w cyklu życia²³.

²⁰ J. Daszykowska, *Jakość życia ...*, op. cit., s. 52.

²¹ A. Bańka, *Jakość życia a jakość rozwoju. Społeczny kontekst płci, aktywności i rodziny*, [w:] A. Bańka (red.), *Psychologia jakości życia*, Poznań 2005, s. 12-13.

²² Ibidem, s. 13.

²³ Ibidem.

Warto wspomnieć o jeszcze jednej koncepcji zaproponowanej przez S. Kowalik, w świetle której człowiek ma dwie możliwości odczuwania własnego życia: może je poznawać o może je przeżywać²⁴. Przeprowadzone badania dotyczyły jakości życia psychicznego, gdzie odwoływano się do bogatego świata przeżyć człowieka oraz do charakteru otaczającej rzeczywistości (materiału bodźcowego). Zwrócono uwagę, że doświadczenia, które uzyskał człowiek w przeszłości są indywidualnie zróżnicowane, każdy odwołuje się do innych wspomnień, przypomina je sobie w odmiennych sytuacjach. Ludzie mają też różne sposoby eksploracji otaczającego świata, jedni charakteryzują się dociekliwą naturą i szukają jak największej liczby potrzebnych informacji w dostępnym materiale bodźcowym, angażują spostrzeganie, pamięć, wyobraźnię, a więc procesy aktywujące sferę przeżyciową²⁵, dzięki czemu pojawia się wiele przeżyć. Osoba, reagująca w opisany sposób wyróżnia się wyższym poziomem jakości życia psychicznego. Analogicznie dzieje się w przypadku, gdy osoba potrafi odebrać i wykorzystać (tzn. włączyć do sfery swych przeżyć) jak największą liczbę informacji z otaczającej, bardzo złożonej i różnorodnej rzeczywistości.

Natomiast jeśli człowiek odbiera bodźce i przetwarza je na bardzo płytkim poziomie czyli nie wykorzystuje w pełni bogatej oferty otoczenia i znikomą część zdobytych doświadczeń włączy do swojej struktury przeżyć, można mówić o zmarnowanej szansie na rozwój sfery przeżyć, co jest równoznaczne z niższą jakością życia psychicznego. Podobnie niską jakością życia psychicznego będzie charakteryzować się osoba, która zetknie się z bodźcami o niskim stopniu zróżnicowania i mimo dokładnego ich odbioru nie ma szansy wykorzystania zdobytego materiału do „stworzenia” przeżyć. Przedstawiona koncepcja zwracając uwagę na subiektywny i psychiczny wymiar jakości ludzkiego życia, nie pomija także aspektu środowiska, rzeczywistości zewnętrznej, w jakiej to życie się toczy²⁶.

²⁴ S. Kowalik, *Jakość życia psychicznego*, [w:] R. Derbis (red.), *Jakość rozwoju a jakość życia*, Częstochowa 2000, s. 24-29.

²⁵ Por. A. Brzezińska, M. Stolarska, J. Zielińska, *Poczucie jakości życia w okresie dorosłości*, [w:] K. Appelt, J. Wojciechowska (red.), *Zadania ... op. cit.*, s. 108.

²⁶ Ibidem, s. 108.

Wybrane uwarunkowania jakości życia osób starszych

Wraz z wiekiem zmienia się, często niekorzystnie, kondycja psychofizyczna człowieka. Stan zdrowia i sprawność fizyczną można uznać za jeden z ważnych predyktorów jakości życia osób starszych.

Tezę, że jakość życia seniorów obniża zły stan ich zdrowia potwierdzają wyniki badań naukowych²⁷. Większość osób w tym wieku cierpi na przewlekłe schorzenia czy stałe dolegliwości. Przybywa też chorób charakterystycznych dla podeszłego wieku²⁸. Na podstawie danych GUS można stwierdzić, iż najczęstsze choroby przewlekłe wśród ludzi starych rzutujące na ich złe samopoczucie to: choroby układu krążenia, kręgosłupa, stawów, płuc, wątroby, nerwice, cukrzyca, miażdżyca, choroby układu pokarmowego, moczowego oraz nowotwory²⁹. Osoby starsze stają się pacjentami wymagającymi większej troski, jak też przystosowania struktury służby zdrowia do ich specyficznych potrzeb³⁰.

Jak słusznie podkreśla Z. Juczyński „(...) zdrowie, to nie tylko brak choroby czy kalectwa, ale pełny, dobry stan fizyczny, psychiczny i społeczny”³¹.

Niekiedy zjawiskiem towarzyszącym starości jest depresja, która negatywnie wpływa zarówno na stan psychosomatyczny jak i społeczny człowieka na nią cierpiącego, a także dotyka osoby mu bliskie.

Zespoły depresyjne w późnej dorosłości w sposób znaczący pogarszają jakość życia seniorów, niekorzystnie wpływają na ich relacje społeczne, na przebieg i wyniki leczenia chorób somatycznych, a przed wszystkim zwiększają śmiertelność w tej grupie

²⁷ A. Ostrzyżek, J. T. Marcinkowski, *Wymiary jakości życia w podeszłym wieku*, „Probl Hig Epidemiol” 2009, nr 90(4), s. 465-469.

²⁸ J. Kędzior, *Wybrane aspekty starzenia się i starości w perspektywie gerontologii i geragogiki*, [w:] J. Kędzior, A. Ładyżyński (red.), *Współczesne wyzwania pracy socjalnej*, Toruń 2006, s. 172.

²⁹ G. Ciechomska, *Aktywna starość*, „Gazeta Lekarska” 1999, nr 6, s. 2.

³⁰ J. Kędzior, *Wybrane aspekty...* op. cit., s. 172.

³¹ Z. Juczyński, *Szlachetne zdrowie, niech każdy się dowie*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 1999, nr 3, s. 95-97.

osób (związek pomiędzy depresją i samobójstwem jest bardziej wyraźny u osób w podeszłym wieku niż u młodszych)³².

H. Shipper i współautorzy uwzględniając model jakości życia uwarunkowany stanem zdrowia, przekonują, że istotną rolę w jakości życia odgrywa:

1. Funkcjonowanie fizyczne – sprawność nadrzędnych funkcji fizjologicznych; poziom aktywności zwanej zdolnością do samoobsługi; ruchliwości (poruszanie się wewnątrz domu i poza nim); aktywności fizycznej; wykonywania czynności związanych z pełnieniem ról np. praca, dom.

2. Funkcjonowanie psychiczne – ocena przystosowania do choroby; istnienie bądź brak uczuć negatywnych tj. lęku, gniewu, przygnębienia oraz uczuć pozytywnych tj. zadowolenia, radości, nadziei.

3. Funkcjonowanie społeczne – jakość i rodzaj kontaktów społecznych; umiejętność i chęć do podejmowania aktywności społecznej; wsparcie ze strony najbliższych³³.

W tak ujętym modelu jakości życia determinowanym stanem zdrowia, ważną rolę przypisuje się sprawności ruchowej, która warunkuje zdolność wykonywania codziennych czynności umożliwiających zaspokojenie podstawowych potrzeb, jak i pozwala na wywiązywanie się z ról społecznych³⁴.

O pogorszeniu jakości życia można mówić też wówczas, gdy występują stany:

- bezradności (utrata kontroli nad sobą i swoją sytuacją),
- rozpacz, beznadziejności (niemożność nadawaniu swojemu życiu sensu),
- bezcelowości i bezużyteczności (poczucie utraty własnego świata wewnętrznego oraz jego wartości)³⁵.

Następuje odczucie obniżenia się jakości życia w związku z ograniczeniem, utrudnieniem, a nawet uniemożliwieniem speł-

³² J. Turczyński, A. Bilikiewicz, *Depresja u osób w podeszłym wieku*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej” 2002 nr 2, s.99-107.

³³ M. D. Osoba, *Badania jakości życia zależnej od stanu zdrowia pacjentów onkologicznych*, „Nowotwory” 1993, nr 43, cyt. za B. Zboina, *Jakość życia osób starszych*, Ostrowiec Świętokrzyski 2008, s. 20.

³⁴ B. Zboina, *Jakość życia...* op. cit., s.21.

³⁵ R. Ossowski, *Jakość życia - efektywne pełnienie ról rodzinnych i zawodowych jako wskaźnik udanej rehabilitacji*, [w:] M. Kościelska, B. Aouilia (red.), *Człowiek niepełnosprawny. Rodzina i praca*, Bydgoszcz 2004, s. 69.

niania się w przypisywanych kulturowo czy prawnie rolach społecznych³⁶.

Dolegliwości somatyczne, poczucie bezradności, bezsilności, lęk, wycofanie się lub agresja powodują zmiany relacji z rodziną i często też powodują powstanie sytuacji zależności.

Niewątpliwie w podtrzymaniu jakości życia osób starszych istotne znaczenie mają relacje społeczne, jeśli są one właściwe mogą nawet przyczynić się do przedłużenia życia. Znalezienie się osoby starszej w sieci społecznej, czyli zbiorowości ludzi wzajemnie ze sobą powiązanych, gdzie dochodzi do wymiany świadczeń w odwołaniu do wspólnie wyznawanych wartości oraz wzajemnego zaufania pozwala na uzyskanie niezbędnego wsparcia społecznego.

Wsparcie to może przybierać formy:

1. wsparcia emocjonalnego, które ma na celu budowanie poczucia bezpieczeństwa, opieki i przynależności,
2. wsparcia informacyjnego, które umożliwia zrozumienie sytuacji w której osoba się znajduje,
3. wsparcia instrumentalnego, którego celem jest kształtowanie umiejętności postępowania adekwatnego do zaistniałej sytuacji,
4. wsparcia rzeczowego (materialnego)³⁷.

Za jedno z najważniejszych źródeł wsparcia społecznego dla człowieka starszego należy uznać rodzinę, gdzie możliwe jest zaspokojenie potrzeb odczuwalnych braków (fizjologicznych, bezpieczeństwa), jak i potrzeb rozwoju (przynależności, uznania i samorealizacji). Bliskie więzi z najbliższą rodziną stanowią ochronę przed poczuciem wyobcowania oraz wzmacniają odporność człowieka.

Wsparcie społeczne niewątpliwie odgrywa istotną rolę w zachowaniu zdrowia człowieka, procesie leczenia oraz chroni przed zagrożeniami i pomaga w sytuacjach problemowych. Dodatkowo daje się zauważyć takie efekty wsparcia jak: kształtowanie opty-

³⁶ Z. Gajdzica, *Dwa wymiary bezradności społecznej jako wskaźniki (utruty) jakości życia osób z lekkim upośledzeniem umysłowym*, „Chowanna” t.1, Katowice 2008, s. 86-88.

³⁷ H. Sęk, R. Cieślak, *Wsparcie społeczne – sposoby definiowania, rodzaje i źródła wsparcia, wybrane koncepcje teoretyczne*, [w:] H. Sęk (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa 2005, s. 18-19.

mistycznego nastawienia, przekonanie o własnej skuteczności w podejmowaniu działań sprzyjających poprawie zdrowia³⁸.

Jan Paweł II wskazuje na inny aspekt funkcjonowania społecznego osób starszych. Podkreśla rolę aktywnego ich uczestnictwa w społeczeństwie, ich dojrzałość, zrównoważenie i mądrość oraz angażowanie się w działania społeczne, kulturalne, edukacyjne, religijne. Przekonuje, że traktowanie człowieka starszego wyłącznie z perspektywy potrzebnej mu opieki wpływa na jego wycofanie się z ról społecznych³⁹.

Wspomnianą mądrość można analizować jako mądrość pragmatyczną i mądrość transcendentną. Ta pierwsza, kształtująca się w oparciu o osobiste doświadczenia życiowe, pozwala człowiekowi lepiej kierować własnym życiem oraz radzić sobie w trudnych sytuacjach. Natomiast mądrość transcendentną, charakterystyczną dla okresu późnej dorosłości, można uznać za efekt rozwoju podmiotowego. Istotą jej jest: ukierunkowanie na osiąganie wewnętrznej niezależności, przekraczanie własnych ograniczeń, odkrywanie sensu zdarzeń życiowych, akceptacja duchowego wymiaru życia, reinterpretacja wartości życia i śmierci. Dzięki niej przyjmuje się filozoficzną postawę wobec życia, nabiera dystansu wobec wielu zdarzeń życiowych. Zapewnia ona pogodę ducha, cierpliwe znoszenie przeciwności losu, poczucie kontroli nad życiem i równowagę psychiczną⁴⁰.

Zdolność osób starszych do pełnienia kontroli nad własną egzystencją ma nie tylko ogromne znaczenie dla poczucia godności, ale również wzmacnia poczucie własnej wartości, redukuje lęk, samotność oraz pozwala na podtrzymanie tożsamości społecznej i kulturowej, a tym samym poprawy jakości życia⁴¹.

Osoba starsza, która oddaje się prawdziwym wartościom, odnajduje swój cel i sens życia, kreuje samą siebie we wszystkich wymiarach egzystencji. Wartości pobudzają człowieka i zarazem

³⁸ A. Głębocka, M. Sarzyńska, *Wsparcie społeczne a jakość życia ludzi starszych*, „Gerontologia Polska” 2005, nr 13(4), s. 256.

³⁹ Jan Paweł II, *W oczekiwaniu na „wieniec sprawiedliwości”*, „Ethos” 1999, nr 47, s. 11-12.

⁴⁰ Zob. M. Straś-Romanowska, *Późna dorosłość. Wiek starzenia się*, [w:] B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, t. 2, Warszawa 2001, s. 263-292.

⁴¹ C. Sutton, *Psychologia dla pracowników socjalnych*, Gdańsk 2004, s. 79.

domagają się pełnego zaangażowania, bowiem wtedy to służą twórczemu byciu osoby. Dostarczają one poczucia aktywnego uczestnictwa w rozwoju zarówno w wymiarze indywidualnym, jak i społecznym oraz dają poczucie stabilizacji i bezpieczeństwa w życiu, umożliwiając twórcze przetrwanie różnych sytuacji⁴².

Starsi, którzy potrafią wyznaczać sobie zarówno cele bliższe, jak i cele długoterminowe i je wytrwale, systematycznie realizować, funkcjonują w sposób bardziej satysfakcjonujący. Szczególnie istotne w starszym wieku, kiedy człowiek żyje ze świadomości przemijania, jest uzmysłowienie sobie i trwanie w tym przekonaniu, że życie ma sens i określony cel. Osobie, która dostrzeżga sens swojej egzystencji łatwiej jest poradzić z różnego rodzaju trudnościami i wyzwaniem.

Charakteryzując uwarunkowania jakości życia badacze często wskazują na podejmowaną w okresie późnej dorosłości aktywność społeczną. Dowodzą, iż tylko poszerzające się aktywne działanie starszego człowieka przyczynia się do wzrostu jego zadowolenia⁴³.

J. M. Raeburn i I. Rootman⁴⁴ zwracają uwagę, że o poziomie jakości życia każdego człowieka może świadczyć radość z realizacji własnych możliwości. Jakość życia człowieka zależy od tego, w jaki sposób żyje on w danym środowisku, rozwija się, odpoczywa – wymienione rodzaje aktywności zdaniem autorów są źródłem radości, która kształtuje jakość życia. Brak możliwości realizacji własnych zamierzeń, choćby w jednej ze sfer, powoduje jej obniżenie⁴⁵.

Podeszły wiek może stwarzać nowe możliwości w podejmowaniu dającej radość różnorodnej aktywności, wymienić tu można: rozwijanie wcześniej zaniedbywanych zamiłowań i pasji, ak-

⁴² K. Popielski, *Noetyczne jakości życia i ich znaczenie w procesie „bycia i stawania się” w egzystencji*, „Chowanna” t. 1, Katowice 2008, s. 164.

⁴³ M. Susułowska, *Psychologia starzenia się i starości*, Warszawa 1989, s. 64.

⁴⁴ S. Kowalik, Z. Janecka, *Użyteczność koncepcji jakości życia dla procesu rehabilitacji osób niepełnosprawnych*, [w:] S. Kowalik, Z. Zabor (red.), *Rozwiązywanie problemów życiowych mieszkańców domów opieki społecznej*, Jarogniewice 1998, s. 23.

⁴⁵ A. Brzezińska, M. Stolarska, J. Zielińska, *Poczucie jakości życia w okresie dorosłości*, [w:] K. Appelt, J. Wojciechowska (red.), *Zadania i role społeczne w okresie dorosłości*, Poznań 2001, s. 108.

tywność kulturalną, aktywność rodzinną, aktywność religijna, aktywność edukacyjną.

W edukacji osób starszych ważne jest ich dobrowolne zaangażowanie się w proces kształcenia, wysoki poziom motywacji, odwoływanie się posiadanego zasobu wiedzy i doświadczenia a jednocześnie otwarcie się na nowe informacje związane z ciągle zmieniającą się przestrzenią społeczno-kulturową i techniczną. Osoby w trzecim wieku mogą dążyć do poznania i rozumienia zmieniającego się świata, nabywania nowych umiejętności, by lepiej adaptować się do rzeczywistości. Aktywność edukacyjna sprzyja dłuższemu, samodzielnemu życiu, konstruktywnemu rozwiązywaniu życiowych problemów a także dobremu komunikowaniu się z młodszym pokoleniem.

Dzięki wielostronnej aktywności osoby starsze mają możliwość nawiązywania i utrzymywania kontaktów społecznych (przez co nie czują się osamotnione), a także rozwijania swoich zainteresowań i pasji, co pozwala im na prowadzenie życia twórczego, pełnego pozytywnych przeżyć i ciekawego⁴⁶.

J. Maciuszek zwraca uwagę na trzy ważne wymiary funkcjonowania w starości:

1. aprobata wartości i możliwy zakres ich zaspokojenia przez osoby starsze,
2. subiektywno-przeżyciowy aspekt bycia starym, tzn. głębia i trwałość pozytywnych przeżyć i doświadczeń jednostki,
3. bycie twórcą własnego życia⁴⁷.

Autor przekonuje, że realizacji własnych, indywidualnych planów towarzyszy wzrost jakości życia. Zwraca uwagę na konieczność podejmowania różnorodnych działań zwłaszcza tych, które są w zgodzie z własnym „ja”⁴⁸.

⁴⁶ A. Nowicka, E. Majdańska, *Aktywność seniorów-słuchaczy Żarskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku*, [w:] A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych*, Kraków 2006, s. 284.

⁴⁷ J. Maciuszek, *Jakość życia a nieuniknioność ludzkiego cierpienia*, [w:] A. Bańka, R. Derbis (red.), *Pomiar poczucia jakości życia aktywnych zawodowo i bezrobotnych*, Poznań 1995, s. 63-67.

⁴⁸ Ibidem, s. 63-67.

Zakończenie

Analiza treści literatury przedmiotu pozwala stwierdzić, iż jakość życia jest zjawiskiem złożonym, w różny sposób definiowanym. Można interpretować je w sposób obiektywny, bądź subiektywny. Jest kategorią dynamiczną, ulega zmianie w czasie i w różnych sytuacjach. Determinują ją ludzkie potrzeby, które pojawiają się w hierarchicznej kolejności: od podstawowych do wyższych. W starości nie należy ograniczać się tylko do zaspokojenia potrzeb niższego rzędu, ale stwarzać warunki do ujawnienia i zaspokajania potrzeb wyższego rzędu.

Refleksyjna ocena życia, stopnia zaspokojenia potrzeb, czy wykorzystania osobistych potencjałów są ważne, ale nie najważniejsze, nie mniej istotne jest to, co czujemy. Ocena własnej egzystencji może powodować pewne stany emocjonalne, w tym szczęście, ale również już sama emocja wpływa na określoną ocenę życia i jego jakość⁴⁹. Należy też podkreślić, że poczucie szczęścia, dobrostanu nie jest zależne tylko od warunków środowiskowych, zewnętrznych, lecz również od naszych zasobów intelektualnych i osobistego nastawienia.

Jak pisze K. Obuchowski, każdy człowiek indywidualnie postrzega znaczenie jakości swojego życia i sam dla siebie stanowi źródło zmian decydujących o wzroście bądź jego spadku. „Tylko od jednostki zależy jej klasa i przed nikim nie da się usprawiedliwić omyłki zaniechania bycia tym, kim może być” ponieważ „nie ma granic wiekowych dla podjęcia realizacji działań nadających sens życiu i nawet w późnym wieku działalność ta może zmienić już, wydawałoby się, ustabilizowaną biografię”⁵⁰.

„Udane starzenie się” jest możliwe wtedy, gdy człowiek modyfikuje własne życie, koncentruje się na tym co uważa się za istotne i sensowne; formuje pozytywny stosunek do własnej wartości; stawia sobie nowe wyzwania i wytrwale dąży do realizacji ważnych dla niego zadań⁵¹.

⁴⁹ A. Brzezińska, M. Stolarska, J. Zielińska, *Poczucie jakości życia w okresie dorosłości*, [w:] K. Appelt, J. Wojciechowska (red.), *Zadania...*, op. cit., s. 108.

⁵⁰ K. Obuchowski, *Galaktyka potrzeb. Psychologia dążeń ludzkich*, Poznań 2000, s. 266.

⁵¹ Zob. A. S. Rathus, *Psychologia współczesna*, „Rocznik Demograficzny” 2002, Warszawa 2004, s. 199.

Warunkiem dobrego funkcjonowania w starszym wieku jest zaakceptowanie zmian, które wynikają z naturalnych procesów zachodzących w człowieku i jednocześnie podejmowanie wielostronnej aktywności, by zmiany te miały możliwie korzystny wpływ na egzystencję, a z czasem, gdy zajdzie taka potrzeba, przedsięwzięcie działań kompensacyjnych.

Bibliografia

1. Bańka A. (red.), *Psychologia jakości życia*, Poznań 2005.
2. Bień B., *Starzenie się pomyślne versus zwyczajne*, „Gerontologia Polska” 1997 nr 5, 4, 41-42.
3. Brzezińska A., Stolarska M., Zielińska J., *Poczucie jakości życia w okresie dorosłości*, [w:] K. Appelt, J. Wojciechowska (red.), *Zadania i role społeczne w okresie dorosłości*, Poznań 2001.
4. Ciechomska G., *Aktywna starość*, „Gazeta Lekarska” 1999, nr 6.
5. Daszykowska J., *Jakość życia w perspektywie pedagogicznej*, Kraków 2007.
6. Derbis R. (red.), *Jakość rozwoju a jakość życia*, Częstochowa 2000.
7. Felce D., Perry J., *Exploring Current Conceptions of Quality of Life: A Model for People with and without Disabilities*, [w:] R. Renwick, I. Brown, M. Nagler (red.), *Quality of Life in Health Promotion and Rehabilitation*, Sage, New York 1996.
8. Fromm E., *Mieć czy być?*, Poznań 2005.
9. Gajdzica Z., *Dwa wymiary bezradności społecznej jako wskaźniki (utruty) jakości życia osób z lekkim upośledzeniem umysłowym*, „Chowanna” t. 1, Katowice 2008.
10. Głębocka A., Sarzyńska M., *Wsparcie społeczne a jakość życia ludzi starszych*, „Gerontologia Polska” 2005, nr 13(4).
11. Halicka M., *Satysfakcja życiowa ludzi starych*, Białystok 2004.
12. Harwas-Napierała B., Trempała J. (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, t. 2, Warszawa 2001.
13. Jan Paweł II, *W oczekiwaniu na „wieniec sprawiedliwości”*, „Ethos” 1999, nr 47.
14. Juczyński Z., *Szlachetne zdrowie, niech każdy się dowie*, „Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne” 1999, nr 3.
15. Kawka Z., *Starość w cyklu życia*, [w:] J. Krzyszkowski, R. Majer (red.), *Problemy społeczne, pomoc społeczna, praca socjalna. Wymiar polski i europejski*. Częstochowa 2004.
16. Kędzior J., *Wybrane aspekty starzenia się i starości w perspektywie gerontologii i geragogiki*, [w:] J. Kędzior, A. Ładyżyński (red.), *Współczesne wyzwania pracy socjalnej*, Toruń 2006.
17. Kowalik S., Z. Zabor (red.), *Rozwiązywanie problemów życiowych mieszkańców domów opieki społecznej*, Jarogniewice 1998.

18. Nowicka A., Majdańska E., *Aktywność seniorów-słuchaczy Żarskiego Uniwersytetu Trzeciego Wieku*, [w:] A. Nowicka (red.), *Wybrane problemy osób starszych*, Kraków 2006.
19. Obuchowski K., *Galaktyka potrzeb. Psychologia dążeń ludzkich*, Poznań 2000.
20. Ossowski R., *Jakość życia – efektywne pełnienie ról rodzinnych i zawodowych jako wskaźnik udanej rehabilitacji*, [w:] M. Kościelska, B. Aouilia (red.), *Człowiek niepełnosprawny. Rodzina i praca*, Bydgoszcz 2004.
21. Ostrzyżek A., Marcinkowski J. T., *Wymiary jakości życia w podeszłym wieku*, „Probl Hig Epidemiol” 2009, nr 90(4).
22. Palak Z., *Jakość życia osób niepełnosprawnych i nieprzystosowanych społecznie*, Lublin 2006.
23. Popielski K., *Noetyczne jakości życia i ich znaczenie w procesie „bycia i stawania się” w egzystencji*, „Chowanna” t. 1, Katowice 2008.
24. Rathus A. S., *Psychologia współczesna*, „Rocznik Demograficzny” 2002, Warszawa 2004.
25. Sęk H. (red.), *Wsparcie społeczne, stres i zdrowie*. Warszawa 2005.
26. Skrzypek M., *O badaniach nad jakością życia i sposobach rozumienia normy*, Alma Mater Lublin 2000, 1/34.
27. Steuden S., *Psychologia starzenia się i starości*, Warszawa 2011.
28. Suchodolski B., *Kształt życia*, Warszawa 1979.
29. Susułowska M., *Psychologia starzenia się i starości*, Warszawa 1989.
30. Sutton C., *Psychologia dla pracowników socjalnych*, Gdańsk 2004.
31. Turczyński J., A. Bilikiewicz, *Depresja u osób w podeszłym wieku*, „Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej” 2002 nr 2.
32. Wrońska I. i in., *Badanie jakości życia w naukach medycznych. cz. I*, „Pielęgniarstwo XXI wieku” 2004 nr 1(6).
33. Zboina B., *Jakość życia osób starszych*, Ostrowiec Świętokrzyski 2008.
34. Zych A. A., *Przekraczając smugę cienia. Szkice z gerontologii i tanatologii*, Katowice 2009.
35. Zych A. A., *Człowiek wobec starości. Szkice z gerontologii społecznej*, Katowice 1999.