

MARIA PASIK

Zakład Psychologii Osobowości i Różnic Indywidualnych
Instytut Psychologii UŁ

WYZNACZNIKI JAKOŚCI ŻYCIA U OSÓB W WIEKU EMERYTALNYM

WPROWADZENIE

Starość jest okresem, który nieuchronnie zbliża się do każdego człowieka. I choć łatwo jest wskazać moment zakończenia tego okresu, istnieją spory co do momentu, w którym człowiek przekracza tzw. próg starości. Ponadto w literaturze przedmiotu wymieniane są różne stadia występujące w tym okresie oraz stosowane są odmienne kryteria starości (por. Straś-Romanowska, 2000). Światowa Organizacja Zdrowia dzieli starość na trzy etapy: 60.–75. rok życia – wiek podeszły; 75.–90. rok życia – wiek starczy; 90. rok życia i więcej – wiek sędziwy. S. Klonowicz (1986) nawiązując do aktywności zawodowej człowieka, przyjmuje natomiast pojęcie wieku poprodukcyjnego, związanego z wycofywaniem się z pracy zawodowej (od 60. roku życia dla kobiet i od 65. roku życia dla mężczyzn) i dzieli ten okres na starość właściwą (do 79. roku życia włącznie) i starość sędziwą (od 80. roku życia).

Starość jest często rozpatrywana w kontekście indywidualnego życia człowieka. Liczne badania prowadzone z tej perspektywy (por. Straś-Romanowska, 2000; Susłowska, 1989) koncentrują się wokół zmian zachodzących wraz z wiekiem w sferze sprawności fizycznej, percepcyjnej, intelektualnej oraz sferze osobowości.

Starość rozpatrywana jest także w skali grupowej. W oparciu o udział ludzi starszych w ogólnej strukturze ludności wyznaczana jest tzw. starość demograficzna, a podstawowym kryterium takiej klasyfikacji jest wiek chronologiczny (kalendaryzowy) człowieka. Za społeczeństwo stare demograficznie

uważa się takie, w którym odsetek osób w wieku 60 lat i więcej przekracza 12% lub gdy odsetek osób w wieku 65 lat i więcej przekracza 7% (normy ONZ przyjmują jako wiek graniczny 65 lat). Ponadto przyjmuje się, że jeśli odsetek ludzi w danym państwie w wieku 65 lat i więcej osiąga 7%, to kraj ten przekracza tzw. próg starości, jeśli zaś uzyskuje 10% – uznaje się dany kraj za wiekowo zaawansowany (Orzechowska, 2001).

Według raportu Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) z roku 1999 (za: Krzemiński, 1993), na świecie żyje ok. 580 mln ludzi powyżej 60. roku życia, w tym 355 mln w krajach wysoko rozwiniętych. Przewiduje się także, że w roku 2020 liczba ludzi starych osiągnie 1 mld, w krajach najbogatszych przekroczy 700 mln, co stanowić będzie ok. 30% całej populacji (Straś-Romanowska, 2000). Również statystyki dotyczące ludności w Polsce wskazują na wzrost proporcji osób przekraczających wiek poprodukcyjny w stosunku do całej populacji (tab. 1), a prognozy na przyszłość wskazują na dalszy wzrost tej tendencji (tab. 2).

Tabela 1

Ludność w wieku poprodukcyjnym w Polsce według płci w latach 1985–2002 (dane na 31 XII)

Ludność w wieku poprodukcyjnym	1985	1990	1995	2000	2001	2002
Ogółem:						
– w tys. osób	4 486	4 903	5 317	5 684	5 742	5 765
– % ogółu ludności	12,0	12,8	13,8	14,7	14,9	15,1
Mężczyźni:						
– w tys. osób	1 322	1 454	1 638	1 808	1 842	1 850
– % ogółu mężczyzn	7,3	7,8	8,7	9,6	9,8	10,0
Kobiety:						
– w tys. osób	3 164	3 449	3 679	3 876	3 900	3 915
– % ogółu kobiet	16,5	17,6	18,6	19,5	19,6	19,9

Źródło: „Rocznik Statystyczny” 1991, s. 41; 1996, s. 51; 2001, s. 101; 2002, s. 103; 2003, s. 107.

Tabela 2

Prognoza ludności w wieku poprodukcyjnym w Polsce (stan w dniu 31 XII)

Ludność w wieku poprodukcyjnym	2010	2020	2030
Ogółem:			
– w tys. osób	6 271	8 215	9 112
– % ogółu ludności	16,2	21,1	24,0

Źródło: „Rocznik Statystyczny” 2002, s. 115.

Od wieków przedstawiciele różnych dziedzin nauki, tj. medycyny, alchemii, filozofii oraz religii poszukiwali przyczyn starzenia się człowieka oraz próbowali znaleźć sposób na wydłużenie jego życia. Poprawa warunków materialnych oraz postęp medycyny związany z doskonaleniem ochrony zdrowia i podnoszeniem kultury zdrowotnej pozwolił na częściowe zrealizowanie odwiecznych marzeń ludzkości o długim życiu. Przeciętny czas trwania życia ludzkiego znacznie się wydłużył, obserwuje się również wzrost proporcji osób starzejących się i starych w ogólnej populacji ludzi wielu krajów.

Obecnie badacze zamiast poszukiwać sposobów na przedłużenie życia, coraz częściej starają się znaleźć sposoby pozwalające na podniesienie jego jakości. Popularne hasło: „nie dodawać lat do życia, lecz życia do lat” (za: Su s ł o w s k a, 1989, s. 6) wskazuje, że długowieczność nie jest już centralnym punktem zainteresowania, ale starzenie się w zdrowy, pogodny, pełen radości sposób.

POJĘCIE JAKOŚCI ŻYCIA

„Jakość życia” jest pojęciem o wielu znaczeniach i jest przedmiotem zainteresowania różnych dyscyplin naukowych: nauk ekonomicznych, społecznych, humanistycznych i medycznych (por. B ł a c h n i o, 2002; D e W a l d e n - G a ł u s z k o, 1994; D z i u r o w i c z - K o z ł o w s k a, 2002; Z a l e w s k a, 2003). W literaturze psychologicznej pojęcie „jakość życia” bywa używane zamiennie z terminami poczucie dobrostanu, zadowolenie z życia, zaś poziom jakości życia często jest określany przy pomocy subiektywnych ocen własnego życia. Człowiek dokonując takich ocen, wartościuje swoje życie na dwóch poziomach: emocjonalnym (afektywnym) i poznawczym. Te dwa aspekty mogą być rozumiane jako dwie strony szczęścia lub satysfakcji z życia (V e e n h o v e n, 1991), bądź też szczęście może być traktowane jako stan emocjonalny, a satysfakcja z życia, jako ocena poznawcza własnego życia (por. Z a l e w s k a, 2003).

Podstawowym problemem związanym z badaniem zadowolenia z życia jest poszukiwanie czynników mających wpływ na jego poziom (por. K ł o n o w i c z, 2002; Z a l e w s k a, 2003). Najwcześniejszy z modeli (model dół–górze) zakłada, że poziom zadowolenia z życia zależy od czynników zewnętrznych (warunków życia i zdarzeń życiowych). Jednak badania wskazują na słaby i raczej krótkotrwały wpływ tych czynników na zadowolenie z życia (por. Z a l e w s k a, 2003). Drugi model (górze–dół) zakłada, że na poziom zadowolenia z życia wpływają głównie cechy osobowości – relatywnie stałe charakterystyki człowieka, predysponujące do pozytywnej lub negatywnej

interpretacji różnych wydarzeń i doświadczeń oraz kreowania różnych sytuacji. Próbą integracji powyższych założeń jest model zakładający, że zadowolenie z życia zależy od czynników zewnętrznych, właściwości osobowości oraz zachodzących między nimi interakcji (Furnham, 1991). Te same czynniki zewnętrzne mogą mieć zatem różne znaczenie dla różnych osób, a zatem ich wpływ na zadowolenie z życia jest modyfikowany przez cechy osobowości podmiotu. Czwarty z proponowanych modeli (Headley, Wearing, 1991) przyjmuje, że poziom zadowolenia z życia wyznaczany jest przez zasoby jednostki (cechy demograficzne, cechy osobowości, utrzymywanie relacji z innymi) oraz zdarzenia życiowe. W modelu tym podkreśla się transakcyjne zależności między badanymi zmiennymi: „cechy jednostki, zasoby wpływają na zadowolenie z życia, na doświadczanie zdarzeń i ich interpretację, a zdarzenia życiowe wpływają na zadowolenie z życia i mogą modyfikować zasoby jednostki” (Zalewska, 2003, s. 28).

JAKOŚĆ ŻYCIA W STAROŚCI

Badania nad stereotypami dotyczącymi postrzegania starości i ludzi starych (por. Belsky, 1999; Kimmel, 1990; Peterson, 1996) ukazują człowieka starego jako osobę chorą, samotną, biedną, zniszczoną, słabą, zaburzoną emocjonalnie i nieszczęśliwą. Wśród czynników przyczyniających się do obniżania jakości życia wraz z wiekiem wymienia się pogarszający się stan zdrowia, obniżenie sprawności fizycznej, odchodzenie dzieci z domu, przejście na emeryturę i związaną z tym pogarszającą się sytuację ekonomiczną (Zych, 2001).

Jednak w literaturze brak jest jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, czy wiek pogarsza jakość życia. Z badań M. Cichockiej (1995, s. 256) wynika, że starszy człowiek ma zazwyczaj niskie poczucie jakości życia, rozumianej jako „emocjonalna ocena tego, co zrobiłem, robię i co będę robić w życiu”. Podobne wyniki uzyskali T. Klonowicz i in. (2002) sprawdzając związek wieku z czterema komponentami dobrostanu. Uzyskane dane wskazują, iż osoby starsze w porównaniu z młodszymi mają niższe poczucie szczęścia, niższe poczucie skuteczności, są mniej optymistyczne, oraz odczuwają więcej objawów chorobowych.

Wiele badań (por. Czapiński, 1994) wskazuje natomiast na zanik związku między wiekiem a poczuciem dobrostanu psychicznego po wyłączeniu wpływu innych czynników skorelowanych z wiekiem. Przykładem jest analiza wyników (Czapiński, 1994) zebranych na reprezentatywnej próbie Amerykanów powyżej 40. roku życia, w której stwierdzono występowanie niewiel-

kiej korelacji między wiekiem a zadowoleniem z życia, która po uwzględnieniu stanu zdrowia badanych, ich dochodów i braku partnera zanikła. Podobne wyniki uzyskała w swoich badaniach K. Skarżyńska (2003). Kontrolując poziom wykształcenia, odczuwanych objawów choroby, zaufania interpersonalnego i rodzaju preferowanych celów życiowych, autorka wykazała, że ogólny poziom zadowolenia z życia jest względnie niezależny od wieku, a starsi nie są mniej zadowoleni z życia niż młodszy.

Można zatem wnioskować, że to nie sam wiek wpływa na poczucie jakości życia, ale inne czynniki, które są z nim skorelowane, a starsi nie muszą być tak nieszczęśliwi, jak to sugerują stereotypy starzenia się. Jednak, jak w każdej grupie wiekowej, osoby starsze różnią się między sobą pod względem subiektywnego poczucia dobrostanu. W kolejnym rozdziale zostaną przedstawione najważniejsze czynniki podmiotowe i sytuacyjne, którym badacze poświęcili wiele uwagi w dotychczasowych badaniach nad jakością życia w wieku emerytalnym.

WYBRANE DETERMINANTY JAKOŚCI ŻYCIA U OSÓB STARSZYCH

Stan zdrowia

Wielu badaczy traktuje stan zdrowia jako istotny korelat poczucia dobrostanu, a Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) przyjmuje, że jest on jego nieodłącznym i bardzo istotnym składnikiem. Istnieje wiele badań dokumentujących związki między zdrowiem fizycznym a poczuciem dobrostanu psychicznego. M. A. Okun, W. A. Stock, M. J. Harrington i R. A. Witter (1984) dokonując metaanaliz w oparciu o liczne badania amerykańskie, prowadzone głównie na osobach w podeszłym wieku, uzyskali korelacje między tymi dwiema zmiennymi wahające się od 0,04 do 0,75. Przeciętny współczynnik korelacji wynosił 0,35, a liczba badań, w których nie uzyskano istotnego związku była znikoma.

Liczne badania (por. Czapiński, 1994) podkreślają rolę subiektywnej oceny własnego zdrowia, która często odgrywa większą rolę w prognozowaniu poczucia szczęścia niż obiektywna diagnoza lekarska. R. A. Pearlman i R. F. Uhlmann (1988) prowadzili badanie na pacjentach w podeszłym wieku, którzy byli leczeni ambulatoryjnie z powodu chronicznych chorób o różnym zagrożeniu dla życia. Porównując subiektywną ocenę jakości życia pacjentów oraz ocenę dokonaną przez lekarzy, uzyskano bardzo słaby związek. Ponadto oceny dokonane przez pacjentów nie zależały od rodzaju choroby i były zbliżone do wyników w populacji generalnej.

Cechy osobowości w ujęciu „Wielkiej Piątki”

Badania P. T. Costy i R. R. McCrae (1980, za: McCrae, 2002), dotyczące wpływu ekstrawersji i neurotyczności na poczucie dobrostanu pokazały, że ogólne poczucie dobrostanu było związane z chronicznym negatywnym afektem i chronicznym afektem pozytywnym, które były niezależne, przy czym negatywny afekt był związany z neurotycznością, pozytywny natomiast z ekstrawersją. R. R. McCrae i P. T. Costa (1991, za: Hayes, Joseph, 2003) sugerują również, że ugodowość i sumienność powinny ułatwiać doświadczanie większej ilości pozytywnych interakcji społecznych i sytuacji, w których osiąga się cele, a które w konsekwencji powinny zwiększać subiektywnie odczuwany dobrostan. Natomiast otwartość na doświadczenie, ze względu na to, iż wiąże się z doświadczaniem większej ilości zarówno pozytywnych i negatywnych stanów, hipotetycznie nie powinna być związana z poczuciem dobrostanu. Badania K. DeNeve i H. Coopera (1998, za: Hayes, Joseph, 2003) pokazały z kolei, że ekstrawersja i neurotyczność są najlepszymi predyktorami poczucia szczęścia, natomiast neurotyczność i sumienność są najlepszymi predyktorami satysfakcji z życia.

Rolę sumienności w wyznaczaniu poczucia dobrostanu wykazali również w swoich badaniach N. Hayes i S. Joseph (2003). Zbadali oni związek czynników „Wielkiej Piątki” z trzema miarami poczucia dobrostanu: Oxford Happiness Inventory (kładzie nacisk na relacje z innymi ludźmi), Depression-Happiness Scale (dotyczy pozytywnych i negatywnych myśli i uczuć), oraz Satisfaction With Life Scale (podkreśla kognitywny aspekt subiektywnego dobrostanu). Wyniki wskazują na związek zarówno neurotyczności i ekstrawersji, jak również sumienności ze wszystkimi skalami mierzącymi poczucie dobrostanu. Po przeprowadzeniu analizy regresji wielokrotnej ustalono, że wyniki w Oxford Happiness Inventory można było przewidzieć za pomocą wyższego poziomu ekstrawersji i niższego poziomu neurotyczności, natomiast wyższe wyniki w dwóch pozostałych skalach (Depression-Happiness Scale oraz Satisfaction With Life Scale) były przewidywane przez niższy neurotyzm i wyższą sumienność. Ekstrawersja w tym wypadku nie odgrywała znaczącej roli. Według N. Hayesa i S. Josepha (2003) wyniki te sugerują, że wpływ poszczególnych czynników „Wielkiej Piątki” na poczucie dobrostanu może zależeć od zdefiniowania subiektywnego dobrostanu.

Psychologowie i gerontolodzy przeprowadzili wiele badań nad zmianami w osobowości wraz z wiekiem. Choć nie ma zgodności co do zmian zachodzących w ciągu życia w zakresie niektórych cech osobowości (por. Susłowska, 1989), to istnieje zgodność co do kierunku zmian w obrębie pięciu wielkich czynników osobowości z modelu Costy i McCrae. Większość badań na populacji amerykańskiej wskazuje, że po 18. roku życia, neurotyczność, ekstrawersja i otwartość na doświadczenie spada, natomiast wzrasta

ugodowość i sumienność (Costa, McCrae, 1994, za: McCrae, 2002). Również badania międzykulturowe dotyczące ponad dwunastu narodowości (np.: Helson, Kwan, 2000; McCrae i in., 1999, za: McCrae, 2002) pokrywają się z wynikami na populacji amerykańskiej. Podobne zmiany w kierunku rozwoju pięciu czynników osobowości stwierdzono w badaniach nad populacją polską przy adaptacji Kwestionariusza Neo-ffi do warunków polskich (Zawadzki i in., 1998).

Według R. R. McCrae (2002), dzięki wiedzy o zmianach, jakie występują w osobowości wraz z wiekiem, możemy prawdopodobnie przewidzieć pewne zmiany w poczuciu dobrostanu, jakie następują z upływem lat. Spadający poziom neurotyczności powinien podwyższać poczucie dobrostanu, natomiast spadająca w tym samym czasie ekstrawersja, powinna powodować obniżenie go. Wzrastające ugodowość i sumienność wskazują natomiast, że starsi potencjalnie powinni być bardziej szczęśliwi niż osoby wkraczające w dorosłość.

Poczucie koherencji

Poczucie koherencji (SOC), na które składają się sensowność, zrozumiałość i sterowalność, definiowane jest jako dyspozycja lub orientacja życiowa człowieka, wyznaczająca jego miejsce na kontinuum zdrowie – choroba (Antonovsky, 1995). Wiele opublikowanych w ciągu ostatnich lat badań podłużnych i prospektywnych przeprowadzonych na różnych populacjach i w różnych warunkach środowiskowych, wskazuje na istotny pozytywny związek poczucia koherencji ze zdrowiem – zarówno fizycznym, jak i psychicznym (por. Mroziak, 2001).

Poczucie koherencji traktowane jest również jako składowa zasobów pomocnych w radzeniu sobie z wszelkiego rodzaju stresorami. H. Sęk i T. Pasikowski (2001) w badaniach podłużnych nad studentami wykazali ujemny związek poczucia koherencji ze stałą tendencją do posługiwania się unikowymi strategiami zaradczymi. Inne badania przeprowadzone wśród maturzystów (Jelonkiewicz, Kosińska-Dec, 1999) oraz studentów (Pasikowski, 2000) wskazują, że wysokie poczucie koherencji ma związek z zadaniowym stylem zaradczym oraz poszukiwaniem kontaktów społecznych, niskie zaś ze stylem emocjonalnym oraz odwracaniem uwagi. Jak wskazują badania L. Golińskiej (2003), prowadzone na trzech różnych grupach wiekowych, poczucie koherencji pozostaje również w związku z pierwotną i wtórną oceną sytuacji stresowej według R. S. Lazarusa: im wyższy poziom poczucia koherencji, tym mniejszy odczuwany stres i wyższa ocena własnych możliwości radzenia sobie z tymi sytuacjami oraz towarzyszącymi im emocjami.

Ponieważ niska skuteczność radzenia sobie ze stresem może w znacznym stopniu obniżyć zadowolenie z życia, można przypuszczać, że poczucie koherencji ułatwiając skuteczne radzenie sobie ze stresem i wpływając na zdrowie człowieka prawdopodobnie przyczyni się do poprawy jakości życia. L. Golińska (2003) zbadała związek poczucia koherencji z zadowoleniem z życia (w teraźniejszości, przeszłości i przyszłości) oraz oceną własnego stanu zdrowia. Wysokiemu poczuciu koherencji towarzyszyło większe zadowolenie z własnego życia zarówno w teraźniejszości, przeszłości jak i bardziej optymistyczne przewidywania co do swojej przyszłości. Również ocena własnego zdrowia pozostawała w związku z poczuciem koherencji: niskiemu poczuciu koherencji towarzyszyły częstsze i intensywniej doświadczane różne dolegliwości. Dodatkowo L. Golińska (2003) porównując poziom poczucia koherencji u trzech grup wiekowych (młodzieży, dorosłych i seniorów – mieszkających samotnie bądź w domu opieki społecznej) wykazała, że globalny wskaźnik poczucia koherencji, a także poziom poczucia zrozumiałości i sterowalności jest zbliżony dla badanych grup, a zatem nie zależy od wieku. Natomiast poczucie sensowności jest znacząco niższe wśród seniorów przebywających w domu opieki społecznej w porównaniu z pozostałymi grupami, co może wynikać z obniżenia możliwości związanych z samodzielnym funkcjonowaniem badanych z tej grupy.

Związek poczucia koherencji z zadowoleniem z życia i nasileniem objawów depresyjnych wśród mieszkańców domu pomocy społecznej, badała również L. Zając (2002). Uzyskane przez nią wyniki wskazują, że wyższemu poziomowi poczucia koherencji towarzyszy zarówno bardziej pozytywna ocena jakości własnego życia, jak i niższe nasilenie objawów depresyjnych.

Poczucie sensu życia

W wielu koncepcjach sensu życia (por. Zając, 2002) odnaleźć można przesłanki do wnioskowania o pozytywnych skutkach realizacji sensu życia, które mogą ułatwiać przystosowanie do okresu starości. Badania przeprowadzone przez L. Zając (2002) wśród mieszkańców domu pomocy społecznej potwierdzają pozytywny wpływ poczucia sensu życia na adaptację do starości. Osoby z wyższym poczuciem sensu życia charakteryzowały się wyższym poziomem poczucia koherencji, odczuwały mniej objawów depresyjnych i wyżej oceniały jakość swojego życia. Poczucie sensu życia u osób starszych pełni prawdopodobnie rolę czynnika ułatwiającego integrację wcześniejszych i aktualnych działań i doświadczeń oraz stanowi podstawę pozytywnego rezultatu bilansu życiowego.

Aktywność

Według D. B. Bromleya (1969) aktywność człowieka jest jedną z najważniejszych determinant stopnia zaadaptowania się do starości. A. A. Zych (1999) przyjmuje, że zależność między jakością życia i aktywnością jest wprost proporcjonalna. Uważa on, że warunkiem zachowania satysfakcjonującego stanu zdrowia oraz właściwego zaadaptowania się do starości jest utrzymywanie przez człowieka starzejącego się optymalnego dla niego poziomu aktywności fizycznej i psychicznej. Badania nad fizycznymi przejawami aktywności ludzi starych prowadzone przez J. Drabikę (1996, za: Olszewski 1999) wykazały, że aktywność fizyczna osób starych nie tylko pozytywnie wpływa na regulowanie procesów fizjologicznych organizmu, ale też optymalizuje funkcjonowanie psychospołeczne. Wzrost aktywności związany jest z obniżeniem poziomu stresu, obniżeniem lęku, poprawą samopoczucia, zwiększeniem częstości kontaktów z innymi ludźmi oraz wzrostem niezależności funkcjonalnej, co przyczynia się do wzrostu poczucia jakości życia. M. Susłowska (1989) przytacza jednak również takie badania, w których nie stwierdzono tego rodzaju współzależności.

Miejsce zamieszkania

Miejsce zamieszkania traktowane jest jako istotny czynnik w kształtowaniu jakości życia osób starszych. Szczególną uwagę przywiązuje się w badaniach (por. Błachnio, 2002) do poczucia jakości życia u osób zamieszkujących w domach pomocy społecznej, które z jednej strony zapewniają osobom starszym całodobową opiekę i wspólną rówieśniczą, z drugiej zaś odcinają ludzi starszych od ich korzeni i wprowadzają w środowisko obcych osób.

Związek między miejscem zamieszkania a poziomem subiektywnego poczucia jakości życia badała A. Błachnio (2002). Porównując dwie grupy osób w wieku 65–96 lat: mieszkańców domu pomocy społecznej oraz mieszkańców prywatnych gospodarstw domowych, uzyskała ona dane wskazujące na brak zależności między miejscem zamieszkania a poczuciem jakości życia psychicznego u osób starszych. Odmienne wyniki uzyskała L. Golińska (2003) badając ocenę zadowolenia z życia mierzoną z trzech różnych perspektyw czasowych u seniorów mieszkających samotnie i seniorów mieszkających w domach opieki społecznej. L. Golińska (2003) wykazała, że obie grupy seniorów podobnie oceniały przeszłość, natomiast zadowolenie z teraźniejszości oraz oczekiwania co do zadowolenia w przyszłości były niższe u seniorów zamieszkujących w domach opieki społecznej.

Wśród zmiennych sytuacyjnych wpływających na poczucie jakości życia, badacze bardzo dużo miejsca poświęcają momentowi przejścia na emeryturę oraz czynnikom ułatwiającym przystosowanie do emerytury.

PRZEJŚCIE NA EMERYTURĘ

Moment podejmowania decyzji i przechodzenia na emeryturę jest dla wielu ludzi przełomowym okresem w życiu, związanym ze zmianą pełnionej dotychczas roli, przeorganizowaniem dotychczasowego stylu życia. Dla części osób w wieku emerytalnym przejście na emeryturę jest koniecznością, podczas gdy dla innych stanowi długo wyczekiwaną chwilę.

Wyniki badań dotyczących wpływu, jaki wywiera przejście na emeryturę na poziom poczucia dobrostanu, są niejednoznaczne, a czasami nawet sprzeczne (por. Kim, Moen 2001). W literaturze brak jest jednoznacznej odpowiedzi na pytanie, czy przejście na emeryturę wywiera korzystny czy niekorzystny wpływ na poziom odczuwanego dobrostanu. Podkreśla się również możliwość oddziaływania innych czynników, które mogą ten wpływ modyfikować.

M. Susłowska (1989) badając funkcjonowanie emerytów w ciągu pierwszych dwóch tygodni od chwili zaniechania pracy zawodowej ustaliła, że przejście na emeryturę może być odbierane bardzo różnie. Stosunek do konieczności przejścia na emeryturę kształtował się u badanych różnie i wahał się od zdecydowanie pozytywnego połączonego z dobrym samopoczuciem, aż do bardzo negatywnego, zabarwionego głębokim poczuciem krzywdy.

D. C. Reitzels, E. J. Mutran, M. E. Fernandez (1996) w swoich badaniach wykazali, że przejście na emeryturę ma pozytywny wpływ na poczucie własnej wartości oraz wiąże się z niższym poziomem depresji. W badaniach K. Isakssona i G. Johanssona (2000) emeryci deklarowali wyższy dobrostan i lepiej oceniali swoje zdrowie niż osoby w podobnym wieku kontynuujące pracę. Ponadto porównując wyniki, jakie uzyskano w odstępie dwóch lat, ocena swojego stanu zdrowia wzrosła od pierwszego do drugiego badania wśród emerytów, co może wskazywać na polepszenie stanu zdrowia w tej grupie, natomiast wśród pracujących pozostała na tym samym poziomie.

K. Isaksson i G. Johansson (2000) w swoich badaniach podkreślają rolę dobrowolności przy wyborze emerytury bądź kontynuowania pracy w późnym wieku. Wykazali oni, że dobrowolność jest pozytywnie związana z poczuciem psychologicznego dobrostanu i zdrowiem zarówno wśród osób, które przeszły na emeryturę, jak i tych, które kontynuowały pracę. Również M. Susłowska (1989) w swoich badaniach wykazała, że wśród osób, które były zadowolone z przejścia na emeryturę większość od dawna i z utęsk-

nieniem oczekiwała tego momentu lub też praca nigdy nie stanowiła najważniejszej sprawy w ich życiu.

Proces przechodzenia na emeryturę może wyglądać odmiennie dla kobiet i mężczyzn, choć w badaniach brak jest zgodności co do roli, jaką odgrywa płeć w sytuacji przechodzenia na emeryturę. Badania cytowane przez M. Sułowską (1989) wskazują, że kobiety łatwiej przystosowują się do emerytury i są bardziej zadowolone z przejścia na emeryturę niż mężczyźni. Wyniki uzyskane przez K. Isakssona i G. Johanssona (2000) wskazują, że kobiety niżej oceniają ważność pracy i są bardziej skłonne starać się o przejście na wcześniejszą emeryturę. J. E. Kim i P. Moen (2001) przytaczają natomiast badania, z których wynika, że kobiety mają bardziej negatywne podejście wobec emerytury, mniej się do niej przygotowują, mniej planują, gorzej przystosowują się do emerytury i większe jest u nich prawdopodobieństwo wystąpienia depresji po przejściu na emeryturę. Również H. E. Quick i P. Moen (1998) wskazują na występowanie wyższego zadowolenia z emerytury wśród mężczyzn. Ponadto autorzy podkreślają, że w zależności od płci różne czynniki mogą wywierać inny wpływ na satysfakcję z emerytury.

UWAGI KOŃCOWE

Wyniki badań (por. Kim, Moen, 2001) wskazują na znaczenie wielu innych, nie opisanych w niniejszym artykule, zmiennych: wielkości dochodów, małżeństwa i jego jakości, emerytury bądź kontynuowania pracy przez współmałżonka, wykształcenia, prestiżu wykonywanej pracy, zdrowia oraz pewnych zmiennych osobowościowych (głównie poczucia własnej skuteczności i poczucia wartości) w wyznaczaniu dobrostanu wśród emerytów. W oparciu o wyniki swoich badań J. E. Kim i P. Moen (2002) uważają, że związek pomiędzy emeryturą a psychologicznym dobrostanem powinien być rozpatrywany w kontekście całego życia człowieka. Autorzy sugerują, by w celu zrozumienia związku emerytury z psychologicznym dobrostanem rozpatrywać różne czynniki towarzyszące tej zmianie, które mogą wpływać na tę relację, tj. płeć, poprzedni poziom dobrostanu, stan cywilny, relacje małżeńskie, subiektywną ocenę stanu zdrowia oraz dochody.

Przytaczane powyżej badania pozwoliły na zgromadzenie wielu danych na temat wewnętrznych i zewnętrznych uwarunkowań zadowolenia z życia w wieku emerytalnym człowieka, jednak wnioski z nich płynące nie są jednoznaczne. Pojawiające się między niektórymi wynikami badań sprzeczności mogą być konsekwencją określania jakości życia przy pomocy różnych technik bądź nierozróżniania emocjonalnych od poznawczych wymiarów jakości życia.

Ponadto każdy człowiek może w odmienny sposób odbierać te same sytuacje i różne aspekty tych sytuacji mogą mieć dla niego inne znaczenie niż dla pozostałych osób. Wynika to z odmiennych systemów wartości, odmiennych potrzeb oraz różnego nasilenia poszczególnych cech osobowości. I choć pewne zmienne osobowościowe sprzyjają odczuwaniu dobrostanu, ich wpływ może mieć różne nasilenie i kierunek w zależności od cech środowiska, w którym żyje jednostka. Podobnie jak to ma miejsce w przypadku wielu aktualnie prowadzonych badań nad jakością życia (por. np. Z a l e w s k a, 2003), również badając dobrostan osób w wieku emerytalnym warto uwzględnić interakcje zachodzące między zmiennymi podmiotowymi i sytuacyjnymi oraz odrębnie określać ich wpływ na emocjonalną i poznawczą ocenę jakości życia.

BIBLIOGRAFIA

- Antonovsky A. (1995), *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia*, Fundacja IPN, Warszawa
- Belsky J. K. (1999), *The Psychology of Aging. Theory, Research, and Interventions*, Brooks/Cole Publishing Company, Pacific Grove
- Błachnio A. (2002), *Pytanie o jakość życia w kontekście rozważań nad naturą starości*, [w:] K. Obuchowski (red.), *Starość i osobowość*, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz, 13–52
- Bromley D. B. (1969), *Psychologia starzenia się*, PWN, Warszawa
- Cichońska M. (1995), *Psychologiczne determinanty pomocy psychologicznej dla człowieka starego*, [w:] B. Waligóra (red.), *Elementy psychologii klinicznej*, t. 4, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań, 79–94
- Costa P. T., McCrae R. R. (1980), *Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: happy and unhappy people*, „Journal of Personality and Social Psychology”, **38**, 668–678
- Costa P. T., McCrae R. R. (1994), *Stability and change in personality from adolescence through adulthood*, [w:] C. F. Halverson, G. A. Kohnstamm, R. P. Martin (eds), *The Developing Structure of Temperament and Personality from Infancy to Adulthood*, Erlbaum, Hillsdale (NY), 139–150
- Czapiński J. (1994), *Psychologia szczęścia: przegląd badań i zarys teorii cebulowej*, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa
- DeNeve K., Cooper H. (1998), *The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being*, „Psychological Bulletin”, **124**, 197–229
- De Walden-Gałuszek K. (1994), *Jakość życia – rozważania ogólne*, [w:] K. De Walden-Gałuszek, M. Majkiewicz (red.), *Jakość życia w chorobie nowotworowej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, 13–39
- Drabik J. (1996), *Aktywność fizyczna w treningu zdrowotnym osób dorosłych*, Wydawnictwo Uczelniane AWF, Gdańsk
- Dziurowicz-Kozłowska A. (2002), *Wokół pojęcia jakości życia*, „Psychologia Jakości Życia”, **2**, 1, 77–99
- Furnham A. (1991), *Work and leisure satisfaction*, [w:] F. Strack, M. Argyle, N. Schwarz (eds), *Subjective Well-being. An Interdisciplinary Perspective*, Pergamon Press, Oxford, 235–259

- Golińska L. (2003), *Poczucie koherencji a zadowolenie z życia w różnych jego fazach*, „Nowiny Psychologiczne”, **4**, 33–46
- Hayes N., Joseph S. (2003), *Big 5 correlates of three measures of subjective well-being*, „Personality and Individual Differences”, **34**, 723–727
- Headley B., Wearing A. (1991), *Subjective well-being: a stocks and flows framework*, [w:] F. Strack, M. Argyle, N. Schwarz (eds), *Subjective Well-being. An Interdisciplinary Perspective*, Pergamon Press, Oxford, 49–76
- Helson R., Kwan V. S. Y. (2000), *Personality development in adulthood: Emphasis on inventories*, [w:] S. E. Hampson (ed.), *Advances in Personality Psychology*, vol. 1, Routledge, London, 77–106
- Isaksson K., Johansson G. (2000), *Adaptation to continued work and early retirement following downsizing: Long-term effects and gender differences*, „Journal of Occupational and Organizational Psychology”, **73**, 241–256
- Jelonkiewicz I., Kosińska-Dec K. (1999), *On relations between the sense of coherence (SOC) and coping styles in senior adolescents*, „Polish Psychological Bulletin”, **30**, 4, 281–290
- Kim J. E., Moen P. (2001), *Is Retirement Good or Bad for Subjective Well-Being?*, „Current Directions in Psychological Science”, **10**, 3, 83–86
- Kim J. E., Moen P. (2002), *Retirement transitions, gender, and psychological well-being: A life-course, ecological model*, „Journals of Gerontology”, Series B, „Psychological Sciences and Social Sciences”, **57**, 3, 212–222
- Kimmel D. C. (1990), *Adulthood and Aging: An Interdisciplinary, Developmental View*, John Wiley & Sons, New York
- Klonowicz S. (1986), *Starzenie się ludności*, [w:] *Encyklopedia seniora*, Wiedza Powszechna, Warszawa, 35–56
- Klonowicz T. (2002), *Ucieczka do przeszłości: bezrobocie i satysfakcja z życia*, „Psychologia Jakości Życia”, **1**, 1, 53–77
- Klonowicz T., Cichomski B., Eliasz A. (2002), *Pieniądze dają szczęście, zdrowie i...*, „Psychologia Jakości Życia”, **2**, 1, 19–34
- Krzemiński S. (1993), *Geriatrya i psychogeriatrya. Zagadnienia ogólne*, [w:] S. Krzemiński (red.), *Zaburzenia psychiczne wieku podeszłego*, PZWL, Warszawa, 9–33
- McCrae R. R. (2002), *The maturation of personality psychology: Adult personality development and psychological well-being*, „Journal of Research in Personality”, **36**, 307–317
- McCrae R. R., Costa P. T. (1991), *Adding liebe und arbeit: The full five-factor model and well-being*, „Personality and Social Psychology Bulletin”, **17**, 227–232
- McCrae R. R., Costa P. T., Lima M. P., eSimões A., Ostendorf F., Angleitner A., Marušić I., Bratko D., Caprara G. V., Barbaranelli C., Chae J. H., Piedmont R. L. (1999), *Age differences in personality across the adult life span: Parallels in five cultures*, „Developmental Psychology”, **35**, 466–477
- Mroziak B. (2001), *Poczucie koherencji (SOC) osób uzależnionych od alkoholu – zmiany po psychoterapii*, [w:] H. Sęk, T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – stres – zasoby*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań, 165–176
- Okun M. A., Stock W. A., Haring M. J., Witter R. A. (1984), *Health and subjective well-being: A meta-analysis*, „International Journal of Aging and Human Development”, **19**, 2, 111–132
- Olszewski H. (1999), *Aktywność ruchowa w życiu osób starzejących się: badania z perspektywy kompetencji kulturowej*, „Przegląd Psychologiczny”, **4**, 175–186
- Orzechowska G. (2001), *Aktualne problemy gerontologii społecznej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego, Olsztyn
- Pasikowski T. (2000), *Stres a zdrowie*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań

- Pearlman R. A., Uhlmann R. F. (1988), *Quality of life in chronic diseases: Perceptions of elderly patients*, „Journal of Gerontology”, **43**, 25–30
- Peterson C. (1996), *Looking Forward Through the Lifespan. Developmental Psychology*, Prentice Hall, Sydney
- Quick H. E., Moen P. (1998), *Gender, employment, and retirement quality: A life course approach to the differential experiences of men and women*, „Journal of occupational health psychology”, **3**, 1, 44–64
- Reitez D. C., Mutran E. J., Fernandez M. E. (1996), *Does retirement hurt well-being? Factors influencing self-esteem and depression among retirees and workers*, „Gerontologist”, **36**, 5, 649–656
- „Rocznik Statystyczny” (1991, 1996, 2001, 2002, 2003), GUS, Warszawa
- Sęk H., Pasikowski T. (2001), *Stres życiowy studentów – poczucie koherencji i mechanizmy radzenia sobie. Badania porównawcze i podłużne*, [w:] H. Sęk, T. Pasikowski (red.), *Zdrowie – stres – zasoby*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań, 101–125
- Skarżyńska K. (2003), *Cele życiowe, zaufanie interpersonalne i zadowolenie z życia*, „Psychologia Jakości Życia”, **2**, 1, 35–49
- Straś-Romanowska M. (2000), *Późna dorosłość. Wiek starzenia się*, [w:] B. Harwas-Napierała, J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka*, t. 2, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa, 263–292
- Susłowska M. (1989), *Psychologia starzenia się i starości*, PWN, Warszawa
- Veenhoven R. (1991), *Questions on happiness: classical topics, modern answers, blind spots*, [w:] F. Strack, M. Argyle, N. Schwarz (eds.), *Subjective Well-being. An Interdisciplinary Perspective*, Pergamon Press, Oxford, 7–26
- Zajac L. (2002), *Psychologiczna sytuacja człowieka starszego oraz jej determinanty*, [w:] K. Obuchowski (red.), *Starość i osobowość*, Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej, Bydgoszcz, 53–112
- Zalewska A. (2003), *Dwa światy. Emocjonalne i poznawcze oceny jakości życia i ich uwarunkowania u osób o wysokiej i niskiej reaktywności*, Wydawnictwo Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej „Academica”, Warszawa
- Zawadzki B., Strelau J., Szczepaniak P., Śliwińska M. (1998), *Inwentarz Osobowości NEO-FFI Costy i McCrae. Podręcznik do polskiej adaptacji*, Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa
- Zych A. A. (1999), *Człowiek wobec starości. Szkice z gerontologii społecznej*, Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”, Katowice
- Zych A. A. (2001), *Słownik gerontologii społecznej*, Wydawnictwo Akademickie „Żak”, Warszawa

MARIA PASIK

DETERMINANTS OF QUALITY OF LIFE IN PEOPLE OVER EXPECTED RETIREMENT AGE

This article presents studies on the determinants of the quality of life in people over the expected retirement age. Influence of health, Big Five personality dimensions, sense of coherence, purpose in life, activity and dwelling-place on the quality of life among the elders have been discussed. The separate chapter presents the retirement transition and additional factors that can affect life satisfaction in this period of life. Differences between the results of the presented studies indicate the necessity of further research into this subject taking into consideration the

interaction between characteristics of a person and situational variables and both affective and cognitive aspects of quality of life.

Key words: quality of life, well-being, life satisfaction, retirement, old age.