



Agata Chudzicka-Czupała

Instytut Psychologii, Uniwersytet Śląski, Katowice
E-mail: agata.chudzicka-czupała@us.edu.pl

Agnieszka Łyżnicka

Instytut Psychologii, Uniwersytet Śląski, Katowice

Aktywność i poczucie własnej wartości
a jakość życia ludzi starszych / *Activity
and self-esteem as antecedents of life quality of
elderly*

Abstract

Understanding the conditions of the ageing process accompanied by high standard of life demands to look more deeply at the elderly functioning in the context of their activity. Other important elements of life satisfaction within this life period can be individual and personal features, and self-esteem is among them. The aim is to establish if mentioned qualities are significant regarding life quality of the 55+ group age tested.

This research was conducted among the participants of Third Age University. First step of the analysis was to check if and how the sample members are different in terms of their activity and self-esteem. As a result of a cluster analysis conducted on a sample two subgroups were specified, differing in terms of these qualities. The two groups were subsequently compared to each other in terms of their life quality in all four measured dimensions. The results show the existence of important statistical differences, which let us accept all the hypotheses.

Key words: elderly activity, self esteem, quality of life

WPROWADZENIE

Zmiany zachodzące w strukturze demograficznej współczesnych społeczeństw pokazują proces starzenia się ludności jako jeden z najważniejszych procesów zachodzących w większości krajów świata oraz we wszystkich krajach Europy. W Europie co piąty mieszkaniec przekroczył 60 rok życia. Według prognoz za 30 lat seniorem będzie co trzecia osoba (Studen, 2012). Według prognoz demografów w 2030 roku przeciętny Polak będzie żył 77,6 roku, a Polka - 83,3, w 2060 roku średnia długość życia mężczyzn ma wynosić 82 lata, a kobiet

88. Za 20–30 lat Polska stanie się krajem starszych ludzi. W 2025 połowa Polaków przekroczy 45 lat, a w roku 2035 co czwarty Polak będzie emerytem w wieku powyżej 65 lat (Cichocka, 2011, za: Dziemidok, 2014). Starzejące się społeczeństwo i niski przyrost naturalny sprawiają, że może zachwiać się równowaga pomiędzy liczbą osób w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym. Problemem jest również zwiększająca się singularyzacja starości, czyli wzrost liczby seniorów, którzy tworzą jednoosobowe gospodarstwa domowe i są zdani na własne siły, a w momencie ich utraty nie mają w nikim wsparcia.

Zmiany demograficzne na świecie i starzenie się społeczeństwa są tak ważne, że tematyką tą zajmują się organizacje międzynarodowe, w tym także ONZ, które już w 1948 roku zorganizowało pierwsze międzynarodowe forum dyskusyjne dotyczące problemów starzenia się (Steuden, 2012). Na całym świecie podejmowane są działania na rzecz poprawy jakości życia osób starszych, bo problem starzenia się społeczeństw dotyka nie tylko bogatych państw, ale też krajów rozwijających się.

Wydłużenie się średniej długości życia człowieka wynika z podnoszącego się standardu życia w społeczeństwie oraz ze zdobyczy medycyny. Często odbywa się to jednak kosztem jakości życia. Żyć dłużej to cel ważny, ale tak samo istotne jest, by żyć dobrze oraz by czuć się zadowolonym i szczęśliwym. Jest to znaczące zarówno dla samego seniora, jego rodziny, ale także ważne z perspektywy całego społeczeństwa. Stąd nasze zainteresowanie indywidualnymi uwarunkowaniami jakości życia osób starszych - rolą ich aktywności oraz poczucia własnej wartości, ich samooceny.

UWARUNKOWANIA JAKOŚCI ŻYCIA LUDZI STARSZYCH

Pojęcie jakości życia jest pojęciem wieloznacznym i wielowymiarowym. Przedstawicielom nauk społecznych nie udało się stworzyć jednej, zwartej definicji jakości życia. Taka niespójność terminologiczna bardzo często prowadzi do nieścisłości i braku zrozumienia. Można jednak wymienić kilka ustaleń, co do których badacze jakości życia są zgodni. Ogólnie przyjęte jest, że jakość życia wyznaczają trzy główne obszary: fizyczny, psychologiczny i społeczny. Zakłada się także, że pojęcie jakości życia ma charakter subiektywny i obiektywny, lecz decydującą rolę w ocenie jakości życia ma indywidualna ocena jednostki (Dziurawicz-Kozłowska, 2002). Pojęcie jakości życia używane jest często zamiennie z terminami „satisfakcja z życia” lub „zadowolenie z życia”. Jej ocena to najczęściej wynik porównania sytuacji osobistej z określonymi przez siebie standardami na podstawie własnego zestawu kryteriów. Jest ona budowana na podstawie świadomego, poznawczego procesu globalnej oceny życia (Świerżewska, 2010).

Na potrzeby badań przyjęto holistyczną, personalistyczno-egzystencjalną koncepcję jakości życia, opartą na założeniach teoretycznych zaczerpniętych z antropologii filozoficznej. Według tej koncepcji człowiek jest jednostką złożoną, zdolną do świadomego interpretowania i przeżywania rzeczywistości, a ogólna poznawczo-emocjonalna ocena poczucia jakości życia stanowi sumę subiektywnych ocen składowych poziomu funkcjonowania człowieka w 4 sferach życia:

- podmiotowej (indywidualność jednostki, samorealizacja),
- psychofizyczna (zdrowie, kondycja fizyczna),
- psychospołecznej (przynależność społeczna, relacje z innymi),
- metafizycznej (autotranscendencja, poczucie sensu życia) (Straś-Romanowska, 2005).

Jednym z czynników mających związek z jakością życia jest szeroko rozumiana aktywność. Teoria aktywności Cavan, Burgessa, Havighursta i Goldhamera (1949) zakłada, że aktywność jest warunkiem pozytywnego przystosowania się do procesów starzenia się, a społeczna, fizyczna i intelektualna aktywność pozwalają podnosić jakość życia jednostki. Uważa się bowiem, że aktywność warunkuje zaspokojenie wszystkich potrzeb człowieka – potrzeb biologicznych, społecznych i kulturalnych. Tym samym przyczynia się ona do wzrostu satysfakcji z życia. Podejmowanie przez seniorów aktywności może pełnić różne funkcje, na przykład adaptacyjną, integracyjną, kompensacyjną, kształcącą, rekreacyjną oraz psychogeniczną (Szatur-Jaworska, 2006). Aktywność jest też warunkiem prawidłowego funkcjonowania w grupie i pełnienia różnych ról społecznych, a jej brak może prowadzić do wielu negatywnych konsekwencji, takich jak obniżenie dobrostanu i samooceny, utrata kontaktu ze środowiskiem, akceptacja osób trzecich, a w konsekwencji także poczucie samotności (Dzięgielewska, 2006).

Jedna z bardziej trafnych typologii aktywności została przedstawiona przez Dzięgielewską (tamże) i obejmuje:

- aktywność formalną (działalność zawodowa, działalność w fundacjach/stowarzyszeniach społecznych, udział w polityce, wolontariat, grupy wsparcia)
- aktywność nieformalna (kontakty z rodziną, znajomymi, sąsiadami)
- aktywność samotnicza (oglądanie telewizji, czytanie, rozwijanie własnych zainteresowań, czynności domowe, codzienne i hobby).

W literaturze przywołuje się też często inną koncepcję aktywności - teorię redukcjonistyczną (inaczej zwaną teorią wyłączenia) Cumminga i Henry'ego (1961). Autorzy ci forsowali inną wizję starości. Podkreślali oni, że proces separacji seniorów od życia społecznego i osłabienie ich więzi z ludźmi, a także brak aktywności to naturalne procesy, a nawet funkcjonalne potrzeby w okresie starości, prowadzące do dobrego przystosowania się do zmian, jakie w tym okresie zachodzą. Wynikają one bowiem z nieuchronnej degradacji starzejącego się organizmu, ze zmniejszania się jego możliwości. Zgodnie z tą koncepcją seniorzy powinni raczej skupić się na swoim przeżyciach wewnętrznych, na przykład na wspomnieniach, niż działać aktywnie w jakiegokolwiek sferze. Wielu autorów nie zgadza się z tym podejściem, które podkreśla konieczność wycofania się z życia, a nawet zaleca samotną egzystencję człowieka starszego, gdyż prowadzić ono może do marginalizacji ludzi starszych. Osoba starsza może odejść na zasłużony odpoczynek, ale zdaniem oponentów takiej wizji starości, nie powinien on być rozumiany jako izolacja społeczna i brak wszelkich działań (Kaczmarczyk, Trafiałek, 2007).

Obok aktywności, czynnikiem, który może mieć wpływ na jakość życia seniorów, jest ich poczucie własnej wartości. Samoocena, w ujęciu Coopersmitha (1967), to dokonana przez daną osobę subiektywna ocena siebie samej, która określa postawę człowieka wobec siebie, jego przekonanie na temat tego, na ile uważa się za zdolnego, wartościowego i ważnego. Stanowi ona zespół subiektywnych sądów i opinii na swój temat. Wyniki badań, jak i istniejące dowody kliniczne, przekonują, że samoocena może być uważana za kluczowy predyktor zdrowego przystosowania się do zmieniających się warunków życia, w tym także do zmian związanych ze starzeniem się (Fox, 2000). Rezultaty badań longitudinalnych, wskazujące na to, że poczucie własnej wartości spada wraz z wiekiem i że subiektywny dobrostan najczęściej z wiekiem rośnie, sugerują, że wiele starszych osób angażuje się w działania, które zapobiegać muszą spadkowi zadowolenia i służą zachowaniu satysfakcji na wysokim poziomie pomimo niższej samooceny (Ranzijn, Keeves, Luszcz, i Feather, 1998; Robins, Trzesniewski, Tracy, Gosling, i Potter, 2002). Niektórzy autorzy (Brandstaedter i Greve, 1994; Carstensen, Isaacowitz, i Charles, 1999) przekonują, że ludzie starsi potrafią bardziej efektywnie radzić sobie z problemami niż młodszy i że mają oni większą łatwość w regulacji przeżywanych emocji. Na przykład Erikson (1968) sugerował, że ludzie starsi są dla siebie bardziej wyrozumiali niż ludzie młodszy.

Badania dowodzą też, że samoocena wiąże się z satysfakcją z życia ludzi starszych (Fagerstrom, Borg, Balducci, Burholt, Wenger, Ferring, Weber, Holst i Hallberg, 2007). Opinia osoby na temat własnych możliwości w zakresie odnoszenia sukcesów oraz siła, z jaką wierzy ona w swoją wartość społeczną i osobistą, znajduje odzwierciedlenie w postawach, które przyjmuje wobec innych ludzi. Częstość i intensywność kontaktów społecznych danej osoby, tak samo jak jej życie rodzinne i zawodowe, często uzależnione są od samooceny. Seniorzy, ze względu na zachodzące w ich funkcjonowaniu zmiany - psychofizyczne, zawodowe, materialne, a także na zmianę ról życiowych, są grupą szczególnie narażoną na obniżenie samooceny i wiary w swoją sprawczość. Tym samym rośnie ryzyko autodyskryminacji, zawężenia kontaktów oraz izolacji społecznej. Dlatego wyższa samoocena powinna wiązać się z wyższą oceną jakości własnego życia.

CEL BADAŃ I HIPOTEZY

Celem badań prezentowanych w tym artykule było znalezienie odpowiedzi na pytanie o ewentualne różnice w zakresie oceny jakości życia osób starszych w zależności od przejawianej przez nich aktywności (zawodowej, rodzinnej, fizycznej, edukacyjnej, aktywności związanej z prowadzeniem domu, aktywności społecznej, twórczej oraz kulturalnej) i poczucia własnej wartości - samooceny społecznej, rodzinnej i profesjonalnej/szkolnej.

Sformułowano, a następnie poddano weryfikacji następującą hipotezę badawczą:

H1: Istnieje typologia badanych w zakresie przejawianej aktywności oraz samooceny.

Po zweryfikowaniu hipotezy 1 postawiono hipotezę dotyczącą różnic między wyróżnionymi skupieniami (typami) badanych. Wyróżnione skupienia (typy) osób badanych różnią się między sobą pod względem:

H2a: psychofizycznej jakości życia,

H2b: psychospołecznej jakości życia,

H2c: podmiotowej jakości życia,

H2d: metafizycznej jakości życia.

PRÓBA BADAWCZA, CZAS I MIEJSCE BADAŃ

Podkreśla się, że nie ma jednorodnej definicji starości, a jej dolna granica wiekowa waha się od 30. roku życia, kiedy zaczyna się starość biologiczna, do 70–75. roku życia, kiedy mamy do czynienia ze starością socjalną (Toeplitz, 2005, za: Świerżewska, 2010). W badaniach skoncentrowano się na populacji osób w wieku 55+ i zbadano 130 studentów Uniwersytetu Trzeciego Wieku. Badani to osoby w wieku od 56 do 94 lat (średnia wieku wynosi 67 lat). Większość próby (71%) stanowiły kobiety.

Najwięcej osób badanych deklaruje posiadanie wykształcenia wyższego (38%) i średniego (32%), pozostali mają wykształcenie zawodowe i podstawowe. Wśród respondentów 73 osoby to ludzie będący w związku małżeńskim, a 57 osób to ludzie samotni (19 osób to panny/kawalerowie, a 38 to wdowy/wdowcy). Większość osób badanych mieszka z rodziną, z żoną/mężem lub/oraz z dziećmi (73%), samotnie mieszka pozostałe 27% badanych osób.

Kolejną zmienną demograficzną, którą kontrolowano, była liczba posiadanych dzieci. Seniorzy nieposiadający dzieci stanowili 14% osób badanych, jedno dziecko miało 16% osób badanych, dwójkę dzieci - 38%, a trójkę lub więcej potomków miało 32% osób badanych. Badani byli też zróżnicowani pod względem liczby posiadanych wnuków. Badani też różnie oceniają swoją sytuację materialną (od oceny bardzo zły - 1% badanych, przez zły - 15%, dobrą - 75%, do bardzo dobrej - 9%).

Badania seniorów przeprowadzono w Polsce, w trzech miastach: Zabrze, Płocku i Limanowej, w 2015 roku.

ZMIENNE I METODY BADAWCZE

Badanie aktywności badanych przeprowadzono za pomocą *Kwestionariusza do badania aktywności osób starszych KBOS* (Popiołek i Chudzicka-Czupała, 2008, 2010). Kwestionariusz umożliwia zbadanie ogólnego poziomu aktywności oraz przejawianej aktywności w kilku odrębnych kategoriach: aktywność zawodowa, rodzinna, fizyczna, edukacyjna, aktywność związana z prowadzeniem domu (obowiązkami domowymi), aktywność społeczna, twórcza oraz kulturalna. Oceny trafności narzędzia dokonano zgodnie z procedurą oceny przez sędziów kompetentnych – dobrano i włączono do skali te twierdzenia, które zdaniem sędziów najtrafniej odzwierciedlają aktywność każdego rodzaju. Rzetelność narzędzia zbadano za po-

mocą metody powtarzanego pomiaru – pomiar powtórzono po okresie dwóch miesięcy od daty pierwszego badania, uzyskując podobne wyniki. Korelacje dla poszczególnych skal były wysokie i wahały się od 0,86 do 0,96.

Do badania poczucia własnej wartości, samooceny osób badanych, zastosowano *Inwentarz Samooceny Coopersmitha (Self Esteem Inventory, SEI, Coopersmith, 1984)*. Zadaniem badanego jest ustosunkowanie się do każdego ze stwierdzeń, składających się na to narzędzie, poprzez wybór jednej z dwóch możliwych odpowiedzi : „jest to do mnie podobne” lub „nie jest to do mnie podobne”. Kwestionariusz zawiera następujące skale: skala ogólna - bada aspekt samooceny, który odnosi się do ogólnego poczucia własnej wartości (26 stwierdzeń), społeczna -bada aspekt samooceny związany z funkcjonowaniem osoby wśród ludzi (8 stwierdzeń), skala samooceny rodzinnej - bada aspekt samooceny, który odnosi się do funkcjonowania i wzajemnych relacji w rodzinie (8 stwierdzeń) oraz skala samooceny profesjonalnej/szkolnej -bada aspekt samooceny, który odnosi się do osiągnięć, ambicji i działań zawodowych/szkolnych (8 stwierdzeń). Analiza czynnikowa potwierdziła wewnętrzną spójność itemów dla wszystkich wymiarów samooceny. Uzyskane współczynniki α Cronbacha wynosiły w tym badaniu - dla skali samooceny ogólnej 0,90, a dla pozostałych skal wartości powyżej 0,70.

Jakość życia osób badanych zbadana została *Kwestionariuszem Poczucia Jakości Życia KPIŻ* (Straś-Romanowska, Oleszkiewicz, Frąckowiak, 2004). Kwestionariusz składa się z 60 pytań, które dotyczą poczucia jakości życia w czterech wyróżnionych w definicji sferach: psychofizycznej, psychospołecznej, podmiotowej i metafizycznej. Kwestionariusz pozytywnie przeszedł testy rzetelności alpha Cronbacha. Współczynniki dla poszczególnych stref jakości życia wynoszą: sfera psychofizyczna $\alpha=0,95$, sfera psychospołeczna $\alpha=0,91$, sfera podmiotowa $\alpha=0,92$, sfera metafizyczna $\alpha=0,91$.

W celu weryfikacji hipotezy 1 zastosowano analizę skupień metodą k -średnich, a następnie za pomocą testu t Studenta dokonano analizy istotności różnic między średnimi wynikami uzyskanymi przez badanych z wyłonionych skupień w kwestionariuszu do pomiaru jakości życia, co posłużyło do weryfikacji hipotez 2a, 2b, 2c i 2d. Wszystkie analizy statystyczne przeprowadzono za pomocą pakietu statystycznego STATISTICA 9.1.210.26 (StatSoft, 2012; Hill i Lewicki, 2007).

WYNIKI BADAŃ

OGÓLNA CHARAKTERYSTYKA BADANYCH ZMIENNYCH

Statystyki opisowe i korelacje między badanymi zmiennymi zamieszczono w Tabeli 1.

Tabela 1. Statystyki opisowe i korelacje zmiennych badawczych, N= 130

Zmienna	Średnia	Odc. Stand.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. aktywność zawodowa	0,45	0,54	0,30*	0,06	0,11	0,29*	0,14	-0,03	0,17	0,16	0,18*	0,21*	0,16	0,30*	0,06	0,11
2. aktywność rodzinna	1,52	0,86	0,08	-0,02	0,08	-0,11	0,05	0,27*	0,06	0,29*	0,09	0,27*	-0,00	0,08	-0,02	0,08
3. aktywność fizyczna	2,88	1,59	0,46*	0,43*	0,26*	0,20*	0,48*	0,29*	0,20*	0,47*	0,16	0,36*	0,18*	0,46*	0,43*	0,26*
4. aktywność edukacyjna	2,66	1,09	1,00	0,32*	0,39*	0,34*	0,45*	0,16	0,17	0,36*	0,15	0,30*	0,27*	1,00	0,32*	0,39*
5. obowiązki domowe	3,23	1,25	0,32*	1,00	0,22*	0,28*	0,35*	0,12	0,01	0,23*	0,01	0,26*	0,17	0,32*	1,00	0,22*
6. aktywność społeczna	2,43	0,90	0,39*	0,22*	1,00	0,40*	0,42*	0,18*	0,14	0,22*	0,17	0,31*	0,28*	0,39*	0,22*	1,00
7. aktywność twórcza	0,89	1,10	0,34*	0,28*	0,40*	1,00	0,40*	0,12	0,17	0,21*	0,20*	0,40*	0,28*	0,34*	0,28*	0,40*
8. aktywność kulturalna	2,25	1,46	0,45*	0,35*	0,42*	0,40*	1,00	0,14	0,14	0,28*	0,08	0,27*	0,22*	0,45*	0,35*	0,42*
9. samoocena społeczna	4,48	1,37	0,16	0,12	0,18*	0,12	0,14	1,00	0,25*	0,29*	0,20*	0,38*	0,16	0,16	0,12	0,18*
10. samoocena rodzinna	6,00	2,08	0,17	0,01	0,14	0,17*	0,14	0,25*	1,00	0,37*	0,62*	0,41*	0,23*	0,17	0,01	0,14
11. JZ psychofizyczna	43,69	8,24	0,36*	0,23*	0,22*	0,21*	0,28*	0,29*	0,37*	1,00	0,36*	0,55*	0,39*	0,36*	0,23*	0,22*
12. JZ psychosp-łeczna	46,72	6,92	0,15	0,01	0,17	0,20*	0,08	0,20*	0,62*	0,36*	1,00	0,52*	0,50*	0,15	0,01	0,17
13. JZ podmiotowa	47,95	6,41	0,30*	0,26*	0,31*	0,40*	0,27*	0,38*	0,41*	0,55*	0,52*	1,00	0,53*	0,30*	0,26*	0,31*
14. JZ metafizyczna	49,47	4,61	0,27*	0,17	0,28*	0,28*	0,22*	0,16	0,23*	0,39*	0,50*	0,53*	1,00	0,27*	0,17	0,28*

JZ – jakość życia, * p=0,05

AKTYWNOŚĆ I SAMOOCENA - RÓŻNICE MIĘDZY BADANYMI (WERYFIKACJA HIPOTEZY 1)

Pierwszym krokiem analizy było sprawdzenie czy i w jaki sposób badani różnią się pod względem przejawianej aktywności (zawodowej, rodzinnej, fizycznej, edukacyjnej, aktywności związanej z prowadzeniem domu, aktywności społecznej, twórczej oraz kulturalnej) i samooceny (społecznej, rodzinnej i profesjonalnej), czy istnieje typologia badanych ze względu na aktywność i samoocenę. W tym celu zastosowano analizę skupień metodą *k*-średnich, która maksymalizuje odległości między wyodrębnionymi skupieniami. Jako miernik odległości skupień przyjęto odległość euklidesową, gdyż miary wszystkich zmiennych włączonych do modelu były takie same. Nie zachodziła też potrzeba zwiększenia znaczenia zmiennych słabych, bardziej odległych.

Liczba skupień w metodzie *k*-średnich nie jest znana „a priori”. Pakiet STATISTICA zawiera *v*-krotny sprawdzian krzyżowy, będący algorytmem automatycznego wyznaczania optymalnej liczby skupień. Liczba wyodrębnionych skupień wynosi 2 i odpowiada dwóm grupom badanych, różniących się maksymalnie między sobą w zakresie przejawianej aktywności i samooceny. Określona w ten sposób liczba skupień daje możliwość logicznej interpretacji wyników. Pozwala to na przyjęcie hipotezy 1.

Podział grupy badawczej ukazuje Tabela 2., w której przedstawiono średnie poszczególnych zmiennych (rodzajów aktywności i komponentów samooceny), odpowiadające wyodrębnionym skupieniom badanych oraz wyniki analizy wariancji różnic między tymi średnimi. Średnie dla obu skupień przedstawiono na wykresie (Ryc. 1).

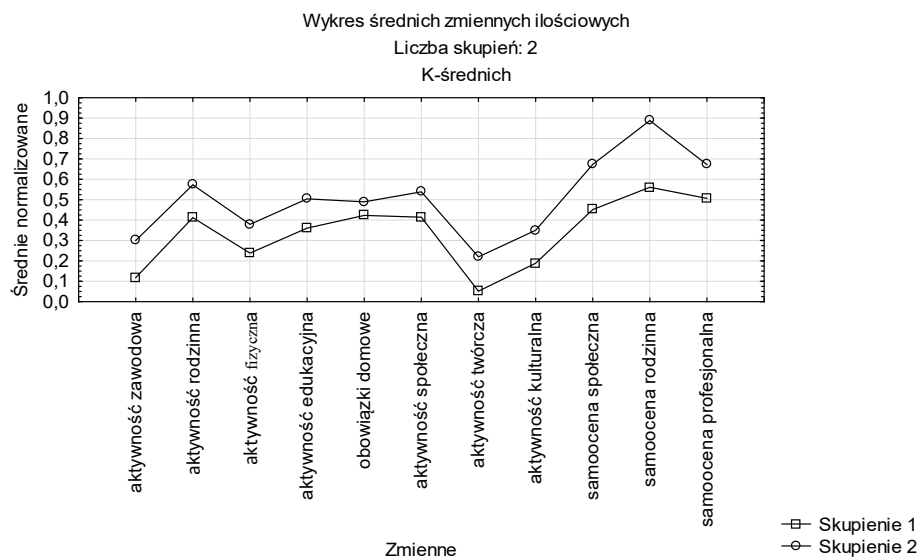
Tabela 2. Średnie skupień oraz analiza wariancji ANOVA dla zmiennych tworzących skupienia

Zmienna	Średnia		Między- grup.	df	Wewnątrz- grup.	df	F	p
	Skupienie 1*	Skupienie 2*						
aktywność zawodowa	0,24	0,60	4,20	1	33,93	128	15,83	0,00
aktywność rodzinna	1,24	1,72	7,42	1	89,05	128	10,67	0,00
aktywność fizyczna	2,15	3,41	51,01	1	277,02	128	23,57	0,00
aktywność edukacyjna	2,16	3,03	23,63	1	129,47	128	23,36	0,00
obowiązki domowe	2,96	3,43	6,80	1	196,27	128	4,44	0,03
aktywność społeczna	2,07	2,69	12,22	1	91,66	128	17,07	0,00
aktywność twórcza	0,31	1,32	32,43	1	124,07	128	33,46	0,00

aktywność kulturalna	1,51	2,80	52,88	1	223,75	128	30,25	0,00
samoocena społeczna	3,71	5,04	56,21	1	184,23	128	39,05	0,00
samoocena rodzinna	4,49	7,11	217,11	1	340,89	128	81,52	0,00
samoocena profesjonalna	4,55	5,71	42,79	1	241,18	128	22,71	0,00

*Liczebność skupień: N1=55; N2=75

Ryc. 1. Wykres średnich znormalizowanych zmiennych tworzących skupienia



Wyniki analizy wariancji pokazują, że wszystkie różnice w przejawianej aktywności różnego rodzaju oraz różnice we wszystkich komponentach samooceny są statystycznie istotne. Oznacza to, że obydwie wyłonione grupy badanych różnią się istotnie między sobą w zakresie tych zmiennych. Osoby wchodzące w skład pierwszego skupienia (N=55), są w znacząco niższym stopniu aktywne i mają znacząco niższą samoocenę niż osoby z drugiego skupienia

(N=75). Najbardziej różnią się między sobą w zakresie samooceny rodzinnej, a najmniej w aspekcie przejawianej aktywności związanej z codziennymi obowiązkami domowymi.

AKTYWNOŚĆ I SAMOOCENA A JAKOŚĆ ŻYCIA BADANYCH (WERYFIKACJA HIPOTEZ 2A, 2B, 2C I 2D)

W celu weryfikacji hipotez 2a, 2b, 2c i 2d dokonano porównania różnic w ocenie wszystkich czterech wymiarów jakości życia (psychofizycznej jakości życia, psychospołecznej jakości życia, podmiotowej jakości życia i metafizycznej jakości ży-

cia) między osobami z obydwu wyróżnionych skupień (o różnym poziomie przejawianej aktywności i różnej samoocenie). Wyniki porównania między obiema grupami, dokonanego za pomocą testu t Studenta, ukazano w Tabeli 3.

Tabela 3. Wartości t Studenta dla grup niezależnych (zmienna grupująca: przynależność do skupienia 1. lub 2.)

Zmienna zależna	Średnia		t	df	p
	Skupienie 1.	Skupienie 2.			
JŻ psychofizyczna	39,51	46,76	-5,49	128	0,00
JŻ psychospołeczna	43,16	49,32	-5,56	128	0,00
JŻ podmiotowa	43,88	50,95	-7,40	128	0,00
JŻ metafizyczna	47,91	50,61	-3,44	128	0,00

JŻ – jakość życia

Rezultaty wskazują na statystyczną istotność różnic między średnimi wynikami, uzyskanymi w wyodrębnionych skupieniach (w skupieniach 1. i 2.). Na tej podstawie można przyjąć postawione hipotezy 2a, 2b, 2c i 2d. Oznacza to, że osoby ze skupienia 1., wykazujące się mniejszym poziomem aktywności i niższą samooceną, znacząco niżej niż osoby ze skupienia 2. (bardziej aktywne, o wyższej samoocenie) oceniają jakość swego życia. Istotnie statystycznie różnice dotyczą wszystkich czterech badanych komponentów jakości życia.

Przeprowadzone badanie pozwoliło na przyjęcie wszystkich postawionych hipotez.

PODSUMOWANIE WYNIKÓW I WNIOSKI

Badanie, którego wyniki zaprezentowano w tym artykule, koncentrowało się na poszukiwaniu różnic w zakresie oceny jakości własnego życia na różnych jej wymiarach u osób w wieku 55+, przejawiających różny poziom aktywności (w sferach zawodowej, rodzinnej, fizycznej, edukacyjnej, aktywności związanej z prowadzeniem domu, aktywności społecznej, twórczej oraz kulturalnej) oraz różniących się poczuciem własnej wartości, mających różną samoocenę społeczną, rodzinną i profesjonalną. Uzyskane rezultaty pozwalają stwierdzić, że osoby badane różnią się pod względem przejawianej aktywności w badanych jej formach (najmniej w zakresie aktywności związanej z codziennymi obowiązkami domowymi) oraz pod względem poczucia własnej wartości. Dowiodły one także, iż ludzie przejawiający różny poziom aktywności oraz mający różną samoocenę różnią się między sobą w zakresie oceny jakości swojego życia.

Wyniki badania stanowią potwierdzenie, że przejawianie różnego rodzaju aktywności i poczucie własnej wartości/samoocena są najpewniej istotnymi uwarun-

kowaniami subiektywnej oceny jakości życia. Ludzie bardziej aktywni i mający wyższą samoocenę różnią się od ludzi mniej aktywnych i o niższej samoocenie w aspekcie oceny jakości własnego życia we wszystkich badanych jej sferach - ocena jakości życia dokonana przez pierwszą wspomnianą grupę jest znacząco wyższa. Nie jest to wynik zaskakujący, lecz zgodny z przewidywaniami. Najpewniej osoba aktywna i mająca większe poczucie własnej wartości, ma też większą wiarę w siebie i dzięki podejmowanym działaniom ma możliwość rozwoju, wyznacza sobie nowe cele, utrzymuje kontakt z otoczeniem i nawiązuje nowe znajomości, a dzięki temu podejmuje się nowych zadań społecznych. Prowadzić to może do wzrostu satysfakcji z życia, do zadowolenia z bycia użytecznym i potrzebnym drugiemu człowiekowi, szczególnie w przypadku kiedy odniesie sukces.

Uzyskane wyniki są zgodne z omawianymi wcześniej rezultatami badań (Steuden, 2012), które podkreślają znaczenie samooceny jako czynnika wpływającego na zadowolenie z życia ludzi starszych. Potwierdzają one, że aktywność i czynny udział w życiu społecznym są warunkami lepszego funkcjonowania osoby starszej i przyjmowania bardziej pozytywnej postawy wobec własnej starości. Dlatego w celu zwiększenia aktywności seniorów i ich udziału w życiu społecznym coraz bardziej rozpowszechniana i praktykowana powinna stawać się koncepcja aktywnego starzenia. Zakłada ona wysoką motywację seniorów do podejmowania różnych działań i potrzebę oraz celowość poczynań, które mają im zagwarantować możliwość bycia jak najdłużej aktywnymi społecznie oraz produktywnymi. Działalność społeczna osób starszych może przyjmować różne formy i być realizowana zarówno w ramach płatnej pracy zawodowej, jak i bezpłatnych działań, takich jak wypełnianie codziennych prozaicznych obowiązków, opieka nad wnukami, wolonariat, działanie w grupach wsparcia, udzielanie pomocy osobom trzecim lub udział w zajęciach Uniwersytetów Trzeciego Wieku, klubów seniora, kół gospodyń wiejskich, wspólnot lokalnych i religijnych oraz imprez społeczno-kulturalnych.

Należy pamiętać, że zgodnie z założeniami psychologii *life-span* (Stuart-Hamilton, 2006; Tyszkowa, 1988) sposób przeżywania starości jest uwarunkowany dotychczasowym przebiegiem życia osoby, jej doświadczeniami oraz miejscem, jakie w danej kulturze przypisuje się człowiekowi staremu. Znając potrzeby osób starszych i wiedząc o pozytywnych związkach aktywności i poczucia własnej wartości z jakością życia seniorów mamy większe możliwości, by wprowadzać odpowiednie zmiany i przełamywać istniejące stereotypy, co powinno stać się elementem polityki państwa oraz dotyczyć różnych sfer życia: sfery aktywności społecznej, kulturowej, edukacyjnej czy medycznej. Podobnie, jak dba się o prawidłowy rozwój dziecka, tak samo powinno się myśleć o zapewnieniu dobrej jakości życia seniorów.

Są także badania, które przekonują o tym, że aktywność jest związana z samooceną, z poczuciem własnej wartości. Dla przykładu systematyczne wykonywanie ćwiczeń fizycznych jest związane z ogólną samooceną poprzez wywoływanie zmian w percepcji własnej skuteczności, fizycznych możliwości i akceptacji siebie (wizerunku własnego ciała) (Sonstroem i Morgan, 1989). Nie znamy tu, co prawda, kierunku istniejących zależności, bo może być tak, że osoby mające wyższą samo-

ocenę, bywają z jakichś względów bardziej aktywne i chętne do działania. Empirycznie ustalono jednak, że aktywny tryb życia najczęściej idzie w parze z wyższą samooceną, więc bycie aktywnym sprzyjać powinno podwyższeniu samooceny, a co za tym idzie-także wzrostowi subiektywnej jakości życia. Coopersmith (1967) uważał, że wysoka ocena samego siebie, która kształtuje się również na bazie doświadczenia, pozwala człowiekowi być bardziej skutecznym w przyszłości. Dzięki niej łatwiej nam wierzyć we własne zdolności i możliwości, zarówno te społeczne, ważne w kontaktach z ludźmi, jak i te pozwalające radzić sobie z codziennymi problemami (życie społeczne, rodzinne, szkolne/zawodowe).

Działania na rzecz aktywizacji osób w wieku 55+ są w naszym kraju coraz częściej podejmowane. Dzięki poczynaniom Parlamentu Europejskiego i Rady Europy opracowano specjalne narzędzie, Wskaźnik Aktywnego Starzenia się (*Active Ageing Index* – AAI), którego celem stało się określenie stopnia realizacji polityki na rzecz aktywnego starzenia się w różnych krajach. Wskaźnik ten umożliwia dokonywanie porównań między poszczególnymi państwami w tym zakresie. Głównym jego celem jest zidentyfikowanie i pomiar czynników, jakie istnieją i są tworzone po to, by wspierać zatrudnienie i samodzielną, a więc nie wymagającą interwencji i wspomaganie, egzystencję osób w wieku powyżej 55 lat oraz by zachęcać ludzi starszych do aktywności społecznej. Wskaźnik służy do oceny stopnia realizacji zadań związanych ze wspomnianą polityką. Badania wskazują też, że aktywność społeczna polskich seniorów, w porównaniu z osobami w podobnym wieku, zamieszkującymi inne kraje europejskie, jest stosunkowo niewielka. W badaniu z użyciem wspomnianego Wskaźnika Aktywnego Starzenia się Polska osiągnęła bardzo niskie wyniki - 27,3 punkty, podczas gdy Szwecja 44 punkty, Dania 40 punktów, a Irlandia - 39,4 punkty (<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=89&langId=pl&newsId=2099&moreDocuments=yes&tableName=news>). Wynik 100 oznacza maksymalny stopień wykonania wskazanych zadań we wszystkich obszarach obejmowanych badaniem.

Badacze wskazują na negatywne konsekwencje braku aktywności: samotność, izolację społeczną, a nawet przedwczesną umieralność (Kaczmarczyk i Trafiałek, 2007). Wyniki badań przedstawionych w tym artykule także przekonują, że ważne jest, również ze względów psychologicznych, promowanie aktywności na poziomie fizycznym, zawodowym i społecznym, w różnych dziedzinach życia. Dla przykładu, w trosce o aktywność fizyczną osób starszych, a tym samym o ich dobrostan, Towarzystwo Krzewienia Kultury Fizycznej opracowało, z pomocą specjalistów z różnych dziedzin, jednolity Program Rekreacji Ruchowej Osób Starszych (PRROS). Twórcy programu twierdzą, że zadaniem PRROS i aktywizacji seniorów jest przeciwdziałanie wykluczeniu społecznemu osób starych, łamanie stereotypów dotyczących starości oraz szerzenie świadomości społecznej na temat trudnej sytuacji najstarszych pokoleń (http://www.tkkf.org.pl/rekreacja_ruchowa/program/informacja_o_programie.htm). Tego rodzaju działania i propagowanie aktywności wśród samych osób starszych powinno stać się priorytetem. Jak to robić skuteczniej niż dotychczas, jak spowodować wzrost Wskaźnika Aktywnego Starzenia się w Polsce i, co najważniejsze, jak sprawić, by tego rodzaju działania nie obejmowały swoim zasięgiem jedynie tych bardziej aktywnych seniorów-oto

zadania dla polityki społecznej, a także dla psychologów i pedagogów praktyków na najbliższe lata.

Gdyby pomóc ludziom starszym zastępować utracone role społeczne nowymi rolami, gdyby włączać ich w różne formy działań społecznych, rezultatem podejmowanej aktywności byłoby najpewniej ich lepsze samopoczucie i bardziej pozytywne podejście do samych siebie i do własnego starzenia się. Nasze badania potwierdziły słuszność postulatów wielu badaczy zmian psychologicznych związanych ze starzeniem się, dotyczących tego, by starać się o jak najdłuższe zachowanie aktywności (por. Orzechowska, 2006) i dowiodły, że może to mieć zbawienny wpływ na subiektywne poczucie jakości życia ludzi starszych.

LITERATURA

1. Brandtstaedter, J., Greve, W. (1994). The aging self: Stabilizing and protective processes. *Developmental Review*, 14, 52–80.
2. Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: A theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54, 165–181.
3. Cavan, R. S., Burgess, E. W., Havighurst, R. J., Goldhamer, H. (1949). *Personal adjustment in old age*. Chicago: Science Research Associates.
4. Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman.
5. Cumming, E., Henry, W. E. (1961). *Growing old: The process of disengagement*. New York: Basic Books.
6. Dziemidok, B. (2014). Aksjologiczne aspekty starości: czy starość może być piękna, dobra, mądra i szczęśliwa? (w:) A. Zych (red.) *Starość darem, zadaniem, wyzwaniem*. (253-281). Sosnowiec, Dąbrowa Górnicza: Wyd. Stowarzyszenie Przyjaciół Domu Pomocy Społecznej „Pod Dębem”.
7. Dzięgielewska, M. (2006). Aktywność społeczna i edukacyjna w fazie starości, [w:] B. Szatur-Jaworska, P. Błędowski, M. Dzięgielewska (red.), *Podstawy gerontologii społecznej*. (161-182). Warszawa: Oficyna Wydawnicza ASPRA-JR.
8. Dziurowicz-Kozłowska A. (2002). Wokół pojęcia jakości życia. *Psychologia Jakości Życia*, 1, 2, 77-100.
9. Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. Oxford, UK: Norton & Co.
10. Fagerstrom, C., Borg, C., Balducci, C., Burholt, V., Wenger, C. G., Ferring, D., Weber, G., Holst, G., Hallberg, I.R (2007). Life satisfaction and associated factors among people aged 60 years and above in six European countries. *Applied Research in Quality of Life*, 2, 33–50.
11. Fox, K. R. (2000). The effects of exercise on self-perceptions and self-esteem. (w:) S. J. H. Biddle, K. R. Fox, S. H. Boucher (red.), *Physical activity and psychological well-being* (pp. 88–117). New York: Routledge.
12. Hill, T., Lewicki, P. (2007). *Statistics: Methods and applications*. Tulsa, OK: StatSoft.
13. Kaczmarczyk, M., Trafiałek, E. (2007). Aktywizacja osób w starszym wieku jako szansa na pomyślne starzenie się. *Gerontologia Polska*, 15(4), 116-118.
14. Orzechowska, G. (2006). *Społeczna aktywność osób starszych i jej główne uwarunkowania* (w:) S. Steuden, M. Marczuk (red.). *Starzenie się a satysfakcja z życia*. (273-279). Lublin: Wyd. KUL.
15. Popiołek K., Chudzicka-Czupała A. (2008). Uwarunkowania aktywności osób w podeszłym wieku. *Chowanna*, 2, 203-215.
16. Popiołek, K., Chudzicka-Czupała, A. (2010). Percepcja czasu a transgresja i aktywność ludzi starszych (w:) K. Popiołek, A. Chudzicka-Czupała. (red.) *Czas w życiu człowieka*. (362-374). Katowice: Wyd. Uniwersytetu Śląskiego.
17. Ranzijn, R., Keeves, J., Luszcz, M., Feather, N. T. (1998). The role of self-perceived usefulness and competence in the self-esteem of elderly adults: Confirmatory factor analyses of the Bachman revision of Rosenberg's Self-Esteem Scale. *Jo-*

- urnals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 53, 96–104.
18. Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Tracy, J. L., Gosling, S. D., Potter, J. (2002). Global self-esteem across the life span. *Psychology and Aging*, 17, 423–434.
 19. Sonstroem, R. J., Morgan, W. P. (1989). Exercise and self-esteem: Rationale and model. *Medicine and Science in Sports and Exercise*, 21, 329–337.
 20. StatSoft, Inc. (2012). *Electronic statistics textbook*. Tulsa, OK: StatSoft.
 21. Steuden, S. (2012). *Psychologia starzenia się i starości*. Warszawa: Wydawnictwo naukowe PWN.
 22. Straś-Romanowska, M., Oleszkiewicz, A., Frąckowiak, T. (2004). *Kwestionariusz Poczucia Jakości Życia*. Wrocław: Instytut Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego.
 23. Straś-Romanowska, M. (2005). Jakość życia w świetle założeń psychologii zorientowanej na osobę. *Kolokwia Psychologiczne*, 13, 261-274.
 24. Stuart-Hamilton I. (2006). *Psychologia starzenia się i starości*. Poznań: Wyd. Zysk i S-ka.
 25. Szatur-Jaworska, B. (2002). Starzenie się ludności Polski – wyzwania dla polityki społecznej. *Gerontologia Polska*, 10, 199-204.
 26. Szatur-Jaworska B. (2006). Jakość życia w okresie starości-próba diagnozy (w): M. Halicka, J. Halicki (red.) *Zostawić ślad na ziemi*. (303-317). Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku.
 27. Świerżewska, D. (2010). Satysfakcja z życia aktywnych i nieaktywnych osób po 60 roku życia, *Psychologia Rozwojowa*, 15, 2, 89–99.
 28. Tyszkowa, M. (1988). *Rozwój psychiczny człowieka w ciągu życia*. Warszawa: Wyd. PWN.

ŹRÓDŁA INTERNETOWE

1. http://www.tkkf.org.pl/rekreacja_ruchowa/program/informacja_o_programie.htm, wejście na stronę 12.02.2015
2. www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/PUBL_rocznik_demograficzny_200, wejście na stronę 10.01.2015