

Anna Rożnowska
Instytut Technologii i Edukacji
Politechnika Koszalińska

Psychologiczne obszary jakości życia słuchaczy Uniwersytetu Trzeciego Wieku

1. Psychologiczne aspekty jakości życia w świetle literatury

1.1. Zadowolenie z życia

Człowiek jest coraz bardziej zainteresowany poprawą swojej jakości życia. Zależy mu nie tylko na tym, aby być zdrowym, zadowolonym ze swojego życia, doświadczać dobrostanu. Człowiek zmierza do tego, aby jego życie miało sens, aby realizować ważne cele, aby dobrze funkcjonować w otoczeniu, mieć dobry nastrój i samopoczucie. Dobre życie, dobra jego jakość wynika z dobrostanu. Dobrostan definiowany jest jako doświadczenie pozytywnych emocji, niski poziom negatywnego nastroju oraz poczucie zadowolenia z życia. W ujęciu hedonistycznym kładzie się nacisk na pozytywne emocje, istnienie tych dobrych i brak tych złych oraz dobre samopoczucie. W perspektywie eudajmonistycznej wiąże się dobrostan z wartością życia, samorealizacją, istnieniem celów życiowych. Według niektórych autorów dobrostan jest odpowiednikiem szczęścia i satysfakcji [1]. Poczucie szczęścia jest czymś więcej niż poczucie zadowolenia z życia, dobrostan. Szczęście jest definiowane jako „trwały stan najwyższego zadowolenia” [2]. W myśl tej definicji szczęśliwi jesteśmy niekiedy, w niektórych wyjątkowych sytuacjach życiowych, np. ślub, urodzenie dziecka, zdanie trudnego egzaminu, natomiast zadowolenie z życia ma wymiar szerszy, dotyczy większości sytuacji życiowych i ma charakter „rozlany” i mniej intensywny. Można być czasami w życiu szczęśliwym, a w większości pogrążonym w depresji, lęku i pesymizmie. Dobrostan nie oznacza wyłącznie obecności pozytywnych i nieobecności negatywnych emocji. Tatarkiewicz [3] szczęście określa jako pełne trwałe i uzasadnione zadowolenie z życia. A to oznacza nie tylko pozytywne uczucia, lecz także pozytywne oceny, które wiążą się z ogólnym bilansem życia. Zdaniem Mądrzyckiego człowiek tworzy i realizuje plany życiowe po to, aby odpowiednio swe życie zorganizować, nadać mu sens, a w konsekwencji uzyskać zadowolenie z życia, poczucie szczęścia [4]. Dobrostan jest podstawowym kryterium zdrowia psychicznego [5]. Według zapisu konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia „zdrowie jest pełnym dobrostanem fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie tylko brakiem choroby lub

niedomagania” [5]. Poczucie dobrostanu może wynikać z poziomu jakości życia. Pojęcie jakości życia, podobnie jak zdrowie i szczęście, może być rozumiane obiektywnie i subiektywnie. Obiektywnie rozumiana jakość życia to zespół warunków życia i działania człowieka. Warunki te można też nazwać wyznacznikami subiektywnej jakości życia. Subiektywnie pojęta jakość życia jest wynikiem oceny i wartościowania różnych sfer życia i życia jako całości. Efekt oceny życia może mieć bardziej poznawczy charakter i wówczas mierzymy jakość życia poczuciem satysfakcji: może też być bardziej kategorią emocjonalno-przeżyciową i wówczas mówimy raczej o poziomie zadowolenia z różnych sfer życia i życia jako całości. Niekiedy tak pojętą jakość życia utożsamia się z poczuciem dobrostanu. Pomiar dobrostanu, czyli zadowolenia z życia używa się niekiedy jako subiektywnego wskaźnika zdrowia [5]. Jak widzimy jakość życia łączy się ściśle z pojęciem satysfakcji z życia. A to pojęcie jest podstawą nowoczesnych interdyscyplinarnych badań nad jakością życia. Psychologiczne aspekty jakości życia łączą się z obiektywnym podejściem do jakości życia. Określa ono warunki, które wpływają na zaspokojenie potrzeb i realizację celów, dających w efekcie ludziom poczucie zadowolenia z różnych sfer życia i ogólną satysfakcję życiową. Działania polegające na podnoszeniu jakości życia i umacniające psychiczny dobrostan (well-being) uznawane są za najistotniejsze dla promocji zdrowia [6].

Obiektywne warunki życia mogą być korzystne i niekorzystne, a subiektywna ocena jakości życia również pozytywna i negatywna. Do obiektywnego wymiaru oceny jakości życia zalicza się:

1. Poziom materialny, finanse, ruchomości i nieruchomości, warunki leczenia.
2. Relacje społeczne, możliwości uzyskania pomocy i wsparcia od innych.
3. Aktywność społeczna.
4. Rozwój osobisty (edukacja, praca, udział w kulturze).
5. Rekreacja i odpoczynek [7].

Obiektywny stan zdrowia nie jest prostym wyznacznikiem poczucia szczęścia. Osoby obiektywnie egzystujące w trudnych warunkach życia tj. w wieku senioralnym lub chore mogą być zadowolone z życia.

Podobnie same obiektywne warunki życia nie wyznaczają wprost poziomu zadowolenia z życia. Są ludzie, którzy mimo trudnych warunków swej egzystencji potrafią zdobyć się na pozytywną ocenę życia. Badania empiryczne dowodzą, iż ludzie motywowani wewnętrznie nie tylko lepiej realizują założone cele i czerpią więcej z tego satysfakcji, lecz także później wykazują jeszcze silniejszą motywację wewnętrzną, odnoszą więcej sukcesów i dalej wzmacniają motywację wewnętrzną, co jeszcze bardziej zwiększa szanse na zdobycie kolejnych sukcesów. Warunkiem jest działanie z pobudek wewnętrznych, z przekonaniem i zaangażowaniem [8].

Z zakresu teorii adaptacji na uwagę zasługuje teoria hedonistycznego młyna [9]. Zakłada ona, iż jakkolwiek zmieni się życie człowieka, zmienią się też kryteria,

z którymi człowiek porównuje stan obecny i w związku z tym ogólny bilans doświadczeń emocjonalnych oraz ocen pozostaje taki sam jak przed zmianą. Czy zdarzy się coś wyjątkowo przykrego i przygnębiającego czy wyjątkowo szczęśliwego i radosnego, to po upływie pewnego czasu człowiek „wraca” do swojego indywidualnego „optymistycznego” poziomu poczucia zadowolenia z życia.

Poniżej dokonam charakterystyki psychologicznych obszarów jakości życia.

1.2. Optymizm

Jedna z definicji szczęścia podana przez Milewskiego i Śliwerskiego [10] ujmuje je jako trwale zadowolenie z życia połączone z pogodą ducha i optymizmem, poznawczą oceną własnego życia jako udanego, wartościowego i sensownego. Widzimy, więc, że optymizm jest jednym z niezbędnych warunków satysfakcji z życia.

Według ujęć encyklopedycznych optymizm wyraża się w ogólnym zadowoleniu z życia i oczekiwaniu w swym życiu raczej pozytywnych niż negatywnych zdarzeń. Optymista sądzi, iż świat, w którym żyje jest dobrze urządzone, a większość ludzi jest szczęśliwa [11]. Zaś Mądrzycki pisze „optymizm to dobre samopoczucie (well-being) plus nadzieja” [12]. Carver i Scheier ujmują optymizm (pesymizm) jako zgeneralizowane oczekiwania pozytywnych lub negatywnych wyników czy zdarzeń [13]. Słusznym wydaje się także podział dokonany przez Czapińskiego [14] na optymizm esencjonalny, tj. dobre samopoczucie, satysfakcja z życia, pozytywny obraz siebie i świata oraz innych ludzi oraz optymizm sprawczy wyrażający się w kontroli nad otoczeniem i samym sobą. Funkcją optymizmu sprawczego jest nadzieja.

1.3. Poczucie sensu życia

Popielski określa poczucie sensu życia jako „doświadczenie przez jednostkę stanu psychicznego życiowo satysfakcjonującego, motywującego ją do życia. Ten stan psychiczny, podmiotowy doznawany jest w procesie zaangażowania, aktywności i zakotwiczenia w wartościach” [15].

Utrata sensu życia stanowi czynnik destrukcji jednostkowej i społecznej. Przejawia się we wszelkich postaciach zaburzeń osobowościowych. Oznacza utratę nadziei, zaufania, dążeń do celów i wartości, zaangażowania, aktywności twórczej i jakiegokolwiek chęci do życia. Przejawia się w depresji, czyli smutku, przygnębieniu, żalu, frustracji, zniechęceniu, rezygnacji, rozpacz, a także nudy i agresji. Przybiera postać zachowań z zakresu patologii społecznej; narkomanii, alkoholizmu, samobójstw, dewiacji seksualnych itp.

Badania Droleta [16] wskazały na istotny związek między wysokim poczuciem sensu życia a niskim poziomem lęku przed śmiercią. Ludzie w ciężkiej chorobie lub w obliczu śmierci gotowi są do wewnętrznej przemiany, której boją się

w normalnym życiu. W takich sytuacjach potrzebny jest drugi człowiek. Człowiek, który byłby w stanie poprzez umiejętny dialog pomóc człowiekowi w odnalezieniu sensu życia, a czasem sensu cierpienia. Może to być ktoś bliski chorego, wolontariusz, osoba dająca wsparcie telefonicznie, a także specjalista od logoterapii – pisze Majkowicz [17].

1.4. Poczucie koherencji

Już pół wieku temu Jahoda, stwierdziła, iż zdrowie psychiczne należy rozumieć nie tylko jako brak choroby, cierpienia, lecz także jako dobrostan, harmonia psychologiczna [18].

Wg Antonovskiego [19] czynnikiem centralnym, wewnętrznym, który powoduje, że ludzie radzą sobie ze stresem i nie chorują, albo szybko wracają do zdrowia, jest poczucie koherencji. Jest to jego zdaniem „ogólna orientacja wyrażająca, w jakim stopniu człowiek ma dojmujące, trwałe, choć dynamiczne przekonanie o przewidywalności środowiska wewnętrznego i zewnętrznego oraz o tym, że z dużym prawdopodobieństwem sprawy przyjmą tak pomyślny obrót, jakiego można oczekiwać na podstawie racjonalnych przesłanek” [19].

Poczucie koherencji ma trzy podstawowe składniki (komponenty, wymiary): poczucie zrozumiałości, zaradności i sensowności. Poczucie zrozumiałości odnosi się do stopnia, w jakim człowiek spostrzeża różne bodźce, które na niego działają, napływające ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego, jako sensowne, zrozumiałe poznawczo, uporządkowane, spójne, ustrukturuwane i jasne.

Człowiek o słabym poczuciu zrozumiałości odbiera bodźce jako chaotyczne, nieuporządkowane, przypadkowe, trudne do wyjaśnienia i zrozumienia, powodowane losem, przypadkiem. Człowiek o silnym poczuciu zrozumiałości nowe, zaskakujące informacje próbuje uporządkować i wyjaśnić, wytłumaczyć, a człowiek o słabym poczuciu zrozumiałości w nowych sytuacjach gubi się, pogrąża się w chaosie, a w skrajnych przypadkach nabiera to cech paranooidalnych. Takim ludziom ciągle coś się przytrafia i są to zdarzenia niepomyślne. Osoby o silnym poczuciu zrozumiałości spostrzegają wydarzenia życiowe jako doświadczenia, które można opanować, jako wyzwania, którym trzeba sprostać.

Drugi składnik poczucia koherencji to poczucie zaradności, sterowalności. Jest to wg Antonovskiego stopień w jakim człowiek dostrzeża dostępne zasoby jako wystarczające, by sprostać wymogom, jakie stawiają bombardujące go bodźce. Zasoby te mogą być wewnętrzne, tj. człowiek nimi dysponuje, na przykład: wiedza, inteligencja, umiejętności, motywacja. Zasoby zewnętrzne – oznacza to, że dysponują nimi inni, np. bliscy, koledzy, Bóg, lekarz, na których w swoim odczuciu może liczyć [19].

Człowiek o silnym poczuciu zaradności w sytuacji trudnej, stresowej radzi sobie konstruktywnie, nie czuje się ofiarą losu, nie sądzi, że życie obchodzi się z nim niesprawiedliwie, nie rozpacza bez końca.

Poczucie sensowności (trzeci wymiar) polega na przekonaniu, że warto się angażować w daną sytuację, że warto o coś walczyć.

Niektórzy ludzie w jesieni życia, w wieku emerytalnym cechujący się silnym poczuciem koherencji potrafią poszukać sobie ciekawe zajęcia, które dają im satysfakcję i zapełniają czas. Wielu jednak w podeszłym wieku cierpi na dolegliwości, cierpi ból, przeżywa chroniczny stres. Do tego dochodzi lęk przed nieuchronnie zbliżającą się śmiercią. To wszystko obniża poczucie koherencji, zwłaszcza sensowność i zaradność [20]. Dzieje się tak prawdopodobnie dlatego, że mamy tu do czynienia ze stresem chronicznym i jest on, podobnie jak uogólnione zasoby odpornościowe, sytuacją życiową o podstawowym znaczeniu w życiu człowieka.

1.5. Stres i radzenie sobie z nim

Obecnie w literaturze psychologicznej często cytowana jest koncepcja stresu w ujęciu Lazarusa i Folkman [21]. Określają oni stres jako relację między osobą a otoczeniem, która oceniana jest przez tę osobę jako obciążająca lub przekraczająca jej zasoby i zagrażająca jej dobrostanowi. Według nich w sytuacji stresu człowiek dokonuje oceny pierwotnej i wtórnej. Oceny pierwotne mogą być:

- a) bez znaczenia,
- b) sprzyjająco-pozytywne,
- c) stresujące – w których występują trzy kategorie: krzywda lub strata, zagrożenie, wyzwanie.

Ocena sprzyjająco-pozytywna wywołuje dodatnie reakcje emocjonalne zaś ocena stresująca – ujemne reakcje emocjonalne.

Ocena wtórna – to nasze oszacowanie własnych zasobów i zdolności radzenia sobie ze stresem.

Procesy oceny poznawczej pierwotnej i wtórnej są współzależne, różnią się tylko treścią, do jakiej się odnoszą. Zasoby odporności na stres to wszystkie zasoby behawioralne, fizyczne, społeczne i psychiczne, z jakich możemy korzystać (np. pieniądze, mieszkanie, przyjaciele, rodzina, zdolność, elastyczność myślenia).

Proces radzenia sobie ze stresem obejmuje według definicji Lazarusa i Folkman „stale zmieniające się poznawcze i behawioralne wysiłki, mające na celu opanowanie określonych zewnętrznych i wewnętrznych wymagań, ocenianych przez osobę jako obciążające lub przekraczające jej zasoby” [22].

Endler i Parker nawiązując do koncepcji Lazarusa wyodrębnili 3 style radzenia sobie ze stresem. Styl skoncentrowany na zadaniu, na emocjach i na unikaniu [23].

Ludzie o silnym poczuciu koherencji cechują się także silnym poczuciem osobistej skuteczności, dzięki temu wchodzą w różne sytuacje z własnej woli, ponieważ w ich ocenie nie są one źródłem napięcia. Osoby o silnym poczuciu koherencji skuteczniej radzą sobie ze stresorami także dlatego, że myślą bardziej realistycznie, logicznie, są mniej skłonne do zamartwiania się z mało ważnych powodów, a zarazem mają większą gotowość do dostrzegania bodźców zwiastujących obiektywne zagrożenie i traktowania ich jako stresorów, którym trzeba zaradzić. Wysoki optymizm takich osób, ich silne podstawowe przekonanie, że wszystko dobrze się ułoży, że dysponują odpowiednimi zasobami, że to co niezrozumiałe, stanie się zrozumiałe, że posiada się odpowiedni potencjał, pozwalający zredukować napięcie – same w sobie te czynniki są wielkim zasobem.

1.6. Poczucie własnej skuteczności

Poczucie własnej skuteczności nawiązuje do koncepcji oczekiwań i pojęcia własnej skuteczności Bandury [24]. Oczekiwanie wyniku dotyczy możliwych konsekwencji działania, a oczekiwanie skuteczności wiąże się z kontrolą własnych działań. Spostrzegana skuteczność (poczucie skuteczności) może odnosić się do specyficznych obszarów aktywności oraz może wyrażać ogólne przekonanie co do jej szczególnej roli w sytuacjach problemowych czy nowych.

Poczucie własnej skuteczności wiąże się także z motywacją, zwłaszcza motywacją wewnętrzną. U podstaw procesów motywacyjnych leżą procesy emocjonalne i poznawcze. Te ostatnie zarówno proste np. spostrzeganie, pamięć, jak i złożone, związane z porównywaniem i przetwarzaniem informacji. W modelu Atkinsona i McClellanda motywacja jest iloczynową funkcją wartości celu i oczekiwań dotyczących możliwości jego osiągnięcia [25]. Tendencja do podjęcia działania jest tym silniejsza, im większa jest subiektywnie oszacowana wartość celu. Owa tendencja jest modyfikowana przez oczekiwania, tj. subiektywnie szacowane prawdopodobieństwo osiągnięcia założonego wyniku. Jak twierdzi Bandura, ludzie podejmują się działań i realizacji celów, które przewidują, że osiągną [26].

Wyniki badań cytowane przez Juczyńskiego wskazują, że niskie poczucie własnej skuteczności wiąże się z depresją, lękiem i bezradnością. Jednostki charakteryzujące się wysokim poczuciem stawiają sobie ambitne cele i są bardziej wytrwałe i efektywne w działaniu. Poczucie własnej skuteczności wpływa na podejmowanie przez jednostkę działań i wytrwałość w ich realizację [27].

1.7. Nadzieja

Kozielecki definiuje nadzieję następująco: „nadzieję będę rozumiał jako wielowymiarową strukturę poznawczą, której centralnym składnikiem jest przekonanie, że w przyszłości człowiek otrzyma dobro (osiągnie ważny cel) z określonym stopniem pewności, czyli określonym prawdopodobieństwem” [28].

Wielowymiarowość tej struktury oznacza, że wchodzi w nią: emocje, myśli o czasie przyszłym (antycypacja), sądy afiliatywne, motywy, cele i działania. Stanowią one pewną całość psychiczną, w której dominującą rolę odgrywa poznanie.

Nadzieja jest pragnieniem spełnienia się czegoś i jednocześnie obawą, że się nie uda. Aby zaistniała nadzieja, subiektywna ocena prawdopodobieństwa spełnienia się życzenia nie może przyjąć wartości skrajnych. Przy 100% nadzieja zamienia się w radość, a przy 0% – w smutek. Nadzieja jest uczuciową wiarą w pozytywny rezultat wydarzeń i okoliczności związanych z czymś życiem prywatnym. Badania psychologów dowodzą, że utrata nadziei, poczucia własnej skuteczności i kontroli nad otoczeniem prowadzi do alienacji, depresji, osłabienia immunologicznej odporności organizmu, a w konsekwencji do choroby, wyniszczenia a nawet śmierci [29].

Holt podaje w swoim artykule 10 wskazówek dotyczących możliwości rozwijania, rozbudzania nadziei u chronicznie chorych i ich rodzin przez pielęgniarki [30]. Są to m.in. tworzenie znaczących relacji z innymi, bliskimi którzy mogą dać wsparcie, kształcenie zadowolenia z adaptacji do zmian związanych z chorobą, pobudzenie motywacji do osiągania celów, także związanych z chorobą, wzbudzanie duchowości i praktyk religijnych. Same pielęgniarki, głównie aby zapobiec zjawisku wypalania zawodowego, mogą pracować nad wzrostem nadziei u siebie, np. poprzez praktyki relaksacyjne, słuchanie muzyki, czerpanie zadowolenia z kontaktów z chorymi i ich rodzinami, pozyskiwanie zaufania u swoich pacjentów, otaczanie się ludźmi pełnymi nadziei, a także poprzez akceptację i szacunek dla cierpienia chorych. Autorka traktuje nadzieję jako wewnętrzną siłę kierującą ludzi, chorych, ich bliskich, a także lekarzy, pielęgniarki, ku wzbogacaniu „istnienia”, sensu życia. Takie ujęcie nadziei może być ważnym buforem zapobiegającym negatywnym skutkom tak trudnej sytuacji jaką jest choroba i praca z chorymi oraz dolegliwości związane ze starością.

Program interwencji (przygotowania) dla pielęgniarek do podtrzymywania i podnoszenia nadziei u chorych na raka prezentują Rustoen i Hanestad [31]. Program ów zawierał 6 sesji (kilkugodzinnych), na których uczono pielęgniarki jak mają umacniać wiarę w siebie, budować dobre relacje z innymi, pielęgnować pozytywne emocje oraz wartości duchowe, eschatologiczne oraz jak rozwijać nadzieję poprzez dobre relacje w grupie i jak ją wzbudzać u pacjentów, wzorując się na własnych doświadczeniach. Nadzieja okazała się ważnym środkiem wzmacniającym siły i wytrwałość w zmaganiu się z chorobą i cierpieniem. Nadzieja i pozytywne myślenie zostały uznane za centralne, psychologiczne środki do walki z rakiem przez O Baugha i in. [32]. Oni także podkreślają olbrzymią rolę rozbudzania i podtrzymywania nadziei u chorych: duchowości, wsparcia bliskich, przyjaciół, pracowników służby zdrowia, empatii i szacunku wobec chorych, a nade wszystko pozytywnego myślenia. Pielęgniarki, które wzmacniały optymizm u pacjentów, skutecznie poprawiały ich samopoczucie i podtrzymywały siły do walki z rakiem.

W religii chrześcijańskiej fundamentalną cnotą jest nadzieja obok wiary i miłości. Ludzie wierzący w Boga żywią nadzieję, że śmierć nie oznacza końca istnienia, że stanowi przejście od życia obecnego do wiecznego. Jest to dużym pocieszeniem dla wierzących, zwłaszcza u kresu życia doczesnego z racji wieku lub choroby. Pisze o tym także Hertz. W obliczu śmierci nadzieja eschatologiczna rodzi spokój, wyciszenie, pogodzenie się z nieuchronnym odejściem ze świata żywych [33].

Współczesny model opieki paliatywnej oraz opieki nad ludźmi sędziwymi obejmuje nie tylko leczenie, pielęgnację, rehabilitację, lecz także pomoc i wsparcie psychologiczne, gdzie centralne miejsce zajmuje pielęgnowanie i rozbudzanie nadziei [34]. Ważną rolę pełni także właściwa komunikacja, uważne słuchanie tego co mają do powiedzenia ludzie starsi lub schorowani, cierpliwość, spokojna rozmowa, słowa pocieszenia, a nade wszystko bycie z tymi ludźmi tak, aby nie czuli się samotni i opuszczeni.

Gottschalk w swoim artykule również podkreśla wagę nadziei, otwartości i świadomości uczuć oraz stosowania konstruktywnych strategii radzenia sobie ze stresem, w utrzymywaniu zdrowia i dobrostanu ludzi w różnym wieku [35].

Scharakteryzowane wyżej psychologiczne aspekty jakości życia, jak wynika z badań przeprowadzonych przeze mnie, są ze sobą skorelowane i mają hierarchiczną strukturę. Ilustruje to rysunek 1 opracowany na podstawie badań 222 osób żyjących w różnych warunkach (studenci studiów niestacjonarnych, pracownicy zakładu karnego, więźniowie i chorzy na raka leczeni chemioterapią). Zastosowana analiza ścieżek pozwoliła wyodrębnić trzy warstwy. W warstwie głębokiej, najmniej zależnej od czynników zewnętrznych, znalazły się takie predyktory jakości życia jak: nadzieja, poczucie własnej skuteczności, zadaniowy styl radzenia sobie z sytuacjami trudnymi i zadowolenie z życia. Ta warstwa wpływa bezpośrednio na warstwę wewnętrzną w której znalazły się: optymizm, poczucie sensu życia i koherencji z jego wymiarami: zrozumiałości, zaradności i sensowności. Warstwa wewnętrzna koreluje ujemnie z predyktorami jakości życia najbardziej zależnymi od warunków zewnętrznych życia. Są to style radzenia sobie ze stresem: emocjonalny i unikania [36].

Jak widać na rysunku 1 warstwa głęboka, w skład której wchodzi takie wskaźniki jak: nadzieja, zadowolenie z życia, poczucie własnej skuteczności i zadaniowy styl radzenia sobie ze stresem, jest najmniej podatna na wpływy zewnętrzne, zaś warstwa zewnętrzna, w skład której wchodzi takie wskaźniki jak: emocjonalny i unikający styl radzenia sobie ze stresem są najbardziej podatne na działanie czynników zewnętrznych, środowiskowych.

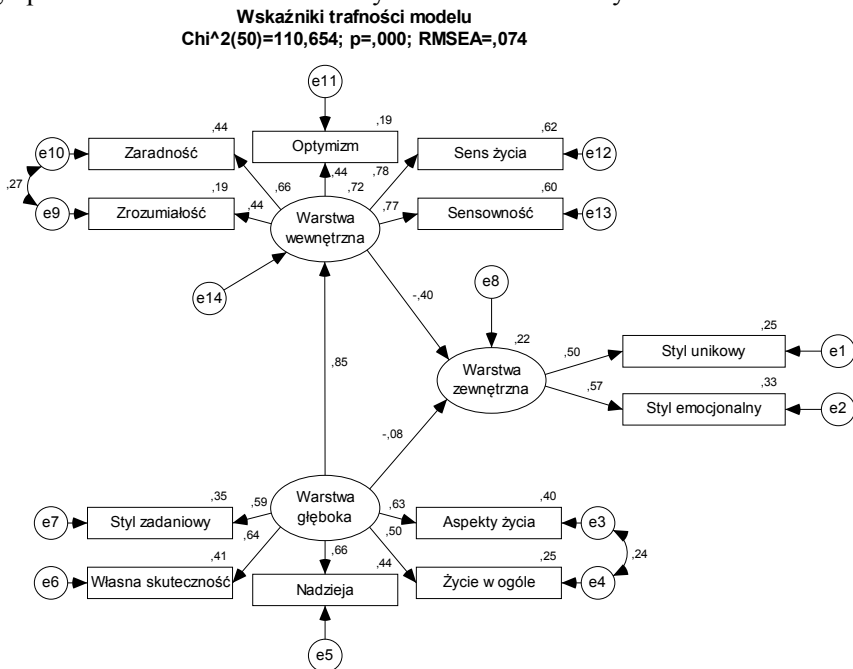
2. Założenia metodologiczne

Problem badawczy dotyczy pytania czy są różnice między ludźmi w wieku senioralnym (słuchaczami Uniwersytetu III Wieku) i studentami (studia stacjonarne) w zakresie takich osobowościowych, subiektywnych obszarów jakości życia jak: poczucie sensu życia, własnej skuteczności, koherencji, optymizmu, nadziei, zadowolenia z życia i stylów radzenia sobie ze stresem?

Postawiona hipoteza zakłada, że są różnice statystycznie istotne w takich obszarach jak: poczucie własnej skuteczności, sensu życia, koherencji, nadziei, optymizmie, zadowoleniu z życia i stylach radzenia sobie ze stresem. To znaczy zakładam, iż wskaźniki te będą niższe u słuchaczy Uniwersytetu III Wieku, u których z wiekiem spada jakość życia. Przypuszczam, że nie będzie różnic w zakresie unikającego stylu radzenia sobie ze stresem.

Badanymi była 30 osobowa grupa seniorów, słuchaczy Uniwersytetu III Wieku w Słupsku i 30 osobowa grupa studentów III roku studiów I stopnia i II roku studiów II stopnia Politechniki Koszalińskiej. Grupy wyodrębnione na podstawie losowania.

Badania przeprowadziłam w październiku i listopadzie 2014 roku. Średnia wieku w grupach 71 i 22 lata. Wśród badanych 58 osób to kobiety.



Rys. 1. Zależności między warstwami a poszczególnymi wskaźnikami psychologicznych obszarów jakości życia

2.1. Metody badań

Aby zweryfikować słusność postawionej hipotezy zastosowałam następujące techniki i metody badań. Był to „pakiet” 8 kwestionariuszy i skal. Skala do badania zadowolenia z życia została opracowana przez M. Seligmana [37]. Zadowolenie z życia, jego poszczególnych sfer mierzone było skalą mojego autorstwa. Za pomocą confirmacyjnej analizy czynnikowej wyodrębniłam 12 kategorii, m.in. sfera zawodowa, rodzinna, zdrowie fizyczne, psychiczne, miłość, optymizm, wiara w Boga, życie seksualne, relacje interpersonalne, czas wolny, wolność, niezależność [38].

Skala do badania nadziei została skonstruowana przez Snydera [39].

Do ustalenia siły poczucia sensu życia posłużyła mi skala PIL Crumbacha i Macholika [40].

Poczucie własnej skuteczności badałam za pomocą skali Uogólnionej Własnej Skuteczności GSES w polskiej adaptacji, opracowanej przez Schwarzera, Jerusalema i Juczyńskiego [41].

Poziom optymizmu badanych określałam za pomocą skali LOT-R opracowanej przez Scheiera, Carvera oraz Bridgesa. Wersja polska została opracowana przez Poprawę i Juczyńskiego [42].

Do mierzenia stylów radzenia sobie ze stresem posłużył mi kwestionariusz CISS – Endlera, Parkera, w adaptacji do warunków polskich Szczepaniaka, Wrześniewskiego, Strelaua [43].

Poczucie koherencji mierzyłam za pomocą kwestionariusza Orientacji Życiowej – SOC-29, opracowanego przez Antonovskiego [44]. Adaptacja polska wykonana w 1993 r. przez m.in. Zakład Psychologii Klinicznej UAM w Poznaniu oraz Koniarka, Dudek, Makowską [45].

2.2 Wyniki badań

Zebrane dane zamieszczam w poniższej tabeli 1, pokazujące różnice między słuchaczami Uniwersytetu III Wieku a studentami studiów stacjonarnych w zakresie podmiotowych obszarów jakości życia takimi jak: nadzieja, optymizm, poczucie sensu życia, koherencji, własnej skuteczności, zadowolenia z życia i stylów radzenia sobie ze stresem.

Tabela 1. Psychologiczne wskaźniki jakości życia seniorów i studentów studiów stacjonarnych

Psychologiczne wskaźniki jakości życia	M1	M2	t	p
Zadowolenie z życia w ogóle	25,7	23,7	2,11	0,05
Zadowolenie z różnych aspektów życia	3,7	3,6	0,31	r.n.
Nadzieja	26,95	24,3	2,02	0,05
Optymizm	6,3	6,2	1,83	r.n.
Poczucie sensu życia	110,9	103,6	2,12	0,05
Poczucie własnej skuteczności	7,4	6,08	3,12	0,01
Styl radzenia ze stresem - zadaniowy	53,3	53,9	0,99	r.n.
Styl radzenia ze stresem - emocjonalny	44,7	50,9	2,11	0,05
Styl radzenia ze stresem - unikania	45,4	46,9	1,12	r.n.
Poczucie koherencji – wymiar zrozumiałości	45,1	46,4	1,11	r.n.
Poczucie koherencji – wymiar zaradności	46,6	40,7	2,73	0,01
Poczucie koherencji – wymiar sensowności	39	36,1	2,25	0,05
Poczucie koherencji – ogółem	131,8	121,4	2,19	0,05

Legenda:

M1 – średnia arytmetyczna wskaźnika dla słuchaczy Uniwersytetu III Wieku;

M2 – średnia arytmetyczna wskaźnika dla studentów studiów stacjonarnych;

t – współczynnik Studenta-Fishera;

p – poziom istotności różnic;

r.n. – różnice nieistotne.

2.3. Interpretacja danych

Przedstawione w tabeli 1 dane tylko częściowo potwierdzają postawione hipotezy. Innymi słowy słuszne było założenie, iż badani nie będą się różnili w zakresie: stylu radzenia sobie ze stresem typu unikanie. Natomiast zaskakującym i ciekawym okazało się, że słuchacze Uniwersytetu III Wieku mają istotnie statystycznie wyższe niż studenci wyniki w zakresie: poczucia sensu życia, własnej skuteczności, koherencji ogólnie i w poszczególnych jej wymiarach takich jak: wymiar zaradności i sensowności. Obie grupy badanych nie różniły się istotnie w zakresie zadaniowego stylu radzenia sobie ze stresem. Seniorzy także wykazali wyższy stopień zadowolenia z życia. Obie badane grupy nie różniły się istotnie statystycznie w zakresie: zadowolenia z poszczególnych aspektów życia, optymizmu, aczkolwiek wyniki seniorów były nieco wyższe niż studentów. Seniorzy mieli istotnie niższe

wyniki w zakresie emocjonalnego stylu radzenia sobie ze stresem. Innymi słowy są bardziej wyciszeni, spokojni, mniej intensywnie emocjonalnie reagują na sytuacje trudne. Jest to zapewne efekt ich bogatych doświadczeń życiowych. W nawiązaniu do rysunku 1 można powiedzieć, iż ich życie w określonych warunkach zewnętrznych pozwala im z perspektywy czasu na spokojne, z dystansem, spojrzenie na różne wyzwania życiowe.

Większość wartości obliczonych średnich arytmetycznych dla psychologicznych aspektów jakości życia oscylowało w granicach wyników powyżej średniej, a obliczone wyniki średnie dla nadziei i poczucia własnej skuteczności osiągnęły wartości wysokie (zob. średnie arytmetyczne w tabeli 1).

Powyższe wyniki można zinterpretować następująco. Badani seniorzy to specyficzna grupa, to słuchacze Uniwersytetu III Wieku w Słupsku, ludzie o otwartych na wiedzę i nowe doświadczenia umysłach. Legitymują się średnim lub wyższym wykształceniem. Ponad 30% z nich to byli nauczyciele. Mimo zakończenia aktywności zawodowej są nadal aktywni umysłowo i fizycznie. Dbają o swoją kondycję psychofizyczną. Czynnio uprawiają sport: pływanie, spacer, zwiedzanie ciekawych miejsc. Mają dużo doświadczeń życiowych, które pozwalają im wierzyć w swoją skuteczność i być zaradnymi w sytuacjach trudnych. Cieszą się życiem, każdą chwilą i mają większe poczucie sensu swojego życia i sensowności tego co robią. Dane te potwierdzają doniesienia z literatury [46]. Starość nie musi być smutna i przygnębiająca. Mimo mniejszych dochodów (niskie emerytury), mniejszej sprawności psychofizycznej (osłabienie wzroku i słuchu oraz pamięci świeżej, mimo chorób somatycznych, np. cukrzyca, nadciśnienie) niektórzy seniorzy mając dużo czasu wolnego, na emeryturze, potrafią go efektywnie wykorzystać dla dalszego swojego samorozwoju i samodoskonalenia oraz zdobywania wiedzy i nowych umiejętności na Uniwersytecie III Wieku.

Natomiast studenci, młodzi ludzie mający dwadzieścia parę lat, posiadają jeszcze mało doświadczenia życiowego, zwłaszcza w radzeniu sobie z sytuacjami trudnymi. Przed nimi cała dorosłość, co z pewnością napawa ich niepokojem i obawami (czy zdobędą pracę w zawodzie, założą i będą cieszyć się szczęśliwą rodziną) – stąd prawdopodobnie u nich nieco wyższy wskaźnik emocjonalnego stylu radzenia sobie ze stresem a istotnie niższy – wymiaru zaradności, wymiaru sensowności, poczucia sensu życia oraz zadowolenia z życia. Dziś trudno o pracę w zawodzie pedagoga, nauczyciela, a bezrobocie dotyka głównie ludzi młodych, tuż po ukończeniu studiów. Prawdopodobnie studenci studiów stacjonarnych mają dużo wątpliwości czy uda im się zrealizować swoje plany zawodowe i rodzinne.

Z badań tych wynika ważny postulat: psychologiczne poczucie jakości życia nie musi ulegać pogorszeniu po 65 roku życia. Ważna jest dbałość o zdrowie, kondycję psychofizyczną i ciągłą aktywność umysłową. Ważne jest propagowanie zdrowego stylu życia w każdym wieku.

Literatura

1. Czapiński J., *Psychologia szczęścia*, PWN, Warszawa, 1994, s. 23-34
2. Czapiński J., op. cit., s. 11
3. Tatariewicz W., *O szczęściu*, PWN, Warszawa, 1969, s. 55
4. Mądrzycki T., *Osobowość jako system tworzący i realizujący plany*, PWN, Gdańsk, 1996, s. 76
5. Sęk H., red., *Psychologia kliniczna*, PWN, Warszawa, 2006, t. 1, s. 61
6. Heszen-Niejodek I., *Psychologia zdrowia*, w red. Strelau J. *Psychologia*, Warszawa, 2000, t. 3, s. 458
7. Adamczak M., H. Sęk, *Znaczenie pojęcia "jakości życia" w opiece psychologicznej pacjentów onkologicznych*, w: J. Meyza (red.) *Jakość życia w chorobie nowotworowej – wybrane zagadnienia*, PWN, Warszawa, 1997, s. 87-99
8. Czapiński J. (red.), *Psychologia pozytywna. Nauka o szczęściu zdrowiu, sile i cnotach*, PWN, Warszawa, 2005, s. 122-134
9. Czapiński J., *Całe szczęście*, *Charaktery*, 2003/3, s. 67
10. Milewski B., B. Śliwerski, *Leksykon*, PWN, Warszawa, 2000, s. 34
11. Milewski B., B. Śliwerski, op. cit., s. 24
12. Mądrzycki T., *Osobowość jako system tworzący i realizujący plany*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, 1996, s. 202
13. Juczyński Z., *Narzędzia pomiaru w promocji zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, 2001, s. 56
14. Czapiński J., *Wartościowanie- zjawisko inklinacji pozytywnej (o naturze optymizmu)*, Wydawnictwo Ossolineum, Warszawa, Wrocław, Kraków, Gdańsk, Łódź, 1985, s. 98
15. Popielski K., *Neotypyczny wymiar osobowości. Psychologiczna analiza poczucia sensu życia*, Wydawnictwo KUL, Lublin, 1994, s. 202
16. Majkowicz M., *Wielowymiarowa podmiotowa ocena jakości życia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego, Gdańsk, 2004, s. 66
17. Majkowicz M., op. cit., s. 173
18. Sęk H., red., *Psychologia kliniczna*, Warszawa, 2006, t. 1, s. 62
19. Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa, 1995, s. 4-34
20. Hall-Lord M.L., G. Larson, B. Steen, *Chronic pain and distress in older people: A cluster analysis*, *International Journal of Nursing Practice*, 1999, vol. 5, s. 45
21. Heszen-Niejodek I., *Psychologia zdrowia*, w red. Sęk H., *Psychologia kliniczna*, Warszawa, 2006, t. 1, s. 62

22. Heszen-Niejodek I., *Psychologia zdrowia*, w red. Strelau J. Psychologia, Warszawa, 2000, t. 3, s. 476
23. Heszen-Niejodek I., op. cit., s. 482
24. Juczyński Z., *Narzędzia pomiaru w promocji zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, 2001, s. 89
25. Strelau J., *Psychologia*, Warszawa, 2000, t. 2, s. 675
26. Mądrzycki T., *Osobowość jako system tworzący i realizujący plany*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk, 1996, s. 24
27. Juczyński Z., *Narzędzia pomiaru w promocji zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, 2001, s. 43
28. Kozielecki J., *Psychologia nadziei*, PWN, Warszawa, 2006, s. 12
29. Zimbardo R. P., *Ruch, Psychologia i życie*, PWN, Warszawa, 1988, s. 489-494
30. Holt J., *10 tips for keeping hope alive*, Nursing, 1997, vol.1, s. 98
31. Rustoen T., Hanstad B. R., *Nursing intervention to increase hope In cancer patients*, Journal of Clinical Nursing, 1998, vol.7, s. 88-90
32. O Baugh J., L. Wilkes, S. Luke, A. George, *Being positive : perceptions of patients with cancer and their nurses*, Journal of Advanced Nursing, 2003, vol. 44, s. 67-89
33. Herth K., *Fostering Hope in terminally-ill people*, Journal of Advanced Nursing, 1990, vo. 15, s. 88-98
34. deWalden-Gałuszko K., M. Majkowicz, *Model oceny jakości opieki paliatywnej realizowanej w warunkach stacjonarnych*, Wydawnictwo Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, 2001, s. 43-56
35. Gottschalk L.A., *Hope and Other Deterrents to Illness*, American Journal of Psychotherapy, 1985, nr 4
36. Rożnowska A., *Podmiotowe obszary jakości życia osób z różnych grup społecznych*, Wydawnictwo Akademii Pomorskiej, Słupsk, 2009, s. 78-81
37. Seligman M., *Psychologia szczęścia*, Warszawa, 2005, s. 94-95
38. Rożnowska A., *Podmiotowe obszary jakości życia osób z różnych grup społecznych*, Wydawnictwo Akademii Pomorskiej w Słupsku, 2009, s. 66-69
39. Kozielecki J., *Psychologia nadziei*, Warszawa, 2006, s. 48-49
40. Próchniak P., *Podjęmowanie ryzyka a sens życia człowieka*, Słupsk, 2005, s. 68-79
41. Juczyński Z., *Narzędzia pomiaru w promocji zdrowia*, Łódź, 2001, 96-104
42. Juczyński Z., op. cit., s. 80-89
43. Strelau J., *Psychologia*, Warszawa, 2000, t. 3, s. 456-490
44. Antonovsky A. *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*, Warszawa, 1995, s. 175-178

45. Koniarek J., B. Dudek, Z. Makowska, *Kwestionariusz Orientacji Życiowej*. Adaptacja The Sense Coherence Questionnaire (SOC) A. Antonovsky ego, *Przegląd Psychologiczny*, 1993, t. XXXVI, nr 4, s. 98-120
46. Kocimska P. *Starość wyzwaniem dla współczesności*, *Niebieska Linia*, 2003, nr 5; Hernik A. *Zrozumieć starość*, *Niebieska Linia*, 2003, nr 5; Zdziarski i inni, *Słowo dla czytelnika*, Uniwersytet Trzeciego Wieku – bez granic- Akademia Zdrowego Seniora, 2014, nr 3

The psychological areas of quality of life of students of the Third Age University

Abstract

The elaboration presents data referring to psychology areas of the quality of life seniors and students such as: the sense coherence, the sense of meaning in life, the own efficacious, of life satisfaction, hope and style of coping with stress: problem-focused, emotion-focused and problem-avoid. Establish that exist difference statistic reality In the domain between Listeners University III Age in Słupsk and students station study Poly technical School in Koszalin, particular in the domain: of life satisfaction, the sense coherence, the sense of meaning in life, the own efficacious, hope and style of coping with stress: problem-focused, emotion-focused. I suppose, that no exist difference between investigation groups in the domain style of coping with stress problem-avoid.

Keywords: of life satisfaction, the sense coherence, the sense of meaning in life, the own efficacious, hope and style of coping with stress.

Streszczenie

W opracowaniu przedstawiam psychologiczne, podmiotowe obszary jakości życia seniorów i studentów, takie jak: poczucie koherencji, własnej skuteczności i sensu życia, zadowolenie z życia, nadzieja oraz style radzenia sobie ze stresem: zadaniowy, emocjonalny i unikania. Zakładam, że są różnice statystycznie istotne w/w obszarach między seniorami, słuchaczami Uniwersytetu III Wieku w Słupsku i studentami studiów stacjonarnych Politechniki Koszalińskiej, zwłaszcza w zakresie: zadowolenia z życia, poczucia sensu życia, koherencji, własnej skuteczności, nadziei i stylów radzenia sobie ze stresem: zadaniowym i emocjonalnym. Przypuszczam, że nie będzie różnic między badanymi grupami w zakresie stylu radzenia sobie ze stresem typu unikanie.