

Paweł Izdebski¹, Anna Polak²

¹Institut Psychologii, Uniwersytet im. Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

²Katedra i Klinika Geriatrii Collegium Medicum UMK im. L. Rydygiera w Bydgoszczy

Bilans życia i poczucie koherencji osób starszych w zależności od ich aktualnej sytuacji życiowej

Life outcome and sense of coherence in elderly people in dependence of their present life situation

Abstract

Background. Life outcome is an assessment of successes and failures of longer life span or of whole life. Sense of coherence is one of the most important determinants of physical and mental health. The aim of research was answering the question: what is the influence of living with members of one's family in comparison to living in the home for the aged on sense of coherence and life outcome of people over 65 years old.

Material and methods. 76 persons over 65 were investigated (38 living with family and 38 living in the home for the aged). They answered the Questionnaire of Life Orientation (SOC-29) measuring individual level of sense of coherence created by Antonovsky and the Questionnaire of Life Outcome based on Erikson's theory of psychosocial development. Subjects were also interviewed.

Results. Persons living in home for the aged had lower level of meaningfulness and more negatively assessed their life outcome in comparison to persons living with their families. Positive correlation was found between life outcome and some sociodemographic variables (level of education, economic status and self-assessment of one's health).

Conclusions. Level of life outcome was statistically different for subjects living in home for the aged in comparison to subjects living with families. Subjects living in the home for the aged had more negative life outcome. Positive correlation was also found between sense of coherence and life outcome.

key words: life outcome, sense of coherence, present life situation, aged

Wstęp

Mieszkańcy Polski charakteryzują się silnymi więzami rodzinnymi. Ostatnio stwierdza się zjawisko powolnego ich rozluźniania i powiększania się grupy osób samotnie przeżywających starość [1, 2]. Według danych statystycznych większość ludzi w podeszłym wieku żyje w rodzinach. Kontakty rodzinne są dla osób starszych źródłem równowagi emocjonalnej oraz stanowią podstawowy warunek umożliwiający przysto-

sowanie do życia społecznego [3]. Rodzina może sprawić, by jej starsi członkowie czuli się potrzebni i zaangażowani w życie codzienne [4, 5]. Innym środowiskiem życia osób starszych są różnego rodzaju placówki pomocy społecznej. Na skutek przebywania w tego typu miejscach w funkcjonowaniu mieszkańców mogą się pojawić zależność i wyuczona bezradność [1, 2].

U osób w starszym wieku powszechne jest specyficzne doświadczenie wewnętrzne lub proces myślowy, którego istota polega na oglądaniu się za siebie i ocenie swojego całego życia [6]. Za istotne dla bilansu życiowego starszych osób należy uznać takie determinanty, jak: aktualna sytuacja życiowa, określone cechy osobowościowe, emocjonalna i społeczna doj-

Adres do korespondencji: dr Paweł Izdebski
Instytut Psychologii,
Uniwersytet im. Kazimierza Wielkiego
ul. Staffa 1, 85-867 Bydgoszcz
tel.: (052) 349 38 11
e-mail: pawel@ab-byd.edu.pl

rzałość oraz możliwość realizacji celów uznawanych za wartościowe przez danego człowieka [2].

Antonovsky stworzył koncepcję salutogenezy, której głównym pojęciem jest poczucie koherencji. Stworzył pojęcie tak zwanych ogólnych zasobów odpornościowych. Zasadą, która tłumaczy funkcjonowanie uogólnionych zasobów odpornościowych, jest zdaniem Antonovsky'ego, poczucie koherencji (spójności wewnętrznej), czyli: „globalna orientacja życiowa, wyrażająca stopień, w jakim człowiek ten ma dominujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że (1) bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego mają charakter ustrukturalizowany, przewidywalny i wytłumaczalny; (2) dostępne są zasoby, które pozwolą mu sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce; (3) wymagania te są dla niego wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania” [7]. Antonovsky wyodrębnił trzy podstawowe składniki poczucia koherencji, które nazwał poczuciem zrozumiałości (*comprehensibility*), poczuciem zaradności (*manageability*) i poczuciem sensowności (*meaningfulness*). Poczucie koherencji może stanowić ważny wskaźnik funkcjonowania osób w wieku podeszłym [7, 8].

Celem prowadzonych badań było:

- określenie różnicy w poziomie poczucia koherencji i bilansu życiowego pomiędzy osobami starszymi mieszkającymi w domu pomocy społecznej i w domu rodzinnym;
- zbadanie, czy istnieje związek pomiędzy poziomem poczucia koherencji a wynikiem bilansu życiowego osób starszych;
- sprawdzenie, czy zmienne socjodemograficzne wpływają na poziom bilansu życiowego u osób po 65. roku życia.

Materiał i metody

Badanie prowadzono od października 2002 roku do marca 2003 roku na terenie domów pomocy społecznej w Bydgoszczy i w mieszkaniach prywatnych. Badania były prowadzone indywidualnie po uzyskaniu zgody osoby badanej.

W pracy wykorzystano następujące metody badawcze:

a) Kwestionariusz Orientacji Życiowej

Kwestionariusz Orientacji Życiowej (SOC-29) skonstruowany przez Antonovsky'ego, służy do pomiaru indywidualnego poczucia koherencji. Skala SOC składa się z 29 stwierdzeń w trzech podskalach, odpowiadających trzem elementom poczucia koherencji: zrozumiałości, sensowności i zaradności. Badani oceniali na 7-punktowej skali trafność każdego ze stwierdzeń w odniesieniu do siebie i swojego życia [7].

b) Kwestionariusz Bilansu Życiowego

Dla potrzeb prowadzonego badania opracowano Kwestionariusz Bilansu Życiowego. Podstawą teoretyczną kwestionariusza stała się teoria rozwoju psychospołecznego Eriksona. Pytania do kwestionariusza sformułowano na podstawie opisu ostatniej, ósmej fazy **integralność–rozpacz**, wyodrębnionej przez Eriksona w rozwoju człowieka. Kwestionariusz składał się z 20 pytań, na każde pytanie można było udzielić jednej z trzech odpowiedzi: **tak, trudno powiedzieć, nie**. Przeprowadzono analizę czynnikową pytań kwestionariusza. Przyjęto, że pytania mierzące aspekty bilansu życia osób starszych są rzetelne, jeżeli wartość ładunku czynnikowego danego pytania przekracza 0,45. Następnie obliczono wyniki uzyskane przez poszczególne osoby według utworzonego klucza.

c) Wywiad — zebranie danych socjodemograficznych i dotyczących bilansu życia

Kontrolowano następujące zmienne socjodemograficzne: wiek, płeć, stan cywilny, wykształcenie, rodzaj wykonywanej pracy, liczba dzieci, samoocena stanu zdrowia, miejsce zamieszkania, dochody. Osoby badane odpowiadały również na pytanie o ocenę swojego dotychczasowego życia i wybierały jedną z trzech możliwości: **a) pomyślnie; b) trudno mi ocenić; c) niepomyślnie**.

Osoby badane. Przebadano 76 osób w wieku 65 lat i starszych. Średnia wieku w badanej grupie wyniosła 76,9 roku. Pierwszą grupę stanowiły 23 kobiety i 15 mężczyzn w wieku 65–93 lat mieszkający w domach pomocy społecznej. Druga grupa składała się z 23 kobiet i 15 mężczyzn w wieku 65–85 lat, mieszkających w chwili badania z rodzinami (przynajmniej z jednym członkiem rodziny). Grupy były reprezentatywne pod względem stanu cywilnego i poziomu wykształcenia. Obie grupy miały podobne wykształcenie. Kolejną zmienną był rodzaj wykonywanej pracy. W grupie badanych z domów pomocy społecznej przeważały osoby wykonujące w przeszłości pracę fizyczną, natomiast w grupie badanych mieszkających z rodzinami więcej było osób wykonujących pracę umysłową. Liczba posiadanych dzieci była zgodna z rozkładem dzietności występującym w populacji. Spośród mieszkańców domów pomocy społecznej 34,21% osób nie miało żadnego dziecka. Osoby mieszkające z rodzinami miały łącznie 102 dzieci, a osoby mieszkające w zakładach pomocy — 52 dzieci. Spośród mieszkańców domów pomocy społecznej 23,68% badanych oceniło swój obecny stan zdrowia jako zły, natomiast w grupie badanych mieszkających z rodzinami żadna z osób nie oceniła w ten sposób stanu swojego zdrowia. Badani byli głównie mieszkańcami miasta (96,0%). Próba była

reprezentatywna ze względu na poziom dochodów dla osób w starszym wieku.

Dane poddano analizie statystycznej, wykorzystując test t-Studenta dla prób niezależnych, korelację Pearsona i analizę wariancji ANOVA. Obliczeń dokonano za pomocą programu STATISTICA 99.

Wyniki

W analizie statystycznej wykazano, że nie ma istotnej różnicy w poziomie poczucia koherencji pomiędzy grupą osób badanych mieszkających w domach pomocy społecznej a grupą badanych mieszkających z rodzinami. Również pod względem zrozumiałości i zaradności obie grupy nie różniły się istotnie statystycznie. Okazało się natomiast, że pod względem sensowności obie grupy różnią się istotnie statystycznie. Wartość t wyniosła $-2,03$ przy $p < 0,05$. Grupa badanych mieszkających z rodzinami charakteryzowała się wyższym poziomem poczucia sensowności (średnia 41,79) niż grupa badanych mieszkająca w domach pomocy społecznej (średnia 38,79).

Ponadto wykazano, że grupy różnią się istotnie statystycznie pod względem zmiennej bilansu życiowego. Wartość F wyniosła $F = 5,53$ przy $p < 0,02$. Osoby mieszkające w domach pomocy społecznej miały bardziej negatywny bilans życiowy niż osoby mieszkające z rodzinami (średnia dla mieszkańców domów pomocy społecznej wyniosła 7,5, a dla osób mieszkających z rodzinami 9,6).

Nie stwierdzono istotnej statystycznie korelacji pomiędzy wiekiem badanych a poziomem bilansu życiowego. Nie wykazano też istotnej statystycznie różnicy pomię-

dzy kobietami a mężczyznami w rodzaju bilansu życiowego. Pomiędzy osobami z wykształceniem podstawowym i zawodowym a osobami z wykształceniem średnim i wyższym istnieje statystycznie istotna różnica dotycząca poziomu bilansu życiowego. Osoby z wykształceniem średnim i wyższym mają bardziej pozytywny bilans życiowy niż osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym. Wykazano też, że istnieje związek pomiędzy rodzajem wykonywanej pracy a poziomem bilansu życiowego. Bardziej pozytywny bilans życia występuje u osób wykonujących w przeszłości pracę umysłową.

Potwierdzono hipotezę o występowaniu u osób w starszym wieku związku pomiędzy samooceną stanu zdrowia a poziomem bilansu życiowego. Osoby oceniające własne zdrowie jako dobre mają istotnie bardziej pozytywny bilans życiowy niż osoby oceniające własne zdrowie negatywnie.

W analizie wykazano, że grupa osób badanych z niskimi dochodami różniła się istotnie od grupy badanych z wysokimi dochodami pod względem poziomu bilansu życiowego. Osoby z wyższymi dochodami miały bardziej pozytywny bilans życiowy.

Badania potwierdziły hipotezę o istnieniu związku pomiędzy poziomem poczucia koherencji a poziomem bilansu życiowego osób w starszym wieku. Współczynniki korelacji r Pearsona pokazały, że zmienna bilansu życiowego koreluje zarówno ze wszystkimi komponentami poczucia koherencji, jak i z samym poczuciem koherencji. Przedstawia to tabela 1.

W tabeli 2 przedstawiono rozkład udzielonych przez osoby badane odpowiedzi na pytanie wywiadu dotyczące oceny własnego życia.

Tabela 1. Korelacje między bilansem życia, poczuciem koherencji, zrozumiałości, sensowności, zaradności (n = 76)

Table 1. Correlation between life outcome, sense of coherence, comprehensibility, meaningfulness and manageability

Zmienna	Korelacje				
	Poczucie zrozumiałości	Poczucie sensowności	Poczucie zaradności	Poczucie koherencji	Bilans życia
Poczucie zrozumiałości	1,00	0,44*	0,64*	0,86*	0,56*
Poczucie sensowności	0,44*	1,00	0,49*	0,75*	0,42*
Poczucie zaradności	0,64*	0,49*	1,00	0,87*	0,58*
Poczucie koherencji	0,86*	0,75*	0,87*	1,00	0,63*
Bilans życia	0,56*	0,42*	0,58*	0,63*	1,00

*Oznaczone współczynniki korelacji są istotne statystycznie na $p < 0,05$

Tabela 2. Rozkład odpowiedzi udzielonych przez osoby badane na pytanie dotyczące oceny własnego życia
Table 2. Distribution of answers concern assessment of the individual's life

Subiektywna ocena własnego życia	Wszystkie osoby badane		Domy pomocy społecznej		Dom rodzinny	
	Liczba osób badanych	Procent	Liczba osób badanych	Procent	Liczba osób badanych	Procent
Pomyślne	45	59,21	16	42,11	29	76,32
Trudno mi ocenić	24	31,58	15	39,47	9	23,68
Niepomyślne	7	9,21	7	18,42	0	0

Spośród mieszkańców domów pomocy społecznej 18,42% badanych oceniło własne życie jako niepomyślne, natomiast w grupie osób mieszkających z rodzinami żadna z osób nie oceniła swego życia w ten sposób; w tej grupie aż 76,32% respondentów oceniło pomyślnie swoją przeszłość.

Dyskusja

W niniejszej pracy przeanalizowano wzajemne powiązania trzech czynników istotnych w przeżywaniu końcowego etapu życia: aktualnej sytuacji życiowej, bilansu życiowego oraz poczucia koherencji. Analiza uzyskanych danych pokazała, że badane grupy osób różniły się pod względem poczucia sensowności. Mieszkańcy domów pomocy społecznej mieli niższe poczucie sensowności niż osoby mieszkające z rodzinami. Wynik ten można rozpatrywać na podstawie definicji poczucia koherencji zaproponowanej przez Antonovsky'ego. Zarówno osoby żyjące w domach pomocy społecznej, jak i mieszkające z rodzinami miały podobne poczucie uporządkowania, zrozumienia i przewidywalności bodźców napływających ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego. Miały również podobne poczucie w odniesieniu do tego, że są w stanie poradzić sobie z wymaganiami środowiska. Pod tymi dwoma względami nie różniły się między sobą; rozumiały, co dzieje się w ich otoczeniu i we własnym organizmie, potrafiły właściwie interpretować zachodzące zmiany, miały również środki, na przykład zdolności, pieniądze, fachową opiekę, wystarczające do sprostanania wymaganiom stawianym przez napływające bodźce. Różnica dotyczyła natomiast emocjonalno-motywacyjnego wymiaru poczucia koherencji, to znaczy poczucia, że warto sobie radzić z wymaganiami środowiska, że wymagania te są warte emocjonalnego zaangażowania, a podejmowanie działań i inwestowanie wysiłku ma sens. Warto zwrócić uwagę na fakt, iż grupa osób badanych mieszkających w domach pomocy miała o po-

łowę mniej dzieci niż osoby mieszkające z rodziną. Badani mieszkający z rodzinami mieli w swoim otoczeniu więcej osób, które — jak można przypuszczać — interesowały się nimi i którym oni mogli poświęcać swoją uwagę, a zadania, które życie stawiało rodzinie, przyjmować dobrowolnie i traktować jako własne wyzwania, wyznaczające cel i sens ich życia. Osoby w wieku podeszłym przebywające w domach pomocy społecznej miały być może mniejsze szanse znalezienia opieki na starość w środowisku rodzinnym, a także mniejsze możliwości wyboru między domem pomocy społecznej a domem swoich dzieci, gdzie mogłyby przeżyć etap starości. Na rolę samoskuteczności (przekonanie o możliwości osiągnięcia założonego celu w danej sytuacji) w poczuciu osamotnienia i w przeżywaniu dystresu w wieku podeszłym zwracali uwagę także autorzy zachodni [9]. Zdaniem Fry'a i Debats zmienne związane z samoskutecznością i wpływem na własne życie są najważniejszym predyktorem samotności przeżywanej w starości. Warto przypomnieć, że według teorii Antonovsky'ego najważniejszy jest motywacyjny składnik poczucia sensowności, ponieważ jego brak może spowodować, że poczucie zrozumiałości i zaradności okaże się krótkotrwałe, natomiast dla jednostki odpowiednio zmotywowanej droga do zrozumienia i dotarcia do zasobów stoi otworem. Antonovsky przyjmuje, iż istnieją jednostki charakteryzujące się wysokim poziomem pewnych składników poczucia koherencji, a niskim pozostałych. Przewiduje on, że bardzo rzadko niskiemu poczuciu zrozumiałości u ludzi towarzyszy wysokie poczucie zaradności, ponieważ w świecie jawiącym się jako chaotyczny i nieprzewidywalny trudno mieć poczucie, że potrafi się mu stawić czoła. Wyniki przeprowadzonych badań są zgodne z przewidywaniami Antonovsky'ego. U osób badanych z obu grup wysokiemu poczuciu zrozumiałości towarzyszyło wysokie poczucie zaradności. Średnia poczucia zrozumia-

łości w grupie z domów pomocy wyniosła 52,89, poczucia zaradności 51,00, natomiast w grupie osób mieszkających z rodzinami odpowiednio 52,16 i 51,50. U osób z domów pomocy społecznej wyraźnie obniżony był poziom poczucia sensowności; średnia grupy wyniosła 38,79.

Okazało się również, że osoby mieszkające w domach pomocy społecznej mają bardziej negatywny bilans życiowy (średnia wyniosła 7,5) niż osoby mieszkające z rodzinami (średnia 9,6). Wynik ten jest zgodny z wcześniejszymi badaniami dotyczącymi zagadnienia bilansu życiowego. Badania Susułowskiej [2] dowiodły, że na ogólną ocenę życia duży wpływ ma aktualna sytuacja życiowa. Najlepiej swoją sytuację życiową oceniły te osoby, których współmałżonek żył, i które z nim mieszkały, mające przy tym satysfakcjonujące relacje z dziećmi. Czynnikiem, który wiązał się z występowaniem pozytywnego bilansu u mężczyzn i kobiet w starszym wieku, było udane życie rodzinne. Spośród przebadanych przez autorkę niniejszej pracy osób mieszkających w domach pomocy społecznej 47,37% stanowiły wdowy/wdowcy, 15,79% panny/kawalerowie, a 15,79% osoby rozwiedzione. Według Susułowskiej obecna sytuacja życiowa i aktualnie uznawana hierarchia wartości mają większy wpływ na całościowe podsumowanie własnego życia niż obiektywne sukcesy i porażki z przeszłości. Do podobnego wniosku doszła w swoich badaniach Świdarska [10], podkreślając, że na bilans życiowy większy wpływ ma ocena aktualnej sytuacji człowieka niż czas dzieciństwa.

W badaniach Sawickiej opisanych przez Susułowską [2] na negatywną ocenę życia wpływało osamotnienie, niezależnie od płci uczestników badania. Wyrażało się ono brakiem kontaktu z bliskimi osobami oraz poczuciem, że obecne warunki życia (głównie pobyt w instytucji opieki) są koniecznością, a nie wynikiem własnego wyboru. Sawicka doszła do wniosku, że bardzo ważną determinantą znaku bilansu życiowego dla obu płci jest możliwość samorealizacji, która jest tym doskonalsza, im większą człowiek ma wolność wyboru zajęcia, któremu poświęca życie. Samorealizacja może się dokonywać zarówno na płaszczyźnie zawodowej, jak i na terenie życia rodzinnego. Ponadto dowiodła w swych badaniach, podobnie jak Susułowska, iż duże znaczenie dla oceny przeszłości ma aktualna sytuacja życiowa. Można wnioskować, że badane osoby mieszkające z rodzinami po zakończeniu działalności zawodowej mogły się zrealizować w życiu rodzinnym, co mogło wpłynąć na bardziej pozytywną ocenę przeszłości w porównaniu z osobami z domów pomocy społecznej. Również Frąckiewicz [3] podkreśla, że osoby będące w stanie małżeńskim, mające dzieci, czyli osoby

o uregulowanym i pełnym życiu rodzinnym, zazwyczaj bardziej optymistycznie oceniały swoją przeszłość niż ludzie mieszkający samotnie.

Znaczenie pozytywnej orientacji życiowej i związanego z tym pozytywnego bilansu swojego życia podkreślali również autorzy z Finlandii, którzy przeprowadzili badanie podłużne oceniające zależność pomiędzy długością życia a przeżywanymi pozytywnymi emocjami związanymi z oceną własnego życia [11]. W tych badaniach wykazano, że pozytywna postawa (a jednym z jej elementów był bilans życiowy) ma znaczący wpływ na zachowanie zdrowia i długość życia.

Analiza statystyczna wykazała brak zależności między poziomem bilansu a wiekiem i płcią. Wynik ten jest potwierdzeniem wcześniejszych badań Susułowskiej. Z analizy wynika natomiast, że osoby z wykształceniem średnim i wyższym miały bardziej pozytywny bilans życiowy niż osoby z wykształceniem podstawowym i zawodowym (średnia osób z pierwszej grupy wyniosła 9,60, z drugiej 7,39). Wykształcenie jest zatem czynnikiem wpływającym na poziom bilansu. Na bilans życia wpływa postrzeganie przez badane osoby własnego stanu zdrowia. Badani, którzy oceniali własne zdrowie pozytywnie, wykazywali bardziej pozytywny bilans życiowy niż osoby oceniające własne zdrowie negatywnie (średnia dla osób oceniających własne zdrowie pozytywnie wyniosła 9,46, a oceniających własne zdrowie negatywnie 7,31). Również badacze zajmujący się zagadnieniami dotyczącymi ludzi w starszym wieku widzą wyraźny związek pomiędzy pozytywnym bilansem życiowym a dobrym samopoczuciem zdrowotnym [3]. W badaniach Tokaj [12] jednym z czynników, które wpływały na pozytywny bilans życiowy, był brak poważniejszych problemów zdrowotnych.

Istotną zależność w niniejszych badaniach stwierdzono pomiędzy poziomem bilansu życiowego a sytuacją materialną badanych osób. Bardziej pozytywny bilans życiowy wykazały osoby z wyższymi dochodami (średnia osób z niskimi dochodami wyniosła 7,35, osób z wysokimi dochodami 10,12).

Uzyskane wyniki potwierdzają, że czynniki wpływające na ocenę minionego życia u osób starszych są zróżnicowane. Są to czynniki zarówno natury biologicznej (stan zdrowia), psychologicznej (kontakt emocjonalny z bliskimi), jak i społecznej (sytuacja ekonomiczna). Potwierdzono ponadto hipotezę o istnieniu związku pomiędzy poziomem poczucia koherencji a poziomem bilansu życiowego osób starszych. Wykazano, że bilans życiowy koreluje zarówno ze wszystkimi komponentami poczucia koherencji, jak i z samym poczuciem koherencji. Im wyższe poczucie koherencji, zro-

zumiałości, sensowności i zaradności, tym wyższy poziom bilansu życiowego.

Uzyskano potwierdzenie hipotez o różnicy w poziomie poczucia sensowności i poziomie bilansu życia seniorów w zależności od aktualnej sytuacji życiowej. Osoby z domów pomocy wykazały obniżone poczucie sensowności, które jest jednym i zarazem najważniejszym z elementów poczucia koherencji. Pensjonariusze domów pomocy społecznej uzyskali także niższy wynik bilansu życia w porównaniu z osobami mieszkającymi z rodzinami. Wyniki te mogą się wiązać z mniejszym komfortem psychicznym życia tych osób: poczuciem osamotnienia, koniecznością opuszczenia własnego środowiska, brakiem kontaktu z rodziną.

Zachowanie poczucia sensu istnienia jest dla każdego, tym bardziej dla osoby w starszym wieku, szczególnie wartością. Zgodnie z teorią Eriksona, osoby oceniające pozytywnie własną przeszłość mają większą szansę na osiągnięcie integracji Ja, która pozwala człowiekowi czerpać satysfakcję z życia, dając poczucie spójności, harmonii i pełni. Westermeyer [13] analizując teorię Eriksona, wykazał, że uzyskanie integralności wiąże się z pozytywnymi relacjami z osobami bliskimi, a tym samym zależy od aktualnej sytuacji życiowej i bilansu życiowego.

Znaczenie poczucia koherencji dla wyjaśniania funkcjonowania osób powyżej 65. roku życia umożliwia zrozumienie istoty zdrowego i udanego przeżywania swojej starości [14]. Model salutogenezy pozwala na odpo-

wieść na pytanie, dlaczego niektórzy ludzie mimo podeszłego wieku stale czerpią radość z życia. Poczucie sensowności, które jest podstawowym elementem poczucia koherencji, umożliwia wyjaśnienie tej kwestii.

Wnioski

1. Mieszkańcy domów pomocy społecznej nie różnią się pod względem poczucia koherencji, rozumiałości i zaradności od osób mieszkających w domach rodzinnych.
2. Mieszkańcy domów pomocy społecznej różnią się pod względem poziomu poczucia sensowności od osób mieszkających w domach rodzinnych. Osoby mieszkające w domach pomocy społecznej mają niższe poczucie sensowności niż osoby mieszkające z rodzinami.
3. Mieszkańcy domów pomocy społecznej różnią się istotnie statystycznie pod względem bilansu życiowego od osób mieszkających z rodzinami. Osoby mieszkające w domach pomocy społecznej mają bardziej negatywny bilans życiowy.
4. Istnieje związek pomiędzy poziomem poczucia koherencji a poziomem bilansu życiowego osób w starszym wieku. Im wyższe poczucie koherencji, rozumiałości, sensowności oraz zaradności, tym wyższy poziom bilansu życiowego.
5. Wykształcenie, rodzaj wykonywanej pracy, sytuacja materialna oraz samoocena stanu zdrowia wpływają w istotny sposób na poziom bilansu życiowego.

Streszczenie

Wstęp. Bilans życiowy jest to ocena osiągnięć i porażek w ciągu dłuższego okresu albo całego życia jednostki. Poczucie koherencji stanowi jeden z ważniejszych elementów zdrowia fizycznego i psychicznego. Celem przeprowadzonych badań była odpowiedź na pytanie, jaki wpływ na poczucie koherencji i bilans życiowy osób powyżej 65. roku życia ma wspólne mieszkanie z członkami własnej rodziny, ich sytuację porównywano z sytuacją osób mieszkających w domach pomocy społecznej.

Materiał i metody. Przebadano 76 osób powyżej 65. roku życia (38 mieszkających z rodziną i 38 mieszkających w domu pomocy społecznej) za pomocą wywiadu, Kwestionariusza Bilansu Życiowego opartego na teorii rozwoju psychospołecznego Eriksona oraz Kwestionariusza Orientacji Życiowej do pomiaru indywidualnego poczucia koherencji (SOC-29) autorstwa Antonovsky'ego.

Wyniki. Osoby mieszkające w domach pomocy społecznej charakteryzowały się niższym poziomem sensowności i bardziej negatywnie oceniały swój bilans życiowy w porównaniu z osobami mieszkającymi z rodzinami. Uzyskano również pozytywną korelację pomiędzy poziomem wykształcenia, sytuacją materialną oraz samooceną stanu zdrowia a bilansem życiowym.

Wnioski. Osoby mieszkające w domach pomocy społecznej różnią się istotnie statystycznie pod względem bilansu życiowego od osób mieszkających z rodzinami. Osoby mieszkające w domach pomocy społecznej mają bardziej negatywny bilans życiowy.

Uzyskano pozytywną korelację pomiędzy poziomem poczucia koherencji a poziomem bilansu życiowego osób starszych.

słowa kluczowe: bilans życia, poczucie koherencji, aktualna sytuacja życiowa, wiek podeszły

PIŚMIENNICTWO

1. Stanisławski P.: *Niewesołe życie staruszka*. Integracja 2002; 10–19.
2. Susułowśka M.: *Psychologia starzenia się i starości*. PWN, Warszawa 1989.
3. Frąckiewicz L., Żakowska-Wachelko B.: *300 wiadomości o starości*. Śląski Instytut Naukowy, Katowice 1987.
4. Rembowski J.: *Psychologiczne problemy starzenia się człowieka*. PWN, Warszawa–Poznań 1984.
5. Ziemska M.: *Rodzina i dziecko*. PWN, Warszawa 1986.
6. Straś-Romanowska M.: *Późna dorosłość. Wiek starzenia się*. W: Harwas-Napierała B., Trempała J. (red.). *Psychologia rozwoju człowieka*. PWN, Warszawa 2000; 263–292.
7. Antonovsky A.: *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia. Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Fundacja IPN, Warszawa 1995.
8. Takkinen S., Ruoppila I.: *Meaning in life as an important component of functioning in old age*. Int. J. Aging. Hum. Dev. 2001; 53: 211–231.
9. Fry P.S., Debats D.L.: *Self-efficacy beliefs as predictors of loneliness and psychological distress in older adults*. Int. J. Aging. Hum. Dev. 2002; 55: 233–269.
10. Świderska Z.H.: *Bilans życia*. Charaktery 1999; 48.
11. Pitkala K.H., Laakkonen M.L., Strandberg T.E. i wsp.: *Positive life orientation as a predictor of 10-year outcome in an aged population*. J. Clin. Epidemiol. 2004; 57: 409–414.
12. Tokaj A.: *U progu starości*. Wydawnictwo Eruditus, Poznań 2000.
13. Westermeyer J.F.: *Predictors and characteristics of Erikson's life cycle model among men: a 32-year longitudinal study*. Int. J. Aging. Hum. Dev. 2004; 58: 29–48.
14. Wiesmann U., Rölker S., Hannich H.J.: *Salutogenesis in old age*. Gerontol. Geriatr. 2004; 37: 336–376.